

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Processo de enfrentamento no período pós-
tratamento do câncer de mama**

GISELE DA SILVA

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP

2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Processo de enfrentamento no período pós-
tratamento do câncer de mama**

GISELE DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. DR. MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP

2005

Silva, Gisele

Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do
câncer de mama. Ribeirão Preto, 2005.

150 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de
Psicologia e Educação.

Orientador: Santos, Manoel Antônio.

1. Câncer de mama. 2. Enfrentamento. 3. Estresse.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gisele da Silva

Processo de Enfrentamento no Período Pós-Tratamento do Câncer de Mama

Dissertação apresentada à faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre.

Área: Psicologia

Aprovado em: 09 de fevereiro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Instituição: FFCLRP-USP

Assinatura _____

Prof.a Dr.a Ana Maria de Almeida

Instituição: EERP-USP

Assinatura _____

Prof.a Dr.a Elisa Maria Parahyba Campos

Instituição: IP-USP

Assinatura _____

A Adalto e Ivete, pais
sempre zelosos, e à Gesiane,
irmã de sangue e de alma.

AGRADECIMENTOS

A Deus

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pela companhia e ensinamentos, desde a idéia de um projeto até as correções das normas ABNT

À Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida, pela presteza em contribuir com esta pesquisa, desde os primeiros momentos

À Maria Lúcia Tiellet, pela disponibilidade permanente em colaborar

À Maria Antonieta Spinoso Prado, Lenita Lopes Freire Guidorizzi e a todos que cuidam do REMA com tanto afeto e respeito

Ao Fabiano Barbieri Gonzaga, por conseguir, com um olhar, um gesto, uma palavra, me fazer esquecer todo um dia cansativo

À Maria Cochito Mayor, pelos conselhos, afagos e tranquilidade que só a companhia de uma grande avó consegue oferecer

À Isabel Cristina dos Santos, Gislene Araújo Pimenta, Viviana P. L. Adolpho, Marlene Aparecida Garé, Christiane Fátima Videira Joaquim e Márcia Fernandes Bandeira, amigas que infinitas vezes estiveram presentes, seja em tempos de plantio ou de colheita

Maria Regina Bissoto, *chefe*, pela compreensão e apoio concedidos ao longo de toda a caminhada

À Fabíola Perri Venturini e Juliana Martins Faleiros, amigas preciosas, pelos 89.875 favores concedidos durante todo o percurso

Sobretudo, às 16 mulheres que participaram desta pesquisa, dando-lhe forma e conteúdo: pessoas pelas quais e para as quais este trabalho existiu.

RESUMO

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama**. 2005. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O diagnóstico de câncer de mama e seu tratamento afetam a condição física, social e emocional da mulher. Frente aos eventos estressores desencadeados pelo adoecimento, a mulher faz uso de estratégias de enfrentamento específicas para cada fase da doença, tratamento e reabilitação, com o intuito de se adaptar às novas situações e contexto de vida. As pesquisas que discorrem sobre o enfrentamento em câncer de mama estão concentradas no que se refere aos períodos de diagnóstico e tratamento, sendo escassas quanto ao período da reabilitação (pós-tratamento). Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo investigar o processo de enfrentamento nas mulheres com câncer de mama durante o período pós-tratamento. A aproximação ao objeto de estudo deu-se através do referencial teórico do Enfrentamento (*coping*). Foram investigadas 16 mulheres com câncer de mama, com tempo de diagnóstico variando entre 1 e 4 anos, já submetidas à mastectomia (total ou parcial), radioterapia e/ou quimioterapia, e que estavam sendo atendidas em um programa de reabilitação física e psicossocial. Para tal, foram utilizados três instrumentos, a saber: 1) Entrevista com Roteiro Estruturado, 2) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e 3) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Os dados foram tratados sob a abordagem metodológica quanti-qualitativa. Os resultados indicaram a presença de estressores físicos, psicológicos e sociais, como as alterações na imagem corporal, as limitações de movimento, o lindefema, o medo da recaída, preocupações com relação à família e desejos de retornar à ocupação profissional. O conjunto de modos de enfrentamento utilizados para lidar com a ampla gama de estressores relacionados ao câncer incluiu um número variado de respostas. Estratégias de evitação aos pensamentos/ sentimentos negativos através do preenchimento do tempo do tempo ocioso, pensamentos positivos e religiosos foram evidenciadas como formas de manter o autocontrole diante da situação. O foco no presente em detrimento da preocupação antecipada com o futuro também foi verbalizado como estratégia para lidar com o medo da recaída. Tais estratégias paliativas cuja finalidade era apenas modificar o conteúdo emocional que acompanhava o estressor coexistiram com estratégias focalizadas na resolução do problema, como planejamento, postura ativa, busca por informações e auto-cuidado. A situação do adoecimento também foi verbalizada como oportunidade para mudanças positivas na vida, culminando em reavaliação de valores e condutas. Estratégias como a aceitação da própria finitude, fatalismo, autculpa, desamparo-deseesperança, apesar de que em menores intensidades, também foram encontradas. A maioria das mulheres avaliou suas vidas como boas, focando sua resposta nos aspectos positivos. Já os resultados provenientes do ISSL apontaram, no entanto, que 37,5% de mulheres preencheram critérios para quadro de estresse. Esses resultados vêm reforçar a importância da atuação dos serviços de reabilitação psicossocial junto a essa clientela. O conhecimento reunido neste trabalho contribui com o aprimoramento das estratégias de intervenção sistemática oferecida pelas equipes multiprofissionais de reabilitação psicossocial do câncer de mama, contribuindo para uma atuação integrada e voltada para as necessidades da paciente no período específico em que se encontra.

Palavras-chaves: câncer de mama, enfrentamento, estresse

ABSTRACT

SILVA, G. **Coping process in breast cancer post-treatment period.** 2005. 150 f. Dissertation (Master Degree). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

The diagnosis of breast cancer and its treatment affect the woman's physical, social and emotional condition. To deal with stressful events triggered by the illness, the woman utilizes specific coping strategies for each stage of treatment and rehabilitation. The researches that discourse about coping with breast cancer mostly refers to the diagnosis and treatment periods, being scarce the ones related to the rehabilitation period (post-treatment). The present study purpose is the investigation of the coping process in breast cancer post-treatment patients. The approach to the study object fell upon the theoretical referencial of Coping. Sixteen women, post diagnosis ranging from one to four years already submitted to total or partial mastectomy, radiotherapy and/or chemotherapy, all they while assisted by a physical and psychosocial rehabilitation program were investigated. For such study, three instruments were used: 1) Structured Interview; 2) Scale of Ways of Coping with Problems (EMEP) and 3) Symptoms Inventory of Stress for Adults of Lipp (ISSL). The data were treated under the quanti-qualitative methodological approach. The results indicated the presence of physical, psychological and social stressors, such as alterations of body image, movement limitations, lymphedema, fear of relapse, concerns with their family and desires of resuming the professional occupation. The set of coping strategies utilized to deal with the wide range of stressors related to cancer included several diversified answers. Avoiding negative feelings and thoughts through the completion of idle time with positive and religious thoughts were evidenced as forms of maintaining the self-control in the course of the disease. The focus on the present time in detriment of anticipated concern with the future was also verbalized as strategy to deal with the fear of the relapse. Such copings, wich are focused on modifying the emotional content of the stressors (palliative strategies) coexisted with strategies focused on the resolution of the problem such as: planning, active attitude, information seeking and self-care. Having breast cancer was also verbalized as an opportunity for positive changes in the life eventually leading to a reevaluation of values and behavior. Strategies as acceptance of the self-finitude, fatalism, self-blame, hopelessness-helpelessness, although in smaller intensity, were also found. Most of the women evaluated their lives as good: their answers were focused on the positive aspects. However, the ISSL results showed that 37,5% of women presented stress diagnosis. Those results reinforce the importance of providing psychosocial rehabilitation to that clientele. The information disclosed in this work will entail the enhancement of the multiprofessional interventions in breast cancer psychosocial rehabilitation, contributing to an integrated performance directed towards the patient's needs in each specific period of the disease.

Key- words: breast cancer, coping, stress

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição das participantes quanto à presença ou ausência de quadro de estresse, de acordo com os dados obtidos no ISSL

124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categoria Eventos Estressores e as subcategorias que os compuseram	39
Quadro 2 – Categoria Enfrentamento e as subcategorias que os compuseram	59
Quadro 3 – Categoria Desfecho e as subcategorias que os compuseram	90
Quadro 4 – Respostas das participantes à pergunta aberta aplicada ao final dos itens da EMEP	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das 16 mulheres participantes do estudo em relação às variáveis sócio-demográficas.	36
Tabela 2 – Distribuição das 16 mulheres participantes do estudo com relação às variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama.	38
Tabela 3 – Identificação das unidades de significado que configuram a subcategoria Estressores Físicos, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	41
Tabela 4 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Estressores Psicológicos, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	48
Tabela 5 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Estressores Sociais, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	51
Tabela 6 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Estressores Concorrentes ao Câncer, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	57
Tabela 7 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Postura Ativa, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	60
Tabela 8 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Pensamento Positivo, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	64

Tabela 9 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Minimização, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	67
Tabela 10 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Auto-Controle, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	69
Tabela 11 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Evitação, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	71
Tabela 12 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Negação, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	74
Tabela 13 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Resignação, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	76
Tabela 14 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Auto-Culpa, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	79
Tabela 15 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Busca e Aceitação de Suporte Social, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	81
Tabela 16 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Pensamentos Religiosos, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	86
Tabela 17 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Reavaliação Positiva, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	88

Tabela 18 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Avaliação Quanto à Alteração da Imagem Corporal, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	91
Tabela 19 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Avaliação Quanto ao Lugar Ocupado Pelo Câncer na Vida, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	94
Tabela 20 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Avaliação da Vida Atual, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	96
Tabela 21 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Planos/ Expectativas para Futuro, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (<i>f</i>)	99
Tabela 22 – Distribuição dos coeficientes de correlações lineares (Spearman) entre os fatores medidos pela EMEP	101
Tabela 23 – Médias de utilização dos modos de enfrentamentos medidos pela EMEP	102
Tabela 24 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Focalizado no Problema cujos escores obtidos encontraram-se acima da faixa média do fator	104
Tabela 25 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Focalizado no Problema cujos escores obtidos encontraram-se na faixa média do fator	107
Tabela 26 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Focalizado no Problema cujos escores obtidos encontraram-se abaixo da faixa média do fator	108

Tabela 27 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Práticas Religiosas / Pensamento Fantasiado cujos escores obtidos encontraram-se acima da faixa média do fator	111
Tabela 28 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Práticas Religiosas / Pensamento Fantasiado cujos escores obtidos encontraram-se na faixa média do fator	112
Tabela 29 – Item referente ao <i>Coping</i> Práticas Religiosas / Pensamento Fantasiado cujo escore obtido encontrou-se abaixo da faixa média do fator	113
Tabela 30 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Busca de Suporte Social, todos com escores situados na faixa média do fator	114
Tabela 31 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Focalizado na Emoção, cujos escores obtidos encontraram-se acima da faixa média do fator	116
Tabela 32 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Focalizado na Emoção, cujos escores obtidos encontraram-se na faixa média do fator	117
Tabela 33 – Itens referentes ao <i>Coping</i> Focalizado na Emoção, cujos escores encontraram-se abaixo da faixa média do fator	119
Tabela 34 – Número absoluto de indicadores sintomatológicos pontuados pelas participantes em cada uma das fases de estresse medidas pelo ISSL	123
Tabela 35 – Distribuição percentual e predominância de sintomas físicos ou psíquicos nas participantes que apresentaram quadro de estresse	125

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 PERÍODO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	17
1.2 ENFRENTAMENTO (<i>COPING</i>)	19
1.3 ESTRESSE	21
2. OBJETIVOS	24
3. MÉTODO	25
3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA	25
3.2 CONTEXTO EM QUE FOI REALIZADO O ESTUDO	26
3.3 CUIDADOS ÉTICOS	27
3.4 PARTICIPANTES	28
3.5 INSTRUMENTOS	29
3.5.1 ENTREVISTA ESTRUTURADA	29
3.5.2 ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)	31
3.5.3 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE <i>STRESS</i> PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)	32
3.6 PROCEDIMENTO	33
3.6.1 ABORDAGEM DAS PARTICIPANTES	33

3.6.2 COLETA DE DADOS	33
3.6.3 PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DOS DADOS	34
4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO	36
4.1 ENTREVISTA ESTRUTURADA	36
4.1.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES	36
4.1.2 EVENTOS ESTRESSORES	39
4.1.2.1 Estressores Físicos	40
4.1.2.2 Estressores Psicológicos	48
4.1.2.3 Estressores Sociais	51
4.1.2.4 Estressores Concorrentes ao Câncer	57
4.1.3 ENFRENTAMENTO	59
4.1.3.1 Postura Ativa	59
4.1.3.2 Pensamento Positivo	64
4.1.3.3 Minimização	66
4.1.3.4 Auto-Controle	68
4.1.3.5 Evitação	71
4.1.3.6 Negação	74
4.1.3.7 Resignação	76
4.1.3.8 Auto-Culpa	79
4.1.3.9 Busca e Aceitação de Suporte Social	80
4.1.3.10 Pensamentos Religiosos	85
4.1.3.11 Reavaliação Positiva	88
4.1.4 DESFECHO	90
4.1.4.1 Avaliação quanto à Alteração da Imagem Corporal	91
4.1.4.2 Avaliação quanto ao Lugar Ocupado pelo Câncer na Vida	93
4.1.4.3 Avaliação da Vida Atual	96
4.1.4.4 Planos / Expectativas para o Futuro	98

4.2 ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)	100
4.2.1 MODOS DE ENFRENTAMENTO: CORRELAÇÃO LINEAR	100
4.2.2 MODOS DE ENFRENTAMENTO: MÉDIAS E ANÁLISE DE VARIÂNCIA	102
4.2.3 <i>COPING</i> FOCALIZADO NO PROBLEMA	103
4.2.4 PRÁTICAS RELIGIOSAS/ PENSAMENTO FANTASIOSO	111
4.2.5 BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	114
4.2.6 <i>COPING</i> FOCALIZADO NA EMOÇÃO	115
4.2.7 RESPOSTAS À PERGUNTA ABERTA: ANÁLISE QUALITATIVA	120
4.3 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE <i>STRESS</i> PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)	122
5. CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS	136
ANEXOS	141
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	142
ANEXO B – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-EERP/USP)	144
ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA	145
ANEXO D – ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)	147
ANEXO E – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE <i>STRESS</i> PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)	149

1. INTRODUÇÃO

1.1 PERÍODO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O paciente com câncer de mama permanece com este diagnóstico por cinco anos. Durante este intervalo, realiza periodicamente exames de rotina, a fim de verificar a sua condição clínica. Após este período, entra no período livre de doença (FREDETTE, 1995).

Ao fim de cinco anos, as implicações físicas e psicossociais decorrentes do adoecimento ainda estão presentes. A sobrevivência ao câncer de mama é um processo que se inicia no momento do diagnóstico e não cessa (FREDETTE, 1995; GAMBOSI; ULREICH, 1990).

Estudos têm evidenciado que a sobrevivência é constituída de diferentes fases, cada qual com suas demandas específicas, que afetam o ajustamento psicossocial de maneira diferente (FREDETTE, 1995; GIMENES; QUEIROZ, 1997; HANSON et al., 2000; ROSSI, 2001).

A literatura científica recente tem demonstrado uma significativa preocupação com o aspecto psicossocial da mulher com câncer de mama. As pesquisas assinalam as demandas e especificidades desta população. A maior parte dos trabalhos da área, no entanto, aborda o período do diagnóstico e tratamento, havendo raros trabalhos voltados às pacientes no período pós-tratamento (HACK; DEGNER, 2004).

Um olhar atento às sobreviventes do câncer de mama no período pós-tratamento evidencia que, nesse período, ainda há uma ampla gama de seqüelas possíveis, tanto no campo físico como psicossocial.

Em primeiro lugar, as mulheres acometidas por este câncer enfrentam a perda, total ou parcial, de uma parte do corpo que, ao longo dos séculos, vem sendo considerada como símbolo de feminilidade, de sensualidade, sexualidade e maternidade. O câncer de mama, portanto, gera alterações permanentes em sua imagem corporal e identidade feminina.

Um outro ponto importante diz respeito às limitações no braço homolateral à mama operada, em decorrência principalmente da cirurgia mamária e retirada dos linfonodos axilares. Esforços físicos, calor e cortes, por exemplo, devem ser evitados. Em contraposição, auto-massagem e exercícios físicos devem ser incorporados à rotina dessas mulheres, em caráter permanente.

As sobreviventes do câncer de mama convivem com a possibilidade de desenvolvimento de complicações no braço, dentre as quais destaca-se o linfedema (inchaço no braço por acúmulo de linfa não drenada). No entanto, mesmo seguindo à risca as recomendações de auto-cuidado, algumas mulheres não conseguem evitá-lo. Os fatores envolvidos no seu aparecimento não são totalmente dominados pela ciência.

À possibilidade do aparecimento de complicações no braço soma-se o constante assombro da recidiva. Em ambos os casos, trata-se de um permanente contato com sua vulnerabilidade. Percebe-se, constantemente, a limitação no controle do desenrolar de sua vida. Há um incessante convívio com a incerteza do amanhã.

Os aspectos descritos encerram fragmentos da vida cotidiana das sobreviventes do câncer de mama, mas servem ao propósito de advertir quanto à necessidade da assistência continuada junto a estas mulheres, visto que as necessidades, físicas e psicológicas, não se esgotam com o fim dos procedimentos cirúrgicos, quimio e radioterápicos.

Uma vez que as reabilitações física e psicossocial para estas mulheres necessitam se dar permanentemente, pesquisas abordando o período pós-tratamento são requeridas, a fim de conhecer minuciosamente suas especificidades e necessidades.

1.2 ENFRENTAMENTO (*COPING*)

Lazarus e Folkman (1984) conceituam enfrentamento (*coping*) como sendo todos os esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, de controle das demandas internas ou externas específicas, que são avaliadas como excedendo ou fatigando o recurso da pessoa. No presente estudo, o enfrentamento está sendo entendido como um processo. Nessa perspectiva, adota-se que os modos de enfrentamento mudam ao longo do tempo, de acordo com as características do estressor e as exigências do contexto.

Lazarus e Folkman (1984) ressaltam a diferença entre função e consequência do enfrentamento. A função diz respeito ao propósito a que serve a estratégia, enquanto as consequências dizem respeito ao efeito produzido pela mesma. Uma determinada estratégia pode ter a função, por exemplo, de impedimento do fator aversivo, mas a sua utilização não necessariamente significa que a ameaça seja evitada. Em outras palavras, o controle pode ser ilusório (SAVÓIA, 1999).

Segundo a análise de Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento tem duas funções: 1) modificar a relação da pessoa com o ambiente, controlando ou alterando o problema causador (enfrentamento centrado no problema). Estas estratégias exigem, em geral, uma postura ativa de aproximação em relação ao estressor; 2) adequar a resposta emocional ao problema (enfrentamento centrado na emoção), podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse. Em geral, as formas de enfrentamento centrados na emoção acontecem quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambientais. De qualquer maneira, enfrentamento centrado no problema e na emoção não são excludentes e podem ser utilizados simultaneamente para lidar com a situação estressora.

Giemenes (1997a) refere que, por vezes, há uma complementaridade entre as estratégias como, por exemplo, quando uma estratégia permite intervenção direta sobre o estressor, enquanto outra impede que o indivíduo não se desespere diante da situação. No entanto, a autora pontua que nem sempre esta complementaridade ocorre: “ao contrário, processos intrapsíquicos podem promover bem-estar emocional à custa de uma ação direta possível de ser tomada” (p. 127). Por isso, a análise das estratégias de enfrentamento não deve ser feita *a priori*. Ao contrário, deve conhecer, em princípio, toda a gama de estratégias utilizadas, para que se possa, posteriormente, avaliar a função que cada uma delas está exercendo dentro deste conjunto.

A forma pela qual uma pessoa usa as estratégias de enfrentamento está determinada, em parte, por seus recursos pessoais e ambientais. No âmbito pessoal estão inclusos os recursos físicos, os quais incluem saúde e energia; os recursos psicológicos, como valores e crenças; os recursos de competências, como habilidades sociais e de solução de problema. Quanto aos recursos ambientais, estão inclusos o suporte social e recursos materiais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Artigos de revisão sobre a literatura relacionada ao enfrentamento do câncer de mama têm evidenciado uma relação positiva entre modo de enfrentamento e ajustamento psicossocial. Em outras palavras, a literatura tem mostrado que o modo como essas mulheres enfrentam o diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer de mama, está diretamente relacionado ao seu ajustamento (ou desajustamento) psíquico e social (ALLEN et al., 2002; GRIFFIN; FENTIMAN, 2002; LEV et al., 2001; LUECKEN; COMPAS, 2002).

As pesquisas de intervenção, junto a pacientes com câncer de mama, cujo foco tenha sido desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptadas apontam, como resultado, melhorias no ajustamento psicossocial (LEV et al., 2001; WENGSTROM;

HAGGMARK; FORSBERG, 2001).

O conceito de ajustamento psicossocial não é aferido a partir das mesmas variáveis na literatura. Medidas de estados de humor (depressão, ansiedade), de saúde mental e de estresse, ou uma combinação entre estas mesmas são as mais relacionadas pela literatura. No entanto, algumas pesquisas apontam para o fato de que, mesmo ns pacientes em que o estado de humor aparece adequado podem apresentar de moderado a alto níveis de estresse (CLASSEN et al., 2001; KOOPMAN et al., 2001).

1.3 ESTRESSE

O termo *stress* foi utilizado pela primeira vez no sentido psicológico no século XVIII. Seu uso no Brasil é tão recente que não existe uma tradução específica para este termo (LIPP; GUEVARA, 1984), embora alguns autores estejam empregando atualmente o anglicismo estresse.

O estresse é definido como uma reação psicológica com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos estranhos que irritam, amedrontam, excitam ou confundem a pessoa (LIPP, 1994). Vasconcelos (1992) considera que o estresse ocorre diante de estímulos biológicos, psicológicos e sociais, constituindo, portanto, segundo o autor, um fenômeno biopsicossocial.

Os estímulos que podem gerar a reação de estresse no indivíduo são os chamados eventos estressores (ou estressantes), entendidos como qualquer estímulo capaz de provocar a quebra da homeostase interna do organismo. Tais eventos podem estar associados a: dano ou perda; ameaça; desafio. Dano ou perda: ocorre quando algum

prejuízo já ocorreu; ameaça: relaciona-se à antecipação de danos ou perdas e permite um comportamento adaptativo antecipado; desafio: indica eventos que trazem possibilidade de ganho e crescimento (GOLDSTEIN, 1996).

Os estressores podem ser classificados como externos ou internos, sendo que os primeiros relacionam-se às condições externas que afetam o indivíduo, independentemente, muitas vezes, do mundo interno da pessoa, como por exemplo, um acidente ou uma doença. Os estressores internos, por sua vez, são determinados completamente pelo próprio indivíduo, relacionando-se ao modo de ser da pessoa, suas crenças, dificuldades emocionais e relacionais (LIPP, 1996).

Os eventos estressores geram no organismo o aparecimento de um conjunto de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e/ou comportamentais que têm como princípio adaptar o indivíduo à nova situação gerada pelo estímulo estressor. O estado de estresse está, portanto, relacionado a uma resposta adaptativa.

Desta forma, o estresse é um mecanismo normal, necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que ele se coloque mais atento diante de situações de perigo, podendo até funcionar como um mecanismo de sobrevivência, em alguns casos. Observa-se, portanto, que um certo nível de estresse, dependendo da situação, pode ser benéfico ao organismo. No entanto, se o seu nível aumenta muito, pode gerar a exaustão do organismo, aumentando a suscetibilidade deste para o desenvolvimento de doenças físicas e mentais.

O estresse, portanto, pode ocorrer tanto de maneira negativa quanto positiva. Toda mudança na vida gera um nível de estresse, que pode ser chamado de *eutress*, se contribui para aumentar o desempenho ou *distress*, se a capacidade do desempenho da pessoa se vê ameaçada (SAVÓIA, 1999).

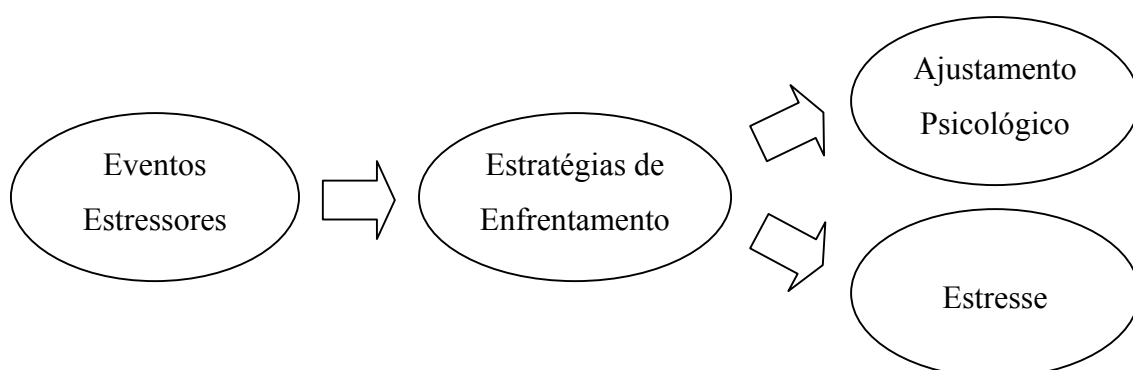
De acordo com Lucarelli e Lipp (1999), quando o organismo é exposto a um evento estressante, seja ele bom ou ruim, ele entra em estado de alerta, preparando o organismo

para a reação de luta ou fuga e provocando a inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares (perda de apetite) e alteração no sono (pesadelos, insônia). Se, a partir do alerta proferido pelo organismo, o indivíduo conseguir reagir de maneira a diminuir o efeito aversivo do evento estressor, as reações de estresse tendem a regredir e o organismo volta à homeostase. Já se o organismo não consegue responder adequadamente, o organismo entra na fase de resistência.

A fase de resistência é caracterizada por uma tentativa de adaptação à situação estressante, predominando a sensação de desgaste (LIPP; ROCHA, 1994). Essa é a fase de *distress*, ou seja, do mau estresse. Após essa fase de aparente adaptabilidade, a capacidade de resistência do organismo se exaure, entrando em colapso energético. Essa seria a fase da exaustão, na qual aparecem os sintomas orgânicos, que muitas vezes passam despercebidos até então (VASCONCELOS, 1992).

Cada indivíduo possui um nível de tolerância diferente às situações estressantes. Considera-se, dentre outros fatores, que a suscetibilidade das pessoas ao estresse varia dependendo da sua habilidade em lidar com os estressores, ou seja, de acordo com sua habilidade para enfrentar o problema (*coping*).

Com isso, podemos esquematizar, simplificadamente, as relações que ocorrem entre a tríade: eventos estressores, estratégias de enfrentamento e estresse, uma vez que encerram o referencial teórico que fundamentou este trabalho.



2. OBJETIVOS

Geral

O presente estudo teve como objetivo investigar o processo de enfrentamento em mulheres no período pós-tratamento do câncer de mama.

Específicos

- a) Identificar os eventos estressores vivenciados no período pós-tratamento do câncer de mama
- b) Identificar os modos de enfrentamento utilizados no período pós-tratamento do câncer de mama
- c) Caracterizar a presença de estresse e a fase do mesmo em que as pacientes se encontram
- d) Investigar o ajustamento psicológico das mulheres participantes

3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A condição humana é uma realidade inacabada e em permanente mutação, à qual só se torna possível chegar por aproximações sucessivas, comportando a ausência de hipóteses fixas e rigidamente definidas. Segundo Minayo (2000), o reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos envolve aspectos essencialmente qualitativos como propriedades inerentes.

A maior parte das pesquisas qualitativas se propõe a preencher lacunas no conhecimento, sendo muito poucas as que se originam no plano teórico. Essas lacunas geralmente se referem à compreensão de processos que ocorrem em um determinado grupo de indivíduos, ou ainda, em uma dada instituição ou comunidade. Daí serem, em sua maioria, classificadas como exploratórias e descritivas (MARSHALL; ROSSMAN, 1989).

O pesquisador, trabalhando sob o vértice da análise qualitativa, defronta-se com a tarefa de desvelar e tornar explícita a constituição dos acontecimentos da vida diária. Frente a tal tarefa, procura situar-se diante dos fenômenos de forma a que estes possam mostrar-se na sua própria linguagem, e não buscar acomodação dos resultados em conceitos já existentes sobre o lugar ideal, esperado, daquele evento no universo. Portanto, a vertente qualitativa trabalha preferencialmente no *contexto da descoberta*. Não se exclui, no entanto, a possibilidade de incursões no *contexto da verificação*, na medida em que estudos podem ser planejados para investigar se relações observadas em outros contextos

ou através de outras metodologias se confirmam (MARSHALL; ROSSMAN, 1989; SILVA, 1998).

Para Minayo (2000), as abordagens qualitativa e quantitativa não são incompatíveis e podem ser integradas em um mesmo projeto. Silva (1998) refere que a relação entre estes dois métodos pode ser de complementaridade, uma vez que o quantitativo ocupa-se de ordens de grandeza e suas relações, enquanto o qualitativo é um quadro de interpretações para medidas ou compreensão para o não quantificável.

O presente estudo se alinha à perspectiva quali-quantitativa, inserindo-se preferencialmente no *contexto da descoberta* e buscando complementação no *contexto da verificação*.

3.2 CONTEXTO EM QUE FOI REALIZADO O ESTUDO

O estudo foi realizado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (REMA), do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/ USP).

O REMA funciona nas dependências da EERP/ USP, prestando assistência a mulheres mastectomizadas, nas 2^a, 4^a e 6^a feiras, no horário das 8:00 às 12:00 horas. As pacientes são encaminhadas por profissionais dos serviços de saúde que assistem mulheres com câncer de mama na cidade e região, ou mesmo por indicação das próprias usuárias que freqüentam o serviço.

3.3 CUIDADOS ÉTICOS

Em primeiro lugar, este trabalho teve como princípio básico o respeito às voluntárias e às instituições envolvidas, sob o norteamto da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Anteriormente a qualquer procedimento em relação à abordagem das participantes, formulou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Este documento descreveu o objetivo, a justificativa e o procedimento de coleta de dados bem como explicitou a participação voluntária no estudo, incluindo a total liberdade da participante tanto para não responder a alguma questão em que não se sentisse à vontade como para interromper a sua participação a qualquer momento. Neste documento também foi solicitada a permissão para que os dados fossem gravados em áudio, a fim de que não se perdesse nenhuma informação fornecida, e esclarecia o caráter científico e sigiloso na identidade das participantes. Também se encontrava descrito o eventual ressarcimento dos gastos que a entrevistada pudesse ter que arcar para viabilizar sua participação na pesquisa.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (processo nº 0368/2003) (Anexo B). Somente a partir do aval deste Comitê, iniciou-se o procedimento de abordagem às participantes.

3.4 PARTICIPANTES

A casuística foi composta por 16 mulheres assistidas pelo REMA que preenchiam os critérios descritos a seguir:

Critérios para inclusão na amostra

- tratamento: pacientes que já tinham sido submetidas à mastectomia (total ou parcial), radioterapia e/ou quimioterapia.
- tempo de doença: entre um ano e quatro anos pós-diagnóstico.
- acessibilidade: estar freqüentando o REMA durante o período da coleta de dados ou residir em Ribeirão Preto.
- anuência: apenas foram incluídas as mulheres que se disponibilizaram para participar do estudo e que estiveram de acordo com as exigências da pesquisa, formalizando sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios para exclusão da amostra

- não foram admitidas pacientes sintomas psicóticos aparentes, deficiências mentais, quadros demenciais ou que apresentassem déficit de audição e/ou linguagem que pudessem comprometer a comunicação com a entrevistadora.

Delineados os critérios, foi realizado um levantamento dos prontuários do REMA, bem como foram buscadas informações junto aos profissionais da equipe do serviço, a fim

de localizar as mulheres que se enquadravam nos critérios propostos pelo estudo. Foram encontradas 32 mulheres, que compuseram a amostra inicial deste estudo. Destas, 16 foram efetivamente contatadas e convidadas a participar do estudo. Não houve nenhuma recusa à participação.

O número de participantes deste estudo foi delimitado pela saturação dos dados, entendida como o ponto em que as informações que estão sendo analisadas se tornam repetitivas (BOGDAN; BIKLEN, 1994; MINAYO, 2000).

3.5 INSTRUMENTOS

Para a realização da coleta de dados do presente estudo foram utilizados três instrumentos, a saber: Entrevista Semi-Estruturada (Anexo C); Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Anexo D); Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo E).

3.5.3 ENTREVISTA ESTRUTURADA

Segundo Bogdan e Bicklen (1994), a entrevista é considerada a melhor técnica qualitativa de investigação de dados. Minayo (2000) aponta a entrevista como um excelente recurso do qual podemos lançar mão quando se pretende investigar as concepções, crenças, valores, motivações e atitudes dos sujeitos investigados.

Neste estudo utilizou-se a entrevista estruturada, caracterizada pela prévia formulação das questões, baseadas em teorias e hipóteses relacionadas ao objeto de estudo. Outras questões podem surgir no decorrer da entrevista, fruto de novas hipóteses provenientes das respostas dos informantes.

Conforme assinalam Bogdan e Biklen (1994), a partir da entrevista é possível recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, ou seja, a entrevista produz dados repletos de palavras que revelam as perspectivas dos respondentes.

Alonso (1995) atenta para o fato de que o discurso não preexiste antes da situação da entrevista, mas aparece como uma resposta a uma indagação em uma situação de conversa a dois, onde cada um dos interlocutores co-constroem, a cada instante, o discurso. Neste método de investigação, conforme referem Martins e Bicudo (1994), pesquisador e sujeito estão dialética e essencialmente ligados.

O roteiro de entrevista, formulado especialmente para fins deste estudo, iniciou com uma investigação sobre as características sócio-demográfica da participante. A partir de então, as demais questões abarcaram o evento do câncer de mama, tendo como finalidade conhecer os dados objetivos da história clínica e os correlatos emocionais de cada acontecimento relacionado ao adoecimento.

As questões iniciais objetivaram uma caracterização clínica, ou seja: conhecer o processo da descoberta do câncer de mama e como se deu o seu tratamento. A partir de então, as questões versaram sobre os diversos aspectos relacionados ao foco de estudo, ou seja, o universo do período pós-tratamento: as alterações trazidas pelo adoecimento, os modos de enfrentamento, os relacionamentos interpessoais, o suporte social, a auto-imagem, a auto-avaliação quanto à própria vida e os planos/ expectativas para o futuro.

3.5.2 ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) é um instrumento adaptado (Gimenez e Queiroz, 1997) e validado para a população brasileira (SEIDL; TRÓCOLLI; ZANNON, 2001). Trata-se de um questionário tipo Likert de cinco pontos. Compõe-se de 45 itens, que englobam pensamentos e ações das quais as pessoas fazem uso para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico.

A versão adaptada e validada da EMEP para a população brasileira identifica quatro modos de enfrentamento, a saber:

1) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema: composta por 18 itens que englobam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Inclui também itens que envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo.

2) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção: composta por 15 itens que incluem reações emocionais negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados para a solução mágica do problema, respostas de esquiva e reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio. Abarcam, portanto, estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir função paliativa no enfrentamento e/ ou resultar em afastamento do estressor.

3) Práticas Religiosas/ Pensamento Fantasioso: composta por 7 itens que abarcam pensamentos e comportamentos religiosos que possam auxiliar no enfrentamento do problema, pensamentos fantasiosos permeados por sentimentos de esperança e fé.

4) Busca de Suporte Social: composta por 5 itens que representam a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação.

Ao fim da aplicação dos 45 itens da escala, são realizadas as seguintes questões abertas: “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade? Você está utilizando outras formas de lidar com a situação?”. Com isso, uma análise qualitativa, complementar, enriquece os resultados obtidos com a aplicação dos itens.

3.5.3 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE *STRESS* PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

O Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) foi elaborado e validado para a população brasileira (LIPP; GUEVARA, 1984). Trata-se de um inventário do tipo *check-list* composto por três partes: a primeira parte avalia os sintomas físicos e psicológicos das últimas 24 horas; a parte dois, os sintomas da última semana; e a parte três, os sintomas do último mês.

O instrumento visa identificar rápida e objetivamente a sintomatologia do sujeito, avaliando a presença de sintomas de estresse e o tipo de sintoma prevalente (psicológico ou somático), bem como a fase de estresse em que se encontra: alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta indica que o organismo está reagindo à presença um evento estressor, preparando-se para as reações de luta ou fuga. A fase de resistência, por sua vez, aponta o desgaste sentido pelo organismo na tentativa persistente de adaptação ao evento estressor. Se o estressor é contínuo, o organismo pode exaurir suas reservas de energia adaptativa e a fase de exaustão se manifesta (LIPP; ROCHA, 1994).

3.6 PROCEDIMENTO

3.6.1 ABORDAGEM DAS PARTICIPANTES

O primeiro contato com as mulheres foi estabelecido via telefone ou nos retornos semanais ao serviço (REMA). Nessa oportunidade, foi feita a apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa e, ainda, esclareceu-se em linhas gerais como seria a coleta de dados. Enfatizou-se que a participação era voluntária, sendo que uma eventual recusa não acarretaria prejuízos à continuidade dos atendimentos no REMA.

Uma vez obtida a anuência da paciente, agendou-se o local, dia e hora para a realização da entrevista. Quanto ao local, foi inicialmente sugerida uma das salas do serviço e, caso não fosse possível, a residência da participante, enfatizando a necessidade de um ambiente preservado.

3.6.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados de onze participantes (mulheres 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13 e 14) ocorreu em salas da EERP/ USP. As cinco outras (mulheres 5, 8, 11, 15 e 16) optaram por darem seus depoimentos em suas próprias casas.

No momento anterior à coleta de dados foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que as entrevistadas leram e assinaram, ficando uma via com a pesquisadora e a outra foi entregue à participante.

Os instrumentos foram aplicados individualmente, em situação face-a-face. Iniciou-se com a aplicação da Entrevista Semi-Estruturada e seguiu-se com a aplicação da EMEP e ISSL, respectivamente. A Entrevista Semi-Estruturada foi áudio-gravada, após a concordância da participante. As técnicas objetivas foram lidas e preenchidas pela pesquisadora, a fim de homogeneizar o método de aplicação, uma vez que se sabia da possibilidade de participação de mulheres com dificuldade na leitura/ escrita.

A coleta de dados deu-se em uma única sessão, com duração média de uma hora e quarenta minutos. O tempo dispendido na entrevista foi de 1 hora, em média (variando desde 45 minutos à 1 hora e 35 minutos). A aplicação da EMEP demandou 30 minutos, em média, enquanto o ISSL foi aplicado em um tempo médio de 10 minutos.

3.6.3 PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DOS DADOS

Os registros em áudio provenientes dos dados obtidos com a Entrevista Semi-Estruturada foram transcritos na íntegra e literalmente. Esses depoimentos foram, então, submetidos a uma análise de conteúdo temática (MINAYO, 2000). São três as etapas desse processo de análise: 1) pré-análise: consiste na organização do material e sistematização da idéias; 2) descrição analítica: corresponde à categorização dos dados em unidades de registros e 3) interpretação referencial: tratamento e interpretação dos dados.

Este procedimento, que se insere na modalidade de pesquisa qualitativa, tem como eixo norteador a busca das unidades de sentido que emergem do discurso das entrevistadas. A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, que ultrapasse os significados manifestos. Ainda, articula a análise das narrativas com os fatores que determinam suas características: variáveis pessoais, contexto sócio-cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2000).

Com relação ao inventário e à escala utilizada, os dados obtidos foram tabulados e calculados de acordo com as pautas fornecidas pela literatura específica para cada instrumento. Os dados provenientes dos instrumentos objetivos foram analisados segundo abordagem quantitativa, em função das relações numéricas obtidas.

Através desse trabalho de interpretação dos resultados obtidos com cada instrumento, chegou-se, finalmente, à elaboração de uma síntese acerca do processo de enfrentamento ao câncer de mama construído pelas mulheres participantes, o que possibilitou a conclusão do trabalho.

4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

4.1 ENTREVISTA ESTRUTURADA

4.1.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES

Tabela 1 – Distribuição das 16 mulheres participantes do estudo em relação às variáveis sócio-demográficas.

VARIÁVEL		VALOR
Escolaridade	Sem escolarização	6,3%
	Nível fundamental incompleto	56,3%
	Nível médio completo	12,5%
	Nível médio técnico	6,3%
	Nível superior incompleto	6,3%
	Nível superior completo	12,5%
Ocupação Profissional no Diagnóstico	Sim	43,8%
	Não	56,3%
Estado Civil	Casada	56,3%
	Viúva	25%
	Solteira	12,5%
	Separada	6,3%
Religião	Católica	71,2%
	Espírita	12,5%
	Evangélica	6,3%

Para a variável idade, tivemos valores variando entre 35 e 75 anos, sendo que o valor médio obtido foi 61,06 ($\pm 11,06$) anos.

Quanto à escolaridade, uma referiu não ter frequentado escola, nove não completaram o ensino fundamental, duas possuíam nível médio completo, uma possuía nível técnico, uma não completou o ensino superior e duas tinham nível superior completo. Medindo a escolaridade em anos que as participantes frequentaram o ensino formal, encontrou-se um valor mínimo de zero e máximo de 15 anos, com valor médio de 6,36 ($\pm 5,52$) anos.

Sete mulheres (43,8%) referiram que estavam trabalhando no momento do diagnóstico, tendo se afastado para efetivação do tratamento. Nove mulheres (56,3%) mencionaram que não exerciam ocupação profissional nesse período.

Com relação ao estado civil, nove mulheres eram casadas (56,3%), enquanto as outras sete viviam sem um companheiro (43,8%), por motivo de viuvez, divórcio, ou por não ter se casado.

Referindo-se ao aspecto religioso, 13 mulheres (81,3%) referiram ser católicas, duas espíritas (12,5%) e uma evangélica (6,3%). Doze participantes (75%) definiram-se participantes ativas de sua igreja.

Tabela 2 – Distribuição das 16 mulheres participantes do estudo com relação às variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama.

VARIÁVEL		VALORES
Tipo de Cirurgia	Conservadora	56,3%
	Total	43,8%
Quimioterapia	Não	31,2%
	Sim	68,8%
Radioterapia	Não	12,5%
	Sim	87,5%
Hormonioterapia	Não	25%
	Sim	75%

Utilizando-se as medidas de tempo em meses decorridos desde o diagnóstico encontrou-se que, em média, as mulheres estavam há 26,44 ($\pm 9,70$) meses pós-diagnóstico, sendo que a variação ocorreu entre 12 e 44 meses.

Quanto ao procedimento cirúrgico mamário realizado, nove mulheres (56,3%) se submeteram à retirada parcial da mama (cirurgia conservadora), enquanto sete (43,8%) tiveram a toda a mama retirada (mastectomia total). Uma das participantes retirou as duas mamas (mastectomias totais) e apenas uma mulher realizou o processo de reconstrução mamária.

Onze mulheres (68,8%) submeteram-se ao procedimento de quimioterapia, tendo o número de ciclos variado entre seis e doze. Com relação à radioterapia, 14 mulheres (87,5%) submeteram-se a este procedimento, tendo o número de sessões variado entre 25 e 100. Por fim, doze mulheres (75%) referiram, no momento da coleta de dados, estarem fazendo uso de hormonioterapia.

4.1.2 EVENTOS ESTRESSORES

Esta categoria encerra as narrativas que nos permitem contatar as alterações, dificuldades, receios e preocupações advindas do evento do câncer na vida das mulheres participantes. Em consonância com a terminologia utilizada pela abordagem teórica do trabalho, denominamos Eventos Estressores ao conjunto de unidades de significado que emergiram das falas.

Os estressores encerram os eventos que geram modificações na vida da participante, aos quais ela deve responder a fim de adaptar-se à nova configuração da vida (Quadro 1). Esta categoria, no entanto, não pretende abordar a resposta (modo de enfrentamento) das mulheres a tais acontecimentos ou a eficácia das respostas no sentido de reduzir, atenuar ou eliminar o dano provocado pelo estressor. Apenas objetiva-se, nesse nível de análise, conhecer os eventos estressores presentes nas vidas das mulheres participantes do estudo no período pós-tratamento do câncer de mama.

CATEGORIA 1: ESTRESSORES
ESTRESSORES FÍSICOS
ESTRESSORES PSICOLÓGICOS
ESTRESSORES SOCIAIS
ESTRESSORES CONCORRENTES AO CÂNCER

Quadro 1 – Categoria Eventos Estressores e as subcategorias que a compuseram

Esta categoria subdivide-se em quatro subcategorias: 1) Estressores Físicos, que encerram alterações inscritas no corpo/organismo que acarretam limitações e incômodos à vida da participante; 2) Estressores Psicológicos, que englobam pensamentos e sentimentos adversos em relação à possibilidade de ocorrência de acontecimentos negativos; 3) Estressores Sociais, que dizem respeito aos incômodos provenientes da relação da participante com os ambientes sociais nos quais está inserida; 4) Estressores Concorrentes ao Câncer, que reúnem as narrativas acerca de aspectos não relacionados diretamente ao evento câncer, mas que também foram avaliados como potenciais estressores nesse período de suas vidas.

4.1.2.1 Estressores Físicos

Nesta subcategoria encontram-se narrativas de 14 das 16 mulheres que participaram do estudo, a respeito das alterações provocadas pelo câncer no corpo, ou seja, a percepção de mudanças que envolveram a dimensão física (Tabela 3). Apenas duas participantes, portanto, não referiram vivências de incômodos desta ordem.

Tabela 3 – Identificação das unidades de significado que configuram a subcategoria Estressores Físicos, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

ESTRESSORES FÍSICOS (<i>f</i>= 14)		
UNIDADE DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
Cirurgia da mama: alteração na imagem corporal / auto-imagem	5, 8, 9, 12, 13	5
Prótese: vivência de incômodo / desconforto	5, 8, 12	3
Diminuição da habilidade física / limitação de movimentos	1, 2, 13, 14, 15	5
Linfedema	1, 12, 13, 14, 16	5
Outras seqüelas físicas do câncer e seu tratamento	1, 2, 3, 5, 8, 12, 16	7
Nódulos benignos	11, 15	2
Situação de recidiva	1, 5, 6, 8	4
Cronicidade das limitações	4	1

O tratamento do câncer de mama inclui intervenção cirúrgica, que certamente acarreta alteração no aspecto estético deste órgão. A perda de uma parte do corpo, de acordo com Schávelzon (1992), é vivenciada como luto e, portanto, repercute na condição psíquica do indivíduo. A amputação de parte ou de toda a mama representa uma situação traumática, potencializada pelos significados atribuídos ao órgão feminino.

Dentre as intervenções cirúrgicas nos diversos tipos de cânceres, a da mama, por deixar sua marca visível no corpo, remete as mulheres permanentemente à situação da perda. Além disso, a mama é um símbolo corpóreo de feminilidade, sensualidade, sexualidade e maternidade, ou seja, trata-se de um órgão que está intimamente relacionado à questão da identidade feminina, alvo de múltiplas e profundas significações pessoais.

Portanto, a cirurgia para retirada de massa tumoral não altera apenas a imagem corporal da mulher, como também sua auto-imagem (PARKES, 1998; ROSSI; SANTOS, 2003; WANDERLEY, 1994).

Cinco participantes deste estudo referiram incômodos relacionados às alterações percebidas no corpo, em decorrência da cirurgia da mama:

“Eu sei que eu não tenho uma mama. Entende? E que a mama é um dos atributos femininos, entende? Então eu sei disso”. (5)

“Ah, é uma mutilação. Quando você vai vestir uma roupa... fica feio”. (12)

Kraus (1999), revisando a literatura, aponta que, em geral, quando mais invasivo for o processo cirúrgico do câncer de mama, maior será o grau de alteração vivenciado na imagem corporal. No entanto, os resultados obtidos pelos trabalhos que relacionam o tipo de cirurgia realizada ao ajustamento psicossocial não são unânimes. Kraus (1999) e Shimozuma et al. (1999), por exemplo, encontraram ajustamentos psicossociais semelhantes tanto para as cirurgias mais invasivas como para as mais conservadoras, enquanto que os resultados do estudo de Janni et al. (2001) apontaram para a diminuição da satisfação com a imagem corporal nas mastectomizadas.

No presente estudo, das 16 mulheres participantes, sete se submeteram à retirada total da mama, sendo que uma delas havia realizado mastectomia radical bilateral. Destas sete, quatro apontaram alteração com relação à imagem corporal, enquanto apenas uma, das nove que se submeteram à cirurgia conservadora (retirada parcial da mama), apontou incômodo nesse sentido. Os dados aqui encontrados, portanto, corroboram os trabalhos que evidenciam maiores alterações na imagem corporal sofridas pelas pacientes que se submeteram à mastectomia radical.

Com a perda da mama, as quinze mulheres que não haviam se submetido à cirurgia reparadora da mama foram orientadas quanto ao uso de prótese mamária externa, que são

colocadas no *soutien*. Além da melhora no aspecto estético, a prótese é recomendada para ajudar na manutenção postural do ombro e da coluna vertebral.

Os resultados aqui obtidos indicaram que o uso da prótese não se fez sem incômodos. Três participantes apontaram desconfortos decorrentes de sua utilização. A prótese incomodava, prendia, não se movimentava como a outra mama. Havia, ainda, a necessidade de atenção constante para não esquecê-la.

"A prótese é uma coisa que incomoda, porque a outra mama se mexe quando eu me mexo, essa aqui não". (5)

"Hoje, por exemplo, pela primeira vez na vida eu esqueci de colocar a prótese. Falei: 'Uai, que é isso?'. Ai eu vi que eu tava sem. Fui lá e enchi de papel. Então você tem alguns cuidados a mais, tem que ficar atenta". (12)

A necessidade do uso constante da prótese foi mais um fator que, diariamente, remetia as mulheres ao fato de que elas não eram as mesmas, que algo havia se alterado permanentemente após o câncer.

As alterações físicas decorrentes do câncer de mama e seu tratamento não se esgotaram com a perda da mama. As limitações de movimento do braço homolateral à mama afetada foram amplamente referidas pelas participantes.

"Na radio queimou bastante e ficou grudada a pele e aqui eu fiquei sem movimento. Não sei se foi só da radio, se por ter cortado os nervinho também né. (...) O braço já não faz, assim, tanto movimento". (13)

Não foi apenas o movimento do braço que se alterou. Outros cuidados também tiveram que ser incorporados à vida das participantes como, por exemplo, manter-se longe do calor do fogo ou evitar a exposição ao sol, não se machucar ou se cortar, não carregar peso, não fazer esforço ou movimentos repetitivos com o braço afetado. As falas de cinco mulheres atestaram as modificações vivenciadas em decorrência dos cuidados necessários para o braço. Discorreram, em relação aos aspectos objetivos do cotidiano, sobre as

limitações que sentiam na habilidade para os afazeres domésticos e, com relação aos aspectos subjetivos, sobre a sensação de limitação, de déficit de autonomia.

"O que mudou assim, de eu não poder fazer as coisas, é que eu tenho limite né, então isso é, eu não acho bom, porque eu sempre fui uma pessoa muito desembaraçada no serviço, aquela coisa toda, e hoje eu sou limitada né. Não pode pegar vassoura, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode passar roupa, e isso pra mim é um empecilho, porque eu sempre fiz né, mexer na minha terrinha, no meu jardim". (15)

Almeida (1997), investigando a convivência com a incerteza em mulheres em reabilitação do câncer de mama, encontrou que o processo de aceitação às limitações físicas decorrentes da doença levou algumas mulheres à alterações negativas no seu autoconceito, em decorrência de se perceberem como um objeto inútil e sem possibilidades de transformação.

O auto-cuidado com relação ao braço, constante e permanente, tem a função de evitar complicações, dentre os quais o linfedema, que é associado pelas pesquisas da área a piores índices de ajustamento físico e psicossocial em relação às mulheres que não desenvolveram-no (COLLINS et al., 2004; KORNBLITH; LIGIBEL, 2003; LONGMAN; BRADEN; MISHEL, 1997).

Carter (1997), investigando mulheres norte-americanas que conviviam com o linfedema há, em média quatro anos apontou que a maioria delas estava bem ajustada tanto no âmbito físico quanto psicológico. Algumas delas, no entanto, apresentavam sintomas depressivos e ansiosos, bem como relatavam prejuízos em suas relações sociais. O autor apontou ainda que o conhecimento médico-científico limitado acerca do linfedema, as informações conflituosas acerca do tratamento e o número reduzido de centros de tratamento para o linfedema foram os fatores relacionados a maiores índices de *distress* nas participantes.

No presente estudo, oito participantes desenvolveram linfedema. Atenta-se para o fato de que este número não necessariamente representa um dado estatístico com relação à

probabilidade da ocorrência de tal complicação. A alta prevalência de participantes com linfedema está relacionada à amostra ter sido proveniente de um serviço de referência para a reabilitação das seqüelas do câncer de mama.

Das oito mulheres participantes que desenvolveram o linfedema, cinco discorreram acerca dos aspectos negativos na convivência com esta problemática. Trouxeram a cronicidade do quadro, a necessidade de cuidados constantes a fim de que o desconforto do braço, inchado e pesado, não retorne. As alterações nas atividades diárias também foram citadas, em decorrência dos cuidados necessários para o tratamento do linfedema.

"Ele fica pesado, né, fica pesado o braço, é, eu faço mais movimento com esse, né, eu uso mais esse pra pegar as coisas". (14)

"Faz o enfaixamento, aí desincha. Aí passa uns tempos torna inchar, porque inclusive elas falaram que normal não fica mais. A gente não pode deixar inchar. Por isso tem que usar sempre essa braçadeira". (16)

Os dados referentes à vivência do linfedema obtidos por este estudo corroboraram Panobianco (2002), que também encontrou a constante preocupação com o aumento do volume do braço e conseqüente mudança de hábitos.

Além do linfedema, sete participantes referiram a convivência com alguma outra seqüela advinda do câncer ou seu tratamento. Foram citadas seqüelas da quimioterapia, como hipersensibilidade bucal ou aversão a determinados cheiros e alimentos associados ao período do tratamento; seqüelas da radioterapia, como a pele fina, pele grudada e queimadura de parte do pulmão; dificuldades sexuais advindas do risco de engravidar e dos sintomas advindos da menopausa induzida (secura vaginal). Por fim, uma mulher citou que, a partir do câncer, tornou-se hipertensa, associando este acontecimento ao impacto do diagnóstico.

"Minha vagina tá muito seca". (2)

"Tem alimentos que até hoje não consigo comer porque lembra a quimio, cheiros... Os nomes das meninas da quimio. Queria ir lá pra agradecer, mas não consigo". (3)

"Depois que eu fiquei grávida usando camisinha, sabe quando você toma trauma? Com DIU fica grávida, anticoncepcional não pode tomar, camisinha pode estourar... e aí vai fazer o que?" (8)

"Depois do câncer eu fiquei hipertensa, eu não era não. Minha pressão era baixa. Acho que foi o susto foi muito grande, eu fiquei hipertensa de repente". (12)

"Porque com a rádio, a pele fica fininha, se eu passo uma bucha mais forte, assim, eu sinto arder". (16)

Kornblith et al. (2003) investigaram a presença de sintomatologia de estresse pós-traumático em 153 mulheres que haviam se submetido à quimioterapia há, em média, 20 anos. Apenas 5% delas reportaram escores sugestivos de quadro de estresse pós-traumático; 15% reportaram dois ou mais sintomas de estresse pós-traumático, considerados por elas próprias como moderada ou extremamente incômodo; 6% referiram náuseas ou *distress* condicionados a cheiros, gostos ou visões que as lembrassem do tratamento; 29% reportaram problemas sexuais atribuídos ao câncer de mama e seu tratamento; 39% referiram linfedema; 33% relataram dormências. Altos escores quanto ao incômodo associado ao linfedema e dormências, baixo nível educacional, baixo suporte social, alto número de eventos vitais estressantes e grandes insatisfações com os tratamentos recebidos da equipe médica estiveram associados aos piores escores de estresse pós-traumático. Os autores concluíram que a ocorrência de quadro de estresse pós-traumático foi mínima, mas a alta prevalência de sintomas de estresse pós-traumático em resposta ao ter tido câncer foi indicativa da existência de seqüelas psicológicas ao longo de todo esse tempo após a finalização do tratamento.

Collins et al. (2004), investigando a relação entre as limitações físicas e o ajustamento psicológico em mulheres australianas na fase pós-tratamento do câncer de mama, encontraram que as dificuldades no movimento do braço estavam interferindo na execução de suas atividades diárias, gerando: desconforto para dormir e dirigir, distúrbios na postura, reduzida capacidade para trabalhos físicos e habilidade diminuída para os

afazeres domésticos. Tais limitações geraram desconfortos psicológicos, uma vez que essas mulheres eram constantemente lembradas da doença e da possibilidade de que não mais retornassem à capacidade plena.

Conforme relatado pelas próprias participantes deste estudo e em consonância com os resultados encontrados por Gaudine, Sturge-Jacobs e Kennedy (2003), o tratamento do câncer de mama foi vivenciado como responsável por alterações permanentes em suas vidas. Mesmo com a finalização do tratamento, os incômodos persistiram, demandando enfrentamento constante. Neste trabalho, a cronicidade do quadro foi trazida por uma das participantes. Para ela, o câncer foi experienciado como uma doença que não se acabava, que necessitava de reabilitação permanente.

"É isso que desanima, viu, que nunca termina o tratamento (...) Tem doença que você vai uma vez só e já acabou. Isso aqui não acaba". (4)

Além das seqüelas advindas do tratamento para o câncer de mama, intercorrências com relação à doença foram vivenciadas por cinco participantes. Dentre elas, duas tiveram ocorrências de metástase, uma apresentou recidiva do tumor e outras duas detectaram a presença de novo nódulo, desta vez benigno.

"Durante o tratamento do câncer de mama eu tive metástase de pulmão. Fiquei muito assustada com isso. Mas com o tratamento regrediu. Não precisei fazer cirurgia. Mas só que a radio queimou um terço do pulmão esquerdo". (5)

"Eu tive que passar por outra cirurgia. Na mesma mama, mas a, o tumorzinho que estava aqui não era maligno, era benigno". (15)

A presença de intercorrências do câncer, além de fazer com que a mulher se depare com a possibilidade ou realidade de enfrentar, novamente, todo o processo do tratamento e reabilitação, presentifica a questão da vulnerabilidade e finitude.

Apenas duas participantes (mulheres 7 e 10) não verbalizaram a presença de qualquer Estressor Físico, indicando que, para a maioria delas, alterações inscritas no corpo ainda estavam presentes em suas vidas no momento da entrevista.

4.1.2.2 Estressores Psicológicos

Esta subcategoria engloba os discursos de 12 participantes em relação às preocupações que fazem parte de suas vidas, em decorrência do advento do câncer (Tabela 4).

Tabela 4 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Estressores Psicológicos, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

ESTRESSORES PSICOLÓGICOS (<i>f</i>= 12)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
Possibilidade do linfedema	2, 5, 11, 15	4
Possibilidade de recidiva	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 16	8
Preocupação em relação aos exames periódicos	2, 3, 7, 13	4
Medo de perder a autonomia/ independência	6, 7	2

As mulheres em reabilitação do câncer de mama convivem com a possibilidade do surgimento de efeitos colaterais advindos do tratamento. Collins et al. (2004) encontraram o linfedema como o mais temido deles. No presente estudo, o receio do desenvolvimento do linfedema foi verbalizado por quatro das oito mulheres participantes que não desenvolveram-no. Esta preocupação, por vezes, atuou impulsionando-as para condutas de auto-cuidado. Este dado corrobora achados de Almeida (1997), que encontrou em seu estudo que as mulheres, por identificarem o trabalho doméstico como situação que poderia desencadear o linfedema, procuraram se afastar desta atividade.

"Quando fui ao REMA me assustei muito de ver várias pessoas com o braço inchado. Agradeço por ter possibilidade de receber ajuda, que tem muitas mulheres que não podem ter uma empregada, que têm que fazer o serviço doméstico". (5)

"Deus me livre aqueles braço inchado, nossa mãe". (11)

O tratamento do câncer vem obtendo inovações que culminam em uma crescente possibilidade de sobrevivência. Mesmo assim, o câncer, ainda potencialmente letal, traz à tona a sensação de vulnerabilidade, finitude e morte.

A literatura aponta o medo da recidiva como um dos aspectos mais correlacionados a *distress* psicológico nas mulheres em reabilitação do câncer de mama (ASHING-GIWA et al., 2004; KORNBLITH; LIGIBEL, 2003). Fredette (1995) apontou que a convivência com o câncer leva os indivíduos à sensação de perda do controle sobre suas vidas.

No discurso de oito mulheres participantes deste estudo esteve presente o incômodo vivenciado pela possibilidade da recidiva da doença, através de pensamentos intrusivos baseados nas concepções de que o câncer é incurável, que pode se espalhar a qualquer momento e atingir qualquer parte do corpo.

"Por mais que a gente tenha lido, por mais que a gente esteja informada, existe sempre essa questão de que o câncer é incurável". (5)

"Por exemplo, você quebrou a perna: você vai lá e ela cola, não cola? Agora o câncer ele pode vir pras outras partes do corpo. Quando você tem o câncer uma vez você nunca tá livre de, tipo assim: 'Ah, nunca mais vou ter'". (8)

"Eu me sinto bem, só que de vez em quando cai a ficha da gente e a gente fala assim: 'E o final? Que será que vai ser? Será que vai voltar a doer né? É... será que, o que vai dar? Onde que vai doer primeiro?'. De vez em quando cai assim um pensamento na gente". (16)

Em alguns momentos, o contato com a possibilidade da recidiva/ metástase se estreita, como acontece nos períodos dos exames periódicos. Gaudine, Sturge-Jacobs e Kennedy (2003) atentaram para o fato de que a mulher convive com o diagnóstico do câncer de mama por pelo menos cinco anos, esperando pelos próximos exames de rotina (*check up*). Com o objetivo de investigar as vivências relacionadas ao *esperar*,

entrevistaram nove mulheres com câncer de mama. Os resultados apontaram relatos de mudanças permanentes na vida, convivência com a incerteza e necessidade de saber a verdade.

Quatro participantes do presente estudo trouxeram em seus discursos a vivência desses períodos de espera pelo próximo exame de rotina, bem como a preocupação com relação aos resultados. Os receios que se presentificaram estavam intrinsecamente relacionados à incerteza, à possibilidade de recidiva. Ainda, uma mulher discorreu a respeito do cansaço decorrente da constante necessidade de voltar ao hospital. Aqui, mais uma vez, depara-se com a evidência do incômodo associado ao fato do tratamento do câncer não se esgotar.

"Hoje à tarde vou fazer uma mamografia. Estou preocupada". (3)

Houve, ainda, duas mulheres que verbalizaram sobre a possibilidade da vivência do estado terminal, no qual imaginaram-se impossibilitadas de cuidar de si próprias e, ainda, dependendo dos cuidados de outros. Interpretada à luz de seus próprios discursos, a terminalidade foi relacionada à perda de independência, ao fato de atuarem como um incômodo aos familiares.

"Já tô com 75 anos, e até aqui sou uma mulher independente. O único medo que eu tenho é de ficar numa cama sofrendo e dar trabalho pros outros". (6)

Com relação aos Estressores Psicológicos, quatro mulheres não os citaram (mulheres 1, 10, 12 e 14). Este número evidencia a proporção considerável de participantes que ainda estavam convivendo com sentimentos adversos relacionados à problemática do adoecimento, no momento pós-tratamento do câncer de mama.

4.1.2.3 Estressores Sociais

Esta subcategoria versa a respeito das inter-relações da participante com seu meio familiar e social, trazendo-nos os estressores, verbalizados por 14 delas, decorrentes destas relações estabelecidas (Tabela 5).

Tabela 5 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Estressores Sociais, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

ESTRESSORES SOCIAIS (<i>f</i> = 14)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
Preocupação em não estar viva para criar os filhos	1	1
Preocupação com o aparecimento do câncer de mama nas filhas	4, 6, 14, 15	4
Morte de pessoas conhecidas por câncer	1, 5, 7, 9, 11	5
Relações sociais: negativismo expresso pelos outros	1, 3, 13	3
Preocupação excessiva dos familiares	3, 13	2
Alteração na vida sexual	2, 8	2
Afastamento do trabalho	3, 5, 8, 12, 15	5
Dificuldade financeira (relacionada ao câncer)	3, 8	2
Afastamento Social/Estigma	1, 8	2

A possibilidade de não estar viva para cuidar dos filhos se fez uma preocupação presente na narrativa de uma das participantes. Aqui, o foco esteve no receio de não conseguir desempenhar adequadamente o seu papel de mãe o que, portanto, indica uma

disrupção na identidade feminina. O significado implícito deste sentimento remete a um sentimento de culpa por ter ficado doente e, com isso, interferir negativamente na vida das pessoas ao seu redor. Atenta-se para o fato de que esta mulher era mais jovem (44 anos) que a média da população participante do estudo e, ao contrário da maioria delas, a criação dos filhos ainda estava em pleno desenrolar.

O baixo número de participantes que referiram o receio de não conseguir concluir o processo de criação dos filhos não pode ser considerado uma estimativa da ocorrência deste estressor nas mulheres no período pós-tratamento do câncer de mama. Isto porque a média de idade das participantes deste estudo (61,06 anos) encerrou uma população que já havia concluído o processo de criação dos filhos.

"A gente pensa da gente não poder chegar até o fim, como diz, pra cuidar deles (filhos), ou pra entregar a posição que eles precisam. Porque sobre eu morrer não, eu penso só o jeito que eu deixo meus filhos. É uma coisa que a gente não tem como evitar, também". (1)

Ser mãe e estar diagnosticada com câncer de mama engendra uma árdua e constante necessidade de conciliação (ASHING-GIWA et al., 2004; BAIDER et al., 2003). Nesse sentido, Billhult e Segesten (2003) investigaram as estratégias utilizadas pelas mulheres com este diagnóstico para lidar com a situação da doença na relação com seus filhos pequenos. Os resultados apontaram para a necessidade da mulher conciliar entre o fato de ser necessária e, talvez, não estar presente (morte); conciliar entre precisar ser forte e permitir-se estar doente; por último, conciliar entre dizer a verdade e proteger seus filhos da verdade.

Neste estudo, o número de participantes que referiu preocupação quanto aos cuidados com os filhos deve ser relativizado, uma vez que a população da amostra é essencialmente idosa e, portanto, já havia completado a missão de criar seus rebentos.

Há ainda uma outra apreensão que afligiu essas mulheres, na qual o foco também se deslocou de si mesma para os filhos. Trata-se da possibilidade da ocorrência do câncer de

mama nas filhas, devido ao conhecimento do fator de risco *hereditariedade*. Ferrell et al. (1998) também encontraram a existência deste medo, concluindo tratar-se de um fator que, na população estudada, atuou negativamente na qualidade de vida das participantes.

Quatro narrativas encontradas no atual estudo versaram sobre o risco aumentado de desenvolvimento do câncer de mama em suas filhas, uma vez que elas, mães, tiveram a doença. As participantes conjecturaram ainda que, caso o câncer de mama tivesse acontecido ou vier a acontecer a uma filha, se sentiriam muito mais impactadas do que com a doença ocorrendo com elas próprias.

"Eu penso assim, que nem, faz de conta, né. Eu tive, minhas filhas podem ter". (4)

"A única coisa que me preocupa é a doença nas minhas filhas. Comigo não". (6)

As mensagens provenientes do ambiente social influenciam o modo como as mulheres lêem, interpretam e enfrentam a sua doença (MOSE et al., 2001). A influência que o contexto familiar e social pode desempenhar, portanto, pode se dar tanto positiva como negativamente.

A morte, em decorrência do câncer, de pessoas provenientes da rede familiar e social foi trazido por cinco mulheres como um evento estressor. Fatores como a rapidez com que o câncer pode avançar e o sofrimento advindo do convívio com pacientes terminais remeteram-nas à idéia do câncer como temeroso, potencialmente fatal.

"Eu fiquei triste foi de duas colegas que morreram por não quererem fazer a quimio". (1)

"Eu continuo encarando o câncer como uma coisa temerosa, né, porque duas pessoas próximas com doença terminal, né". (5)

"Uma vizinha que me ajudou quando eu fiquei doente, pegou câncer também e morreu rapidinho. Tem uma amiga também, nova, que o dela tá se alastrando por tudo". (9)

Três mulheres trouxeram ainda o relato sobre pessoas do ambiente familiar e social que, imbuídos do pensamento do câncer como uma doença incurável, se referiam às pacientes com falas ou atitudes que lhes atestavam a vulnerabilidade, o risco de vida.

"Aí chegava uma pessoa, eu escutava da sala: 'Ah, dessa ela não vai sair não'. (...) A turma acha que pode falar qualquer coisa que, que pode pensar qualquer coisa que as pessoas não vão (...)". (1)

"Eu evitei sair no começo pra não ouvir aquilo de coitadinha, judiação. Que tivessem dó. Isso pras pessoas mais afastadas. As mais próximas, não. Não me agradava que ficasse, assim, cutucando a ferida, falando: 'Ai, nossa, todo mundo que teve essa doença morreu'". (3)

Mose et al. (2001), estudando mulheres com câncer de mama após a radioterapia, concluíram que as mulheres afetadas negativamente pelo ambiente encerraram alto nível de estresse.

No presente estudo ainda foram narradas, por duas participantes, situações nas quais os familiares se desestruturaram de tal modo que as próprias mulheres se viram com necessidade de mostrarem-se fortes, mesmo não estando, para não lhes preocuparem.

"Não podia ficar desanimada perto do marido, não podia chorar perto dos meninos, minha mãe e meu marido ficavam mais desesperados do que eu. Então eu fico sem lugar pra chorar dentro de casa".(3)

"Em vez deles (filhos) me animar, era eu que animava eles, eu que falava que tava bem, que aquilo não era nada, no meu íntimo eu sabia que era muito grave, mas pra não deixar eles assim achando que eu vou morrer, que, sabe aquelas coisas que eles ficam achando". (16)

Aqui, mais uma vez, nota-se o incômodo destas participantes com o fato de que, com sua doença, trouxeram alterações na homeostase familiar. Com isso, sentiram-se responsáveis por repararem esse dano, mostrando-se fortes, inabaláveis, a despeito das suas próprias fragilidades e necessidades de apoio afetivo. O ambiente familiar, nestes casos, não esteve apto a acolhê-las e compreendê-las na nova condição.

Em decorrência da nova condição instalada com o advento do câncer de mama, cinco participantes relataram o afastamento da sua ocupação profissional. As terapêuticas do câncer de mama, invasivas e potencialmente disruptivas, levaram essas pacientes a deixarem temporariamente os seus trabalhos, a fim de se dedicarem ao tratamento. No entanto, mesmo com a finalização do tratamento, nenhuma das participantes que

trabalhava até o diagnóstico havia retomado sua ocupação. Dentre os motivos para essa não retomada da atividade laboral foram citados: a limitação física decorrente do tratamento do câncer de mama incompatibilizando-as em relação ao exercício da antiga função; a mudança nas prioridades da vida, o que excluía a ocupação anteriormente exercida. Enfim, tendo passado ou não por uma reavaliação cognitiva, todas elas apontaram para o desconforto advindo da imposição de deixar o trabalho.

"Eu fazia faxina todos os dias. Trabalhei até o dia anterior da cirurgia. Agora que não tô trabalhando procuro pensar que é só um tempo, uma fase. Mas tem hora que esse tempo me deixa chateada". (3)

Dentre as mulheres que se afastaram do trabalho, duas planejavam retomar suas atividades ocupacionais formais. Essas participantes são as mais jovens da amostra (35 e 37 anos). Para elas, além do desejo de ocuparem-se, um motivo crucial estava sendo a dificuldade financeira advinda do afastamento do trabalho. Em ambos os casos, o sustento da família estava dependendo exclusivamente do marido.

"As dificuldades financeiras me incomodam, porque agora é só o meu marido que está trabalhando, né". (3)

A queda do padrão de vida, nestes casos, esteve aliada ao incômodo por não estar contribuindo, por estar sobrecarregando financeiramente a família. Este fato atesta constantemente a sua condição, funcionando com uma lembrança viva das limitações advindas da doença.

As dificuldades financeiras e a sensação de estar funcionando como um *peso* para a família, trazidas claramente por duas participantes deste estudo, encerram dois dos fatores mais evidenciados pela literatura referente às dificuldades pós-câncer de mama (ASHINGGIWA et al., 2004; BAIDER et al., 2003).

Uma mulher referiu já ter tido a vivência de receber uma negativa de trabalho que estava pleiteando, a qual ela interpretou como tendo ocorrido em função da sua doença.

"No lugar onde eu trabalhava, eu trabalhei 6 anos lá. Eu e meu marido. E a firma fechou. Ai ele abriu depois de quase um ano. Ai ele ligou chamando ele. E ele falou: 'Fala pra sua mulher que eu não vou chamar ela, porque vocês tem bebê pequeno'. E eu sei que tudo isso aí é mentira, porque quantas meninas que trabalham lá que tem bebê pequeno... Ele tem medo de complicar ele, por causa do meu problema, eu não sei..". (8)

Com esta verbalização, a participante aborda o estigma social relacionado ao câncer. Esta mesma participante, na seqüência da entrevista, relatou que ela própria, ao procurar emprego, não abordava sua condição de saúde, porque imaginava que, caso o fizesse, não conseguiria qualquer ocupação.

"Porque eu não vou, também, chegar e falar: 'Ah, eu sou portadora disso'. Imagina! Vou ficar quietinha, na minha. Senão ninguém me pega pra trabalhar". (8)

Ainda em se tratando da vivência de estigma, uma participante verbalizou o afastamento social de parentes, por conta de uma crença errônea de que o câncer seria uma doença contagiosa.

"As irmãs dele (marido), pareciam que tinham medo de ir lá em casa. De pegar. De ser uma doença pegativa. Elas falam isso". (1)

Concomitantemente aos avanços recentes da medicina no tratamento do câncer, as antigas crenças relacionadas à doença ainda estão presentes no imaginário popular, afetando o ajustamento psíquico e social destas pacientes. A sobrevivência ao câncer e as incertezas deste caminho encerram a sensação de pisar em terreno minado.

No tocante aos Estressores Sociais, apenas duas mulheres (mulheres 10 e 16) não apresentaram, em suas narrativas, elementos que englobassem essa classe de estressores.

Em suma, as três categorias de Eventos Estressores (Físicos, Psicológicos e Sociais) foram abordadas pela maior parte das participantes. Dez mulheres verbalizaram a vivência de estressores nas três categorias, enquanto cinco (mulheres 1, 7, 12, 14 e 16) relataram a vivência de estressores em duas categorias. Apenas uma participante (mulher 10) não relatou qualquer evento estressor relacionado à problemática do câncer de mama.

Os resultados apontam que, para a maior parte da amostra estudada, os estressores relacionados ao câncer de mama ainda estavam presentes em suas vidas, mesmo com a finalização da terapêutica cirúrgica, quimio e radioterápica.

4.1.2.4 Estressores Concorrentes ao Câncer

A fim de contextualizar o momento de vida das participantes do estudo, foram sistematizados os Eventos Estressores referidos pelas participantes não relacionados ao evento da doença, ou seja, que extrapolavam a questão do câncer de mama (Tabela 6).

Tabela 6 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Estressores Concorrentes ao Câncer, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

ESTRESSORES CONCORRENTES AO CÂNCER (<i>f</i> = 7)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
Outras patologias	1, 6, 13, 14, 15	5
Problemas familiares	1, 10	2
Dificuldades financeiras (não decorrentes do câncer)	4, 14	2

O câncer não se mostrou o único evento adverso da vida dessas mulheres que merecia sua atenção no momento da entrevista. Das 16 mulheres participantes do estudo, sete referiram a existência de outros eventos estressores em suas vidas (Tabela 6). Tratava-

se de outras patologias coexistindo com o câncer, preocupações com relação aos filhos e dificuldades financeiras.

"De 10 anos pra cá eu só tenho ficado doente". (1)

"As duas filhas que vivem comigo estão desempregadas, eu ganho pouco, quer que eu faça o quê?" (4)

"A vida profissional do meu filho, esse começo, é a única coisa que me preocupa". (10)

"A única coisa que me preocupa é pagar as dívidas (...) tenho artrose, tenho bico de papagaio (...) O negócio da coluna me incomoda (...) Vou operar da catarata". (14)

Os eventos estressores concorrentes ao câncer não atuaram de uma única maneira no enfrentamento do câncer de mama. Tanto contribuíram negativamente na condição psicológica da mulher como, para outras, geraram mudança no foco de atenção.

Algumas participantes, por fim, enfatizaram estes outros eventos estressores como sendo o foco das suas preocupações atuais. Para elas, o câncer de mama, estabilizado no momento, representava menos perigo do que, por exemplo, a doença cardíaca ou a limitação do caminhar advinda de problemas na coluna.

"Faz 23 anos que eu faço tratamento no coração, eu já tive dois pancreatite agudo, tenho labirintite (...) Sempre tive problema de pressão alta (...) A única coisa que me faz sofrer é a artrose, que me impede de caminhar". (6)

"Estou mais preocupada é com a cirurgia cardíaca, que tá voltando um problema assim, de canseira". (13)

Estas patologias foram descritas como mais temidas que o câncer por engendram, respectivamente, a possibilidade súbita de morte e o déficit acentuado da autonomia para ir e vir.

Estes dados apontam para o dinamismo do contexto no qual ocorreu o câncer de mama. A vida não parou para que elas pudessem se organizar em função da nova condição de existência: outros desafios apareceram ao longo desse percurso, trazendo novas preocupações, que também demandavam enfrentamento das participantes.

4.1.3 ENFRENTAMENTO

A categoria Enfrentamento encerra os comportamentos e cognições mediante as quais as mulheres participantes do estudo referiram estar respondendo aos eventos estressores relacionados ao período pós-tratamento do câncer de mama.

As estratégias de enfrentamento foram agrupadas em subcategorias, que estão ilustradas no Quadro 2.

CATEGORIA 2: ENFRENTAMENTO	
POSTURA ATIVA	RESIGNAÇÃO
PENSAMENTO POSITIVO	AUTOCULPA
MINIMIZAÇÃO	BUSCA E ACEITAÇÃO DE
AUTOCONTROLE	SUORTE SOCIAL
EVITAÇÃO	PENSAMENTOS RELIGIOSOS
NEGAÇÃO	REAVALIAÇÃO POSITIVA

Quadro 2 – Categoria Enfrentamento e as subcategorias que a compuseram

4.1.3.1 Postura Ativa

A subcategoria em questão engloba as estratégias focalizadas no problema, aqui generalizadas sob a denominação Postura Ativa. Trata-se de pensamentos e ações, verbalizados por 14 participantes, que objetivaram enfrentar o câncer através da

aproximação ao evento estressor. As unidades temáticas que compuseram esta subcategoria estão dispostas na Tabela 7.

Tabela 7 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Postura Ativa, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

POSTURA ATIVA (<i>f</i>= 14)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
ESPÍRITO DE LUTA	1, 3, 6, 10, 11, 16	6
BUSCA E AQUISIÇÃO DE INFORMAÇÕES	1, 3, 5, 10, 14	5
AUTO-CUIDADO COM O BRAÇO	1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	12

Espírito de Luta foi a estratégia, trazida por seis mulheres, que indicou a atitude de não se entregar, de ir em frente, fazer tudo o que estava ao seu alcance para resolver a situação, procurando estar sempre forte, não se deixando abalar.

"Não teve um minuto sequer que eu desanimei (...) Nunca falei não, nunca tive receio de nada. Vou forte, faço". (1)

"Eu vou aonde que falar que tem médico que eu tenho que ir, eu vou (...) A força, é a gente mesmo que tem que ter". (16)

Estas mulheres perceberam que o enfrentamento positivo da doença dependia de suas próprias ações e não pouparam esforços para ir adiante, fazendo a parte que lhes cabia. Na literatura, o espírito de luta vem sendo correlacionado a altos níveis de adaptação psicossocial (CLASSEN et al., 1996).

Uma segunda estratégia de enfrentamento que ilustrou uma postura ativa sobre o evento estressor foi a Busca e Aquisição de Informações acerca do câncer.

Rees e Bath (2001) estudaram a estratégia de busca por informações a partir da investigação de 30 mulheres com este diagnóstico. Concluíram que a utilização desta estratégia de enfrentamento se mostrou altamente individualizada, com algumas mulheres querendo informações sobre a doença, outras as evitando e muitas flutuando entre as duas atitudes. Segundo os autores, as mulheres que buscaram informações para enfrentar o câncer, o fizeram com intuito de recuperar o senso de controle sobre o câncer, aumentar o sentimento de confiança e participar do processo de decisão pelo tratamento, enquanto as que evitaram informações o fizeram a fim de não contatar medos e angústias.

Petersson et al. (2002) enfatizaram que a informação, por si só, não está associada a bom ou mau ajustamento psicossocial. Deve-se compreender, individualmente, as razões relacionadas às condutas de aproximação e/ ou evitação, a fim de que se possa compreender a função que este modo de enfrentamento está tendo na vida particular de cada participante.

No presente trabalho, as cinco mulheres que verbalizaram a busca de informações acerca da doença associaram-na à melhora no aspecto psicológico, devido ao resgate do sentimento de controle sobre suas possibilidades de manutenção da saúde. As informações internalizadas, no entanto, referiram-se apenas a aspectos positivos, incluindo possibilidades de tratamento e cura, que cumpriram a função de restabelecimento da segurança e da tranquilidade.

"Depois que eu li esse livro parece que foi diferente, deu pra enfrentar mais fácil isso dos acontecimentos (...) Explica muita coisa que a pessoa pode comer pra não ter o câncer, muita coisa que a pessoa pode comer pra curar ele...". (1)

"Tirava todas as minhas dúvidas, e ele explicava tudo (médico). Ai eu me acalmava". (3)

No enfrentamento do câncer de mama, apenas a busca e aquisição de informações não bastam. Faz-se necessário atuar sobre as informações recebidas, para que se possa aumentar as chances de sucesso na recuperação. Isto pode ser ilustrado, por exemplo,

através dos cuidados necessários para com o braço homolateral à mama operada. Após a cirurgia da mama, as mulheres foram adquirindo informações sobre as limitações pós-cirúrgicas, bem como sobre os cuidados permanentemente necessários para com o braço e área operada. A partir de então tomaram conhecimento acerca da cronicidade do quadro e, com isso, atravessaram um processo de aceitação, a partir do qual passaram a perceber que precisavam se posicionar de forma ativa frente à questão. Fez-se necessário alterar condutas, reorganizar o cotidiano, abrir espaços para o auto-cuidado.

"Depois que eu vim no REMA, que falou que não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode se queimar, tudo, né, então até agora estou tendo cuidado. Peso eu não pego, se eu vou no supermercado, sempre tem alguém comigo". (4)

"Eu não tinha empregada doméstica e achava que não precisava. Então, com o REMA, eu aprendi que não pode fazer muito esforço com o braço, calor do fogo, calor do ferro". (5)

A inserção ou o aumento do auto-cuidado foi verbalizado por doze mulheres. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento antecipatória, ou seja, de um esforço realizado com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos estressores (GIMENES, 1997b), dentre os quais o linfedema.

Algumas mulheres que citaram o auto-cuidado com o braço evidenciaram que a alteração de suas condutas dependeu da iniciativa de familiares, ou seja, os cuidados para com elas próprias ocorreram, nestes casos, mas de forma passiva. Houve, nestas mulheres, dificuldade em se posicionarem frente à nova condição que a vida impôs.

"Eles não me deixam fazer nada. Mas eles nunca reclamaram de fazer. Se eles reclamassem, pra mim ficaria mais difícil, porque eu nunca soube pedir as coisas pros outros". (1)

"Minha filha não deixa eu fazer o serviço. Ela sabe que eu não posso (...) Só faço a comida e às vezes lavo a louça do almoço, que isso é mais fácil... e não faço mais nada". (2)

Em contraposição a essa postura, para outras mulheres, as modificações da própria conduta estiveram pautadas na própria percepção quanto à necessidade de remodelação da

vida. O processo de aceitação das limitações, nestes casos, veio *de dentro pra fora*, amparado em uma mudança interior.

"Esse braço eu não faço peso. Eu não pego, assim, fazer faxina, essas coisas não. Eu lavo roupa, mas é o tanquinho que bate, enxágua. Até a gente tem que fazer movimento, né, não pode, né. Eu faço exercícios do REMA, eu tenho o livrinho aí. Eu faço auto-massagem (...) Eu não abuso mesmo. De noite, durmo com o braço pra cima. Não pode, tem que cuidar, que isso é uma coisa muito séria".(11)

"Tem que se cuidar pra sair dela (doença)". (16)

Maunsell et al. (2002), estudando a estratégia de auto-cuidado através de alterações dietéticas no primeiro ano pós-diagnóstico do câncer de mama, encontrou correlação positiva entre alterações alimentares e diminuição do *distress* psicológico. Ainda, encontrou que o grupo que relatou as mudanças era composto pelas mulheres que mais tinham medo da recidiva da doença. Com as mudanças, apontaram os autores, provavelmente as mulheres se sentiram com maior controle para enfrentar a doença e para melhorar o prognóstico.

Apenas duas mulheres (mulheres 7 e 8) não citaram a estratégia de enfrentamento Postura Ativa. Ao contrário, verbalizaram o não cuidado com relação ao braço, bem como o afastamento das informações acerca do câncer. Tais atitudes podem estar relacionadas ao não contato com a realidade do câncer, ou seja, podem estar pautadas em uma postura de evitação ou mesmo de negação da realidade imposta pelo adoecimento.

4.1.3.2 Pensamento Positivo

A subcategoria Pensamento Positivo foi encontrada na narrativa de 12 mulheres participantes. Inclui cognições que se focalizam apenas nos aspectos positivos da situação estressora ou do que pode advir dela. Encobrem, portanto, parte da realidade e cumprem a função de regular as emoções referentes ao câncer. Como todas as estratégias focalizadas na emoção, é considerada paliativa (GIMENES, 1997b). As unidades de significado que compuseram esta subcategoria estão dispostas na Tabela 8.

Tabela 8 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Pensamento Positivo, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

PENSAMENTO POSITIVO (<i>f</i> = 12)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
VER O LADO POSITIVO	1, 2, 3, 6, 9, 11, 13, 14, 15, 16	10
FOCO NO AVANÇO DA MEDICINA (POSSIBILIDADE CRESCENTE DE CURA)	3, 6, 10, 11	4
PENSA QUE O PROBLEMA JÁ ACABOU	1, 2, 3, 4, 15, 16	6

Dentre as 16 mulheres participantes do estudo, dez referiram utilizar a estratégia Ver o Lado Positivo para lidar com os estressores relacionados ao câncer de mama.

"Eu vejo só o lado bom das coisas. Procuo tirar proveito de todas as situações". (3)

"Graças a Deus só me deu no seio e, se Deus quiser, vai ser só aqui, não vai dar mais em lugar nenhum! Se Deus quiser! (risos)". (9)

Gimenes (1997b), investigando mulheres há, em média, quatro anos após a mastectomia, apontou que, embora o foco nos aspectos positivos seja uma estratégia de enfrentamento paliativa, permite o que a autora chamou de *período de estado de graça*, do qual emergem sentimentos e comportamentos efetivos para lidar com a situação, produzindo resultados favoráveis de bem-estar psicológico. É possível que os pensamentos positivos venham contribuir para o restabelecimento da sensação de controle e, com isso, também possibilitem a viabilização de comportamentos focalizados na resolução do problema.

O pensamento positivo, nas mulheres participantes do presente estudo, esteve atrelado ao pensamento esperançoso. Ao pensar que os acontecimentos estariam se desenrolando de maneira favorável, as participantes se muniram de esperança de que tudo acabaria bem. O pensamento positivo, em suas próprias percepções, foi relacionado às melhores condições emocionais para o enfrentamento do câncer.

Gimenes e Queiroz (1997) encontraram correlação negativa entre pensamento positivo e bem-estar psicológico, estudando 36 mulheres brasileiras durante o primeiro ano pós-mastectomia. As autoras argumentaram que essa estratégia foi insuficiente para lidar com desconforto físico decorrente da cirurgia bem como com os efeitos psicológicos relacionados à perda da mama. Já Fredette (1995), dando voz às mulheres durante os cinco primeiros anos pós mastectomia, encontrou que, em suas próprias avaliações, o pensamento esperançoso foi associado ao sucesso no enfrentamento da doença. Tal associação também foi encontrada por Almeida (1997), em trabalho realizado no contexto brasileiro com mulheres atravessando o mesmo período de reabilitação do câncer de mama.

Uma estratégia de enfrentamento utilizada pelas participantes e que ilustra o foco seletivo apenas nos aspectos positivos pode ser visto na unidade de significado Foco no

Avanço da Medicina. Através dela, quatro mulheres focaram-se na possibilidade de cura e, com isso, sentiram-se mais aptas a enfrentar a condição do adoecimento.

"Hoje a medicina tá tão adiantada que tem tratamento pra tudo, né, antigamente não, se falasse que uma pessoa estava com câncer, estava condenada, sabia que ia morrer, agora hoje, nos dias de hoje, se acudir a tempo tudo bem, não tem problema, né". (6)

O foco na idéia de que o câncer já havia acabado, visto que as terapêuticas de quimioterapia e radioterapia já haviam se encerrado, também foi uma estratégia que ilustrou, no discurso de seis mulheres, o foco seletivo nos aspectos positivos da situação.

"Pra mim parece que eu não tive. Pra mim eu já sarei, não tenho mais nada". (4)

"Eu até esqueço que eu tive câncer, e que quando eu vou falar, eu falo eu tive, eu não falo que, sabe, porque pra mim ele já foi embora". (15)

O pensamento positivo, a despeito de ser uma estratégia considerada paliativa, vem sendo associado, na maior parte dos trabalhos, a maiores índices de adaptação psicossocial, quando comparado com mulheres que não o utiliza (BILLHULT; SEGESTEN, 2003).

Apenas quatro mulheres (mulheres 5, 7, 8 e 12) não indicaram, em seus relatos, a utilização do pensamento positivo como uma estratégia para lidar com a problemática instalada pelo adoecimento por câncer de mama.

4.1.3.3 Minimização

Nesta subcategoria estão inseridas as cognições, verbalizadas por quatro participantes, que cumprem a função paliativa de selecionar aspectos da realidade, através das quais verificam que sua condição não é a pior de todas (Tabela 9).

Tabela 9 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Minimização, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

MINIMIZAÇÃO (<i>f</i> = 4)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
PENSA QUE TEM PESSOAS PIORES QUE ELA / TEM MAIS GENTE SOFRENDO	9, 10, 11, 14	4
PENSA QUE PODERIA TER ACONTECIDO COISA PIOR	14	1

Quatro mulheres citaram a estratégia de universalização das dificuldades como modo de enfrentamento da doença. Através do pensamento de que elas não eram as únicas que sofriam, que havia pessoas atravessando dificuldades semelhantes ou piores que as delas, é possível que o sentimento de desesperança/ desamparo tenha sido diminuído, suas forças se elevaram, possibilitando respostas mais adequadas aos estressores relativos à doença.

"No hospital a gente vê muita gente... Cada gente que a gente vê lá, a gente olha na gente assim e a gente vê pra frente. A gente vê gente muito pior do que a gente. Então a gente tem que... cair na real, que a gente não é só aquela pessoa que está sofrendo". (9)

"No REMA, só da gente ver os outros pacientes né, os outros participantes, o que eles passam né. Eu falo: "Ô meu Deus do céu, eu tô feliz", né. Eu não passei nada disso". (10)

A fim de tranquilizar-se quanto à própria condição, uma mulher buscou argumentos que comprovassem que poderia estar em situações mais desfavoráveis, objetivando, com isso, a minimização da potencialidade estressora do advento do câncer de mama em sua vida.

"Às vezes as coisas que acontece assim, eu falo bom, se aconteceu isso é porque normalmente ia acontecer outra coisa pior". (14)

As cognições desta subcategoria não deixam de estarem relacionadas aos pensamentos positivos, no sentido de que, através de comparações, procuraram selecionar os aspectos da realidade que melhor lhes convinham. Corroborando esta idéia, atenta-se para o fato de que as mulheres que utilizaram a estratégia de Minimização também verbalizaram a estratégia Pensamento Positivo.

A maior parte das participantes deste estudo (12 mulheres) não verbalizou a estratégia Minimização, o que pode estar relacionado o fato de que, para a sua utilização, faz-se necessário voltar seus pensamentos para hipóteses indesejáveis, o que não é bem-vindo pelas participantes.

4.1.3.4 Autocontrole

A subcategoria denominada Autocontrole encerra as cognições utilizadas por dez mulheres buscando o aumento da sensação de domínio sobre a situação. Nas palavras das próprias participantes, o objetivo era não se deixarem abater pelas adversidades enfrentadas (Tabela 10).

Tabela 10 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Autocontrole, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

AUTOCONTROLE (<i>f</i> = 10)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
MANTER A <i>CABEÇA BOA</i>	6, 8, 9, 11	4
PROCURAR AGIR COM PACIÊNCIA / CALMA/ TRANQUILIDADE	1, 3, 4, 13, 15	5
FOCO NO PRESENTE: VIVER CADA DIA / NÃO SOFRER POR ANTECEDÊNCIA	3, 6, 8, 10, 15	5

A unidade de significado intitulada Manter a *Cabeça Boa* agrupa as narrativas de quatro mulheres que referiram a importância do autocontrole emocional a fim de que pudessem ter um bom enfrentamento da doença. As verbalizações enfatizaram a importância de não deixarem as idéias negativas dominarem-nas. O esforço para o autocontrole, no estudo de Heim, Valach e Schaffner (1997), foi associado a baixo *distress* psicológico.

"Porque, a cabeça da gente manda muito na vida da gente, se você pensar o que é ruim, acaba acontecendo, se você pensar o que é bom, só vai acontecer coisas boas, né" . (6)

"Você tem que esforçar, né, tem que dar... porque não pode, né, porque o que manda mais é a sua cabeça, é você, porque se você não se ajudar, nem os médicos, nem os remédios, não vai fazer nada. Eu acho que a pessoa tem que se ajudar muito (...) Então eu não me ponho aquilo na cabeça". (11)

As verbalizações a este respeito trouxeram ainda a idéia de que o próprio esforço foi essencial no ajustar-se à nova condição existencial. Com isso, colocaram-se como sujeitos da própria reabilitação.

Um dos meios pelos quais buscaram o autocontrole foi através do esforço para se manterem tranquilas. A paciência foi verbalizada por cinco mulheres como uma virtude,

através da qual era possível alcançarem um estado de espírito propício para um melhor enfrentamento da doença.

"Agi com tranqüilidade: eu não nasci com isso, não preciso morrer com isso (...) Com calma, nunca fui de me desesperar, não. Pensava que ia me livrar daquilo". (1)

"Tem que ter paciência". (3)

Uma outra estratégia de autocontrole perante as adversidades impostas pelo câncer de mama esteve relacionada à postura de viver o dia presente. As mulheres associaram tal estratégia à conquista do não se preocuparem com antecedência: se hoje estavam saudáveis, não pretendiam estragar esta dádiva com pensamentos sobre a possibilidade de não o estarem amanhã.

"Não antecipo sofrimento. Tem que aprender a viver cada dia. Não tenho certeza nenhuma, deixa o amanhã vir". (3)

"Tô vivendo o presente (...) Um dia de cada vez. Vamos aguardar porque se a gente sabe que se vir, tem que ter força..." (10)

Estas verbalizações indicam que, de frente com a questão da finitude, a relação com a temporalidade se modificou. Como o câncer de mama presentificou a incerteza do futuro, o foco passou a ser o presente. A partir de então, cada momento passou a ser valorizado como se fosse o último.

Seis participantes (mulheres 2, 5, 7, 12, 14 e 16) não trouxeram, em suas narrativas, a utilização da estratégia de Autocontrole. Para elas, o esforço para o domínio das próprias emoções não estava entre suas preocupações ou desejos.

4.1.3.5 Evitação

A subcategoria Evitação encerra as estratégias que procuram, através do afastamento das emoções e pensamentos negativos relacionados ao adoecer, amenizar o impacto produzido pelo estressor (Tabela 11).

Tabela 11 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Evitação, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

EVITAÇÃO (<i>f</i> = 12)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
DISTRAÇÃO / OCUPAÇÃO DO TEMPO OCIOSO	1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 16	11
COMBATE A PENSAMENTOS / SENTIMENTOS NEGATIVOS	1, 3, 6, 9, 13, 14	6
ESFORÇO PARA ESQUECER / NÃO PENSAR NA DOENÇA	2, 6, 9, 11, 13, 16	6

O tempo ocioso foi referido por onze participantes como oportunidade para o surgimento de pensamentos negativos com relação ao câncer de mama e seu prognóstico: *mente vazia, oficina do diabo*. Nesse sentido, a unidade de significado Distração/Ocupação do Tempo Ocioso inclui as narrativas nas quais as participantes apontaram para a busca de atividades, a fim de evitarem estar desocupadas.

"Lá perto da minha casa tem 3 crianças. Eu me distraio muito com elas. Então não dá tempo de pensar em nada, não". (9)

"Agora quero ver se eu trabalho mais e penso menos". (12)

O estar sozinha também foi associado ao surgimento de pensamentos inoportunos e foi referido como uma situação evitada. Também, o ato de pensar foi associado ao contato com as possibilidades negativas com relação à reabilitação do câncer de mama. Por isso, momentos de reflexão foram evitados através de ocupações/ distrações. Há, portanto, implícito nessas narrativas, um movimento de combate à dor através da busca pelo prazer. Enquanto age, não há tempo para pensar *bobagens*.

"Eu nem tive tempo pra chorar, porque as pessoas sempre estavam em volta de mim. Nunca me deixaram sozinha". (11)

"Fiquei chateada, assim. Triste por uns tempos. Depois eu falei: 'Ó, quer saber de uma coisa, deixa eu entrar num coral e cantar, que eu acho que vai ser bem melhor pra mim'". (13)

Mose et al. (2001) encontraram alto nível de estresse nas mulheres em tratamento do câncer de mama que verbalizaram não terem encontrado distração/ lazer que pudessem auxiliá-las. Heim, Valach e Schaffner (1997), estudando longitudinalmente mulheres durante os cinco primeiros anos pós-diagnóstico do câncer de mama, também encontraram correlação positiva entre distração e adaptação psicossocial em mulheres pós-câncer de mama.

Por intermédio da busca de distração, o contato com a situação estressora era evitado antes que ocorresse. No entanto, nem sempre se conseguia evitá-los. Nesse sentido, a unidade de significado Combate a Pensamentos/ Sentimentos Negativos engloba as narrativas nas quais seis mulheres participantes discorreram acerca do esforço no sentido de combater pensamentos e/ ou sentimentos adversos, quando eles ocorriam.

"Quando vem algum pensamento ruim, procuro pensar em outras coisas, boas. Pego uma bíblia, oro, vou conversar com minha família". (3)

"Tristeza me incomoda sim, eu não gosto de ficar triste, eu não gosto de pensar em doença (...) Quando acontece de eu ficar, aí eu fico num canto, fico orando: "Obrigado Deus, obrigado Deus". Some, some tudo, sai tudo né (...) Eu saio pela tangente". (14)

A evitação de sentimentos negativos é uma característica comum nos pacientes com câncer (CLASSEN et al., 1996). Trata-se de uma estratégia de enfrentamento focalizada na emoção, ou seja, que não visa a aproximação do problema e sim uma mudança em seu significado emocional. É considerada, por isso, uma estratégia paliativa. A evitação a algum estressor é utilizada nos casos em que a pessoa imagina que não pode modificá-lo. Por temê-lo, evita-o.

Epping-Jordan et al. (1999), estudando mulheres nos primeiros seis meses pós-diagnóstico, não encontraram correlação positiva entre evitação e *distress* psicológico. Gimenes (1997b), por sua vez, refere que estratégias de natureza paliativa como a evitação podem auxiliar no período do diagnóstico e tratamento, mas dificultam o processo adaptativo a médio e longo prazos.

Seis participantes evidenciaram que não só o combate a pensamentos e sentimentos adversos com relação ao câncer de mama era buscado, mas também havia um esforço consciente para não pensar na doença como um todo, procurando, a todo custo, esquecê-la.

"Não gosto de ficar falando em doença". (6)

"Procuo esquecer de tudo que já passou. Tudo pra mim está normal". (9)

Os resultados deste trabalho evidenciaram que as estratégias evitativas, em geral, estiveram associadas à busca de algo que se pudesse colocar no lugar dos pensamentos/sentimentos que queriam eliminar. As narrativas das participantes mulheres trouxeram, neste sentido, que a busca pelo sagrado e o suporte social percebido foram de grande valia para a efetivação destas estratégias. Tratou-se, aqui, de um *combate ao mal*, através da inserção do *bem* em suas vidas.

Apenas quatro participantes não referiram, em seus discursos, estratégias de evitação (mulheres 7, 8, 10, 15), evidenciando, com isso, a alta prevalência deste modo de enfrentamento na amostra estudada. Em suas narrativas, as mulheres relacionaram a

evitação de sentimentos e pensamentos negativos a melhores condições emocionais para enfrentarem o câncer de mama.

4.1.3.6 Negação

Segundo Gimenes (1997a), a negação deve ser pensada como esforço cognitivo orientado para lidar com as exigências e o estresse da situação, através do auto-convencimento de que não se está diante de um fracasso ou de uma situação de risco. O objetivo é reduzir o impacto emocional gerado pelo estressor.

A subcategoria Negação traz as narrativas de quatro participantes que expõem o esforço encerrado a fim de que, apesar das evidências contrárias, a realidade do câncer de mama não fizesse parte da vida destas mulheres. Aqui, não se trata apenas de uma evitação do contato com as dificuldades, mas de uma distorção dos fatos. A negação, portanto, não está fundamentada na realidade (Tabela 12).

Tabela 12 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Negação, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

NEGAÇÃO (<i>f</i> = 4)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
AGE COMO SE NADA HOUVESSE ACONTECIDO	8, 11	2
PROCURA PENSAR QUE NÃO TEM O CÂNCER / RECIDIVA	1, 9	2

Foram localizadas duas mulheres cujas narrativas trouxeram o esforço empenhado para continuar a vida como se nada estivesse ocorrendo com elas. Em suas narrativas, qualquer questionamento acerca de possíveis sentimentos, pensamentos, ou alterações na vida provenientes do contato com o câncer era veementemente rechaçado.

"Porque é como eu to te dizendo, mesma coisa de eu não ter tido nada. Porque eu não tinha nada, tipo assim, não sentia nada. Então não tem como eu achar que eu era doente. Cê concorda?" (8)

Outras duas mulheres explicitaram o esforço consciente para pensar que não estavam com câncer. Com isso, almejavam que o ambiente familiar e social não a tratassem como *coitadinhas*, dignas de *dó*. A inclusão do câncer na vida, para estas participantes, estava sendo visto como prejudicial à própria adaptação psicológica. Ao contrário, negar a doença, distorcendo os fatos da realidade, foi, por elas, associado a um funcionamento psíquico saudável, por remetê-las ao autocontrole.

"Ele falou que era câncer (médico) (...) Aí eu pus na cabeça e falei assim: 'Ah, isso não vai ser câncer, não vai ser nada. E se Deus quiser eu vou operar, vou ficar boa' (...) Meu pensamento é de que eu não estou com isso". (9)

A negação, como qualquer estratégia de enfrentamento, não deve ser julgada a princípio como favorável ou não à adaptação psicológica. Cada caso deve ser estudado a fim de avaliar o resultado de sua utilização. Neste sentido, o estudo de Classen et al. (1996), no qual foi investigado a adaptação psicológica em mulheres com recidiva ou metástase, não se encontrou correlação entre negação e *distress* psicológico. Já Heim, Valach e Schaffner (1997), em estudo longitudinal durante os cinco primeiros anos pós-câncer de mama, encontraram correlação positiva entre negação e baixo nível de estresse em todas as medidas.

O que se pode pensar é que, se estas participantes recorreram à negação do adoecimento como forma de lidar com a doença, provavelmente havia angústias

relacionadas ao assunto que, de tão intensas, imaginavam não ser possível equacioná-las, caso permanecessem permanentemente na consciência.

Doze participantes não verbalizaram o uso de estratégias de Negação. Pode-se hipotetizar, a partir destes dados que, para a maior parte das participantes, a aceitação do câncer de mama já havia sido alcançada em algum grau, visto que não precisavam recorrer à distorção da realidade, a fim de suprimir a existência do câncer de mama em suas vidas.

4.1.3.7 Resignação

A subcategoria Resignação encerra as estratégias de enfrentamento, verbalizadas por sete participantes, que pressupõem uma relação de submissão paciosa à situação do adoecimento (Tabela 13).

Tabela 13 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Resignação, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

RESIGNAÇÃO (<i>f</i> = 7)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
DESAMPARO / DESESPERANÇA	7	1
FATALISMO	3, 6, 9, 14, 15	5
ACEITAÇÃO DA PRÓPRIA FINITUDE MORTALIDADE	/ 6, 7, 10, 14, 15	5

Koopman et al. (2001), estudando mulheres com câncer de mama entre três meses pós-diagnóstico e seis meses após a finalização do tratamento, encontraram correlação positiva entre sintomas de estresse e alto nível de desamparo/desesperança. Concluíram também que a vivência de desamparo/desesperança independeu da existência ou inexistência de suporte social, relacionando-se, portanto, às condições internas da paciente.

Não foi encontrada alta prevalência desta estratégia de enfrentamento nas participantes do presente estudo. Apenas uma mulher relatou uma sensação de que ninguém podia ajudá-la, sendo que este sentimento de solidão foi verbalizado como dificultador do seu processo de ajustamento psicológico. Não havia posicionamento ativo frente à situação de desamparo: como não via como modificá-la, aceitava-a, resignadamente.

"Ninguém me ajudou, porque é só eu e meu marido. Meu marido é uma pessoa muito boa, mas tem um problema, que ele quer ficar sempre solitário. (...) A gente olha e não vê nada pra frente". (7)

A estratégia Fatalismo foi mais evidenciada. Através dela, cinco mulheres se utilizaram da idéia de que não haveria como evitar o câncer, de que essa era uma situação pela qual teriam forçosamente que atravessar.

"Se eu estou passando por essa doença, é porque eu tinha que passar. Pra que desespero?" (6)

"Mas aconteceu, né? Tem que ser pra gente, não fica pra outro. Então tem que agüentar tudo (risos)". (9)

"Eu tenho um modo de pensar, que Deus não põe nenhuma cruz pesada pra gente carregar que a gente não possa segurar, esse é meu pensamento, então a hora que eu soube, eu não fiquei apavorada". (14)

Percebendo a situação como fatalidade ou como destino, procuraram aceitar o adoecimento e o seu prognóstico como fora do âmbito de seu controle e, dessa maneira, algo em relação ao qual não adiantaria se preocupar. Cabia-lhes aceitar, pacientemente, o que lhes parecia ter sido reservado pelo destino.

A literatura tem apontado a resignação como preditiva de baixos índices de adaptação psicossocial (HEIM; VALACH; SCHAFFNER, 1997; LLULL; ZANIER; GARCIA, 2003). Já Classen et al. (1996) não encontraram correlação entre fatalismo e *distress* emocional.

A aceitação da própria finitude como uma estratégia de enfrentamento da doença também foi verbalizada por cinco mulheres. O câncer trouxe para mais próximo destas mulheres a questão da morte.

"Agora eu sei que eu sou bem vulnerável, que não sou imortal. Posso estar aqui, amanhã posso não estar". (10)

A finitude passou a ser algo mais tangível, mais próximo de sua realidade. Com essa percepção da vida – que embute uma aceitação da morte como parte constituinte do processo vital – sentiam que não havia por que contestar. Cabia-lhes aceitar essa realidade com serenidade. Aqui, a aceitação trouxe consigo a possibilidade de reformulação dos valores da vida. O foco passou a ser o presente, visto que se percebeu que o que podiam ter como certeza era o que possuíam no momento apenas. Portanto, ao mesmo tempo em que houve uma submissão paciosa à condição de vulnerabilidade, contrapôs-se um certo redimensionamento dos valores, levando a uma remodelação da vida vivida a fim de melhor aproveitá-la.

A aceitação da própria finitude também pode ser pensada como uma estratégia antecipatória protetora frente à possibilidade de intercorrências. Como se, aceitando a vulnerabilidade, em caso de recidiva ou metástase, pudessem estar mais preparadas para lidar com a situação adversa.

Nove mulheres não verbalizaram estratégias de Resignação, evidenciando que a Postura Ativa frente ao câncer, mesmo coexistindo com momentos de submissão paciosa, foram preponderantes na amostra estudada.

4.1.3.8 Autoculpa

A subcategoria em questão encerra as narrativas de cinco participantes que evidenciaram a existência, no contexto do enfrentamento do câncer, de culpa voltada para si (Tabela 14).

Tabela 14 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Autoculpa, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

AUTOCULPA (<i>f</i> = 5)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
CULPA POR SOBRECARRREGAR A FAMÍLIA	1, 3, 8	3
PARCELA DE RESPONSABILIDADE NO APARECIMENTO DO CÂNCER	5, 12	2

Três participantes verbalizaram a sensação de que, devido à própria condição de saúde, estavam sobrecarregando suas famílias. Com isso, evidencia-se a dificuldade ainda existente no processo de aceitação do câncer de mama e a decorrente necessidade de alterações de papéis familiares: de cuidadora à familiar necessitando ser cuidado. Esta estratégia de enfrentamento da doença demonstra a dificuldade para flexibilizarem seus cotidianos, procurando e aceitando novas maneiras de viver.

"E eu só dando trabalho". (1)

Outro relato relacionado à culpa trouxe a percepção de duas mulheres acerca da parcela de responsabilidade no aparecimento do câncer. Esta estratégia aparece, na

literatura, como fortemente associada a baixos índices de adaptação psicossocial (GIMENES; QUEIROZ, 1997; HEIM; VALACH; SCHAFFNER, 1997).

"Houve um maltrato meu, de mim mesma. Então eu não sei se isso foi a causa, não. É diferente dizer: 'eu causei isso', mas teve um... um, não sei se um mal-trato, mas uma falta de atenção a uma série de coisas". (5)

Gimenes (1997b) apontou que a culpa com relação ao aparecimento do câncer de mama pode ter a função de retirar as mulheres da posição de vítimas das fatalidades da vida e resgatar, com isso, a sensação de controle, quando pensam que a resposta para tal acontecimento está nelas próprias. Com isso, a ansiedade e medo da morte diminuem, mas também o bem estar psicológico decresce consideravelmente.

Doze participantes, no entanto, não referiram o uso de Autoculpa. Com isso, temos que a maior parte das participantes deste estudo não pensou esta estratégia como um meio eficaz de responder ao estressor.

4.1.3.9 Busca e Aceitação de Suporte Social

A subcategoria em questão engloba as verbalizações de 15 mulheres acerca da percepção de suporte social buscado e/ ou aceito (Tabela 15).

Tabela 15 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Busca e Aceitação de Suporte Social, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

BUSCA E ACEITAÇÃO DE SUPORTE SOCIAL (<i>f</i>= 15)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
SUPORTE FAMILIAR	1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 15	10
SUPORTE DE AMIGOS / VIZINHOS	2, 3, 5, 9, 11, 15, 16	6
SUPORTE NA EQUIPE MÉDICA	3, 4, 6, 9, 11	5
SUPORTE NO REMA	5, 6, 7, 10, 16	5

O suporte social advém da existência de pessoas, provenientes da rede social, que estejam disponíveis para apoiá-la diante da nova condição de vida decorrente do adoecer por câncer de mama. No entanto, a mera disponibilidade das pessoas não basta para que faça parte do suporte social percebido. Faz-se necessário que a mulher aceite o apoio oferecido, tarefa esta mediada por características pessoais e relacionais, bem como dependente de uma prévia aceitação da nova condição de vida, que inclui a flexibilização de papéis (agora recebendo cuidados ao invés de prover).

A existência e a aceitação de suporte social, na literatura, estão invariavelmente correlacionadas à adaptação psicossocial (ALMEIDA, 1997; BLOOM et al., 2001; GIMENES, 1997b; HEIM; VALACH; SCHAFFNER, 1997).

Há três tipos de apoio social: o instrumental, o emocional e o informativo. O instrumental pode ser ilustrado, por exemplo, por uma carona até o médico ou auxílio nos afazeres domésticos; o emocional, pela disponibilidade de outros para ouvi-la e ampará-la em suas necessidades emocionais e o informativo, pelas informações concedidas acerca da sua doença e tratamento.

No estudo em questão, o apoio vivenciado como o mais importante no sentido de auxiliá-las no enfrentamento da doença foi o apoio emocional. Ao mesmo tempo, este apoio foi descrito como o mais difícil de ser obtido.

Dentre os ambientes propiciadores de apoio, a família foi a mais evidenciada, tendo sido referida por dez participantes. No ambiente familiar as mulheres buscaram forças para enfrentar a doença. Gimenes (1997b) aponta para a família como responsável pela mediação do nível de estresse vivenciado pela mulher diante das adversidades trazidas pelo adoecimento.

"Você tinha segurança de que eles iam estar ali, sabe. Não arredaram pé de jeito nenhum". (3)

"O amor dos meus filhos... sabe, eles tentam, eles, sabe, preocupam comigo, quer saber o que tá acontecendo, sabe, aquela força, eles dão aquela força, todos eles... então isso aí pra mim foi uma coisa muito importante". (14)

Vizinhos e amigos também foram lembrados por seis participantes como pessoas que ajudaram-nas a enfrentar as adversidades trazidas pelo câncer.

"Meus vizinhos são muito bons. Teve uma vizinha que me acompanhou todo o tratamento... Se fosse pra levantar às 4, ela levantava. Se fosse às cinco, ela levantava". (2)

"Eu fazia parte de um grupo de oração. Recebi muito apoio da comunidade da igreja. Então eu pensava: se todos tão torcendo por mim, eu nem posso desanimar (...) É o jeito. Eu acho que eu ia desapontar as pessoas". (3)

"Eu recebi bastante visitas sabe, tudo dos amigos dos meus filhos, sabe, e aí foi me dando força, foi passando". (16)

Corroborando os resultados encontrados por Almeida (1997), a disponibilidade e a aceitação do apoio social, na amostra aqui estudada, refletiu na aquisição de forças para o enfrentamento da doença.

De acordo com Rolland (1998), a doença crônica afeta não somente aquele que é acometido, mas sim todo o sistema no qual está inserido. A adaptação que a mulher acometida por câncer de mama desenvolverá depende de como as pessoas da sua rede

social reação e vice-versa. Nesse sentido, a rede social tanto pode atuar como facilitador do processo de enfrentamento como podem estar funcionando como dificultador do mesmo.

No presente trabalho, o ambiente atuando como dificultador do processo de enfrentamento foi citado através de falas de três participantes, conforme já citados no tópico Estressores Sociais. Elas relataram o negativismo vindo dos familiares e amigos, bem como a preocupação excessiva para com elas, atestando a todo momento a sua fragilidade.

Uma mulher, apenas, citou o afastamento de uma parcela de suas relações sociais, após o adoecimento, devido à crença errônea de que se tratava de uma doença contagiosa. A maioria dos relatos, no entanto, evidenciou que, com o advento do câncer, as relações familiares e sociais se estreitaram.

"As pessoas tiveram muito carinho comigo. É uma coisa que eu também penso: a doença também às vezes dá isso, né (...) Você... você... não é que você obriga, mas as pessoas se chegam mais em você muitas vezes, por causa da doença". (5)

"Eu acho que todos me tratam assim é até com certa diferença pra bem, trata muito bem. Têm mais cuidado". (16)

O apoio oferecido pela equipe hospitalar também foi enfatizado por cinco participantes do estudo, que citaram as informações recebidas acerca da doença como responsáveis pela diminuição das dúvidas e aumento da segurança e tranquilidade. No entanto, o apoio recebido dos profissionais relacionado como o mais importante foi o apoio emocional.

"Sempre me tratavam bem, sabe, nunca tive, sabe... Sempre orientando a gente. Apoiou também as enfermeiras, sabe? Nossa Senhora, nunca pensei, viu!" (4)

"No hospital, pra mim também foi muito bom. Ai como disse o doutor: 'Você vai operar e a senhora vai ficar boa, porque está no começo' (...) O dia que eu internei foi uma beleza. Foi a psicóloga conversar comigo, ai me deu muito apoio também..." (9)

Receber acolhimento e afeto por parte dos profissionais de saúde foi considerado pelas participantes como de grande auxílio no enfrentamento da doença. Sentiam-se cuidadas e confiantes. Pode-se hipotetizar que, através de um relacionamento humanizado por parte da equipe de saúde-paciente, as mulheres puderam confiar que aqueles profissionais realmente estavam empenhados em lhes proporcionar o melhor tratamento possível, uma vez que as enxergavam enquanto pessoa (e não como *doença*) e lhes tinham afeto.

Uma das participantes enfatizou, ao longo da entrevista, experiências negativas com a classe médica, anteriores ao seu adoecimento. Tais eventos criaram uma posição de desconfiança prévia em relação à equipe médica que lhe cuidou no câncer de mama. Na literatura, a avaliação negativa do cuidado recebido pela equipe médica vem sendo correlacionada a altos níveis de *distress* emocional (ALDER; BITZER, 2003; MOSE et al., 2001).

O serviço de reabilitação física e psicossocial a mastectomizadas REMA, a partir do qual os prontuários das participantes deste estudo foram acessados, também foi citado por cinco mulheres como ambiente no qual encontraram apoio necessário para enfrentar as adversidades decorrentes do câncer de mama e seu tratamento.

"Foi muito bom poder contar com o REMA, e o REMA me ajudar as falar as coisas, né, a expor os temores todos". (5)

"Sabe, muita coisa que a gente tem que aprender, é lá no REMA que a gente aprende, porque os médicos não ensinam muito pra gente, sabe, cada dia é um, então eles vêm, faz a consulta dele, faz as perguntas dele, dá o remédio que tem que dá e acabou. No REMA é que a gente aprende como é que faz". (16)

O REMA, tal qual a equipe médica, também foi lembrado tanto em relação ao apoio informativo que oferecia, como no que se refere ao acolhimento diante das angústias suscitadas pelo adoecer de câncer e seu tratamento. Tanto as profissionais do REMA foram lembradas, como as mulheres participantes, que configuravam pessoas que estavam

atravessando adversidades semelhantes e com as quais, portanto, sentiam-se identificadas, nas dores e nas vitórias.

Apenas duas mulheres citaram que, tendo participado algumas vezes do grupo de apoio realizado no REMA, optaram por não mais freqüentá-lo. Tal conduta foi justificada em função de que o contato com o assunto câncer não lhe trazia benefícios.

"Inclusive às vezes eu participo do grupo do REMA, mas eu não gosto muito, porque, sabe, aí a gente tem que recordar tudo aquilo que a gente já passou, o que as meninas tá passando sabe, porque se uma conta... Eu penso assim: 'Não! Eu já passei por isso'". (16)

Este relato nos remete ao fato de que a busca por suporte emocional e informativo nos grupos de apoio só pode se efetivar caso tenha havido uma prévia aceitação da doença.

A Busca e Aceitação de Suporte Social foi a estratégia de enfrentamento utilizada pelo maior número de participantes. Apenas uma mulher (mulher 12) não fez referência a este modo de enfrentamento. Este resultado indica a alta necessidade de apoio vivenciada por esta população. Salienta-se, com isso, a importância, mesmo no período pós-tratamento do câncer de mama, do atendimento médico humanizado e dos acompanhamentos realizados pelos grupos de reabilitação física e psicossocial.

4.1.3.10 Pensamentos Religiosos

A subcategoria em questão engloba as narrativas de onze participantes que trouxeram a utilização de pensamentos religiosos no enfrentamento do câncer de mama, seja evocando Deus em nome de melhoras, seja utilizando-se da espiritualidade na busca de significado para o adoecimento e/ ou autoconhecimento (Tabela 16).

Tabela 16 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Pensamentos Religiosos, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

PENSAMENTOS RELIGIOSOS (<i>f</i> = 11)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
FÉ: DEUS TUDO PODE (FORÇA / ESPERANÇA)	1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 14, 15	9
RELIGIOSIDADE (BUSCA DE SENTIDO / AUTOCONHECIMENTO)	10, 12	2

A estratégia de enfrentamento focalizada nos aspectos religiosos vem sendo associada ora a bom, ora a mau ajustamento psicossocial. Isto porque esta estratégia pode estar relacionada tanto ao resgate de controle sobre a doença e manutenção da esperança, como a evitação das próprias responsabilidades frente ao tratamento e reabilitação.

Levine e Targ (2002) não encontraram correlação entre a práticas religiosas / espiritualidade e a estratégia de enfrentamento evitação. Corroborando este resultado, Gall e Cornblat (2002) concluíram que as práticas religiosas / espiritualidade ajudam as mulheres a encontrarem um sentido para o câncer em suas vidas, relacionado-o à possibilidade de crescimento pessoal.

No presente estudo, a fé em Deus foi associada, por nove participantes, ao resgate de força e esperança. Diante do incerto, a possibilidade de clamar a um Poder Superior, algo que se considera ter controle sobre todos os acontecimentos da vida, é uma forma de adquirir confiança de que seu problema pode ser resolvido. Aliando-se a Deus, a sensação de controle é retomada e, com isso, as forças são renovadas e a tranquilidade readquirida.

"A fé que eu tenho é que é muita. Eu sempre pedi muito. Se eu sentia desanimar, falava: 'Deus me ajuda, que eu tô segurando na sua mão, me leva em frente'. Quando eu via que a coisa tava feia". (1)

"Que que resolve eu ficar nervosa, ficar preocupada, deixa eu rezar... então eu rezo, entrego nas mãos de Jesus. Aí me sinto aliviada, me sinto assim, bem, porque eu confio. Então é isso aí. Por que a gente quer sofrer com antecedência? Falta de fé". (6)

Halstead e Hull (2001), discorrendo sobre o papel da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama, referem que, com o adoecimento, a mulher vive uma desintegração. No processo de reintegração a mulher tem que lidar com a possibilidade da morte e, ao mesmo tempo, manter-se ligada à vida. A fim de enfrentar tal paradoxo, a mulher redefine o sentido da vida e busca crescimento espiritual.

Diante do sem-sentido da doença, a religiosidade foi referida por duas mulheres como meio através do qual buscaram significado para a ocorrência do câncer de mama em suas vidas.

"Agora, onde que mais me ajudou a enfrentar foi minha religiosidade. A única coisa que eu encarei a minha cirurgia foi assim, que Deus falou pra mim assim: 'Pára. Tá na hora de você parar'. Eu dei uma brecada na minha vida, nas minhas atividades, sabe?" (10)

"Uma coisa que me ajudou foi a minha religião. Sabe? Minha maneira de ver as coisas, de aceitar, a minha maneira de ver que todos nós estamos em evolução, e que as coisas que a gente passa, agradáveis e desagradáveis, não é no sentido de punição, mas o sentido de aprendizado". (12)

Para as mulheres que buscaram sentido para o câncer de mama na espiritualidade, os acontecimentos da vida foram vistos como frutos da própria conduta e, por isso, deviam ser avaliados como oportunidade para o aprendizado sobre si mesma e para conseqüente melhoramento espiritual. A utilização da estratégia de enfrentamento espiritualidade, nesse sentido, esteve atrelada ao autoconhecimento.

A religiosidade mostrou-se, através dos relatos das participantes, uma estratégia bastante utilizada no enfrentamento do câncer de mama, não tendo sido citada em apenas cinco dos relatos.

4.1.3.11 Reavaliação Positiva

A subcategoria em questão engloba as estratégias de enfrentamento utilizadas por nove participantes, que indicam que, em contato com a adversidade do câncer de mama, as mulheres puderam reavaliar a sua vida positivamente (Tabela 17). Na fala de uma das participantes, temos uma ilustração do que está aqui denominado Reavaliação Positiva:

"É uma doença difícil, condenada, mas eu tirei o lado bom das coisas". (3)

Tabela 17 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Reavaliação Positiva, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

REAVALIAÇÃO POSITIVA (<i>f</i>= 9)		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
AUTOCONHECIMENTO / AUTOVALORIZAÇÃO	3, 4, 5, 10, 16	5
RESPEITO AOS PRÓPRIOS LIMITES / FRAQUEZAS	3, 5	2
PERMITIR-SE APROVEITAR A VIDA / FAZER O QUE GOSTA / LANÇAR-SE A NOVAS EXPERIÊNCIAS	1, 6, 10, 11, 13	5

No relato de cinco participantes, passado o impacto do diagnóstico e as dificuldades decorrentes do tratamento, o adoecimento passou a ser interpretado como uma oportunidade para buscar o autoconhecimento, repensar os valores e condutas, valorizar mais a si própria.

"Estou mais segura. Antes, nunca discutia. Hoje, se vejo algo errado, falo. Me respeito mais. Aceito melhor meus sentimentos. Antes eu tentava me tapear: hoje não, se estou sentindo isso, é isso e pronto. (...) Procuro pensar mais em mim". (3)

"Depois que eu tive o câncer eu passei a me tratar, gostar mais de mim, porque antes eu não gostava, levava a vida embolada né, e me desligava da hora de comer, da hora de dormir né". (16)

Em consonância com o autoconhecimento e a autovalorização, duas mulheres verbalizaram que suas próprias limitações e fraquezas passaram a ser mais respeitadas.

"Respeito meus limites. Antes me sobrecarregava pra fazer tudo, satisfazer a todos (...) Eu não pedia ajuda". (3)

Vivenciando uma doença potencialmente letal como o câncer, as participantes relataram ter atravessado um momento propício para uma avaliação acerca da própria vida. Com isso, as reformulações vieram como consequência deste processo. Neste sentido, Almeida (1997), aponta que coube às mulheres, no pós-tratamento do câncer de mama, o encontro de novas formas de estar no mundo. Para a autora, isto só foi possível através do processo de adaptação à doença, valorização da vida e de cuidados a si própria.

Cinco participantes do presente estudo incluíram na reformulação do projeto de vida, o objetivo de aproveitar a vida. Relataram um decréscimo de importância com os afazeres domésticos, em função de dedicar-se mais às atividades prazerosas. Vivência de experiências novas, desejadas há muito, mas nunca colocadas em prática, estavam, por fim, alcançando seu espaço.

"Mas o que aconteceu, assim, eu comecei a dar outros valores pra tudo que eu tenho, pra vida. Valor material então, eu já era desligada das coisas materiais, então eu tô mais desligada (...) Parei com aquele negócio de ter a casinha toda organizadinha. Vamos viver né. Agora vamos viver né". (10)

"Eu sempre fui meio apagada mesmo. Até agora depois da doença que tô achando que eu estou melhorando. Agora que parece que eu estou começando a viver. A me abrir pra coisas novas, coisas diferentes". (13)

O adoecimento e o contato com a vulnerabilidade colocaram estas participantes em uma posição de abertura, possibilitando, mesmo convivendo com uma situação adversa, a conquista de reformulações positivas no projeto de vida.

O repensar a vida, no entanto, depende de uma prévia aceitação do adoecimento e de uma postura de abertura às mudanças. Sete participantes não abordaram esta estratégia, o que nos atenta para a dificuldade envolvida no seu alcance.

4.1.4 DESFECHO

A categoria Desfecho engloba as avaliações que as próprias participantes fazem de suas vidas, incluindo o que pensam sobre sua própria imagem corporal, sobre o lugar que o câncer ainda ocupa no dia-a-dia, a avaliação que fazem da própria vida como um todo e os planos e expectativas que possuem com relação ao futuro.

As unidades de significado que constituem essa subcategoria nos permitirão discorrer acerca do ajustamento psicológico das mulheres participantes do estudo.

A categoria Desfecho foi subdividida em subcategorias que estão listadas no Quadro 3.

CATEGORIA 3: DESFECHO
AVALIAÇÃO QUANTO À ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
AVALIAÇÃO QUANTO AO LUGAR OCUPADO PELO CÂNCER NA VIDA
AVALIAÇÃO DA VIDA ATUAL
PLANOS / EXPECTATIVAS PARA O FUTURO

Quadro 3 – Categoria Desfecho e as subcategorias que a compuseram

4.1.4.1 Avaliação quanto à Alteração da Imagem Corporal

Aqui estão referidas as unidades de significado nas quais as mulheres verbalizaram os seus sentimentos em relação à própria imagem corporal, conforme mostra a Tabela 18.

Tabela 18 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Avaliação Quanto à Alteração da Imagem Corporal, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

AVALIAÇÃO QUANTO À ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
AFIRMA NÃO SE INCOMODAR COM ALTERAÇÃO NA IMAGEM CORPORAL	1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 15	10
AFIRMA TER APRENDIDO A CONVIVER COM A PERDA DA MAMA	5, 8	2
REFERE PERSISTÊNCIA DO INCÔMODO COM A IMAGEM CORPORAL	9, 12, 13, 16	4

Das dezesseis participantes, dez referiram não se incomodarem com as alterações corporais provenientes da cirurgia mamária. Destas, apenas duas tiveram toda a mama retirada, sendo que uma delas efetuou a reconstrução da mama. As outras oito mulheres passaram por cirurgia conservadora.

"Mesma coisa. Nada, não mudou nada, a mesma coisa". (4)

"Não sinto nada. Pra sair não tem diferença, tem a prótese (...) Porque eu não sou nenhuma mulher nova, casadinha de pouco, que tem seu marido. Então quanto a isso eu não tinha que me preocupar". (6)

"Eu não tenho assim aquela coisa: 'Ai uma mama maior do que a outra e (risos)'. Mas eu não me incomodo de jeito nenhum (...) O que (riso) operou tá mais bonito, porque tá levantadinho e tudo né". (15)

Dentre estas dez mulheres, algumas referiram que nunca se importaram com a alteração. A idade e os estado civil foram citados como influenciadores desta postura. Nestas falas, esteve permeada a idéia de que a imagem corporal teria um local de destaque apenas para mulheres mais jovens e/ ou casadas. Ainda, dentre as mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama, houve uma leitura seletiva dos aspectos positivos da situação, visto que houve relatos que trouxeram apenas o fato de que retirada parcial da mama funcionou como uma cirurgia estética, deixando a mama operada menos volumosa e, portanto, mais bonita do que a mama não operada.

Duas outras mulheres, ambas tendo retirado toda a mama, afirmaram que, de início, incomodaram-se com a perda da mama, mas, com o tempo, acostumaram-se. Para elas a imagem corporal, apesar de alterada, não mais representava motivo de incômodo. Afirmaram, portanto, a ação do fator tempo na acomodação dos conflitos advindos da perda da mama.

"Agora, não é uma coisa que fica me magoando, mas eu sei, e é uma coisa que está presente". (5)

"Eu nem lembro que eu não tenho mama. Te juro, minha filha, não é fingimento. Ah, com tudo cê acostuma, né. Também, já faz 1 ano, se não acostumar... No começo você fica meio... sente falta, né, é estranho, mas depois passa". (8)

Três mulheres, no entanto, relataram que a alteração na imagem corporal decorrente da perda da mama, mesmo com o decorrer dos anos, ainda trazia incômodos. Dentre elas, uma realizou cirurgia conservadora e duas passaram pela retirada total da mama.

"Então, eu tento nem ficar me olhando muito, pra não ficar triste, porque eu não gosto de ficar triste não". (13)

Por último, uma participante referiu incômodo com relação à imagem corporal, mas relacionada ao inchaço no braço, e não com relação à mama.

"O braço é uma lembrança né, na hora que eu lembro do braço. Os outros perguntam, né: 'Ah, o que aconteceu no braço?'. Eu falo assim: 'Ah, eu fiz cirurgia no braço, tinha é...'. Conforme a pessoa eu falo: 'Tive bursite'". (16)

Tem-se, portanto, que apesar de que o tempo, para algumas, atuou como amenizador dos conflitos advindos da nova imagem corporal, nem sempre ele foi suficiente para aplacar os incômodos. Uma parcela das participantes (4 mulheres, ou 25%) referiu que, ao cabo de anos de convívio com as alterações, ainda não haviam desenvolvido estratégias suficientes para lidar com as dificuldades relacionadas à alteração na imagem corporal.

4.1.4.2 Avaliação quanto ao Lugar Ocupado Pelo Câncer na Vida

A subcategoria em questão relaciona as narrativas nas quais as mulheres participantes discorreram acerca do quanto os pensamentos e sentimentos relacionados ao câncer ainda faziam parte de suas vidas (Tabela 19).

Tabela 19 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Avaliação Quanto ao Lugar Ocupado Pelo Câncer na Vida, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

AVALIAÇÃO QUANTO AO LUGAR OCUPADO PELO CÂNCER NA VIDA		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
REFEREM NÃO PENSAR NO CÂNCER	4, 6, 8, 10, 12, 14	6
ESFORÇA-SE PARA NÃO PENSAR NO CÂNCER	11, 15	2
LEMBRA-SE DO CÂNCER ATRAVÉS DO CONTATO DIÁRIO COM AS SEQÜELAS	1, 5	2
LEMBRA-SE NO PERÍODO DOS EXAMES PERIÓDICOS / PRESENÇA DE INTERCORRÊNCIAS	3, 13	2
PRESENÇA DE PENSAMENTOS INTRUSIVOS QUE SÃO COMBATIDOS	2, 9, 16	3
DOMÍNIO DO MEDO DA RECIDIVA	7	1

Seis mulheres afirmaram que o câncer não fazia parte de seus pensamentos. Para elas, o não pensar não era algo que se obtinham mediante esforço. Simplesmente os pensamentos não ocorriam: tratava-se de uma situação automática.

"Eu nunca pensei em morrer, nunca me apavorei. Eu não penso em nada do câncer". (4)

"Se eu disser que eu lembro que eu tenho essa doença, eu tô mentindo, eu não lembro. Não lembro que eu tô doente". (14)

Duas relataram esforçar-se para não pensar, para esquecer a doença. Tem-se, portanto, que para estas mulheres o não pensar na doença constituía-se em uma estratégia de enfrentamento (evitação).

"Tem que se esforçar pra não pensar em coisa ruim, né" (15)

Outras quatro atentaram para o fato de que, em alguns momentos, em contato com situações específicas, o câncer retornava-lhes à mente. Tais situações eram relacionadas ao adoecimento, tais como o contato com as seqüelas físicas, a aproximação dos exames periódicos, a situação do auto-exame, o olhar-se no espelho ou as intercorrências.

"Olha, mês passado fiz mamografia e deu uma manchinha. Então a gente já fica preocupada: 'O que vai ser essa manchinha?'. Não tem como esquecer. Eu procuro é não ficar triste, nem preocupada, porque isso é o seguinte, se Deus quiser não vai ser nada e se for, nós vamos fazer a cirurgia e... e pronto". (13)

Três mulheres referiram a existência de pensamentos intrusivos relacionados ao câncer. Aqui, os pensamentos não vinham apenas em associação a algum evento que lhes remetia ao câncer: ocorriam a qualquer momento.

"Ainda, é assim, eu me sinto bem, só que de vez em quando cai a ficha da gente e a gente fala assim: 'E o final? Que será que vai ser? Será que vai voltar a doer né? É... será que, o que vai dar? Onde que vai doer primeiro?' (...) Se eu tiver sentada, eu levanto e vou lá no portão dar uma olhada, sabe, se eu tiver deitada, eu procuro levantar. É... eu gosto muito de ouvir rádio sabe, porque o rádio distrai muito a cabeça da gente, porque a gente deita na cama não tem rádio, não tem barulho nenhum, aí você fica pensando tudo, sabe, o que vai acontecer com a gente (...) e você estando ouvindo rádio, uma música, não dá pra pensar duas coisas". (16)

Todas estas mulheres, no entanto, consideraram que conseguiam superar os pensamentos intrusivos através de estratégias como distração e pensamentos religiosos. Para elas, portanto, apesar de existirem situações nas quais o câncer ressurgia, as estratégias de enfrentamento utilizadas, independentemente da sua natureza paliativa, estavam sendo eficientes no sentido de não deixarem-nas dominadas por tais pensamentos (retomada do autocontrole).

Apenas uma participante relatou a presença de pensamentos referentes ao câncer, cujas estratégias de enfrentamento utilizadas não estavam sendo eficazes no sentido de reduzir sua potencialidade estressora.

4.1.4.3 Avaliação da Vida Atual

A subcategoria Avaliação da Vida Atual aborda as referências das mulheres com relação à própria vida, em todos os seus aspectos. Através desses dados, pode-se obter indicativos acerca do ajustamento alcançado pelas participantes, tendo em vista as estratégias utilizadas para lidar com o evento estressor (Tabela 20).

Tabela 20 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Avaliação da Vida Atual, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

AVALIAÇÃO DA VIDA ATUAL		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
VIDA MELHOR QUE ANTES DO CÂNCER	3, 10, 13, 16	4
VIDA BOA / FELIZ	2, 9, 11, 14, 15	5
EXISTÊNCIA DE CONFLITOS / SEQÜELAS, MAS QUE NÃO IMPEDEM DE TER UMA VIDA AVALIADA COMO BOA	3, 5, 10, 12	4
VIDA IGUAL ANTES DO CÂNCER (NADA MUDOU)	4, 6, 8, 14	4
VIDA CANSATIVA	1	1
VIDA AVALIADA COMO RUIM / SOFRIDA	7	1

Avaliando a própria vida, quatro mulheres referiram que o adoecimento funcionou como uma oportunidade para mudanças e que, sabendo aproveitar tal oportunidade, os ganhos advindos do câncer de mama lhe permitiram avaliar a vida como melhor do que no período anterior ao adoecimento.

"Eu acho que agora até foi pra melhor, do que aquela vida que eu levava, agitada". (10)

"Melhorou cem por cento, melhorou, sabe, mesmo eu tando doente, mas eu tô com condições de tratar né, é tenho oportunidade de ir no médico. Então na época pra trás eu não tinha nada disso, sabe, eu levava a vida só cuidando dos outros". (16)

Cinco mulheres avaliaram a vida como boa, referindo que sentiam-se felizes. Já outras quatro mulheres, ao avaliarem a vida, incluíram de alguma maneira o câncer. No entanto, citaram-nos a fim de referir que a persistência de conflitos e/ ou seqüelas advindas do adoecimento não impedia-nas de avaliar a vida como boa.

"Felicidade não falta". (2)

"No geral tô bem, se falar que meu psicológico está abalado eu tô mentindo. Mudado sim, e pra melhor. Eu ainda sinto necessidade de trabalhar, mas reconheço que tudo a seu tempo". (3)

"A vida hoje está uma vida... boa (...) Eu sou feliz". (9)

Nestas últimas quatro participantes houve uma conscientização acerca das limitações, mas estas foram inseridas à vida dessas mulheres, de maneira a reorganizassem para viver bem, dentro da nova condição de vida.

Outras quatro mulheres avaliaram que o câncer não alterou em nada suas vidas. Essas participantes também referiram não pensar no câncer e utilizaram-se de estratégias paliativas como evitação (mulheres 4, 6 e 14) e negação (mulher 8). Nesse sentido, podemos hipotetizar que, se enfrentaram o câncer por meio evitação e negação, é possível que, ao serem questionadas sobre a doença, procurassem evitar contato com o assunto, enfatizando o quanto ela não fez/ faz parte de seus cotidianos.

"Agora minha vida vai mudar só porque eu tive câncer? Acho que isso aí não tem nada a ver. Tá tudo normal". (8)

"Minha vida tá a mesma coisa, que eu não penso em doença". (14)

Por fim, duas mulheres, ao avaliarem suas próprias vidas, referiram avaliações negativas e, estas, em decorrência do câncer de mama.

Uma mulher referiu cansaço, uma vez que mora muito longe do local onde está recebendo tratamento, fazendo-a gastar muito tempo com viagens. Seu cansaço refere-se a uma sensação de esgotamento físico. No entanto, mantinha-se ligada à vida, com esperança de que, com o fim das viagens, poderia retomar a vida, colocando em prática seus planos para melhorá-la.

"A vida tá um pouco cansativa, sobre as viagens. Pra mim tá um pouco cansativa (...) Bastante cansativa, mas eu tô agüentando". (1)

A outra participante, enfim, referiu um cansaço psíquico: estava cansada de lutar pela sua saúde, ponderando até sobre a desistência do cuidar-se.

"Eu acho que, que coisa boa tem pouca. Ou não tem nada (...) Dá vontade de largar tudo e não voltar mais. Desistir... largar. Deixar do jeito que está (choro) Já chega!" (7)

Para essa mulher, portanto, conclui-se que as estratégias de enfrentamento utilizadas não estavam sendo capazes de reduzir o efeito estressor dos eventos advindos do adoecimento.

4.1.4.4 Planos / Expectativas para o Futuro

A subcategoria em questão traz os planos e expectativas que essas mulheres trouxeram no que se referia ao futuro (Tabela 21). Aqui, pode-se perceber a sua ligação com a vida, bem como a natureza dessa ligação.

Tabela 21 – Identificação das unidades de significado da subcategoria Planos/ Expectativas para Futuro, participantes que compuseram cada uma delas e frequência de ocorrência (*f*)

PLANOS/ EXPECTATIVAS PARA FUTURO		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	PARTICIPANTES	<i>f</i>
OCUPAÇÃO / TRABALHO	1, 3, 5, 8, 12	5
AQUISIÇÃO DE BENS MATERIAIS	2, 3, 8, 14	4
APROVEITAR A VIDA	4, 11, 13, 15, 16	5
EXPECTATIVA DE QUE A VIDA CONTINUE COMO ESTÁ	12, 15	2
EXPECTATIVAS DE VER OS FILHOS BEM	2, 4, 6, 10	4
SEM PLANOS / EXPECTATIVAS PARA SI PRÓPRIA	6, 7, 9, 10	4

Cinco mulheres trouxeram seus planos com relação à ocupação profissional. Estas mulheres, com o advento do câncer, deixaram suas ocupações a fim de cuidarem-se. Naquele momento, pretendiam retomar o trabalho. Para elas, a retomada da ocupação profissional teria um sentido de vitória sobre o adoecimento.

Quatro participantes planejaram melhorar suas casas ou adquirirem um carro, enfatizando investimento frente à vida, através de desejos de construir/ adquirir algo para seu próprio bem-estar. Outras cinco mulheres trouxeram as expectativas com relação ao aproveitar a vida, priorizando os aspectos subjetivos do viver. Ainda, duas mulheres, evidenciando o convívio com a questão da vulnerabilidade, desejaram, por fim, que tudo permanecesse como estava.

Quatro mulheres referiram expectativas de ver os filhos bem, sendo que duas delas não referiram planos para si próprias. Também estas mulheres verbalizaram a estratégia de enfrentamento Aceitação da Própria Finitude. Ao que indica, estas mulheres, ambas idosas,

estavam se despedindo da vida: já não desejavam nada para si. Seus desejos já haviam sido depositados em seus rebentos que, de alguma maneira, representavam a continuidade delas próprias na vida.

Por fim, navegando pela mesma linha de raciocínio outras duas mulheres referiram não planejarem nada para o futuro, quer fosse para si ou para as pessoas próximas. O foco de suas vidas estava fixado no presente: aproveitar cada dia vivido, sem se preocupar ou planejar o amanhã, dado que o porvir é incerto.

A maior parte das participantes manteve uma ligação com a vida, representada pela capacidade de desejar, de construir projetos e planejar algo para si próprias. Houve, no entanto, relatos nos quais ficou evidenciado o desapego à própria vida, refletidos na ausência de planos ou na projeção dos seus desejos na vida de seus filhos-sucessores.

4.2 ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

4.2.1 MODOS DE ENFRENTAMENTO: CORRELAÇÃO LINEAR

Primeiramente, buscou-se definir em que medida a variação de respostas de cada um dos fatores avaliados pela EMEP é seguida de uma alteração proporcional nos demais fatores. Assim, para verificar a correlação dos quatro modos de enfrentamento medidos pela EMEP entre si utilizou-se o cálculo de coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman, cujos resultados encontram-se descritos na Tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição dos coeficientes de correlações lineares (Spearman) entre os fatores medidos pela EMEP

VARIÁVEIS TESTADAS	r	P	INTERPRETAÇÃO*
Fator 1 x Fator 2	0,58	0,02	Correlação positiva
Fator 1 x Fator 3	0,63	0,009	Correlação positiva
Fator 1 x Fator 4	0,46	0,07	Sem correlação
Fator 2 x Fator 3	0,75	0,001	Correlação positiva
Fator 2 x Fator 4	0,08	0,78	Sem correlação
Fator 3 x Fator 4	0,36	0,16	Sem correlação

* Variáveis correlacionadas: $p \leq 0,05$

Tais resultados indicam que os modos de enfrentamento: Focalizado no Problema, Focalizado na Emoção e Práticas Religiosas/Pensamentos Fantasiosos correlacionaram-se positivamente entre si. Em outras palavras, à medida que aumentou a intensidade de respostas de qualquer um desses fatores, a intensidade de respostas dos outros dois modos também aumentou. No entanto, o modo de enfrentamento Busca por Suporte Social não obteve, nesta amostra, correlação estatisticamente significativa com os demais.

Os três modos de enfrentamento que, nesta amostra, correlacionaram-se positivamente entre si exigem o contato apenas consigo própria, a fim de responder às situações. O que muda é apenas a finalidade da resposta. No Fator 1 (Focalizado no Problema), o objetivo é a busca ativa de forças em si mesma. Já no Fator 2 (Focalizado na emoção), o que prevalece é o contato com as próprias vivências emocionais. Por último, nas respostas do Fator 3 (Práticas Religiosas / Pensamento Fantasioso) busca-se apoio no sobrenatural/sagrado (um processo intrapsíquico) ou nos próprios pensamentos fantasiosos.

Finalmente, o Fator 4 (Busca por Suporte Social) tem uma especificidade em relação aos demais que é de, para a efetivação das estratégias, pressupor contato com um outro (indivíduo real), ao qual se pede ajuda. Nesse caso, a intensidade de utilização das estratégias seguiu padrões individuais, que podem estar embasadas, por exemplo, em especificidades como a qualidade e quantidade de recursos disponíveis ou características pessoais concernentes aos padrões de relacionamentos interpessoais.

4.2.2 MODOS DE ENFRENTAMENTO: MÉDIAS E ANÁLISE DE VARIÂNCIA

Os quatro modos de enfrentamento medidos pela escala em questão foram, ainda, avaliados em função de suas médias e, posteriormente, comparados entre si, em razão da diferença na intensidade de utilização. A Tabela 23 descreve as faixas médias dos escores obtidos nas quatro categorias de modos de enfrentamento abordados pela escala.

Tabela 23 – Médias de utilização dos modos de enfrentamentos medidos pela EMEP

MODO DE ENFRENTAMENTO	MÉDIA*
Fator 1 - Focalizado no Problema	4,20 (±0,29)
Fator 2 - Focalizado na Emoção	1,88 (±0,42)
Fator 3 - Práticas Religiosas / Pensamento Fantasiado	3,68 (±0,68)
Fator 4 - Busca de Suporte Social	3,56 (±0,76)

* Os valores podem variar entre 1 e 5.

Tendo em vista que o teste de Kolmogorov-Smirnov não rejeitou a hipótese de normalidade de nenhum dos quatro fatores (adotando-se para todos $p > 0,15$), foi realizada a Análise de Variância (ANOVA) com Medidas Repetidas, a fim de compará-los simultaneamente. Os resultados obtidos com tal método apontaram diferença significativa ($p < 0,001$). Pela técnica da formação de contrastes temos que, em relação à intensidade de utilização dos modos de enfrentamento: Fator 1 > (Fator 3 = Fator 4) > Fator 2.

De acordo com estes resultados, portanto, as estratégias mais intensamente empregadas pelas participantes do estudo foram as englobadas no Fator 1, que concernem ao modo de enfrentamento Focalizado no Problema. Na seqüência, utilizadas com intensidades similares, encontraram-se as estratégias de Práticas Religiosas / Pensamentos Fantasiosos e a Busca de Suporte Social. Por fim, como a classe de respostas menos enfatizada pelas respondentes esteve o *coping* Focalizado na Emoção.

A seguir, os itens que compõem cada um dos quatro fatores medidos pela EMEP serão analisados em função da intensidade com que foram utilizados pelo grupo das participantes deste estudo, bem como em relação aos seus significados qualitativos.

4.2.3 *COPING* FOCALIZADO NO PROBLEMA

As estratégias englobadas no Fator 1 – Focalizadas no Problema cumprem a função de adquirir, manter ou resgatar forças para enfrentar o problema. As cognições e comportamentos aqui englobados, para que se viabilizem, dependem exclusivamente do indivíduo e pressupõem uma prévia aceitação e aproximação do estressor.

Dentre os 18 itens que compõem os modos de enfrentamento Focalizados no Problema, nove obtiveram escores acima da faixa média do fator (Tabela 24), quatro encontraram-se na faixa média (Tabela 25) e a pontuação obtida em cinco itens classificou-os abaixo da faixa média (Tabela 26).

Tabela 24 – Itens referentes ao *Coping* Focalizado no Problema cujos escores obtidos encontraram-se acima da faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
45 – Eu tento não fechar portas. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	5
15 – Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	4,75
17 – Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	4,69
42 – Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	4,69
10 - Eu insisto e luto pelo que eu quero	4,63
16 - Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	4,63
19 – Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	4,63
1 – Eu levo em conta o lado positivo das coisas	4,56
39 - Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	4,5

Amplitude da faixa média do Fator 1: 3,91–4,49.

Com relação aos itens utilizados em intensidade maior do que a faixa média do Fator 1, o Item 45 – *Eu tento não fechar portas. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema*, que também foi o item de maior escore de toda a escala, indica uma postura de flexibilidade. Diante da condição imposta pelo câncer, as participantes sinalizaram a

importância conferida à abertura para novas formas de pensar e de agir. Esta postura evidencia a relação de apego das participantes à vida: todos os caminhos que levassem à saúde seriam aceitos na esperança de que o esforço que pudessem requerer seria recompensado. Pode-se postular que este posicionamento diante do adoecimento permite a assunção de diversas outras estratégias de enfrentamento, aumentando a probabilidade de sucesso diante das situações emergentes.

O Item 15 – *Tento ser uma pessoa mais forte e otimista* indica enfrentamento através do espírito de luta e do pensamento positivo, enquanto o Item 1 – *Eu levo em conta o lado positivo das coisas* e o Item 17 – *Eu me concentro nas coisas boas da minha vida* dizem respeito mais especificamente à estratégia de manter o pensamento positivo. Mediante a alta intensidade na utilização destas respostas, as mulheres participantes reforçaram o enfrentamento da doença através do foco nos aspectos positivos da vida, com o objetivo de manterem-se fortes e, portanto, mais aptas a lutar pela recuperação da própria saúde.

O alto escore conferido ao Item 42 – *Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo* parece indicar que as mulheres participantes aproximaram-se do estressor objetivando conhecê-lo para, a partir de então, planejar como enfrentá-lo. Indica também a persistência no objetivo de tratar-se sem, até o momento, terem fraquejado. Está, portanto, também implícito neste item, como no Item 10 - *Eu insisto e luto pelo que eu quero*, o enfrentamento através do Espírito de Luta. Reforça-se, com isso, a alta prevalência de respostas que indicam o enfrentamento por meio de uma postura ativa e persistente: persistindo na ação, sem se deixarem abater. A perseverança é um elemento positivo no processo de enfrentamento, considerando-se os altos níveis de sofrimento físico e psíquico desencadeado pelo tratamento para o câncer. Nesse contexto, insistir representa a renovação da esperança na possibilidade de se restabelecer, ou seja, não se deixar

sucumbir aos sentimentos negativos e ao pessimismo. Manter o espírito de luta diante das adversidades enfrentadas pode representar um mecanismo eficiente de preservação das condições emocionais necessárias para se aderir ao tratamento.

Nesse sentido, a intensidade de utilização da estratégia descrita pelo Item 16 – *Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida* aponta para o esforço das participantes em afastar da consciência os pensamentos e sentimentos negativos, com o objetivo de conseguirem seguir com suas vidas, com seus afazeres cotidianos, sem se deixarem dominar pela angústia e pelo desespero. Para as participantes deste estudo, evitar sentimentos negativos mostrou-se relacionado a melhores condições psíquicas para enfrentarem o câncer de mama.

O Item 19 – *Aceito a simpatia e a compreensão de alguém* refere-se à postura de aceitação do suporte emocional disponível. Esta afirmação não diz respeito à busca ativa por este tipo de suporte, apenas aborda a importância conferida ao mesmo, por meio da indicação de que, caso estivesse disponível, seria bem recebido.

Por fim, o Item 39 - *Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela* indica a utilização da estratégia de enfrentamento Reavaliação Positiva. A capacidade de perceber, dentro de uma situação desfavorável, algo de positivo, mostra também a flexibilidade com que as mulheres deste estudo estão enfrentando a condição adversa do tratamento para o câncer de mama. Tal conduta foi associada, pelas próprias participantes, ao bem-estar emocional e a melhores condições para enfrentar os estressores.

Tabela 25 – Itens referentes ao *Coping* Focalizado no Problema cujos escores obtidos encontraram-se na faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
24 - Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	4,38
40 - Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	4,25
3 – Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	4,13
28 - Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente	4,13

Amplitude da faixa média do Fator 1: 3,91–4,49.

Discorrendo sobre os itens do modo de enfrentamento Focalizado no Problema que obtiveram escores dentro da faixa média, o Item 24 – *Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido* refere-se ao enfrentamento por meio da estratégia espírito de luta, mas aqui associada a uma sensação de controle da situação. A participante, ao conferir alto escore a este item, afirma que sabia o que fazer diante da situação e que suas chances de sucesso dependiam em grande parte de seu próprio empenho. Este aspecto, relacionado à sensação de domínio sobre a situação, pode ter conferido ao item um escore inferior em relação aos itens anteriormente descritos e relacionados ao espírito de luta. Com isso, evidencia-se que, em algum grau, a incerteza ainda fazia parte de seus cotidianos e que as participantes temiam que seus esforços pudessem não ser suficientes para o sucesso da luta contra o câncer.

Por sua vez, o Item 40 – *Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui* aborda o enfrentamento através do autocontrole, aqui associado ao foco seletivo nos aspectos

positivos da situação: busca-se enfatizar o quanto já se conseguiu caminhar, como estratégia de encorajamento para lidar com o momento presente e as etapas seguintes.

O Item 3 – *Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação* e o Item 28 – *Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente* referem-se à capacidade de reavaliação positiva das vivências relacionadas ao adoecer por câncer de mama. A participante consegue perceber transformações positivas dentro da situação adversa do adoecimento, conferindo possibilidade de amadurecer através do sofrimento.

Tabela 26 – Itens referentes ao *Coping* Focalizado no Problema cujos escores obtidos encontraram-se abaixo da faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
33 – Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	3,88
36 – Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	3,63
32 - Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	3,38
14 – Encontro diferentes soluções para o meu problema	3,31
30 – Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	2,69

Amplitude da faixa média do Fator 1: 3,91–4,49.

Com relação aos itens do modo de enfrentamento Focalizado no Problema cujos escores estão abaixo da faixa média, o Item 33 – *Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo* diz respeito à postura ativa diante da situação do câncer de mama. Dentre os itens relacionados a esta estratégia, o escore menor conferido a este item pode estar relacionado à sensação de que a realidade do adoecimento, bem como a maior parte

das etapas do tratamento e reabilitação do câncer de mama, ao contrário do que afirma o item, não eram passíveis de serem alteradas de acordo com seus próprios desejos. Os caminhos a serem percorridos eram fixados por decisões médicas e ditados pelas circunstâncias da doença (evolução, resposta ao tratamento). A elas, *pacientes*, caberiam aceitá-los, muito mais do que modificá-los.

O Item 32 – *Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia* e o Item 36 – *Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez* referem-se à conduta de planejamento dos modos de enfrentamento e autocontrole da situação estressora. Em relação às demais estratégias do Fator 1, o autocontrole demonstrou ser menos evidenciado pelas participantes deste estudo. Este resultado pode estar indicando a dificuldade que permeia o alcance do equilíbrio emocional necessário para a efetivação de tal resposta.

O Item 14 – *Encontro diferentes soluções para o meu problema* indica postura ativa e flexibilidade diante da situação: refere-se ao encontro de diferentes soluções para o problema. No entanto, para as participantes do estudo, tal afirmação, como no Item 33, pode ter sido lida como improvável, em função da sensação de baixo controle diante do desenrolar dos acontecimentos.

Por fim, dentre os itens referentes aos modos de enfrentamento Focalizados no Problema, o Item 30 – *Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores* foi o de maior rejeição. Trata-se da estratégia Minimização e refere-se ao enfrentamento por meio da ênfase na hipótese de que os fatos poderiam ter se sucedido de um modo menos favorável. O baixo score desta resposta pode estar relacionado ao fato de que, para que ocorra, é preciso que a participante entre em contato com idéias com conotações negativas, o que contraria o desejo de afastamento, por elas manifestado, de maus pensamentos e

sentimentos negativos. Nesse sentido, o foco seletivo no positivo e a evitação parecem ser respostas preponderantes na estratégia aqui chamada Minimização.

Resumindo os resultados obtidos para o Fator 1 – *Coping* Focalizado no Problema, cujos itens foram os mais intensamente utilizados da EMEP, verificamos que as estratégias que envolviam pensamento positivo, espírito de luta, flexibilidade, evitação de sentimentos negativos, aceitação de suporte social e reavaliação positiva foram as referidas como preferencialmente utilizadas. Por outro lado, as estratégias de autocontrole e minimização foram as menos enfatizadas. Além disso, as estratégias que dependiam de uma crença no próprio controle acerca do desenrolar dos acontecimentos também obtiveram escores menores, indicando a convivência com a incerteza do futuro.

Em seguida às estratégias do Fator 1, os Fatores 3 e 4, respectivamente intitulados Práticas Religiosas / Pensamentos Fantasiosos e Busca por Suporte Social, têm em comum, além da similaridade na intensidade de utilização, o fato de basearem-se em um pedido de ajuda ao outro (sobrenatural ou real). A diferença, como já citada, é que a busca de ajuda por intermédio da religiosidade / pensamentos fantasiosos dá-se em nível intrapsíquico, enquanto a ajuda solicitada às diferentes fontes de suporte social requer o contato com um outro que é real, ou seja, ocorre em nível interpessoal. Em qualquer um dos casos, essa busca por auxílio pode ter o objetivo de resolver o problema, ou parte dele, quer seja em termos práticos (ex: busca de informações para tratar-se e reabilitar-se) ou em termos subjetivos (ex: busca do apoio espiritual). Por outro lado, a procura de apoio pode não ter uma função de buscar soluções para seus problemas, mas objetivar apenas a obtenção de alívio emocional.

4.2.4 PRÁTICAS RELIGIOSAS / PENSAMENTO FANTASIOSO

Com relação aos sete itens que compõem o Fator 3 – Práticas Religiosas / Pensamentos Fantasiosos, dois deles obtiveram escores acima da faixa média (Tabela 27), quatro encontraram-se dentro da faixa média (Tabela 28) e, por fim, o escore de um item pontuou abaixo da faixa média do fator (Tabela 29).

Tabela 27 – Itens referentes ao *Coping* Práticas Religiosas / Pensamento Fantasioso cujos escores obtidos encontraram-se acima da faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
8 – Eu rezo / oro	4,69
44 – Eu me apego à minha fé para superar essa situação	4,63

Amplitude da faixa média do Fator 3: 3,00–4,36.

Tanto o Item 8 – *Eu rezo / oro* como o Item 44 – *Eu me apego à minha fé para superar essa situação* indicam a busca de apoio na fé a fim de haurir forças para enfrentar a situação. Os altos escores conferidos a tais itens apontam que, para o grupo de participantes deste estudo, o enfrentamento por meio da religiosidade foi intensamente utilizado. O Item 44 enfatiza a fé como *ponte* para o restabelecimento da saúde, evidenciando que, para elas, o controle sobre os acontecimentos de suas vidas estava relacionado à dimensão do divino.

Tabela 28 – Itens referentes ao *Coping* Práticas Religiosas / Pensamento Fantasiado cujos escores obtidos encontraram-se na faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
27 – Tento esquecer o problema todo	3,75
06 – Espero que um milagre aconteça	3,69
26 – Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	3,25
41 – Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	3

Amplitude da faixa média do Fator 3: 3,00–4,36.

Discorrendo sobre os itens cujos escores obtidos estiveram dentro da faixa média do Fator 3, o Item 27 – *Tento esquecer o problema todo* relaciona-se com o enfrentamento por meio da estratégia de Evitação. Trata-se de uma afirmação deliberada acerca da idéia de que o pensar sobre o adoecimento, seu tratamento, sua reabilitação, enfim, sobre qualquer aspecto relacionado ao câncer de mama em princípio não traria benefícios. A evitação, portanto, estaria relacionada a uma função protetora, desviando sentimentos adversos e, com isso, livrando-se do mal-estar psíquico decorrente.

Os três últimos itens deste subgrupo, a saber: o Item 6 – *Espero que um milagre aconteça*, o Item 26 – *Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou* e o Item 41 – *Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo*, discorrem acerca de pensamentos fantasiosos. Os itens relacionam-se ao desejo de que algo mágico pudesse lhes tirar da situação, seja através de que nada daquilo tivesse acontecido ou que algo ocorresse para que toda a situação terminasse com sucesso. Enfim, este posicionamento evidencia a conotação aversiva com que ainda é vivenciada a situação do adoecimento no período do pós-tratamento. Em relação ao fator no qual estão inseridos, a utilização

mediana dos itens referentes ao pensamento fantasioso demonstra que, mesmo tendo as participantes priorizado as estratégias relacionadas a um enfrentamento ativo da situação, coexiste um emprego considerável de estratégias cujo objetivo não é o contato com o estressor, mas sim o afastamento dele.

Tabela 29 – Item referente ao *Coping* Práticas Religiosas / Pensamento Fantasioso cujo escore obtido encontrou-se abaixo da faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
21 – Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	2,75

Amplitude da faixa média do Fator 3: 3,00–4,36.

Mediante o baixo escore conferido ao Item 21 – *Pratico mais a religião desde que tenho esse problema*, as participantes negaram que o câncer de mama tenha contribuído para a intensificação das práticas religiosas em suas vidas. Afirmaram que o apoio obtido através da fé já era buscado e já era comum em suas vidas no período anterior ao adoecimento.

Resumindo as estratégias de enfrentamento referentes ao fator Práticas Religiosas / Pensamentos Fantasiosos, temos que a fé mostrou-se mais utilizada do que a evitação e o pensamento fantasioso, que também compõem o fator.

4.2.5 BUSCA DE SUPORTE SOCIAL

Com relação aos cinco itens que encerram o Fator 4, denominado Busca de Suporte Social, todos foram pontuados com intensidades próximas, de maneira que se encontram dentro da faixa média do fator, conforme apresentado na Tabela 30.

Tabela 30 – Itens referentes ao *Coping* Busca de Suporte Social, todos com escores situados na faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
31 – Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	4,19
43 – Converso com alguém para obter informações sobre a situação	3,75
09 – Converso com alguém sobre como estou me sentindo	3,44
07 – Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	3,25
04 – Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesma	3,19

Amplitude da faixa média do Fator 3: 3,00–4,36.

O Item 31 – *Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema* e o Item 43 – *Converso com alguém para obter informações sobre a situação* indicam a busca de suporte social instrumental e informativo. Os escores obtidos por estes itens apontam para a significativa importância conferida à busca de apoio no

sentido de sentirem-se mais preparadas para alcançar o sucesso nas questões objetivas referentes à problemática.

O apoio emocional, por sua vez, foi abordado tanto pelo Item 7 – *Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite*, como pelo Item 9 – *Converso com alguém sobre como estou me sentindo* e pelo Item 4 – *Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesma*. Os dois primeiros itens englobam a busca ativa por apoio emocional, enquanto o último item indica em que medida a respondente deseja tal apoio, visto que a pontuação do item (que versa sobre a rejeição ao apoio emocional) é invertida, conforme preconizado pelas normas do instrumento. A pontuação obtida em tais itens demonstra também a preocupação existente com o encontro de espaços nos quais possam dar vazão às questões emocionais, ou seja, às questões subjetivas relacionadas ao adoecimento.

Apesar de uma leve superioridade dos escores referentes aos apoios instrumental e informativo sobre os itens referentes ao apoio emocional, esta diferença não foi suficiente para dispersar os valores para além da faixa média. Temos, portanto, que a importância atribuída aos três tipos de suporte social foi sinalizada com intensidade similar pelo grupo de participantes deste estudo.

4.2.6 *COPING* FOCALIZADO NA EMOÇÃO

O conjunto de estratégias que foi apontado com o menos intensamente empregado pelas mulheres participantes foi o denominado *Coping* Focalizado na Emoção. Este modo de enfrentamento indica a vivência de emoções negativas a partir do contato com o estressor, tais como culpa, raiva, negação, desencadeando comportamentos de

fuga/esquiva. Dentre os quinze itens que avaliam tais respostas, três deles obtiveram pontuação que os classificam acima da faixa média do fator (Tabela 31), sete obtiveram escores dentro da faixa média (Tabela 32) e cinco mostraram intensidade de utilização menor do que a da faixa média (Tabela 33).

Tabela 31 – Itens referentes ao *Coping* Focalizado na Emoção, cujos escores obtidos encontraram-se acima da faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
12 – Eu brigo comigo mesma; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	3,13
35 – Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	3,13
18 – Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	2,75

Amplitude da faixa média do Fator 2: 1,46–2,30.

O item mais utilizado dentre os Copings Focalizados na Emoção (Tabela 31) foi o Item 12 – *Eu brigo comigo mesma; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer*, que indica um confronto consigo mesma no sentido de debater suas próprias idéias e conflitos a fim de obter o melhor resultado no enfrentamento do estressor. Evidencia uma preocupação com relação a um posicionamento ativo e assertivo diante da situação.

O Item 35 – *Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer*, por sua vez, enfatiza a utilização do pensamento fantasioso acerca de como desenrolar-se-ão os episódios relacionados ao câncer. Esta estratégia pode estar cumprindo a função de reduzir a ansiedade, uma vez que, buscando hipóteses acerca do que pode advir de uma determinada situação, os espaços mentais da incerteza diminuiriam, enquanto que uma certa sensação de controle poderia ser adquirida.

Por fim, o Item 18 – *Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto* refere-se ao incômodo eliciado pelos sentimentos vivenciados com relação ao adoecer, o que reitera a indicação de que sentimentos adversos ainda estavam presentes na fase pós-tratamento do câncer de mama, bem como o esforço para combatê-los. Atente-se para o fato de que tal modo de lidar com a situação mostrou-se presente tanto em mulheres que vivenciaram intercorrências da doença como naquelas que não as referiram.

Tabela 32 – Itens referentes ao *Coping* Focalizado na Emoção, cujos escores obtidos encontraram-se na faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
11 – Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	2,06
22 – Eu percebo que eu mesma trouxe o problema para mim	2
38 – Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	2
05 – Procuo um culpado para a situação	1,94
37 – Descubro quem mais é ou foi responsável	1,81
2 – Eu me culpo	1,69
23 – Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1,56

Amplitude da faixa média do Fator 2: 1,46–2,30.

Os itens medianamente utilizados do fator *Coping* Focalizado na Emoção (Tabela 32) estão entre os itens menos pontuados da EMEP. Dentre eles, o Item 11 – *Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo* diz respeito à estratégia de negação do câncer de mama. Está relacionada a uma postura de não aceitação da condição do adoecimento e da

escolha por enfrentá-lo por meio da distorção da realidade, não se permitindo incorporar o adoecer como algo pertencente à sua vida.

Escore rebaixados também foram conferidos ao Item 22 – *Eu percebo que eu mesma trouxe o problema para mim*, bem como ao Item 2 – *Eu me culpo* e ao Item 23 – *Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema*, que dizem respeito à estratégia de autoculpa. Ainda relacionada à atribuição de culpa a si mesma, a estratégia de enfrentamento da doença mediante a busca de um culpado, como investiga o Item 5 – *Procuro um culpado para a situação* e o Item 37 – *Descubro quem mais é ou foi responsável* também obtiveram baixos escores.

Por fim, o Item 38 – *Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor* diz respeito ao pensamento fantasioso. Dentre os itens que investigam tal estratégia, o escore menor obtido no Item 38 pode ter sido relacionado ao fato de que os pensamentos sugeridos – vingança ou recompensa financeira – não estivessem entre os pensamentos que permeavam as vidas das participantes. Outra especificidade deste item é que as fantasias não guardavam uma relação possível com o câncer de mama, como os demais itens relacionados ao pensamento fantasioso podem sugerir, o que indica que, para estas mulheres, fantasiar acerca do bom prognóstico em relação ao tratamento e à reabilitação do câncer de mama foi preponderante.

Tabela 33 – Itens referentes ao *Coping* Focalizado na Emoção, cujos escores encontraram-se abaixo da faixa média do fator

ITEM	MÉDIA
34 – Procuo me afastar das pessoas em geral	1,38
25 – Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1,25
20 – Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1,19
29 – Eu culpo os outros	1,19
13 – Desconto em outras pessoas	1

Amplitude da faixa média do Fator 2: 1,46–2,30.

Os itens cujos escores encontraram-se abaixo da média do Fator 4 – *Coping* Focalizado na Emoção encerram também os que tiveram maiores índices de rejeição da EMEP. Dentre eles, no Item 34 – *Procuo me afastar das pessoas em geral* a participante deveria responder com que intensidade desejava, em função do seu adoecimento, afastar-se do contato social. Este item está intrinsecamente relacionado à não aceitação da sua real condição de saúde.

O conteúdo do Item 25 – *Eu acho que as pessoas foram injustas comigo*, por sua vez, refere-se à vivência de desamparo. Relaciona-se, portanto, à possível presença de conflitos inter-relacionais referentes, em algum grau, ao adoecimento.

O Item 20 – *Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema* aborda o enfrentamento por meio de atribuição de culpa aos outros, seguida de confrontação. Em outras palavras, a participante deveria responder em que intensidade acreditava que outra pessoa, supostamente culpada pelo seu adoecimento, merecia receber o seu rancor.

Em seguida, o Item 29 – *Eu culpo os outros* diz respeito à estratégia de culpabilização de outras pessoas e, por fim, o Item 13 – *Desconto em outras pessoas* corresponde à estratégia de confrontação, ou seja, de permitir o extravasamento da raiva. Atenta-se para o fato de que este último foi o item de maior rejeição da escala.

Resumindo os resultados obtidos com o Fator 2 – Focalizado na Emoção, a maior parte dos itens relacionados a esse modo de enfrentamento obteve baixo escore. Dentre os mais utilizados, encontraram-se os que abordaram as estratégias associadas à postura ativa e à evitação. Os itens referentes aos pensamentos fantasiosos, por sua vez, foram utilizados em menor escala, enquanto que as estratégias de autculpa, culpabilização dos outros, confrontação, desamparo e afastamento social foram intensamente rejeitadas.

4.2.7 RESPOSTAS À PERGUNTA ABERTA: ANÁLISE QUALITATIVA

Foram analisadas as respostas obtidas a partir da pergunta final da EMEP, aberta: *Você está utilizando outras formas de lidar com a situação? Se sim, quais?* As respostas obtidas a essa pergunta, que teve por objetivo abordar possíveis modos de enfrentamento não incluídos nos itens do instrumento, estão listadas no Quadro 4. Oito participantes responderam-na, enquanto que as oito restantes consideraram que não tinham nada a acrescentar.

VOCÊ ESTÁ UTILIZANDO OUTRAS FORMAS DE LIDAR COM A SITUAÇÃO?
A fé (1)
Aceitação (2)
Aumentar a minha fé, buscando a religião (3)
Buscar informações sobre o problema (câncer) (3)
Tentativa de melhorar a qualidade de vida (acupuntura, psicoterapia, academia) (5)
REMA: alegria, conversas, exercícios físicos (7)
Mudanças na alimentação (7)
Busca por ajuda médica (9)
A calma. Sempre fui calma em relação à doença (14)
Buscar forças em mim mesma, devagarzinho (16)

Quadro 4 – Respostas das participantes à pergunta aberta aplicada ao final dos itens da EMEP

As respostas das participantes foram bastante diversificadas, abrangendo vários aspectos do viver. Duas mulheres enfatizaram o recurso à fé (mulheres 1 e 3). Uma referiu a importância do processo de aceitação do adoecimento (mulher 2) e outra abordou a busca de informações sobre o câncer como forma de preparação para enfrentá-lo (mulher 3). A mulher 5 e a mulher 7 trouxeram mudanças efetuadas na própria vida para que pudessem viver com qualidade. A mulher 7 ainda lembrou-se do REMA, como local no qual se sentia cuidada física e psicologicamente. A mulher 9, por sua vez, conferiu importância à busca de apoio do aparato médico-científico. A importância de se manter tranqüila foi abordada pela mulher 14 e, por fim, a mulher 16 lembrou-se do não se deixar abater, buscando sempre renovar suas próprias forças.

O conjunto das estratégias de enfrentamento aponta para preocupações referentes ao bem-estar físico/orgânico, psicológico, social e religioso. Observaram-se, portanto, respostas que englobam todas as dimensões de suas vidas. Atente-se que todas as respostas evocadas foram avaliadas pelas participantes como propiciadoras de melhores condições de ajustamento à situação vivida.

4.3 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE *STRESS* PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Das 16 participantes, 14 apresentaram indicadores sintomatológicos de estresse (Tabela 34). No entanto, de acordo com os padrões normativos do ISSL, apenas seis mulheres referiram sintomas suficientes para caracterizar quadro de estresse (mulheres 01, 05, 07, 08, 10 e 16). Ou seja, o número de indicadores de estresse apresentado por oito mulheres encontrava-se abaixo do limite preconizado pelo instrumento.

Tabela 34 – Número absoluto de indicadores sintomatológicos pontuados pelas participantes em cada uma das fases de estresse medidas pelo ISSL

PARTICIPANTE	ALERTA	RESISTÊNCIA	EXAUSTÃO
1	2	4*	8
2	2	2	5
3	0	0	0
4	1	0	2
5	2	5*	6
6	1	1	1
7	8	6*	7
8	2	5*	3
9	0	3	1
10	4	8*	6
11	0	0	0
12	3	3	4
13	0	3	2
14	2	1	1
15	1	0	1
16	3	6*	5

Pontuação limite para as fases: Alerta: 6; Resistência: 3; Exaustão: 8.

* Valores superiores ao do limite preconizado pelo ISSL

Kornblith et al. (2003), ao investigarem o estresse pós-traumático em mulheres que haviam se submetido à quimioterapia há, em média, 20 anos, encontraram que apenas 5% da amostra apresentavam o quadro. No entanto, houve uma alta prevalência de mulheres com indicadores sintomatológicos de estresse pós-traumático, indicando a presença de seqüelas psicológicas naquela população investigada. Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os dados encontrados por esses autores.

De acordo com os padrões normativos do instrumento, portanto, observou-se que 10 mulheres participantes (62,5%) não apresentaram quadro de estresse, enquanto 6 mulheres (37,5%) apresentaram quadro de estresse na fase de resistência (Figura 1).

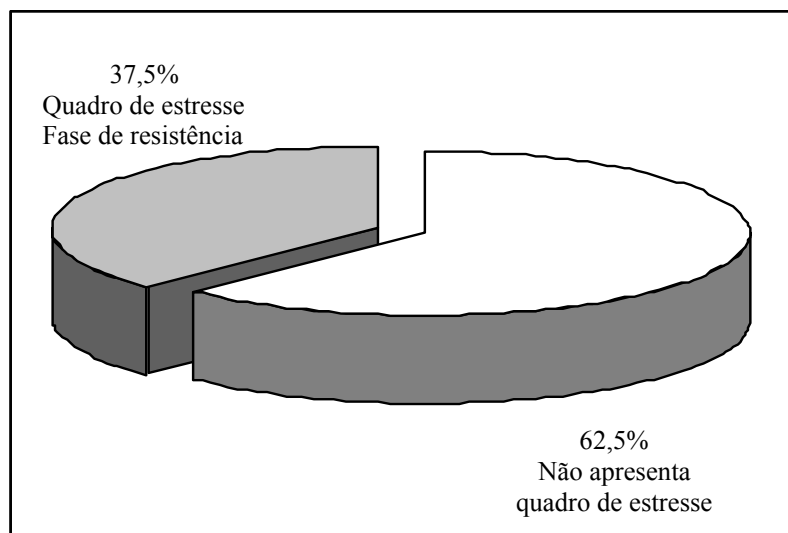


Figura 1. Distribuição das participantes quanto à presença ou ausência de quadro de estresse, de acordo com os dados obtidos no ISSL

De acordo com os resultados encontrados por autores que se propuseram à revisão da literatura, a porcentagem de mulheres que manifestaram desajustamento psicológico no período pós-tratamento do câncer de mama têm variado, nos estudos da área, entre 5 e 50% (GRIFFIN; FENTIMAN, 2002; KORNBLITH; LIGIBEL, 2003; THEWES; BUTOW; PENDLEBURY, 2004). Ressalvando-se o número reduzido de participantes do presente estudo, o grupo de participantes desta pesquisa apontou para a mesma direção.

A fase de estresse na qual se encontrou a totalidade das participantes que apresentou este quadro é denominada Resistência. Vasconcelos (1992) considera que, nesta fase, o organismo continua mobilizado para a reação, porém, por uma questão de economia energética, a mobilização geral se concentra em um só órgão, de acordo com a vulnerabilidade geneto-anatômica de cada indivíduo. O autor faz uma analogia entre a fase

de resistência e o vento calmo que lentamente desgasta as árvores, sem que nos apercebamos do fato. O resultado desse processo lento e contínuo de *distress* no organismo humano pode ser, por exemplo, o desenvolvimento de uma insuficiência renal, um enfarte agudo do miocárdio, uma gastrite ou mesmo uma doença degenerativa como o câncer.

Dentre as mulheres com quadro de estresse na fase na resistência, em três delas (mulheres 5, 7 e 8) houve um predomínio da sintomatologia psíquica, enquanto em outras duas prevaleceram os sintomas somáticos (mulheres 1 e 10). A mulher 16, por sua vez, apresentou porcentagem equivalente de sintomas físicos e psíquicos (Tabela 35).

Tabela 35 – Distribuição percentual e predominância de sintomas físicos ou psíquicos nas participantes que apresentaram quadro de estresse

PARTICI- PANTE	SINTOMAS FÍSICOS (%)	SINTOMAS PSÍQUICOS (%)	SINTOMATOLOGIA PREDOMINANTE
1	40	–	Física
5	20	60	Psíquica
7	30	60	Psíquica
8	30	40	Psíquica
10	60	40	Física
16	40	40	Sem predominância

Tendo em vista estes resultados, não se evidencia uma tendência grupal para sintomatologia física ou psíquica. O câncer de mama, para o subgrupo das participantes que apresentaram quadro de estresse, estava sendo responsável, ainda, por desestabilização em ambos os níveis, durante o período pós-tratamento.

O fato de que duas mulheres não apresentaram qualquer indicador sintomatológico de estresse, enquanto outras oito não apresentaram sintomas suficientes para a caracterização de quadro de estresse, nos permite hipotetizar que o período pós-tratamento do câncer de mama não representa, por si só, uma condição de estresse patológico (*distress*). No entanto, o número de participantes que apresentou quadro de estresse neste estudo representa um significativo percentual de mulheres que, mesmo no período pós-tratamento do câncer de mama, permanecem em sofrimento, sem que seu repertório de respostas aos eventos estressores tenha sido suficiente para reduzir ou eliminar o potencial aversivo. Pode-se, concluir, com base nesses achados, que um número expressivo de mulheres sobreviventes do câncer de mama permanecem em situação de vulnerabilidade psicológica após concluírem o tratamento.

5. CONCLUSÃO

Mesmo em se tratando de mulheres que já conviviam com o advento do câncer de mama há pelo menos um ano e tendo finalizado as terapêuticas cirúrgicas, quimio e/ ou radioterápicas, pôde-se constatar, através da Entrevista, uma ampla gama de eventos estressores relacionados ao adoecimento, que ainda estavam presentes em suas vidas.

Os incômodos trazidos pelas mulheres participantes deste estudo englobaram todos os aspectos da sua existência, a saber: a relação com o próprio corpo, com sua mente (cognições e emoções) e com o ambiente que as cercavam. Pensando estas alterações em relação à concepção de saúde como fenômeno biopsicossocial, temos que estas mulheres ainda conviviam com dificuldades em todas estas dimensões.

A intervenção cirúrgica mamária decorrente do tratamento do câncer de mama mostrou-se responsável não só por alterações na imagem corporal como também na identidade feminina. Neste trabalho, percebeu-se também que estas alterações foram mais enfatizadas quanto mais invasiva tivesse sido a cirurgia.

A perda da mama, bem como as demais seqüelas advindas do câncer de mama e seu tratamento, tais como a necessidade do uso da prótese, o linfedema, a aversão a cheiros e/ ou gostos associados ao período da quimioterapia, a pele fina e/ ou grudada decorrente da radioterapia e os sintomas advindos da menopausa induzida constituíram aspectos de suas vidas através dos quais eram constantemente rememoradas de seu adoecimento.

As limitações físicas do braço e as conseqüentes alterações na vida diária, tais como não carregar peso, evitar movimentos repetitivos ou contato com o calor, foram responsáveis pela sensação de déficit na autonomia. A cronicidade do câncer de mama, que

demandava cuidados de reabilitação permanentes, remetia-lhes à idéia que não retornariam à capacidade plena.

A partir do diagnóstico de câncer, o contato com a possibilidade da morte foi presentificado na vida destas mulheres. A sensação de controle diante dos episódios da vida foi diminuída e o medo da recidiva tornou-se uma constante, reavivada diante de alguns episódios, tais como os exames periódicos ou diante das intercorrências da doença. Porém, o medo da recidiva não estava relacionado apenas à morte. Também as participantes revelaram o receio quanto à perda da autonomia e o sofrimento relacionados à terminalidade.

Alguns eventos sociais foram lembrados como geradores de incômodos nas participantes do estudo. A convivência com pacientes terminais, as mortes de pessoas conhecidas por câncer, os agentes sociais que as estigmatizavam, todos estes fatores remetiam-nas à sensação de vulnerabilidade e à potencialidade letal do próprio diagnóstico.

O sentimento de fragilidade que acompanhou o adoecimento remeteu-as à preocupação com seus rebentos, tanto no sentido de não conseguirem completar a missão de criá-los (para as mulheres mais novas) quanto no sentido de temerem o desenvolvimento da doença em suas filhas, pensando a hereditariedade como um fator de risco para o câncer de mama.

Foram também evidenciadas sensações de desconforto referentes à idéia de estarem sobrecarregando os familiares e amigos. Responsabilizaram-se pela quebra da homeostase familiar, uma vez que agora, além de não poderem promover todos os cuidados que assumiam anteriormente, requeriam cuidados dos outros. Ainda, nos casos em que a própria família se fragilizou, a mulher se viu culpada pela situação e, a fim de reparar o mal trazido, procurou se mostrar forte, a qualquer custo, confinando a própria fragilidade

emocional. O afastamento do trabalho em decorrência do adoecimento ainda gerava angústia, devido à suposição de que estariam atuando como um peso para as famílias.

Os resultados evidenciaram que a aceitação da alteração do papel de cuidadora revelou-se uma árdua tarefa. Acostumadas, ao longo de toda a vida, a concederem ajuda, encontraram dificuldades em solicitá-la. A dificuldade em verificar-se no papel contrário ao que sempre esteve abriu uma ferida na sua identidade de esposa e de mãe, papéis estes que estão fortemente associados aos cuidados prestados ao outro.

Para as mulheres com câncer de mama soma-se, portanto, ao enfrentamento da doença em si, o enfrentamento das alterações nos próprios papéis, uma vez que elas já não mais podiam efetuar integralmente as funções papéis a que até então desempenharam.

A fim de enfrentarem toda esta diversidade de eventos estressores, uma ampla gama de estratégias de enfrentamento foram colocadas em prática. Estas respostas foram abordadas por dois instrumentos deste trabalho, a saber: a Entrevista e a Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP). Ambos instrumentos apontaram para a coexistência, na mesma participante, de múltiplas formas de responder aos estressores, por vezes até mesmo ambivalentes ou contraditórias.

Estratégias como o foco seletivo nos aspectos positivos da situação (ex: pensamento positivo e foco na crescente possibilidade de cura) e a evitação das vivências de cognições e emoções negativas (ex: busca por distrações/ ocupações) cumpriram a função de angariar melhores condições emocionais para o enfrentamento do câncer. Retirando o que havia de negativo de suas mentes, haveria espaço para o resgate da esperança e, com isso, para o aumento da sensação de controle diante dos acontecimentos. Também as respostas de autocontrole (ex: valorização da tranquilidade/ paciência) tiveram a função de regular as emoções a fim obter uma melhor condição psíquica para enfrentar a situação do adoecimento.

Outros muitos meios foram utilizados pelas mulheres com o objetivo de alcançarem uma melhor condição psíquica. Dentre eles, o grupo de participantes deste estudo referiu o pensamento fantasioso, através dos quais imaginavam que o perigo havia acabado ou imaginavam um desenrolar favorável para a situação; o fatalismo, através do qual buscavam aceitar que o adoecimento era uma parte de suas vidas à qual teria que atravessar; a minimização do potencial estressor, através de pensamentos de que havia outras pessoas sofrendo, algumas até em piores condições.

A potencialidade letal do câncer trouxe para a vida das mulheres a sensação de que o controle de suas vidas fugia aos seus próprios desejos e condutas. Não tiveram como prevenir seu aparecimento, nem sequer podem estar certas de seu prognóstico. Com o objetivo de diminuir a sensação da prevalência do acaso em suas vidas, algumas delas buscaram um sentido para a ocorrência do próprio câncer. Para tal, utilizaram-se de estratégias como a busca de sentido na espiritualidade, a autculpa e a culpabilização dos outros.

Através da fé no divino como detentor de poderes para conduzir os acontecimentos de suas vidas, obtiveram o resgate da própria esperança. A consequência da utilização de tal estratégia foi o aumento da sensação de controle, tornando-as mais aptas para lidarem com as situações estressoras.

Em uma outra forma de lidar com a incerteza do amanhã, as mulheres reavaliaram sua relação com a temporalidade. Passaram a valorizar cada dia, procurando não se preocupar com o futuro. O foco, portanto, passou a ser o presente.

Regulando as emoções referentes ao processo do adoecimento, seja protegendo a mente dos maus pensamentos e sentimentos, seja através da busca de equilíbrio emocional ou através do aumento da sensação de controle diante dos acontecimentos, a participante sentia-se mais apta para lidar com os estressores.

Aliado às estratégias cujo objetivo era o alívio da carga emocional que acompanhavam o câncer de mama, as participantes referiram estratégias que visavam a aproximação ao evento estressor, procurando alterá-lo ou controlá-lo através de uma postura ativa. Respostas com esta finalidade podem ser exemplificadas pela busca de informações acerca das possibilidades de tratamento e pela inserção de condutas que estivessem relacionadas a bom prognóstico (auto-cuidados). O próprio esforço, tanto através de uma postura ativa diante dos acontecimentos, como através da busca pelo autocontrole emocional foram referidos como essenciais para o enfrentamento da doença.

As estratégias de enfrentamento citadas até então referiram-se à respostas que dependiam exclusivamente de si próprias para que fossem viabilizadas. No entanto, a busca de ajuda no outro (real) também foi trazida pelas participantes, através das estratégias de busca por suporte social.

O apoio social percebido, bem como a disponibilidade da participante em buscar e/ou aceitar tal apoio, mostrou-se fundamental. Tanto o apoio informativo, como o instrumental e o emocional, todos foram buscados e aceitos como forma de ajuda para enfrentar a problemática trazida pelo câncer de mama. Segundo seus próprios relatos obtidos com a Entrevista, o apoio emocional revelou-se o mais difícil de ser buscado e obtido. Já os resultados obtidos com a EMEP apontam que a busca e aceitação deste apoio, apesar de menos intensa, não foi estatisticamente inferior aos demais tipos de apoio social.

A análise de correlação linear realizada entre os fatores medidos pela EMEP demonstrou que as estratégias de enfrentamento que, para serem viabilizadas, dependiam apenas de si próprias, correlacionaram positivamente entre si, ou seja, à medida que a participante aumentou a intensidade de uso de um destes modos de enfrentamento, os outros também aumentaram proporcionalmente. Já para as estratégias que dependiam do contato interpessoal (outro real) para que fossem colocadas em prática, seguiu padrões

individuais de utilização, ou seja, não correlacionou com os demais modos de enfrentamento no tocante a intensidade de utilização. O modo de enfrentamento busca por suporte social, portanto, demonstrou a sua especificidade no sentido de que depende de outros fatores, tais como a facilidade de contato interpessoal, a aceitação de mudança de papéis e o suporte social disponível.

A flexibilização dos próprios papéis demonstrou ser uma luta constante travada por estas mulheres. Nesse sentido, o evento do câncer atuou, para uma parte considerável delas, como um divisor de águas, a partir do qual as mulheres colocaram-se em uma posição de abertura para mudanças. Para estas mulheres, o câncer foi interpretado como uma oportunidade para reavaliações da própria vida. Preocuparam-se em reformular os próprios projetos de vida, buscando a autovalorização, conhecendo e respeitando seus próprios limites, permitindo-se lançar em experiências novas e prazerosas.

A postura de abertura às reavaliações, no entanto, nem sempre estiveram presentes. Outras estratégias também foram evidenciadas no lidar com a imposição de mudanças de papéis, como a negação e a resignação, atentando-nos para as dificuldades que encerram esse processo de luto pela vida anterior e busca por uma nova maneira de viver.

De acordo com os resultados obtidos em ambos os instrumentos que investigaram o enfrentamento, temos que, em relação à frequência de uso, dentre as estratégias mais referidas pelo grupo de participantes, encontramos o enfrentamento através de uma postura ativa diante dos acontecimentos; o foco seletivo nos aspectos positivos da situação; a flexibilidade; a evitação dos pensamentos e sentimentos adversos relacionados ao adoecimento; o suporte familiar, social e espiritual. Outras estratégias, embora menos referidas, mas significativamente utilizadas foram o autocontrole; a resignação; o pensamento fantasioso e a reavaliação positiva. A estratégias menos referidas pelas

participantes foram as de autculpa; culpabilização dos outros; negação; desamparo-desesperança e confronto.

Pudemos observar a concordância entre os resultados obtidos com a aplicação da EMEP e da Entrevista. A aplicação da escala veio corroborar os dados obtidos com a Entrevista, inclusive acrescentando dados que puderam complementar a análise.

Avaliando o processo de enfrentamento, de acordo com a voz das próprias participantes, temos que, mesmo diante das seqüelas advindas do adoecimento e da incerteza do amanhã, apenas um número reduzido de mulheres verbalizou a existência de incômodos suficientes para pensarem suas vidas como ruim/ cansativa. A maioria das mulheres, ao avaliarem suas próprias vidas, enfatizou os aspectos positivos.

É possível que a situação da Entrevista, como uma situação na qual o contato com o evento do câncer seria o foco das atenções, tenha produzido incômodos nestas participantes, como explicitado na fala abaixo:

*"Eu sei que é o seu estudo, mas hoje a gente tá falando muito de doença, e eu não gosto!"
(mulher 6)*

Diante de uma situação potencialmente propiciadora ao surgimento de pensamentos relacionados à doença e as emoções negativas que os acompanham, é possível que algumas mulheres tenham respondido à situação da Entrevista da mesma maneira como reagem aos pensamentos intrusivos e vivências de emoções negativas: combatendo-os, por meio de evitação e/ ou negação e colocando em seu lugar uma vivência seletiva da realidade, enfatizando os aspectos positivos.

No entanto, algumas participantes relataram que, mesmo após anos de convivência com o câncer de mama, a vida, em decorrência do adoecimento, não podia ser avaliada como boa. Esses dados corroboram, em uma população brasileira, os dados já obtidos em pesquisas internacionais, que apontam para o fato de que, se a maioria das mulheres

durante o período pós-tratamento se readaptam à vida, uma porcentagem delas permanecem sob sofrimento psíquico ao longo dos tempos.

A existência de uma parcela desta população que não alcança ajustamento psicológico se confirmou através dos resultados obtidos com a aplicação do ISSL, através do qual encontrou-se que 37,5% da amostra apresentaram quadro de estresse. Trata-se de uma porcentagem considerável, que também vem de encontro aos resultados obtidos pela literatura científica.

Os resultados deste trabalho vêm mostrar a necessidade de espaços de reabilitação física e psicossocial para esta clientela, uma vez que todas elas necessitam de cuidados físicos permanentes, a grande maioria verbalizou incômodos referentes ao câncer de mama e, ainda, uma parcela significativa ainda permanecia sob sofrimento psíquico.

De encontro à escassez de trabalhos referentes ao período pós-tratamento do câncer de mama, os resultados obtidos com este estudo permitem à equipe interdisciplinar angariar subsídios para intervir junto a esta paciente, a partir do conhecimento integral acerca das especificidades da fase na qual a paciente está passando.

A conclusão deste trabalho, através do contato com o universo físico, emocional e social desta clientela, serve de substrato ao desenvolvimento de trabalhos interventivos junto a esta população. Ao psicólogo, mais especificamente, faz-se fundamental o conhecimento do universo de eventos estressores, enfrentamento e ajustamento psicossocial decorrente, a fim de que, a partir destas informações, trabalhe na obtenção de respostas que promovam a redução dos incômodos produzidos pelo câncer de mama e, com isso, consiga movê-las para uma condição bem-estar emocional.

Tendo discorrido acerca dos alcances do estudo, faz-se importante atentar-se também para suas limitações. Dentre elas, devido tratar-se de uma leitura exploratória e descritiva do período entre o final do tratamento e os cinco anos de diagnóstico, não se

pode inferir, por exemplo, se estes dados já existiam anteriormente a esta fase ou se serão mantidos a partir deste momento.

Uma outra limitação decorrente do não acompanhamento longitudinal das participantes refere-se à impossibilidade de afirmar que as variáveis estudadas, mais notavelmente os modos de enfrentamento e o estresse, não operem na direção oposta à que foi aqui investigada, ou seja, que não é a presença de quadro de estresse que gera uma dificuldade quanto ao responder ao evento estressor.

Ainda, uma terceira limitação do estudo, refere-se ao fato de que, sem a presença de um grupo-controle, não se pode afirmar que os resultados aqui obtidos, como, por exemplo, o estresse, estivesse relacionado ao câncer de mama e suas implicações. Em outras palavras, não se pode garantir, por exemplo, que o quadro de estresse das participantes deste estudo não estivesse relacionado a fatores outros, que extrapolassem o foco deste estudo.

Tendo em vista estas considerações, o presente estudo sugere a importância de outras investigações científicas, como o desenvolvimento de um estudo longitudinal junto a esta clientela, que poderia tanto investigar as alterações ou manutenções do processo de enfrentamento ao longo do tempo, como poderia investigar a direção em que atuam as variáveis aqui estudadas (enfrentamento x estresse). Um outro estudo sugerido seria a replicação deste estudo com a inserção de um grupo-controle. Faz-se necessário, ainda, estudos que objetivem o desenvolvimento e análise de intervenções junto a esta clientela, tendo como foco as alterações no quadro de respostas de enfrentamento em função da obtenção de melhores índices de saúde, ou seja, de melhores condições físicas, psíquicas e sociais.

REFERÊNCIAS

ALDER, J.; BITZER, J. Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: how does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness? **Arch. Women Mental Health**, v. 6, n. 2, p. 91-97, 2003.

ALLEN, S.M.; SHAH, A.C.; NEZU, A.M.; NEZU, C.M.; CIAMBRONE, D., HOGAN, J.; MOR, V. A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: a randomized controlled trial. **Cancer**, v. 94, n. 12, p. 3089-3100, jun. 2002.

ALMEIDA, A.M. **Vivendo com a incerteza da doença**: a experiência de mulheres com câncer de mama. 1997. 153 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ALONSO, L.E. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta em las prácticas de la sociología cualitativa. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación em ciencias sociales**. Madrid: Sintese soiciológica, 1995. p. 225-239.

ASHING-GIWA, K.T.; PADILLA, G.; TEJERO, J.; KRAEMER, J.; WRIGHT, K.; COSCARELLI, A.; CLAYTON, S; WILLIAMS, I.; HILLS, D. Understanding the breast cancer experience of women; a qualitative study of african american, asian american, latina an caucasian survivors. **Psychooncology**, v. 13, n. 6, p. 408-428, Jun. 2004.

BAIDER, L.; ANDRITSCH, E.; UZIELY, B.; EVER-HADANI, P.; GOLDZWEIG, G.; HOFFMAN, G.; SAMONIGG, H. Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. **Eur. J. Cancer Care**, v. 12, n. 3, p. 263-273, 2003.

BILLHULT, A.; SEGESTEN, K. Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. **Scand. J. Caring Sci.**, v. 17, n. 2, p. 122-128, Jun. 2003.

BLOOM, R.; STEWART, S.L.; JOHNSTON, M.; BLANKS, P; FOBAIR, P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. **Soc. Sci. Med.**, v. 53, n. 11, p. 1513-1524, Dec. 2001.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.

CARTER, B.J. Womens' experiences of lymphedema. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 24, n. 5, p. 875-882, Jun. 1997.

CLASSEN, C.; BUTLER, L.D.; KOOPMAN, C.; MILLER, E.; DIMICELI, S.; GIESE-DAVIS, J.; FOBAIR, P.; CARLSON, R.W.; KRAEMER, H.C.; SPIEGEL, D. Supportive-

expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. **Arch. Gen. Psychiat.**, v. 58, n. 5, p. 494-501, May 2001.

CLASSEN, C.; KOOPMAN, C.; ANGEL, K.; SPIEGEL, D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. **Health Psychol.**, v. 15, n. 6, p. 434-437, Nov. 1996.

COLLINS, L.G.; NASH, R.; ROUND, T.; NEWMAN, B. Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment. **Support. Care Cancer**, v. 12, n. 2, p. 106-113, 2004.

EPPING-JORDAN, J; COMPAS, B; OSOWIECHI, D; OPPEDISANO, G; GERHARDT, C; PRIMO, K.; KRAG, D. Psychosocial adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. **Health Psychol.**, v. 18, n. 4, p. 315-326, Jul. 1999.

FERRELL, B.R.; GRANT, M.M.; FUNK, B.M.; OTIS-GREEN, S.A.; GARCIA, N.J. Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing support services. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 25, n. 5, p. 887-895, Jun. 1998.

FREDETTE, S.L.F. Breast cancer survivors: concerns and coping. **Cancer Nurs.**, v. 18, n. 1, p. 35-46, 1995.

GALL, T.L.; CORNBLAT, M.W. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. **Psychooncology**, v. 11, n. 6, p. 524-535, Nov.-Dec. 2002.

GAMBOSI, J.R.; ULREICH, S. Recovering from cancer: a nursing intervention program recognizing survivorship. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 17, p. 215-219, 1990.

GAUDINE, A.; STURGE-JACOBS, M.; KENNEDY, M. The experience of waiting and life during breast cancer follow-up. **Res. Theory Nurs. Pract.**, v. 17, n. 2, p. 153-168, 2003.

GIMENES, M.G.G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In: _____. **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997a. p. 111-147.

GIMENES, M.G.G. A mulher após a mastectomia: alternativas para a intervenção psicológica. In: _____. **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997b. p. 149-171.

GIMENES, M.G.G.; QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em: GIMENES, M.G.G. **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997. p. 173-195.

GOLDSTEIN, L.L. Stress e *coping* na vida adulta e velhice. In: LIPP, M.E.N. (Coord.) **Pesquisas sobre stress no Brasil**: Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus, 1996. p. 145-148.

GRIFFIN, I.S.; FENTIMAN, M. Psychosocial problems following a diagnosis of breast cancer. **Int. J. Clin. Pract.**, v. 56, n. 9, p. 672-675, Nov. 2002.

HACK, T.F.; DEGNER, L.F. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. **Psychooncology**, v. 13, n. 4, p. 235-247, Apr. 2004.

HALSTEAD; M.T.; HULL, M. Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 28, n. 10, p. 1534-1544, Nov.-Dec. 2001.

HANSON, F.M.; SUMAN, V.J.; RUMMANS, T.A.; DOSE, A.M.; TAYLOR, M.; NOVONTNY, P.; JOHNSON, R. EVANS, R.E. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer, **Psychooncology**, v. 9, n. 3, p. 221-231, May-Jun. 2000.

HEIM, E.; VALACH, L.; SCHAFFNER, L. Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. **Psychosom. Med.**, v. 59, n. 4, p. 408-418, Jul.-Aug. 1997.

JANNI, W.; RJOSK, D.; DIMPFL, T.H.; HAERTL, K.; HEPP, F.; HANKE, A.; BERGAUER, F.; SOMMER, H. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-log-term follow-up of a matched-pair analysis. **Ann. Surg. Oncol.**, v. 8, n. 6, p. 542-548, Jul 2001.

KOOPMAN, C.; ANGELL, K.; TURNER-COBB, J.M.; KRESHKA, M.A.; DONELLY, P.; MCCOY, R; TURKSEVEN, A.; GRADDY, K.; GIESE-DAVIS, J; SPIEGEL, D. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. **Breast J.**, v. 7, n. 1, p. 25-33, Jan.-Feb. 2001.

KORNIBLITH, A.B.; HERNDON, J.E.; WEISS, R.B.; ZHANG, C.; ZUCKERMAN, E.L.; ROSEMBERG, S; MERTZ, M.; PAYNE, D.; JANE MASSIE, M.; HOLLAND, J.F.; WINGATE, P.; NORTON, L.; HOLLAND, J.C. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast cancer carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. **Cancer**, v. 98, n. 4, p. 679-689, 2003.

KORNBLITH, A.B.; LIGIBEL, J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. **Semin. Oncol.**, v. 30, n. 6, p. 799-813, 2003.

KRAUS, P.L. Body image, decision making, and breast cancer treatment. **Cancer Nurs.**, v. 22, n. 6, p. 421-427, 1999.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEV, E.L.; DALEY, K.M.; CONNER, N.E.; REITH, M.; FERNANDEZ, C.; OWEN, S.V.; An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. **Sch. Inq. Nurs. Pract.**, v. 15, n. 3, p. 277-294, 2001.

LEVINE, E.G.; TARG, E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. **Integr. Cancer Ther.** v. 1, n. 2, p. 166-174, Jun. 2002.

- LIPP, M. E. N. *Stress* e suas implicações. **Estudos Psicol.**, v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.
- _____. (Coord.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco.** Campinas: Papyrus, 1996.
- LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J. Validação empírica do Inventário de Sintomas de *Stress*. **Estudos Psicol.**, v. 3, n. 4, p. 6-19, 1984.
- LIPP, M.E.N.; ROCHA, J.C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida.** Campinas: Papyrus, 1994.
- LONGMAN, A.J.; BRADEN, C.J.; MISHEL, M.H. Pattern of association over time of side-effects burden, self-help, and self-care in women with breast cancer. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 24, n. 9, p. 1551-1560, 1997.
- LUCARRELLI, M.D; LIPP, M.N. Validação do Inventário de Sintomas de *Stress* Infantil – ISS-I. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 1, p.71-88, 1999.
- LUECKEN, L.J.; COMPAS, B. E. Stress, coping, and immune function in breast cancer. **Ann Behav Med**, v. 24, n. 4, p. 336-344, 2002.
- LLULL, D.M.; ZANIER, J.; GARCIA, F. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 175-182, Jul./Dez. 2003.
- MARSHALL, C.; ROSSMAN, G.B. **Designing qualitative research.** Beverly Hills: Sage Publication, 1989.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 2. ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1994.
- MAUNSELL, E.; DROLET, M.; BRISSON, J.; ROBERT, J; DESCHÊNES, L. Dietary change after breast cancer: extent, predictors, and relation with psychological distress. **J Clin Oncol**, v. 20, n. 4, p. 1017-1025, Feb. 2002.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.
- MOSE, S.; BUDISCHEWSKI, K.M.; RAHN, A.N.; ZANDER-HEINZ, A.C.; BORMETH, S; BOTTCHEER, H.D. Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients. **Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.**, v. 51, n. 5, p. 1328-1335, Dec. 2001.
- PANOBIANCO, M.S. **Significado do linfedema na vida de mulheres com câncer de mama.** 2002. 137 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- PARKES, C.M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta.** Tradução Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.
- PETERSSON, L.M.; NORDIN, K.; GLIMELIUS, B.; BREKKAN, E.; SJÖDÉN, P; BERGLUND, G. Differential effects of cancer rehabilitation depending on diagnosis and

patients' cognitive coping style. **Psychosom. Med.**, v. 64, n. 6, p. 971-980, Nov.-Dec. 2002.

REES, C.E; BATH, P.A. Information seeking behaviors of women with breast cancer. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 28, n. 5, p. 899-907, 2001.

ROLLAND, J.S. Doenças crônicas e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 373-392.

ROSSI, L. **Repercussões psicológicas do câncer de mama e de seu tratamento**. 2001. 126 f. Monografia de Conclusão do Curso de Psicologia - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROSSI, L.; SANTOS, M.A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p.32-41, 2003.

SAVÓIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). **Rev. Psiq. Clín.**, v. 26, n. 2, p. 57-67, 1999.

SCHÁVELZON, J. Sobre psicossomática e câncer. In: MELO FILHO J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p 215-226.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCOLLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C. Análise fatorial de uma medida de enfrentamento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, Set.-Dez. 2001.

SHIMOZUMA, K.; GANZ, P.A.; PETTERSEN, L.; HIRJI, K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. **Breast Cancer Res. Treat.**, v. 56, n. 1, p. 45-57, Jul. 1999.

SILVA, R.C. A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Suma, 1998. p. 159-174.

THEWES, B.; BUTOW, P.; PENDLESBURY, S. The psychosocial needs of breast cancer survivors: a qualitative study of shared and unique needs of younger versus older survivors. **Psychooncology**, v. 13, n. 3, p. 177-189, 2004.

VASCONCELOS, E. G. A psiconeuroimunologia da AIDS. In: PAIVA, V.S.F. **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. L. **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy, 1994. p. 95-101.

WENGSTROM, Y.; HAGGMARK, C.; FORSBERG, C. Coping with radiation therapy: effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer. **Int. J. Nurs. Pract.**, v. 7, n. 1, p. 8-15, Feb. 2001.

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Gisele da Silva, sou psicóloga e aluna do curso de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Sou pesquisadora-responsável de um estudo que tem por objetivo investigar as conseqüências psicológicas do câncer de mama em mulheres que já foram submetidas à mastectomia (total ou parcial), radioterapia e quimioterapia. A partir desse conhecimento, teremos condições de traçar estratégias de intervenção com a finalidade de ajudá-las neste processo. O orientador da pesquisa é o Prof. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e professor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para isto estamos solicitando a colaboração de todas as mulheres atendidas pelo REMA. Você faz parte do grupo que pretendemos avaliar e gostaríamos de poder contar com a sua participação.

Para participar desse estudo você deve estar ciente de que:

- 1) Sua participação é voluntária e uma recusa não trará prejuízo no seu atendimento.
- 2) Você não será identificada no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido.
- 3) As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos.
- 4) Para participar você deve vir ao REMA uma vez, para que eu aplique os instrumentos da minha pesquisa. Nosso encontro terá aproximadamente 1h30min..
- 5) Caso aceite, você será primeiramente entrevistada, em uma sala reservada, e responderá questões sobre sua vida pessoal e familiar, sobre o adoecimento, a decisão de fazer a cirurgia e aderir ao tratamento rádio e quimioterápico, e o processo de reabilitação social. A entrevista será realizada em um único encontro e demorará em torno de uma hora. Será gravada, para que possamos ter a certeza de que nada do que você disse foi esquecido.
- 6) Além da entrevista serão realizadas outras atividades, com o objetivo de conhecê-la melhor. Estas atividades consistem na aplicação de mais uma entrevista, seguida de dois inventários, e serão realizadas em mais dois encontros de aproximadamente uma hora. Esses instrumentos se propõem a avaliar eventos adversos da

vida, sintomas de estresse, bem como identificar estratégias de enfrentamento da doença e do tratamento.

7) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados pela pesquisa podem trazer algum tipo de desconforto psicológico. Em função disso, será oferecida a possibilidade de usufruir de atendimento psicológico com profissional de psico-oncologia do próprio serviço.

8) Você é livre para desistir da participação no trabalho a qualquer momento. Caso não se sinta à vontade com alguma questão, você pode deixar de respondê-la, sem que isso implique em qualquer prejuízo.

9) Eventuais despesas que você tiver para participar desta pesquisa, tais como transportes, refeições, etc., deverão ser comunicadas à pesquisadora, Gisele da Silva, anteriormente à realização das atividades, que devolverá o valor relativo ao gasto.

Caso queira falar comigo, você pode me encontrar aqui no REMA, que funciona na Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, localizado à Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP. CEP 14040-900, às segundas, quartas e sextas-feiras, no período da manhã, ou pelo telefone 602 3448. Se quiser entrar em contato com o pesquisador-orientador, ele pode ser encontrado em sua sala, no Bloco E da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, aqui de Ribeirão Preto, em horário comercial (fone 602-3645).

Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____
 _____, RG _____, residente à Rua/
 Avenida: _____, nº _____
 Ap. _____ Bairro: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ CEP: _____, aceito participar deste estudo, sendo que a
 minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de
 colaborar com este estudo, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo para meu
 acompanhamento junto ao REMA.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

→ Assinatura da participante:

→ Assinatura do pesquisador-responsável:



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0070/2003

Ribeirão Preto, 22 de abril de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 50ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de maio de 2003.

Protocolo: n° 0368/2003

Projeto: PERFIL PSICOLÓGICO E AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisadores: · MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

Em atendimento à Resolução 196/96 deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer ocorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

M. Suelly Rogério
 Prof.ª Dr.ª Maria Suelly Rogério
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
 Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Rib. Preto- USP
 Departamento de Psicologia e Educação

ANEXO C

ROTEIRO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA

RAPPORT

Como já foi colocado para você, uma das etapas da nossa investigação consiste numa entrevista. Por meio dessa entrevista, eu poderei conhecê-la um pouco melhor. A nossa conversa durará aproximadamente uma hora e se você sentir-se cansada em algum momento, pode me dizer e então poderemos parar um pouco.

Eu vou começar fazendo algumas perguntas sobre a sua vida pessoal, sua infância, sua juventude, sua família... em seguida, estaremos falando também sobre a sua doença, sobre a cirurgia e o tratamento. Você sabe que, depois de terminado o trabalho, o seu nome não será revelado, mas mesmo assim, se você não se sentir à vontade para responder alguma pergunta, pode deixá-la de lado, certo?

Você se importaria se eu gravar a sua entrevista? Dessa forma, eu poderei ter mais certeza de que não perdi nada do que me disse. Depois estas fitas serão desgravadas. Alguma dúvida? Podemos começar?

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Qual seu nome completo?

Qual a data do seu nascimento?

Qual seu estado civil?

Com que idade se casou (ou amasiou)? Há quanto tempo está (ou esteve) com esse companheiro? Qual a idade dele?

Tem filhos? Quantos?

Como é a sua casa/apartamento? (Casa ou apartamento/ Número de cômodos/ Alugado, financiado, cedido ou próprio)

Quantas pessoas residem na casa?

Quantas pessoas contribuem para o sustento da família?

Possui convênio médico? Se sim, qual? Se não, o que faz quando precisa ir ao médico?

Tem religião? Qual? Praticante? Com que frequência vai aos cultos?

Você chegou a frequentar uma escola? Até que série?

Você está trabalhando atualmente (ou está afastada ou aposentada)? Como é (era) o seu trabalho? (Com carteira assinada, sem carteira assinada ou autônomo?)

Quanto recebe (em salários-mínimos)?

Você tem tido algum tipo de dificuldade financeira ultimamente?

DESCOBERTA DA DOENÇA E TRATAMENTO

Como foi que você descobriu a doença? Quanto tempo faz?

Alguém em sua família tem (ou já teve) algum tipo de câncer?

Como estava a sua vida naquele momento?

Como você reagiu ao saber do diagnóstico?

Como foi a sua decisão de fazer o tratamento?

Como foi o seu tratamento?

Como foi para você passar pela cirurgia? (conseqüências físicas e psicológicas)

Como foi para você passar pela quimioterapia? (conseqüências físicas e psicológicas)

Como foi para você passar pela radioterapia? (conseqüências físicas e psicológicas)

Como ficou a sua vida nessa época do tratamento?

O que mudou?

O que te ajudou a atravessar esse momento?

A quanto tempo acabou o tratamento de quimio e/ou radioterapia?

Como é seu tratamento agora?

Quando retorna ao médico para os exames periódicos, como se sente?

Teve linfedema? Se não: Tem medo de ter? Cuida-se?

Se sim: Como foi quando percebeu que o braço estava inchando? O que fez para tratar-se? O que sentiu e pensou durante esse período?

Teve alguma outra consequência do câncer que não tenha mencionado? Se sim: Qual? Como foi para você atravessá-la?

Por que acha que teve o câncer?

REABILITAÇÃO E ENFRENTAMENTO

Como está sua vida agora?

O que a Sra. acha que mudou na sua vida?

Que tarefas a Sra. deixou de realizar? Como tem feito para se adaptar?

Por outro lado, teve algo que não fazia antes da doença, e que começou a fazer depois que teve a doença? Por que acha que essa mudança aconteceu?

Quais têm sido os pensamentos e atitudes que tem ajudado a Sra. a conviver com o câncer e suas consequências?

O que ou quem mais você considera que tem te apoiado nesse momento?

O que você considera que tem sido mais difícil nessa convivência com o câncer de mama?

Costuma pensar na sua doença? Quanto? O que? Como fica, ou o que faz quando esses pensamentos vêm?

Tem medo da recaída? Se sim, o que pensa ou o que faz quando esse medo vem?

Considera que o fato de ter tido o câncer interfere na sua vida? Como?

Acha que pode fazer algo para ajudar na sua reabilitação? O que? Como?

RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

Como são suas relações de amizade?

Considera que suas relações de amizade mudaram após o câncer? Como?

E no trabalho, algo mudou? Como foi sua decisão por continuar (ou não continuar) o trabalho?

Se continua trabalhando: Algo mudou no seu trabalho? O que?

Se parou de trabalhar: Por que?

Como está sua vida amorosa?

Acha que houve mudanças na sua vida afetiva após a descoberta e o tratamento do câncer?

Quais? Como tem enfrentado essas dificuldades?

E a sua vida sexual (frequência, qualidade)? Após o adoecimento, houve alterações?

Como tem enfrentado as mudanças que têm ocorrido na sua vida após o câncer?

AUTO-IMAGEM

O que pensa sobre si mesma? (Como você é?)

Quando se olha no espelho, o que vê? Se pudesse falar uma palavra a teu respeito, que poderia te definir, qual seria? Por que?

Essa imagem que tem de você mesma: sempre foi assim?

PERCEPÇÕES SOBRE A VIDA E EXPECTATIVAS PARA O FUTURO

Quais são as suas maiores preocupações no momento?

Tem feito algo para solucioná-las? O que?

Quais são seus planos para o futuro?

O que você acha da sua vida atualmente?

Como você acha que seria sua vida hoje, se não tivesse tido o câncer?

→ Tem algo mais, sobre a sua doença, as dificuldades que ela traz, os sentimentos e sobre como as enfrentou?

ANEXO D
ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP

Nome _____ Data: ___ / ___ / ___

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Escreva qual é a enfermidade que você possui: _____

Veja um exemplo:

1	Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde.	1 eu nunca faço isso	2 eu faço isso um pouco	3 eu faço isso às vezes	4 eu faço isso muito	5 eu faço isso sempre
---	--	--------------------------------------	--	---	--------------------------------------	---------------------------------------

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (*Eu nunca faço isso*); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (*Eu faço isso sempre*). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Obrigado pela participação.

Leia cada item abaixo e indique, na categoria apropriada, o que você faz na situação.

- 1 – eu **nunca** faço isso
- 2 – eu faço isso **um pouco**
- 3 – eu faço isso **às vezes**
- 4 – eu faço isso **muito**
- 5 – eu faço isso **sempre**

		1 nunca	2 um pouco	3 às vezes	4 muito	5 sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5	Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8	Eu rezo / oro.	1	2	3	4	5
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11	Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13	Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5

		1 nunca	2 um pouco	3 às vezes	4 muito	5 sempre
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34	Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

Você está utilizando outras formas de lidar com a situação?

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

ANEXO E
INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE *STRESS* PARA ADULTOS DE LIPP – ISSL
(2000)

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Quadro 1

Você vai me dizer os sintomas que tem sentido de ontem de manhã/tarde/noite até agora.

- 01 Mãos e pés frios.
- 02 Boca seca.
- 03 Nó no estômago.
- 04 Muito suor / suadeira
- 05 Tensão muscular.
- 06 Aperto dos dentes / ranger de dentes.
- 07 Diarréia passageira.
- 08 Insônia.
- 09 Taquicardia. (batedeira no peito)
- 10 Respirar ofegante, rápido.
- 11 Pressão alta de repente e que passou logo.
- 12 Mudança de apetite.
- 13 Aumento súbito de motivação. [*de repente*]
- 14 Entusiasmo súbito.
- 15 Vontade súbita [*inesperada*] de iniciar novos projetos/serviços.

Quadro 2

Você vai me dizer os sintomas que sentiu na última semana (de _____ até hoje).

- 01 Problemas com a memória.
- 02 Mal-estar generalizado, sem motivo.
- 03 Formigamento de mãos/pés.
- 04 Sensação de desgaste físico constante.
- 05 Mudança de apetite.
- 06 Aparecimento de problemas de pele.
- 07 Pressão alta.
- 08 Cansaço constante.
- 09 Aparecimento de úlcera.
- 10 Tontura / sensação de estar flutuando.
- 11 Muito sensível em nível de emoção.
- 12 Dúvida quanto a si próprio.
- 13 Pensar direto em um só assunto.
- 14 Irritabilidade excessiva.
- 15 Diminuição do desejo por sexo.

Quadro 3

Você vai me dizer os sintomas que sentiu no último mês (de _____ até hoje).

- ()01 Diarréia freqüente.
- ()02 Dificuldades sexuais.
- ()03 Insônia.
- ()04 Náuseas/ânsia de vômito.
- ()05 Tiques/manias, por exemplo: ficar mexendo no cabelo.
- ()06 Pressão alta direto.
- ()07.Problemas de pele por um tempo longo.
- ()08 Mudança extrema de apetite.
- ()09 Excesso de gases.
- ()10 Tontura freqüente.
- ()11 Úlcera.
- ()12 Enfarte.

- ()13 Impossibilidade de trabalhar.
- ()14 Pesadelos.
- ()15 Sensação de não ser competente em todas as áreas.
- ()16 Vontade de fugir de tudo.
- ()17.Apatia/desinteresse, depressão ou raiva prolongada.
- ()18 Cansaço excessivo.
- ()19 Pensar/falar direto em um só assunto.
- ()20 Irritabilidade sem causa aparente.
- ()21 Angústia/ansiedade diária.
- ()22 Estar muito nervoso.
- ()23 Perda do senso de humor.

Avaliação

- A) F1 ()
- B) F2 ()
- C) F3 ()

Total

- P1 ()
- P2 ()
- P3 ()

Total (Vertical)

F()

P()