



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

VINICIUS LOPES MARINHO

**FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA EM
MULHERES MASTECTOMIZADAS ACOMPANHADAS PELA
LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE GURUPI-TO.**

PALMAS – TO
2016

VINICIUS LOPES MARINHO

**FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA EM
MULHERES MASTECTOMIZADAS ACOMPANHADAS PELA
LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE GURUPI-TO.**

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Tocantins para
a obtenção do título de Mestre.

Orientador (a): Dr^a Leila Rute Oliveira
Gurgel do Amaral

PALMAS – TO
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

M338f Marinho, Vinicius Lopes.

Fatores de risco, proteção e resiliência em mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi-To. / Vinicius Lopes Marinho. – Palmas, TO, 2016.

99 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2016.

Orientadora : Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

1. Câncer de Mama. 2. Mastectomia. 3. Resiliência. 4. Mulheres. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

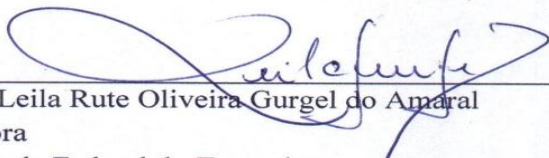
VINICIUS LOPES MARINHO

FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS ACOMPANHADAS PELA LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER DE GURUPI-TO.


Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Tocantins para
a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 06 / 12 / 2016


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral
Orientadora
Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dr^a Talita Buttarello Mucari
Examinador (a) Externo (a)
Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dr^a Marta Azevedo dos Santos
Examinador (a) Interno (a)
Universidade Federal do Tocantins

Dedico este trabalho às mulheres sobreviventes ao câncer de mama participantes desta pesquisa, pois sem elas, nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me propiciado força para concluir essa caminhada, colocando em meu caminho pessoas especiais, o que tornou mais fácil.

Ao meu pai Antônio e minha mãe Renê, pois sem o apoio e dedicação dos mesmos não seria possível concluir essa trajetória. Agradeço a minha irmã Viviane que mesmo longe contribuiu e me apoiou nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

À minha orientadora Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral por me orientar. Obrigado por sua confiança e dedicação que tornaram possível a construção desse trabalho.

Às professoras Dr^a Marta Azevedo dos Santos e Dr^a Talita Buttarello Mucari pela atenção e o cuidado com que leram este estudo e as contribuições valiosas na qualificação, assim como pela disponibilidade em participar da banca de defesa tão prontamente.

A todos os amigos que contribuíram para que eu pudesse chegar ao final dessa jornada. Cada um de vocês faz parte dessa conquista.

Aos colegas de mestrado por compartilharmos conhecimentos e ansiedades, mas também, momentos únicos.

E, sobretudo, as dez mulheres, que participaram desse estudo, pela confiança e disponibilidade. Obrigado por compartilhar comigo suas histórias de vida e resiliência.

EPIGRAFE

“Não é o mais forte da espécie que sobrevive, nem o mais inteligente. É aquele que melhor se adapta às mudanças”. (Charles Darwin)

RESUMO

MARINHO, Vinicius Lopes. **Fatores de risco, proteção e resiliência em mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi-To.** 2016. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins, Palmas.

No Brasil, o câncer de mama tem sido a maior causa de óbitos da população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos. A mastectomia é o método mais utilizado para tratamento e objetiva a retirada total do tumor. O procedimento causa prejuízos emocionais, sociais e afeta de forma significativa a qualidade de vida da mulher. O estudo teve como objetivo investigar o processo de resiliência em mulheres mastectomizadas. Possui natureza qualitativa, realizado com 10 mulheres acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi-To. Para a coleta dos dados utilizou-se questionário para caracterização das participantes e entrevista semiestruturada, que foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin e organizados em torno de três categorias: sentimentos e vivências diante do diagnóstico e tratamento; fatores de risco, proteção e processo de resiliência. Constatou-se que receber o diagnóstico de câncer de mama trouxe à tona sentimentos como incredulidade por estar doente, raiva, negação, culpa e medo, entretanto, para algumas participantes a vivência significou aprendizado e superação. Os fatores de risco identificados nos relatos foram: dificuldades em acessar a rede de saúde, ausência de apoio da família e amigos, efeitos colaterais durante o tratamento quimioterápico e reações emocionais, presentes desde o diagnóstico até a finalização do tratamento. Já os fatores de proteção foram o suporte da família, amigos e profissionais da saúde; a fé em Deus e espiritualidade; e o trabalho. Compreendeu-se neste estudo que estar resiliente relaciona-se com a capacidade de vivenciar medos, angústias e incertezas, assumindo postura ativa de enfrentamento ao câncer de mama, encontrando novos sentidos para as dificuldades vivenciadas e serem fortalecidas por estas.

Palavras chave: Câncer de mama, Mastectomia, Psico-oncologia.

ABSTRACT

MARINHO, Vinicius Lopes. **Risk, protection and resilience factors in mastectomized women followed by the Gurupi-To Women's Cancer League.** 2016. 99f. Dissertation (Masters in Health Sciences) - Graduate Program in Health Sciences Federal University of Tocantins, Palmas.

In Brazil, the breast cancer has been the major cause of deaths in female population, especially in the age between 40 and 69. The mastectomy it is the most used method aiming to remove the tumor. The procedure cause social and emotional problems and affect significantly the quality of life of the woman .the study aimed to investigate the resilience process the mastectomized women. The study have qualitative nature carried out with 10 women and the league Feminine against Câncer in Gurupi. For the collect of data was done questionnaire to characterize the participant, interview. The result of the interview was submitted to Bardin content and organized in three categories: Feelings and Experience on Diagnosis and treatment, risk factors and protective factors together with resilience process. Receiving the diagnostic of breast cancer, brought feelings like unbelief for being sick, anger, denial, guilt and fear. However, for some, the experience means learning and overcoming state. the risk factors of the survey was absent of the family and friendly support ,side effects during chemotherapy , and sadness and give up feelings sometimes together with fear during the treatment. Otherwise, the protector factors was the family support, friendships and professional support, faith in god and spirituality and the job. She understood in this study that being resilient is related to the ability to experience fears, anxieties and uncertainties, taking an active posture of coping with breast cancer, finding new meanings for the difficulties experienced and being strengthened by them.

Keywords: Breast cancer, Mastectomy, Resilience.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização socioeconômica das mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014, Tocantins, Brasil.....	39
Tabela 2- Perfil clínico das mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi, entre 2012 e 2014, Tocantins, Brasil.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Apresentação das unidades de registros identificadas nas entrevistas com mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014, Tocantins, Brasil.....	36
Quadro 2- Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas com mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014, Tocantins, Brasil.....	37
Quadro 3- Categorias Finais de Análise das entrevistas com mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014, Tocantins, Brasil.....	38
Quadro 4- Fatores de risco e proteção identificados nos relatos das mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer entre 2012 e 2014, Tocantins, Brasil.....	65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CACON- Centros de Alta Complexidade em Oncologia

CNDM- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNDSS- Comissão Nacional sobre os determinantes sociais da saúde

DSS- Determinantes sociais da saúde

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e previdência Social

INCA- Instituto Nacional do Câncer

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNAO- Política Nacional de Atenção Oncológica

PNQM- Programa Nacional de Qualidade em Mamografia

SISMAMA- Sistema de Informação do Câncer de Mama

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CÂNCER: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO.....	14
1.1.1 Políticas Públicas e a rede para o Tratamento do Câncer.....	16
1.2 MASTECTOMIA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E IMPACTO SOBRE A SEXUALIDADE.....	21
1.3 PSICO-ONCOLOGIA: OBJETIVOS E CONTRIBUIÇÕES.....	23
1.4 RESILIÊNCIA E CANCER DE MAMA.....	26
2. OBJETIVOS.....	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3. METODOLOGIA.....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	39
4.1 SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DIANTE DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO.....	42
4.2 FATORES DE RISCO.....	52
4.3 FATORES DE PROTEÇÃO E PROCESSO DE RESILIÊNCIA.....	61
5. CONCLUSÃO.....	70
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84
APÊNDICE B - TERMO DE CONCORDÂNCIA.....	87
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	88
APÊNDICE D- HISTÓRIA DE VIDA.....	90
APÊNDICE E- PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E TÉCNICAS DURANTE O MESTRADO.....	97
ANEXO A- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	98

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos visíveis progressos da medicina, nas últimas décadas, algumas doenças permanecem temidas em função da gravidade, como por exemplo, o câncer. Aliado a este aspecto mencionado, soma-se o estigma de doença fatal, o que acarreta maior complexidade na análise do processo de saúde e doença (PEREIRA *et al.*, 2013).

A palavra câncer origina-se do grego *karkinos* (caranguejo) e nomeia um conjunto de mais de cem patologias que tem como principal característica crescimento celular desordenado que atinge tecidos e órgãos (MELO *et al.*, 2012). O câncer de mama resulta da multiplicação de células anormais da mama. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer-INCA o câncer de mama é o tipo mais comum entre mulheres sendo seguido pelo câncer de pele não melanoma. Estimam-se 57.120 novos casos no Brasil durante o ano de 2015 e 57,960 para o ano de 2016, o que representam uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2014). Considera-se que os avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento do câncer contribuem para o aumento da expectativa de vida dessas mulheres.

Ao receber o diagnóstico, necessitam submeter-se ao tratamento que poderá durar meses ou até anos. Durante esse decurso, pode vivenciar diversos sentimentos, como culpa desesperança, desejo pela cura, dentre outros. A busca pela superação, presente nesse conjunto de sentimentos, constitui importante aspecto para construção do processo de resiliência (AMARO, 2013).

Resiliência é um termo originário de áreas como Física e Engenharia que o definem pela capacidade de um corpo físico retornar ao estado anterior após ter recebido pressão sobre si. Em ambas as áreas, foi entendido como a capacidade total de um material suportar pressão sem se deformar de maneira permanente (NEVES, 2011).

Pesquisas acerca da resiliência humana buscam compreender as razões pelas quais as pessoas numa mesma situação adversa se desenvolvem satisfatoriamente, ao passo que outras não obtêm tal resposta. Em pacientes oncológicos a resiliência é definida como a competência de superar e ressignificar de forma positiva as situações

tormentosas, manejando a doença e o tratamento ao longo do tempo (LIMA; ARAUJO, 2012).

Avaliar a habilidade de enfrentamento e processos de resiliência em mulheres que vivenciam diagnósticos e tratamentos de câncer, permite o desenvolvimento e até mesmo implementação de ações que envolvam desde a educação em saúde, até a adesão ao tratamento. Cada fator presente no processo de reabilitação torna-se parte fundamental para a equipe multiprofissional, possibilitando maior conhecimento das estratégias de enfrentamento diante do contexto de vulnerabilidade (AMARO, 2013).

Deste modo, entende-se que pesquisas na área da resiliência são essenciais para auxiliar pacientes oncológicos na condução do tratamento, sobretudo no que concerne às demandas emocionais, às quais são extremamente afetadas pelo diagnóstico positivo. Há ainda a necessidade de investigar e verificar estratégias que maximizem o processo de construção de resiliência em mulheres, adoecidas pelo câncer de mama, tendo como finalidade a promoção da qualidade de vida e o aperfeiçoamento da assistência prestada.

1.1 CÂNCER: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO

Hipócrates em 500 A.C foi o primeiro a descrever a palavra “*carcinos*” e definir o câncer como uma doença de prognóstico negativo (CAMPOS, 2010). De acordo com o INCA (2014) é uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos.

No Tocantins de acordo com dados do Ministério da Saúde, foram previstos 180 novos casos para os anos de 2015 e 2016 respectivamente (INCA, 2014).

Em relação à etiologia, diversos fatores estão relacionados ao câncer de mama, tais como idade, fatores endócrinos, história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genético-hereditários. De acordo com o INCA (2014) a idade é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama. Mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos, são mais propensas a desenvolver a doença (INCA, 2011).

Em relação aos fatores endócrinos e história reprodutiva, destaca-se o estímulo do hormônio estrogênio produzido pelo próprio organismo ou consumido por meio do uso continuado de substâncias. A história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos); menopausa tardia (após os 55 anos); primeira gravidez após os 30 anos; nuliparidade (não ter tido filhos); e uso de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa, especialmente se por tempo prolongado, também fazem parte dos fatores ligados à etiologia.

Os aspectos comportamentais e ambientais incluem: ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade após a menopausa e exposição à radiação ionizante (tipo de radiação presente na radioterapia e em exames de imagem como raios X, mamografia e tomografia computadorizada). Por fim os fatores genético-hereditários estão relacionados à presença de mutações em determinados genes transmitidos na família. Mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença (INCA, 2014).

Com relação às manifestações clínicas, Cunha (2013) destaca que os sintomas mais comuns do câncer de mama são: caroço (nódulo), geralmente indolor; alterações no bico do peito (mamilo); pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja; pequenos nódulos na região embaixo dos braços (axilas) ou no pescoço; saída de líquido anormal das mamas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), atualmente, o tratamento do câncer de mama combina duas abordagens, a local e sistêmica. A primeira envolve a cirurgia e radioterapia; a segunda envolve a quimioterapia, hormonoterapia e tratamento com anticorpos que é realizado por meio de medicamentos (oral ou na veia). Essas abordagens combinadas diminuem as possibilidades do câncer retornar. A avaliação do melhor tratamento para cada paciente deve ser feita caso a caso.

A cirurgia ou mastectomia, forma mais antiga de tratamento, geralmente é combinada com outros tipos de tratamento, como radiação, quimioterapia, terapia hormonal. São modalidades de mastectomia: mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar); mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical); mastectomia com reconstrução imediata e mastectomia poupadora de pele (INCA, 2005).

A quimioterapia consiste no uso de medicamentos, geralmente intravenosos, que destroem células malignas circulantes. A quimioterapia pode ser dividida em neoadjuvante, adjuvante e paliativa: a neoadjuvante é realizada antes do procedimento cirúrgico, em tumores com estádios avançados; a adjuvante é aplicada após a cirurgia, com o objetivo de destruir micro metástases que possam existir; a paliativa é realizada em pacientes sem condições cirúrgicas. Com relação aos efeitos colaterais, os mesmos são variáveis, como náuseas e vômitos, queda do cabelo, fadiga, infecção, diarreia ou constipação, lesões na mucosa da boca. É comum a mulher portadora de câncer de mama vivenciar conflitos psicológicos e distúrbios emocionais antes e após o tratamento (GOMES, 2012).

A radioterapia é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independentemente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonoterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico e hormonoterapia, que consiste na utilização de substâncias que interferem na produção ou ação dos hormônios endógenos sobre a mama, mais especificamente os estrógenos, para matar ou conter o crescimento das células tumorais. Apenas um terço dos tumores da mama são adeptos aos hormônios (CORREIA, 2013).

Em virtude da alta incidência na população feminina no Brasil e o impacto que acarreta, políticas públicas vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 para o controle e enfrentamento do câncer.

1.1.1 Políticas Públicas e a rede para o Tratamento do Câncer

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) reconhece que o câncer é um problema de saúde pública e determina que seu controle seja realizado envolvendo o governo federal, as secretarias estaduais e municipais, as universidades, as organizações não governamentais e a sociedade de forma geral (NICOLAOU; PADOIN, 2014).

Em 1965 surgiu no país o primeiro mamógrafo, até então o primeiro equipamento criado especialmente para produzir imagens da mama. Nesta época as

imagens eram feitas com pouca frequência através dos aparelhos de raios-X. Em 1970 chegaram ao país os primeiros mamógrafos e seus defensores ressaltavam a capacidade de detectar tumores menores, proporcionando assim aumento das chances de sobrevivência das pacientes (PEIXOTO, 2012).

No ano de 1984, a partir da organização da sociedade civil foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com o propósito de levar um cuidado mais amplo para a saúde da população feminina. Em 1985 tais ações foram fortalecidas com a parceria do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Nestas ações estavam presentes a prevenção e controle do câncer do colo do útero. Já em relação ao câncer de mama as orientações restringiam-se às recomendações de exame clínico da mama e autoexame (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 1987 foi criado o Programa de oncologia (Pró-Onco), a partir da constatação da necessidade de estratégias específicas para o controle e tratamento do câncer no país. Neste período, as ações estavam limitadas à educação em saúde através de panfletos, folders e campanhas na televisão, as quais incentivavam a realização do autoexame da mama. No final dos anos 1990 a implantação do Programa Viva Mulher formulou diretrizes e estruturou a rede assistencial para detecção precoce da doença tendo voltado exclusivamente, em seu período inicial, para o controle do câncer do colo do útero. Em 1999, os profissionais responsáveis pelo programa discutiram a incorporação de um “Módulo de controle do câncer de Mama”. Em 2002, ações relacionadas à estimulação do autoexame, sensibilização de médicos para realização do exame clínico das mamas e diagnóstico por meio da mamografia foi intensificada, ampliando assim o escopo do programa Viva Mulher, incluindo formalmente o controle do câncer de mama (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Em 2003, o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Área técnica da saúde da Mulher, em parceria com a sociedade Brasileira de Mastologia, realizaram uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama. O resultado do encontro é um documento de consenso que apresenta recomendações para prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos do câncer de mama e aponta estratégias a serem utilizadas para a sua implementação no SUS (PEIXOTO, 2012).

De acordo com o documento de consenso, as ações relacionadas ao câncer de mama consistiam em: implantação do rastreamento mamográfico no país, com garantia de diagnóstico, tratamento em tempo hábil em mulheres com alteração mamária; elaboração e implantação de normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando subsidiar os gestores municipais e estaduais; implantação de um sistema de informação nos serviços de mamografia credenciados pelo SUS e a criação de mecanismos de garantia da qualidade, como parte dos critérios para credenciamento e monitoramento dos serviços de mamografia no SUS (INCA 2004).

Em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica foi editada pelo Ministério da Saúde destacando-se o controle do câncer de mama como elemento essencial e obrigatório dos planos estaduais e municipais de saúde. Idealizada de forma a permitir ações como: desenvolvimento de estratégias coerentes com a Política Nacional de Promoção da Saúde voltada para identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias malignas, mais prevalentes e orientadas para o desenvolvimento de ações que promovam a redução de danos e a proteção da vida, de forma a assegurar a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades; organização de uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, e de atendimento contemplados pela política (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos); constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, com estabelecimento de fluxos de referência e contra referência, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais; e ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer, de forma a assegurar a universalidade, a equidade, à integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica (BRASIL, 2011).

Atualmente a organização de redes de atenção à saúde apresenta-se como uma estratégia para o alcance da integralidade, favorecendo a superação da fragmentação da assistência, tendo como foco as necessidades dos usuários (CUNHA, 2013).

Souto (2008) afirma que uma política de saúde integral, voltada para grupos específicos, deve considerar a totalidade do ser humano como elemento do cuidado em saúde e a existência de saberes e práticas de saúde acumulados e organizados em redes de serviços que produzam ações de saúde tendo em vista esse cuidado.

Desta maneira o Ministério da Saúde reuniu esforços na implantação de rede de atenção à saúde, pois compreende que esse processo representará um avanço na organização do SUS, nos seus resultados e avaliação pela população (GOMES, 2012).

Tal rede engloba um conjunto de ações e serviços de saúde, determinados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização capazes de atuar onde o câncer de mama é de alta relevância epidemiológica e social. Envolvem intervenções na promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abordando diferentes pontos de atenção à saúde que consigam bons resultados clínicos, a custos adequados e embasado em literatura científica disponível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Cabe à atenção primária, as ações de promoção à saúde com incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis como dieta adequada, atividade física regular, conscientização do papel de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama enfatizando todas as etapas do rastreamento com ênfase ao retorno para busca do resultado e tratamentos quando necessários, tanto quanto da importância da periodicidade dos exames de rastreamento, quebrando o preconceito e temor da doença (FUNCAMP, 2008).

O exame clínico das mamas das mulheres, no nível de atenção básica da rede pública, deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esta ação organizativa de saúde caracteriza-se como a “porta de entrada” das mulheres no SUS e deve estar organizada para receber, realizar e, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, além de receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado indique necessidade de maior investigação. O nível de atenção básica da rede pública de saúde, onde são realizados o exame clínico das mamas além de ações educativas e apoio à terapêutica e ao cuidado paliativo (PETERS, 2013).

Nas unidades ambulatoriais especializadas (regionais ou municipais) recebem-se casos alterados encaminhados pela rede básica, realizando propedêutica complementar, se possível imediata, tendo como foco o diagnóstico e tratamento de patologias benignas, com encaminhamento ágil para o tratamento oncológico na atenção terciária, se necessário, ou à rede básica com orientações para segmento (FUNCAMP, 2008).

Este nível exige a presença de profissionais treinados para realizarem a intervenção diagnóstica dos casos suspeitos de câncer de mama, tais como mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina, assim como para o tratamento de lesões benignas mamárias (BRASIL, 2006).

No nível terciário, ocorre a confirmação diagnóstica, e tratamento das mulheres com câncer de mama, englobando tratamento cirúrgico, quimioterápico, hormonioterápico, radioterápico, cirurgia plástica reconstrutiva, desde o início da abordagem terapêutica até o tratamento de recidivas e metástases. (FUNCAMP, 2008).

Os procedimentos de tratamento oncológico como radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica são efetuados em nível de alta complexidade, nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (CACON). Na maioria dos estados estes procedimentos foram contratados ou conveniados junto aos serviços de saúde privados com fins lucrativos ou filantrópicos e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes (BRASIL, 2007).

O país conquistou recentemente novos avanços no que tange ao tratamento do câncer de mama. A primeira conquista é a Lei Federal nº 12.732/12 a qual conferiu a todo paciente com câncer o direito de iniciar o tratamento no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que a doença foi diagnosticada. E a lei 12.802/13, que garante a realização de cirurgia plástica reparadora concomitante para toda paciente que for submetida à cirurgia conservadora ou radical da mama no SUS (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Entretanto, de acordo com informações da Sociedade Brasileira de Mastologia não há estrutura nos hospitais públicos do país para realizar o que a mesma determina. De 20 mil mulheres aproximadamente que precisam fazer cirurgia de retirada das mamas, menos de 10% saem do centro cirúrgico com a cirurgia de reconstrução (BRASIL, 2013).

Para Nicolau e Padoin (2014) é notório que as ações desenvolvidas no âmbito da detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil, apresentaram grande avanço desde a década de 1980. Todavia, a falta de estrutura e investimentos em saúde pública ainda são fatores limitantes para o cumprimento dessas normativas e para melhor atendimento à pacientes com esse tipo de neoplasias.

Neste sentido Almeida (2009) afirma que as intervenções governamentais são insuficientes para garantir uma atenção integral às mulheres. O diagnóstico tardio da doença é ocasionado por uma política ineficaz de controle e rastreamento de câncer, que tem na mamografia, aliada ao exame clínico das mamas, seus instrumentos fundamentais.

Para Rezende *et al.*, (2009) as dificuldades surgem bem no início, no momento em que é necessário a realização de exames . Para o autor existem dificuldades encontradas pelas pacientes para realizar, via SUS, exames complementares para diagnóstico da doença, resultando na procura por serviços particulares ou conveniados.

Neste contexto Cunha (2013) afirma a necessidade de minimizar tais entraves, através de ferramentas para a efetivação de uma política pública eficiente e eficaz quanto à prevenção do câncer de mama. Para Silva Júnior (2010) as ferramentas são estudos avaliativos da acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, que são essenciais para a apropriação dos critérios e formas de delimitação dos territórios de atuação das equipes de saúde, ou seja, é preciso levar em consideração os determinantes sociais de saúde.

De acordo com a Comissão Nacional, os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. As relações entre determinantes sociais e saúde consistem em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais distais, sociais, econômicos e políticos e mais proximais relacionados diretamente ao modo de vida, sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas. Vários modelos foram propostos para estudar os determinantes sociais e a trama de relações estabelecidas (CNDSS, 2008).

No contexto do câncer de mama, a inserção da análise dos determinantes sociais de saúde garantirá um melhor funcionamento da rede por meio do alcance dos objetivos da mesma, permitindo à mulher maiores possibilidades de conviver e enfrentar a doença, contribuindo para o processo saúde doença.

1.2 MASTECTOMIA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E O IMPACTO SOBRE A SEXUALIDADE

Como relatado anteriormente, a mastectomia é um dos métodos mais utilizados para o tratamento do câncer de mama. Cirurgia mutiladora que visa remover o tumor visível diminuindo a reincidência, melhorando a expectativa de vida

de mulheres que pertencem ao grupo considerado de alto risco (SOUSA; ANA; COSTA, 2014). A ausência da mama causa além dos efeitos físicos, prejuízos sociais e emocionais significativos que irão afetar diretamente a qualidade de vida dessas mulheres, comprometendo assim suas relações interpessoais. Aceitar sua condição atual e adaptar-se à nova imagem exige um grande esforço, para o qual, muitas mulheres não estão preparadas.

No período pós-operatório da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a vida profissional, social, familiar e sexual, visto que, em geral, sentem dificuldade em lidar com a imagem do próprio corpo. Segundo pesquisa realizada por Pereira *et al.*, (2013) é evidente que as alterações corporais decorrentes da mastectomia total ou parcial têm significado relevante para a vida destas mulheres, principalmente por se tratarem de mudanças permanentes e esteticamente fora dos padrões que são impostos pela sociedade.

Consequências deste tipo de tratamento demonstram implicações em vários aspectos na vida das mulheres. O estudo realizado por Mendes (2013) demonstra implicações de ordem emocional, física e social. Em se tratando das implicações de ordem emocional, estão presentes sentimentos como: medo, ansiedade, diminuição da autoestima e depressão. No aspecto físico podem ocorrer alterações de amplitude dos movimentos dos braços e linfedema residual. No campo social, receio em relação ao preconceito da mutilação que a mastectomia provoca.

Marques e Ozaki (2012) identificaram a presença da depressão após a cirurgia da mama como uma resposta emocional comum. “Pacientes submetidos à mastectomia radical possuem um elevado nível de depressão, duas vezes maior que uma população normal”, ressalta as autoras.

A alteração da autoimagem surge em decorrência da mastectomia, ao modificar negativamente a aparência física e conseqüentemente a percepção do próprio corpo. Com a perda da mama, a mulher sofre alterações do modelo postural, percebe comprometimento na beleza física e toma consciência da representação da mama no contexto sociocultural (MARQUEZ; OZAKI, 2012).

Outro aspecto relevante, segundo os autores citados anteriormente está relacionado à imagem corporal e a vida sexual destas mulheres. Sabe-se que a mastectomia provoca uma alteração evidente no contorno do corpo, que pode levar

a medos sobre a perda de identidade como mulher e pessoa sexualmente desejável. A importância dada pelo parceiro a um seio pode também ter impacto sobre a perspectiva feminina.

O estudo realizado por Lopes e Assis (2012) demonstrou que mulheres mastectomizadas vivenciaram diversos sentimentos, tais como: rejeição, medo, vergonha, baixa autoestima, interesse sexual diminuído, diminuição da libido, sofrimento com a imagem corporal.

Estudos como o de Silva e Leite (2010) demonstram que o impacto negativo sobre a sexualidade e imagem corporal, é menor em pacientes submetidas à cirurgia conservadora da mama do que aquelas submetidas à mastectomia total. Neste cenário, os autores enfatizam que o marido também colabora com um importante papel, buscando estratégias que permitem fortalecer a vida conjugal, demonstrando dedicação, apoio, ao acompanhá-la no tratamento. No entanto as mulheres acabam desenvolvendo preconceitos com seu próprio corpo, o que pode dificultar o retorno à vida sexual.

Neste sentido, percebe-se que a mastectomia traz grande impacto para a vida da mulher em todos os aspectos. Couto *et al.*, (2014) enfatizam que esse impacto estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. A mulher mastectomizada enfrenta a difícil realidade de conviver com a amputação da mama, tratamentos prolongados e doloridos comprometendo diversos aspectos da sua vida. Neste período a mulher pode contar com ajuda de vários profissionais que ajudarão minimizar o impacto do tratamento em sua vida, dentre eles o psicólogo, que utilizará conhecimentos da Psico-oncologia, área de intersecção entre a Psicologia e a Oncologia, que objetivam o estudo das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento, cura e as intervenções ao longo de todo tratamento (VEIT; CARVALHO, 2010).

1.3 PSICO-ONCOLOGIA: OBJETIVOS E CONTRIBUIÇÕES

Mesmo diante dos avanços da medicina nos últimos anos, o diagnóstico de câncer, para muitas mulheres é recebido como uma "sentença de morte", comumente acompanhado de dor, sofrimento e degradação. Todo processo é vivenciado pelo paciente e pela sua família como momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade.

O tratamento médico ideal contra o câncer inicia com o diagnóstico correto e o trabalho coordenado de várias especialidades médicas, bem como diversas áreas do conhecimento. Dentre essas áreas pode-se mencionar a Psico-oncologia (SANTOS, 2011).

Para Gimenez (2003), a Psico-oncologia representa uma área de interface entre a Psicologia e a Medicina que aplica conhecimentos profissionais, técnicos e metodológicos envolvidos na prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes. Ocupa-se também com pesquisa e estudo das variáveis psicológicas e sociais relevantes para compreensão da incidência do câncer.

De acordo com Moura *et al.*, (2011), a área surgiu como um novo ramo de conhecimento na década de 50, período este em que houve o reconhecimento por parte da medicina, de que, tanto o surgimento, quanto a manutenção e remissão do câncer poderiam ter outros fatores envolvidos que não apenas os biológicos. Nessa perspectiva esta área surgiu para auxiliar pacientes oncológicos em suas demandas emocionais.

Em 1961 na Argentina, o cirurgião oncológico José Schavilson, propôs o termo Psico-oncologia para definir a nova área de conhecimento. Para ele, seria a área da medicina que tinha como objetivo prestar assistência ao paciente com câncer, levando em consideração o contexto social e familiar (SANTOS, 2011).

A psiquiatra Jimmie Holland, uma das precursoras da Psico-oncologia no mundo, iniciando seus trabalhos na década de 70, define a área como:

Especialidade da oncologia que procura estudar duas dimensões presentes no diagnóstico do câncer: (1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais envolvidos em seu tratamento; (2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e sobrevivência do câncer (HOLLAND. 1998, pg. 84).

Carvalho e Veit (2010) informam que o Brasil, desde 1994, tem sua SBPO – Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, um desdobramento do primeiro grupo de profissionais que, em 1983, preocupou-se com o estudo desse assunto. Destacam que desde a década de 80 que é possível encontrar trabalhos isolados, relacionados às intervenções psicossociais com pacientes com câncer em hospitais e consultórios.

O Instituto Nacional de Câncer / INCA, órgão de referência nacional no tratamento dessa patologia, contratou o primeiro psicólogo em 1979. Em 1998 houve um grande avanço na área de psicologia, através da portaria 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 14/10/98, que tornou obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica como um dos critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) junto ao Sistema Único de Saúde (CAMPOS, 2010).

Em consequência de tal portaria, diversos estabelecimentos que oferecem tratamento para o câncer tais como: centros médicos, clínicas e hospitais de todo o Brasil – públicos ou privados – passaram a incluir psicólogos para atendimento às questões que permeiam a realidade do câncer. A partir de então, o psicólogo integra a equipe multidisciplinar cuidadora do paciente com câncer, atuando em todas as etapas do processo do tratamento oncológico (CAMPOS; VEIT; CARVALHO, 2010).

Quanto às atividades realizadas pelo psico-oncologista, Junior (2001) destaca atendimentos a crianças, atendimento psicológico em contextos de terminalidade e morte, desenvolvimento de atividades por equipes multidisciplinares de saúde, preparação e atendimento psicológico a pacientes cirúrgicos e atendimento ao familiar do paciente com câncer. Dentro de tais modalidades, é consenso que as intervenções da psico-oncologia, não se diferenciam, em seus objetivos, das intervenções psicológicas em geral, cujo objetivo principal é o bem-estar do paciente (CAMPOS, 2010). Ressalta ainda que o profissional de psico-oncologia deve dominar alguns aspectos não exigidos necessariamente em outros tipos de atendimentos psicológicos, tais como conhecimento do profissional em relação à patologia e seu tratamento, pois a reação de cada paciente dependerá de cada tipo de câncer, sua localização e tratamento a ser utilizado, bem como necessidade de conhecer os efeitos colaterais do tratamento, visto que podem gerar estados emocionais complexos.

De acordo com a pesquisa realizada por Scannavino *et al.*, (2013) esse profissional realiza atendimentos psicológicos ambulatoriais a pacientes encaminhados pelos médicos ou por uma equipe multiprofissional. Destacam ainda neste rol de atividades a avaliação e orientação pré e pós-transplante de medula, avaliação de pacientes pediátricos antes do início do tratamento quimioterápico, atendimento e orientação a pais e demais familiares de pacientes oncológicos pediátricos, avaliação de pacientes candidatas a mastectomia radical e reconstrução da mama, ambulatório e

acompanhamento do aconselhamento oncogenético, avaliação a pacientes encaminhados a tratamento paliativo exclusivo, avaliação a pacientes encaminhados ao ambulatório de dor crônica, acompanhamento de visitas médicas na equipe multiprofissional, orientação a pacientes e acompanhantes em alta hospitalar para os autores o trabalho grupal também é uma possibilidade de intervenção com o propósito de orientar e informar acerca do tratamento bem como as possíveis intercorrências, mitos e crenças errôneas sobre o adoecimento e a terapêutica.

Pimentel *et al.*, (2009) destacam que a atuação ocorrerá em todas as etapas do tratamento, habilitando o paciente a lidar com o diagnóstico e com as dificuldades dos tratamentos decorrentes, auxiliando-o a desenvolverem estratégias para enfrentar as situações estressantes como sensação de falta de controle sobre a própria existência, medo da solidão e da própria morte, sentimento de impotência, fracasso e temor dos efeitos adversos do tratamento oncológico. Segundo os autores, são essas preocupações que devem ser focos das intervenções psicoterápicas.

É inegável que o câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher e, na maioria delas, surgem sentimentos como medo, raiva, angústia causando um significativo impacto psicossocial. Cabe ao psico-oncologista identificar e compreender os fatores emocionais que interferem na saúde do paciente, tendo em vista que tais aspectos influenciam de forma direta na sua qualidade de vida. Neste sentido, com o propósito de reduzir esse impacto, a mulher despenderá de forças para superar a situação; ou seja, de construir seu processo de resiliência.

1.4 RESILIÊNCIA E CANCER DE MAMA

As intensas mudanças cotidianas demandam inúmeros e sucessivos esforços de adaptação para a conseqüente superação (PEREIRA, 2001 *apud* PINHEIRO, 2004). Superação esta que pode ser chamada de resiliência, termo habitualmente utilizado para definir a capacidade de enfrentar adversidades, ser transformado por elas, conseguindo assim superá-las.

De acordo com Neves (2011), a resiliência é concebida como a habilidade de um material absorver energia quando deformado elasticamente e liberá-la quando

descarregado; ou seja, os materiais, quando são submetidos a uma tensão, sofrem uma deformação. As características e aplicações de um material podem ser vislumbradas por uma curva de tensão contra deformação, essa curva possui duas regiões: a região elástica e a região plástica; na região elástica, a tensão aplicada numa peça (metal, cerâmica, polímero etc.) produz uma deformação proporcional à força aplicada (Lei de Hooke) quando cessada a tensão, a peça volta à situação original, sem qualquer deformação.

Etimologicamente a palavra tem origem no verbo (em latim) que significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, retirar-se sobre si mesmo, encolher, desdizer-se, romper. A palavra *resilient*, de origem inglesa, remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação (YUNES, 2003). Nas ciências humanas este conceito foi introduzido como a capacidade do indivíduo, mesmo em ambiente adverso, construir-se ou reconstruir-se positivamente frente às adversidades (NEVES, 2011).

Na psicologia, o conceito não é tão preciso quanto na Física e Engenharia, devido à complexidade de fatores e variáveis levadas em consideração no estudo dos fenômenos humanos. Seu estudo é relativamente recente e vem ganhando atenção de muitos pesquisadores, em países em desenvolvimento, na América Latina e no Brasil (AGLIO, KOLLER; YUNES, 2006).

Um dos primeiros estudos sobre resiliência foi realizado por Gayton *et al.*, (1977), com o propósito de avaliar o impacto emocional da existência de uma criança com o diagnóstico de fibrose cística sobre os demais membros da família. Souza e Cerveny (2006) salientam que no Brasil, os estudos sobre a temática são relativamente recentes, verificaram que os primeiros trabalhos no país surgiram entre 1996 e 1998, tendo como foco crianças expostas a situações de risco.

Em relação às pesquisas sobre resiliência, Kaplan, (1999) *apud* Infante (2005) destacam a existência de duas gerações que diferem na compreensão da temática. A primeira geração surgiu na década de 70 e os pesquisadores desta, tinha o interesse em investigar o que distingue a adaptação de crianças que vivem em situação de risco daquelas que não se adaptavam diante da mesma situação. A segunda geração surge na década de 90 e apresenta a noção de processo na compreensão de resiliência, estavam interessados em saber quais são os processos relacionados a uma adaptação positiva frente a situações adversas.

Um dos precursores do estudo da resiliência, o psiquiatra Michael Rutter apresentou o desenvolvimento histórico do termo que inicialmente estava associado à demonstração de como eventos de vida negativos produzem atrasos no desenvolvimento do indivíduo. Após a segunda guerra, a resiliência surge mais uma vez no cenário científico através dos estudos do psicólogo britânico John Bowlby sobre separações e fatores negativos como causadores de desordens psiquiátricas (LINDSTROM, 2001).

Em seu estudo, Yunes (2001) identificou três perspectivas acerca da resiliência. A primeira refere-se ao estudo no indivíduo através de estudos quantitativos. A segunda tem por base o estudo de processos e concepções a partir de uma perspectiva qualitativa de experiências de vida, numa ótica sistêmica, ecológica e de desenvolvimento. Já a terceira, chamada pela autora de “discurso crítico”, sugere um movimento questionador para reflexão e reconstrução do conceito de resiliência. Percebeu ainda, um consenso entre os pesquisadores ao conceberem a resiliência como um processo psicológico que vai se desenvolvendo ao longo da vida.

Neves (2011) afirma que para entender a conceituação de resiliência como processo, é essencial destacar três elementos principais: noção de adversidade; adaptação positiva; dinâmica entre os mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais.

Yunes e Szymank (2001) ressaltam que a partir dos estudos sobre resiliência surgiram vários aspectos conceituais que passaram a ser relacionados com o constructo, tais como, fatores de risco, fatores de proteção, vulnerabilidade e coping. Neste sentido, Poletto e Koller (2008) enfatizam que a resiliência é um conceito dinâmico onde os fatores de proteção têm como finalidade interagir com os eventos de vida e ativar processos que permitam desenvolver a adaptação e a saúde emocional. Os processos de resiliência requerem compreensão dinâmica e interação entre os fatores de risco e proteção.

De acordo com Poletto e Koller (2008), os fatores de risco estão relacionados com eventos negativos de vida, sua presença aumenta a possibilidade de um determinado indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Yunes & Szymanski (2001) afirmam que riscos e estressores sempre estiveram presentes em qualquer tempo e lugar. O termo risco tem sido empregado na área da saúde mental com a definição de estressor ou fator que pode induzir a um resultado negativo no

desenvolvimento do sujeito bem como em sua saúde. Ponderam ainda que o impacto desses eventos estressores é determinado pela maneira como são percebidos.

A compreensão do processo de resiliência deve ir além dos fatores de riscos, alcançando os fatores protetivos. Segundo Rutter (1985), os fatores de proteção são influências que melhoram ou alteram as respostas de uma pessoa diante de uma situação adversa. Para Poletto e Koller (2006), fatores de proteção são aqueles que, diante de um fator de risco, modificam o rumo da vida do sujeito em busca de uma melhor adaptação. Complementam que os fatores de proteção seriam as características ambientais e/ou individuais que fortalecem os indivíduos diante dos efeitos negativos e situações adversas. Ponderam que um fator protetivo não elimina os aspectos emocionais presentes na situação adversa vivenciada, o que ocorre é uma alteração na forma do indivíduo enfrentar as situações.

Masten e Garmezy (1985) *apud* Poletto e Koller (2008) enumeram alguns fatores de proteção fundamentais para o desenvolvimento, destacando-se as características ligadas à própria pessoa, tais como, autoestima, autonomia, bem estar subjetivo e competência. Inclui-se neste rol a rede de apoio social, como família, amigos, trabalho, comunidade e outras instituições. Mota *et al.*, (2006) acrescentam, ainda, como fatores de proteção as crenças religiosas ou religião, o favorecimento da comunicação e a busca de resolução de problemas.

Diante de situações adversas os indivíduos respondem de distintas maneiras, uns de forma mais habilidosas, e outros de maneira não tão hábil, resultando numa exposição do indivíduo a um risco ainda maior. Tal situação leva a compreensão de que o comportamento de uma pessoa frente a situações de risco depende da sua vulnerabilidade. A vulnerabilidade é um termo geralmente empregado em referência à predisposição às desordens e tendência ao estresse (POLETTTO; KOLLER, 2008). Já Rutter (1987) *apud* Poletto e Koller (2008), define o termo como uma modificação no desenvolvimento físico e psicológico de um indivíduo quando exposto a situações de risco.

Santos e Dell'Aglio (2006) ponderam que a vulnerabilidade não diz apenas à predisposição genética ou a fatores constitucionais, mas inclui nesse conceito condições tais como: baixa autoestima, traços de personalidade e distúrbios psíquicos. Para os

autores, condições externas também podem levar a vulnerabilidades como práticas educativas e familiares ineficazes, desemprego, pobreza e dificuldade de acesso à saúde.

Sobre a aproximação entre coping e resiliência, a literatura indica a relação íntima desses conceitos. Coping focaliza a maneira, a estratégia utilizada para lidar com a situação, independentemente do resultado alcançado, a resiliência dirige sua atenção no resultado da(s) estratégia(s) utilizada(s), ou seja, o que seria uma adaptação (muito) bem sucedida do sujeito frente às adversidades, como o indivíduo se adapta /supera as situações adversas, e o “coping” o estudo das estratégias utilizadas pelas pessoas frente adversidades (TABOADA *et al.*, 2006).

O presente estudo está respaldado nas considerações teóricas sobre resiliência propostas por Rutter (1987; 1999). A resiliência é compreendida como processo que acontece em uma determinada situação, mediante a combinação de fatores favoráveis ou não ao indivíduo. Dessa forma, não se trata de um atributo fixo, inato ao indivíduo, mas sim de um processo construído ao longo de seu desenvolvimento.

O câncer tem como característica a irreversibilidade em muitos casos, o que possibilita sua classificação enquanto doença crônica. No entanto há casos em que ocorre um bom prognóstico e a pessoa fica completamente curada. Considerada uma doença assustadora não só para o doente, mas também para sua família, tendo ambos que se adaptar à nova situação. No decorrer do tratamento o paciente se depara com procedimentos invasivos, dolorosos e alheios à sua vontade, necessitando criar condições para enfrentar tais dificuldades (MARQUES 2012).

Neste rol, Forgerini (2010) destaca o câncer de mama, causa impacto emocional, pois provoca alterações na aparência física e autoimagem. Ao investigar estudos realizados sobre resiliência em pacientes com câncer de mama, classificou-os em quatro categorias, em que a primeira abordou programas ou propostas de intervenção que utilizassem o conceito de resiliência no contexto do câncer de mama. Uma segunda categoria de pesquisas abordou a resiliência no contexto da sobrevivência ao câncer de mama com trabalhos de natureza qualitativa. A terceira categoria de estudos apresentava como propósito a identificação dos fatores de risco associados ao câncer de mama. A quarta objetivou a mensuração da resiliência em mulheres com histórico familiar de câncer de mama e a última possuía o interesse em investigar a vivência do câncer de mama e sua relação com resiliência e aprendizagem.

Em relação à aproximação entre as temáticas resiliência e câncer de mama Rodrigues e Polidore (2012) enfatizam que estudos sobre as mesmas são relevantes, pois possibilita o conhecimento da capacidade de enfrentamento e resiliência de indivíduos, possibilitando o desenvolvimento de ações que envolvam educação em saúde, além de influenciar o nível de adesão ao tratamento. Realizaram um estudo com o propósito de compreender o processo de enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer. Constataram que o processo de adoecimento interfere nas relações sociais e familiares. Verificaram ainda que o período de internação, bem como os efeitos do tratamento realizado, são considerados fatores de risco; já as relações sociais, familiares e a religiosidade são percebidas como fatores protetivos para a resiliência.

Nesta mesma perspectiva, Menezes *et al.*, (2013) pesquisaram a resiliência em mulheres com câncer de mama em tratamento. Identificaram como fatores de risco: a quimioterapia, o cansaço, estar doente, a queda dos cabelos e a falta de apoio familiar. Como fatores de proteção: o apoio da família, dos amigos, a fé, além do sentimento de esperança e pensamento positivo. O apoio da família, os amigos, a fé e a religião também foram mencionados pelas mulheres no estudo de Pereira *et al.*, (2013) como fundamentais para o enfrentamento da situação. Desta maneira, os autores consideram que rede de apoio (amigos e família) é de fundamental importância para o enfrentamento de todas as situações vivenciadas pela mulher. Identificaram também a religiosidade que surgiu como uma fonte de apoio para lidar com a situação adversa. Assim, verificou-se no estudo que a religião, o apoio da família e dos amigos, influenciou de maneira positiva a vida das mulheres.

De acordo com Melilo (2005) *apud* Amaro (2013), uma rede social que proporcione apoio (família, amigos) e a espiritualidade, concebida como uma dimensão humana em que o indivíduo atribui um sentido à sua existência e entra em contato com o seu mundo interior, facilitam os processos de resiliência na luta contra o câncer. Em seu estudo com mulheres acometidas de câncer de mama, Araújo (2010) identificou fatores como amparo familiar, motivação pessoal e da autoestima e manutenção de projetos futuros como promotores do processo de adaptação, transformação e fortalecimento da capacidade de resiliência.

Em suma, compreender processos de resiliência é de grande relevância, tendo em vista que a compreensão possibilita ações e estabelecimento de estratégias a fim de fomentar possíveis fatores de proteção com o intuito de dar suporte para o enfrentamento e ressignificar as adversidades vividas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Investigar processo de resiliência em mulheres mastectomizadas, acompanhadas pelo Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi-To.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender os sentimentos decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama;
- Identificar fatores de risco e proteção para o enfrentamento do câncer;
- Descrever o processo de resiliência nas mulheres mastectomizadas;

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A escolha da abordagem qualitativa se deu pelo fato de que ela permite descobrir os sentidos da experiência pela mulher que teve diagnóstico de câncer de mama, por meio de seus valores, crenças, símbolos e práticas.

O estudo se desenvolveu na Liga Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer, da cidade de Gurupi, Estado do Tocantins, Brasil. É uma entidade de caráter beneficente sem fins lucrativos, de finalidade social, assistencial e filantrópico. Fundada em 2008, presta atendimento a mulheres que sofrem de câncer de mama, câncer do colo do útero e outros tipos de câncer, oferecendo serviços como exames de prevenção, atendimento médico voluntariado, auxílio no deslocamento para realização de tratamentos, bem como custeio de medicamentos a mulheres de situação socioeconômica baixa.

O local escolhido para coleta de dados é referência no acompanhamento de mulheres com câncer na cidade, ou seja, mesmo que o atendimento/tratamento seja realizado em outro local, a Liga continua prestando assistência a partir do momento que a usuária retorna para o município e aceita o acompanhamento. Buscou-se informações quanto ao número de usuárias, bem como atendimentos realizados pela Instituição, desde o ano da fundação. No entanto, parte das mulheres não se encontrava mais em acompanhamento, algumas haviam ido a óbito e outras com informações cadastrais desatualizadas. Desta maneira determinou-se os anos de 2012 a 2014 como recorte temporal, em virtude dos dados estarem atualizados e possibilitarem contato com as participantes, além de passarem recentemente pelo tratamento. Os critérios de inclusão foram mulheres que tiveram diagnóstico de câncer e que passaram pelo procedimento de mastectomia total, acompanhadas pela Liga Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer no período de 2012 a 2014. Ressalta-se que o ano de 2015 não foi contemplado por ser ano da coleta de dados. Foram excluídas do estudo mulheres que, apesar do diagnóstico de câncer de mama, não passaram pelo procedimento de mastectomia, as que receberam acompanhamento antes do ano de 2012 e as que não aceitaram participar da pesquisa. De uma população de vinte (20) mulheres, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão anteriormente mencionados, fizeram parte deste estudo dez (10) mulheres.

O estudo seguiu o que prevê a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob CAAE: 38702514.6.0000.5518 e aprovado conforme parecer nº 892.003. Antes do início da coleta de dados foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para a participante a qual consentia ou não em participar do estudo (Apêndice B), logo após a coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada (Apêndice C). Como forma de compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões, utilizou-se um diário de campo, com o propósito de observar e registrar a dinâmica do local, ações realizadas com as usuárias, percepções e sentimentos do pesquisador. O mesmo procedimento foi realizado durante o encontro individual com cada mulher para a coleta de dados.

A primeira parte da entrevista teve como objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e clínico das participantes, a segunda parte foi dividida em quatro eixos: descoberta do câncer; relacionamentos familiares, social e conjugal; vivenciando o câncer e a si mesma; enfrentamento do câncer, com o propósito de compreender os sentimentos decorrentes do diagnóstico e tratamento, bem como identificar fatores de risco, proteção e processo de resiliência nas mulheres mastectomizadas.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, e a transcrição ocorreu no mesmo dia da entrevista, evitando-se a perda dos detalhes das falas das entrevistadas. A entrevista permitiu captar gestos, reações faciais, sentimentos manifestos, sendo estes fundamentais para análise do material coletado. A duração foi de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos. Após transcrição, as entrevistas foram devolvidas às participantes para aprovação, assegurando a fidedignidade dos relatos.

Para proceder à análise e interpretação das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) consiste num conjunto de procedimentos e técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras-chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados. A mesma é constituída pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Neste estudo, na primeira fase (pré-análise), realizou-se a leitura flutuante, a fim de estabelecer contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto. Em seguida escolheu-se os documentos a serem analisados, neste caso as entrevistas, devidamente transcritas. Passo seguinte formulou-se as questões norteadoras: ao ser diagnosticada com câncer de mama a mulher passa a ter medo não apenas da doença em si, mas também do que a mutilação pode causar na sua estética, na sua imagem corporal como mulher; e o impacto da mastectomia afeta também o contexto social e o âmbito familiar que aquela mulher vive.

Por fim, procedeu-se à preparação do material, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas, que permitiu a identificação de indicadores. Para isso organizou esse material em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, fazendo uso de cores diferentes para sublinhar as semelhanças.

A fase seguinte foi a de exploração do material, momento da codificação, em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2009). A codificação incluiu a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem. A unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase, sendo que a frequência com que aparece uma Unidade de Registro denota-lhe importância, conforme quadro 1.

Quadro 1- Apresentação das Unidades de Registro identificadas nas entrevistas com mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014. Tocantins. Brasil.

Unidades de Registro
Surpresa
Reviravolta
Negação e Raiva
Culpa
Medo
Destruição
Morte
Superação
Aprendizado
Feio/Horroroso
Não se Reconhecer
Medo de ter contato com a nova imagem
Enfrentar/Acostumar-se com a própria imagem
Percepção de Mudança no Parceiro
Falta de Interesse/ Inexistência de Relação Sexual
O problema está em Si
Compreensão/ Amor/ Carinho
Dificuldades no acesso à rede de saúde
Ausência de Apoio da Família e Amigos
Efeitos da Quimioterapia
Ficar Triste ou Pensar em Desistir
Retorno da Doença
Apoio da Família e Amigos
Profissionais de Saúde
A fé como Apoio
O Trabalho como Enfrentamento
Ocupação
Ser dependente
Jeito de Ser
Relações
Espiritualidade
Ter uma Ocupação
Estar com a Família
Ter saúde
Fazer Reconstrução
Ajudar a Família

Determinou-se então as unidades de contexto, onde se buscou segmentos da mensagem que auxiliaram para a compreensão exata da unidade de registro, ou seja, para codificar a unidade de registro, conforme evidenciado no quadro 2.

Quadro 2- Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas com mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014. Tocantins. Brasil

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Surpresa	<i>Reação ao Diagnóstico</i>
Reviravolta	
Negação e Raiva	
Culpa	
Medo	
Destruição	<i>Significado da Doença</i>
Morte	
Superação	
Aprendizado	<i>Autoimagem</i>
Feio/Horroroso	
Não se Reconhecer	
Medo de ter contato com a nova imagem	
Enfrentar/Acostumar-se com a própria imagem	
Percepção de Mudança no Parceiro	<i>Relacionamento Conjugal/ Comportamento Sexual</i>
Falta de Interesse/ Inexistência de Relação Sexual	
O problema está em Si	
Compreensão/ Amor/ Carinho	<i>Situações Adversas</i>
Dificuldades no acesso à rede de saúde	
Ausência de Apoio da Família e Amigos	
Efeitos da Quimioterapia	
Ficar Triste ou Pensar em Desistir	
Postura Profissional da Saúde	
Apoio da Família e Amigos	<i>Suporte Familiar e Amigos</i>
A fé como Apoio	<i>Espiritualidade</i>
O Trabalho como Enfrentamento	<i>Ocupação</i>
Ocupação	<i>Mudanças Positivas e Negativas</i>
Ser dependente	
Jeito de Ser	
Relações	
Espiritualidade	
Ter uma Ocupação	<i>Perspectivas para o Futuro</i>
Estar com a Família	
Ter saúde	
Fazer Reconstrução	
Ajudar a Família	

Para realizar o tratamento dos resultados obtidos e interpretação realizou-se a categorização. Chegou-se nas seguintes categorias, conforme quadro 3.

Quadro 3- Categorias Finais de Análise das entrevistas com mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014. Tocantins. Brasil.

UNIDADES DE CONTEXTO	CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE
Reação ao Diagnóstico Significado da Doença Autoimagem Relacionamento Conjugal/ Comportamento Sexual	<i>Sentimentos e Vivências diante do diagnóstico e tratamento</i>
Dificuldades no acesso à rede de saúde Situações Adversas Mudanças Negativas Medos	<i>Fatores de Risco</i>
Suporte Familiar e Amigos Espiritualidade Ocupação Mudanças positivas Perspectivas para Futuro	<i>Fatores de Proteção e Resiliência</i>

- **Categoria I- Sentimentos e Vivências diante do Diagnóstico e Tratamento:** retrata os sentimentos das mulheres diante do diagnóstico da doença, bem como suas vivências durante o tratamento.
- **Categoria II- Fatores de Risco:** apresenta os fatores relacionados ao risco para o enfrentamento da situação adversa.
- **Categoria III- Fatores de Proteção e Processo de Resiliência:** descreve os fatores protetivos bem como processo de resiliência das mulheres do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização socioeconômica das mulheres que participaram da pesquisa, com variáveis como: idade, estado civil, religião, escolaridade, trabalho atual e número de filhos; bem como o perfil clínico das mesmas, com dados de: data do diagnóstico, tipo de cirurgia realizada, procedimentos e casos de câncer na família. Os nomes são fictícios, de modo a preservar a identidade.

Tabela 1- Caracterização Socioeconômica das mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 a 2014, Tocantins, Brasil.

Participante	Idade	Cor	Est. Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Religião
Celeste	52	Branca	Casada	Superior	Dona de Casa	Um salário Mínimo	Evangélica
Dolores	58	Branca	Casada	Superior	Professora Aposentada	Mais de dois salários Mínimos	Católica
Esperança	54	Branca	Casada	Superior	Professora Aposentada	Mais de dois salários Mínimos	Evangélica
Serena	56	Negra	Separada	Ens. Médio Incompleto	Vendedora	Um salário Mínimo	Evangélica
Margarida	43	Parda	Casada	Superior	Professora	Dois salários Mínimos	Católica
Rosa	49	Branca	Casada	Ensino Médio Médio	Dona de Casa	Um salário Mínimo	Evangélica
Violeta	61	Negra	Casada	Incompleto Superior	Dona de Casa	Dois salários Mínimos	Evangélica
Íris	31	Branca	Casada	Incompleto	Dona de Casa/ Estudante	Um salário Mínimo	Católica
Áurea	52	Parda	Separada	Ensino Médio	Dona de Casa	Um salário Mínimo	Católica
Esmeralda	54	Parda	Casada	Ensino Médio	Dona de Casa	Um salário Mínimo	Católica

Conforme se observou na tabela 1, a maioria das mulheres do estudo apresentava idade acima de 50 anos. Em relação à idade, o INCA (2014), ressalta que a mesma é um dos fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma mulher desenvolver câncer de mama. Ainda de acordo com dados do Instituto, a partir dos 50 anos se concentram os maiores índices deste tipo de câncer. Com relação à cor, 50% (5) se declararam brancas, 20% (2) negras e 30% (3) pardas. De acordo com Brito *et al.*, (2010) o câncer de mama acontece mais nas populações de mulheres brancas dos países industrializados e mais urbanizados. Mulheres brancas são ligeiramente mais propensas a desenvolver câncer de mama do que as negras, no entanto, em mulheres com menos de 45 anos, o câncer de mama passa a ser mais comum em mulheres negras (INCA 2004).

Quanto ao estado civil, a maioria era casada. Pesquisas como a de Silva *et al.*, (2010) evidenciam que a presença do companheiro pode auxiliar no enfrentamento da doença através da cumplicidade e apoio durante todo o processo de tratamento e diante da nova realidade as quais essas mulheres se confrontam. Em relação ao nível de escolaridade, 30% (3) possuía nível superior, 10% (1) nível superior incompleto, 40% (4) ensino médio completo e 20% (2) ensino médio incompleto. Neste contexto, o INCA, (2014) informa que as condutas preventivas ao câncer de mama estão relacionadas ao melhor nível de escolaridade, o que pode gerar maiores práticas preventivas, em virtude das oportunidades de informação, levando a diagnósticos precoces que podem interromper o curso da doença em seus estágios iniciais. Por outro lado, a baixa escolaridade está associada ao diagnóstico tardio do câncer, o que reduz as chances de cura. Em seu estudo, Ribeiro (2010) constatou que pacientes que descobriram a doença em estágio mais avançado possuíam menores níveis de escolaridade. De acordo com a pesquisadora, a baixa escolaridade pode estar relacionada às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a falta de informação sobre os fatores de risco e a prevenção, e até a negação da possibilidade de ter câncer.

No momento da coleta de dados, a maioria das mulheres declarou estar exercendo as funções de dona de casa, apesar de algumas possuírem ocupações anteriores à doença, sendo que 60% (6) declararam possuir renda de um salário mínimo, 20% (2), dois salários mínimos e 20% (2) rendimentos acima de dois salários mínimos. De acordo com Zillmer *et al.*, (2013), a situação socioeconômica desempenha papel fundamental na determinação da saúde de indivíduos e populações. Assim, segundo autor citado acima, indivíduos com baixa renda apresentam uma pior condição de saúde

e menor procura por serviços médicos e acesso aos cuidados de saúde. Ademais, as doenças crônicas não transmissíveis podem reduzir a capacidade para o trabalho das pessoas e resultar em maiores gastos com o tratamento, podendo aumentar as dificuldades financeiras. O nível socioeconômico, em muitos estudos, tem sido relacionado ao surgimento do câncer, pois pessoas com menor grau de escolaridade e renda têm maior dificuldade para entendimento e realização do processo de prevenção (MELO *et al.*, 2013).

Em relação à religião, constatou-se que 50% (5) declararam-se evangélicas e 50% (5) católicas. Estudo como o de Cardoso e Perez (2011) e Veit, Castro (2013) apontam que a religião é utilizada com frequência expressiva por mulheres acometidas de câncer como estratégia de enfrentamento. Independente de qual seja a religião, os resultados apontaram para uma relação positiva com Deus, capaz de mobilizar força, esperança e conforto.

Borghesan *et al.*, (2008) ressaltam sobre a importância de refletir sobre aspectos sócio demográficos e sua relação para o desenvolvimento do câncer de mama. Conhecer as condições sócias demográficas, bem como os hábitos de vida dessa população favorece o planejamento assistencial, oferta de cuidado integral e direciona esforços para condições de vulnerabilidade.

Tabela 2- Perfil Clínico das mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 a 2014. Tocantins. Brasil.

Participante	Ano do diagnóstico	Tipo de cirurgia	Localização/Mama	Procedimentos	Cirurgia de reconstrução
Celeste	2012	Total	Ambas	Quimioterapia Radioterapia	Não realizada
Dolores	2012	Total	Esquerda	-	Não realizada
Esperança	2013	Total	Direita	-	Realizada
Serena	2014	Total	Direita	Quimioterapia	Não realizada
Margarida	2013	Total	Esquerda	Quimioterapia Radioterapia	Realizada
Rosa	2013	Total	Esquerda	Radioterapia	Não realizada
Violeta	2012	Total	Ambas	Quimioterapia	Não realizada
Íris	2013	Total	Direita	Quimioterapia	Realizada
Áurea	2014	Total	Direita	Quimioterapia	Não realizada
Esmeralda	2013	Total	Esquerda	Quimioterapia	Não realizada

Evidenciou-se que todas as participantes foram submetidas à mastectomia total, 80% (8) em uma única mama e 20% (2) em ambas as mamas. O procedimento cirúrgico é indicado para os tumores iguais ou maiores que três centímetros. De acordo com o (INCA, 2014) na mastectomia total ocorre remoção da glândula mamária, aponeurose anterior do músculo grande peitoral e segmento cutâneo incluindo a cicatriz cirúrgica da biópsia, sem esvaziamento axilar.

A maioria realizou quimioterapia, tratamento que utiliza medicamentos extremamente potentes no combate ao câncer, com o objetivo de destruir, controlar ou inibir o crescimento das células doentes e radioterapia, método mais utilizado para tumores localizados que não podem ser retirados por cirurgia (ressecados) totalmente, ou para tumores que costumam retornar ao mesmo local após a cirurgia.

Em relação à reconstrução da mama, apenas 30% (3) mulheres a fizeram. As que não fizeram o procedimento relataram dificuldades para realização da mesma e que estão em processo junto ao Sistema Único de Saúde para a realização. A lei 12.802/2013 que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, não tem sido cumprida. Infere-se o fato de que a maioria das participantes deste estudo terem realizado a cirurgia entre 2012 e 2013 e a presente lei sancionada em 2013. Sobre a reconstrução, pesquisa como a de Parede *et al.*, (2013) evidencia que possibilita à mulher incorporar ao tratamento do câncer de mama conceitos de qualidade de vida, trazendo benefícios físicos, psicológicos e sociais.

4.1 SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DIANTE DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO

A descoberta do câncer de mama na vida da mulher causa efeitos que podem gerar traumas, às vezes maiores que a enfermidade. A mulher se encontra com a ameaça da perda de um órgão representativo, como também o medo de ter uma doença que não tem cura, carregada de estigmas. A confirmação do diagnóstico pode causar diversas reações, dependendo da estrutura emocional da pessoa, do grau de gravidade da doença,

dentre outros. As reações são de surpresa, reviravolta, negação, raiva, culpa e medo (VENÂNCIO, 2004). O sentimento de surpresa foi vivenciado por Esperança e Serena ao receberem o diagnóstico de câncer de mama.

[...] Eu fazia meus exames preventivos certinhos, todo ano eu estava lá no médico. O que me deixou mais surpresa ainda porque no prazo de um ano eu fiquei doente. (Esperança)

[...] Nem sonhava que ia ter alguma coisa mais grave, pois eu sempre fui muito cuidadosa com essa questão de fazer exames de prevenção. (Serena)

Neste sentido, Menezes *et al.*, (2012) ressaltam que o sentimento de surpresa muitas vezes está associado ao fato das mulheres acreditarem na impossibilidade de serem acometidas pelo câncer. Após a surpresa do diagnóstico, verificou-se a negação seguida de raiva na participante Esperança.

[...] Parece que a ficha não caía. Eu estava doente, precisava tirar aquele órgão pra que eu me livrasse da doença. Demorou um pouco pra eu cair em mim e entender tudo. Dá uma revolta, você se pergunta o porquê isso aconteceu, tantas pessoas no mundo. [...] Eu fiquei assim revoltada com a vida! Fiquei com muita raiva de tudo, raiva de mim, raiva do médico que me deu a notícia. (Esperança)

Para Oliveira (2009) negar a doença faz parte de um processo de resolução dos conflitos internos, ou seja, a negação pode ser manifestada pelo medo de enfrentar a doença e até pelo medo da morte. O impacto do descobrimento da doença é ainda maior naqueles casos em que a mulher apesar de ter percebido alguns sintomas, os negligenciariam por acreditar não ser algo sério. Parte delas procura buscar o entendimento para o surgimento da doença e surgem nesse momento sentimentos de raiva, revolta, por estarem doentes.

Em uma pesquisa realizada por Kübler-Ross (2005), o sentimento de negação foi o primeiro a ser relatado diante de uma notícia de doença terminal. A negação, ou pelo menos a negação parcial, é utilizada por quase todos os pacientes, logo no início da

doença ou logo após sua constatação, ou até mesmo, em uma fase posterior (KÜBLER-ROSS, 2005). Isso ficou claro logo no início do relato de Esperança. [...] *“Parece que a ficha não caiu”*. Em relação à raiva, Kübler-Ross (2005) ressalta que esse sentimento é difícil de ser compreendido pelas pessoas que estão mais próximas da paciente, isso acontece em virtude da raiva se propagar em todas as direções, e projetar-se no ambiente. Essa reação foi verificada na fala da paciente esperança “[...] *Eu fiquei assim revoltada com a vida! Fiquei com muita raiva de tudo, raiva de mim, raiva do médico que me deu a notícia. Eu não queria saber de nada e nem de ninguém”*”.

O sentimento de culpa apareceu nos relatos de Margarida e Áurea e estava relacionado com o fato de não terem feito exames preventivos na frequência ideal. Mezzomo *et al.*, (2012) ressaltam que a culpa de terem adquirido a doença surge da cobrança da sociedade no que diz respeito à necessidade da mulher realizar os exames periodicamente. Do ponto de vista psicológico, sentir-se culpada é um sentimento ruim que pode influenciar a forma como a mulher passará pelo tratamento.

[...] Eu me culpei por não ter feito todos os exames que a médica tinha pedido naquele dia. (Margarida)

[...] Eu sei que descuidei e paguei um preço alto por isso. Sei que fui culpada por isso tudo que aconteceu. (Áurea)

Receber o diagnóstico de câncer de mama foi um momento carregado de incertezas e medo para Margarida, Rosa e Esmeralda. Para Fernandes e Mamede (2003) o sentimento de medo está diretamente relacionado à palavra câncer, em virtude de carregar consigo o estigma de doença assustadora e letal.

[...] Eu estava com muito medo do que iria me acontecer. (Margarida)

[...] Naquela hora passou um filme na minha cabeça. Estava com medo. Eu ali naquele momento sabia que era meu fim. (Rosa)

[...] Quando ele me falou que estava confirmado, que eu tinha câncer eu fiquei sem saber o que fazer, pra quem contar, tinha muito medo. (Esmeralda).

Em pesquisa semelhante a esta realizada por Caetano, Gradim e Santos (2009), as mulheres relataram sentir medo de perder a vida, apesar das angústias e incertezas. Os relatos de Margarida e Esmeralda retratam um pouco da realidade vivenciada pelas mulheres com diagnóstico de câncer.

A partir do momento em que se descobrem com câncer de mama e das reações iniciais diante do novo fato, as mulheres iniciam uma luta que inclui uma série de exames, procedimentos, idas e vindas ao hospital, podendo ou não contar com apoio de familiares e amigos para lidar com a situação. A forma como a mulher vivencia todos os acontecimentos e como se relaciona com as pessoas à sua volta contribuem para que a mesma construa o significado da doença para sua vida.

Ao serem questionadas sobre o significado da doença, Celeste, Margarida, Rosa e Áurea atribuíram significado de algo destrutivo e negativo que transformaria a vida da pior forma possível.

[...] É uma doença que ela “COME” você que ela lhe ‘‘ corroe’’ que ela lhe da tristeza que ela lhe bota num baixo astral que ela lhe deixa. (Celeste)

[...] Então essa doença pra mim significa destruição... Eu tento ver mudança. Quero voltar a ter uma vida normal. Mais acho que não tem mais jeito. A doença meche com tudo. (Áurea)

[...] Não tem como não pensar em destruição. Ela faz um mal danado! (Rosa)

Neste sentido, Santos e Figueiredo (2012) afirmam que as representações ligadas ao câncer são, em grandes partes negativas, e associadas a algo cruel, destrutivo. Ainda de acordo com as autoras, as alterações vivenciadas pelas mulheres não são apenas no nível corporal, mas também no convívio social, abrangendo família, amigos e trabalho.

A relação que as participantes fazem da doença com a morte justifica-se, segundo Castro (2012) pelo fato de que a partir do século XX o câncer passou a assumir um papel de “vilão cruel”, representando para muitas pessoas como uma sentença de morte, trazendo consigo o medo das possíveis mutilações, dos tratamentos dolorosos e das perdas provocadas pela doença. O que pode ser evidenciado no relato da participante Áurea ao mencionar a perda dos relacionamentos sociais, do trabalho e relacionamento afetivo, o que faz com que tenha uma percepção negativa da doença.

[...] Hoje meu corpo é diferente. Meus amigos sumiram. Meu marido foi embora e eu não posso trabalhar. O que sobrou? Não sobrou nada. (Áurea)

Margarida expõe a dificuldade que as pessoas ainda possuem em lidar com o termo câncer. Neste sentido, pode-se dizer que as experiências mais traumáticas e menos exitosas geram aversão em relação à patologia que até o seu nome torna algo negativo que não pode ser pronunciado. Já aquelas pessoas que vivenciam de forma menos traumática, conseguem lidar mais facilmente com a doença.

[...] Eu sou de uma época em que não se podia dizer o nome câncer, eu lembro quando eu era bem mais nova existia isso, a doença era tão grave, as pessoas tinham tanto medo dessa doença que não podia nem dizer o nome. (Margarida)

Por outro lado, as participantes Esperança, Iris e Serena, após terem vivenciado o problema, passaram a ver a doença com outro olhar, ou seja, de algo assustador ou terrível, para algo que trouxe mudanças e aprendizados em suas vidas. Essa crença de que a situação vivenciada gerou aprendizados de vida, está diretamente associada à maneira de como a mulher passou pelo processo de adoecimento, o tipo de apoio que teve durante esse período e como manteve essas relações.

[...] Ela me pegou mais eu fui mais forte que ela, consegui dar a volta por cima e estar aqui hoje. (Esperança).

[...] Acho que o câncer me fez uma pessoa melhor. Eu aprendi com essa experiência ruim. (Serena)

[...] Significa uma vitória. Eu lutei contra ele e hoje estou aqui. Tive muitas pessoas do meu lado. Então ele significa a oportunidade de começar de novo. (Iris)

O que foi constatado em relação a este fato é semelhante ao encontrado na pesquisa de Forgerini (2010) onde verificou nos relatos das mulheres, nas mesmas condições do presente estudo, história de superação, onde houve menção de que a aprendizagem foi contínua. O que se pode inferir é que todo o processo de adoecimento (desde o diagnóstico até o tratamento) foi percebido como uma experiência transformadora, em suas vidas.

Reconhecer a existência de aspectos positivos em uma experiência tão dolorosa quanto o câncer e seu tratamento, mostra a existência de bons recursos adaptativos e de enfrentamento (ROSSI; SANTOS, 2003 *apud* LANZA, 2012).

A mulher com o câncer de mama passa por reflexões e questionamentos sobre sua existência pregressa e futura à doença que afetarão diretamente seu modo de vida e seu comportamento em relação à própria saúde. Um dos aspectos que sofre grande impacto é a autoimagem. A mulher passa por um importante processo de transformação da imagem corporal quando lida com o câncer de mama (MARQUES; OZAKY, 2012).

Ao lidar com o diagnóstico de uma doença que causa modificações em todos os aspectos da vida da mulher, a mesma precisa lidar com sua imagem corporal após a mastectomia, tendo em vista que é um dos aspectos que mais sofrem impacto. De acordo com Marques e Ozaky (2012), tal fato se dá pelo próprio padrão social, ou seja, um padrão de mulher feminina sensual. As participantes, Celeste e Rosa definiram como feio/ horroroso a nova imagem.

[...] Eu cheguei de Goiânia da rádio foi que eu vi essa foto e que eu vi o quanto eu “tava” feia ou... ou... horrorosa e tudo e eu tava HORROROSA eu não “tava” bonita não. (Celeste)

[...] Não tinha coragem, quando eu me vi eu achei tão feio. (Rosa)

Celeste, Serena, Violeta, Áurea e Esmeralda descrevem a dificuldade de reconhecer-se diante do espelho, o que elas conseguem ver é uma aparência que não reconhecem como sua. É sabido que este tipo de reação é uma das mais observadas em mulheres que passam pelo procedimento de mastectomia.

[...] Quando eu me olho no espelho... Eu sinto falta da outra parte é verdade que eu gostaria de... Eu não consigo me ver desse jeito. (Celeste)

[...] Eu me olhava no espelho e me sentia muito feia, não conseguia me reconhecer. (Serena)

[...] Ai quando você se olha no espelho e vê que esta deformada, isso num primeiro momento é muito ruim. Eu não me reconhecia (Rosa)

[...] E eu tava carequinha, foi muito estranho me ver daquele jeito. Não conseguia me reconhecer. (Áurea)

Verificou-se também que para Celeste e Áurea a insatisfação com a própria imagem corporal estava relacionada à vergonha, que poderia ter origem no fato de não ter mama, ou até mesmo pelo fato de ter perdido os cabelos durante o tratamento. Os relatos demonstram o quanto essa situação era incômoda para as mesmas.

[...] Eu dormia de lenço pra ele não ver. Não queria que visse desse jeito que eu tava feia. (Celeste)

[...] Vivia com o lenço na cabeça, pois tinha muita vergonha. Não deixei ninguém ver, só a minha filha mesmo que viu. (Áurea)

[...] Eu nunca tive coragem de deixar ninguém ver. Hoje eu não tenho mais um espelho em casa, não passo perto de um de jeito nenhum. Não quero me ver assim. (Áurea)

O que se percebeu, vem ao encontro do estudo de Pereira *et al.*, (2006), quando evidenciaram que a primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres, é a própria aceitação de que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade.

Após diagnóstico e procedimento de mastectomia, algumas mulheres utilizaram a palavra acostumar para se referir à relação com sua imagem, conforme relato das participantes a seguir:

[...] Você vai se acostumando com a falta dela né. Mais você sente falta sim. Lembra que poderia ter, principalmente quando vai vestir alguma roupa. Só que não tem o que fazer. Essa sou eu. (Esperança)

[...] Mais o tempo vai passando e você começa aprender a viver assim, não digo que a gente se acostuma porque eu tenho certeza que nenhuma mulher consegue se acostumar sem uma parte do corpo. (Serena)

Apesar de mencionarem a aceitação da nova imagem, percebeu-se que tal aceitação estava relacionada ao fato de não haver outra condição a não ser acostumar-se com a parte perdida.

O câncer de mama extrapola o aspecto físico, pois envolve a feminilidade, beleza, sexualidade, atributos significativos para a mulher. Alterações em sua rotina de vida comprometem atribuições como as de maternidade, donas de casa e até mesmo enquanto esposas. Celeste e Rosa trazem à tona essa preocupação e afirmam que houve mudanças no comportamento do companheiro no que diz respeito à sexualidade.

[...] As mudanças negativa eu senti assim é que eu vi ei não sei se é o jeito dele mais eu vi que não era mais do mesmo jeito você entendeu? (Celeste)

[...] Ele mudou comigo. Não sei, ficou diferente. (Rosa)

Oliveira e Oliveira (2012), ao estudarem sobre as consequências da mastectomia, afirmaram que a imagem corporal e a vida sexual estão diretamente ligadas à retirada da mama, corroborando assim com os achados dessa pesquisa.

Na fala de Celeste, a sensação de não ser mais do mesmo jeito, pode ser explicada por Chapman (1997) ao escrever sobre as bases do prazer sexual para homens e mulheres. Segundo o autor o prazer sexual masculino tem bases fisiológicas, e o estímulo para as relações sexuais é através da formação das células dos espermatozoides e do fluido nos canais seminiais. Já as mulheres a base para os estímulos são emocionais, elas precisam ser amadas, admiradas, desejadas por seus companheiros.

As participantes Margarida, Rosa e Celeste afirmaram a inexistência de relação sexual entre o casal, e quando existe, é diferente da maneira como ocorria antes da doença.

[...] Desde quando eu fiquei doente. Ele me procurou, mais eu não me senti a vontade de fazer. Mais eu nem sinto falta. (Margarida)

[...] Na parte sexual eu vou ser bem sincera, sinto que dei uma esfriada, pois não é fácil, é uma virada de 180 graus na vida da gente (Rosa).

[...] Hoje eu e ele não vivemos como marido e mulher entende? Ele dorme no quarto que era nosso e eu durmo no quarto da minha filha com ela. (Esmeralda)

Aliado aos aspectos emocionais, a diminuição do interesse sexual associa-se aos efeitos causados pelo tratamento, como menopausa precoce, diminuição da libido e alteração nos hormônios corporais.

Conde *et al.*, (2006) realizaram um estudo sobre a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, utilizou o instrumento IFSF que é um questionário para avaliação dos níveis de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação. Nesse estudo foi observado que “o funcionamento sexual foi pior em todas as subescalas para mulheres com história de câncer de mama quando comparado ao de mulheres sem essa neoplasia”.

Rosa e Violeta reconheceram que a dificuldade em relacionar-se sexualmente com o companheiro estava em si mesmas.

[...] Mais eu confesso que foi um pouco difícil pra mim. Eu me sentia feia, eu sei que nenhum homem quer uma mulher sem peito. (Rosa)

[...] É lógico que você fica com uma coisa na cabeça, que você fica pensando porque ele tá junto se eu estou tão feia careca. A vida sexual não é melhor por culpa minha. (Violeta)

No que diz respeito a essa situação Mezzomo e Abaid (2012) consideram que as próprias mulheres impõem mudanças no seu comportamento sexual, tendo como grande fator, o medo de ser rejeitada pelo parceiro e receio da perda do desejo sexual do companheiro, o que pode ser evidenciado no relato de Celeste.

[...] Olha eu penso que de mim talvez por receio meu de achar que ele não aceitaria da forma como eu estou, mas não da parte dele, mas da minha parte. (Celeste)

Apesar de admitirem algum tipo de dificuldade em relação à sexualidade, as participantes Celeste, Dolores, Rosa, Violeta mencionaram uma relação de companheirismo, compreensão, cumplicidade e carinho, conforme demonstrado a seguir.

[...] ele melhorou muito mais ainda porque ele tem o carinho ele tem a paciência ele tem o respeito e tem todo o cuidado. (Celeste)

[...] eu descobri que meu marido é realmente ‘o’ marido porque no meio de determinadas situações ele sempre esteve do um lado NUNCA houve discriminação nenhuma dessa parte ele sempre me apoiou. (Dolores)

[...] Existe sim a relação sexual, só que hoje não é como antes, existe mais carinho, existe mais intimidade. Aprendemos juntos que não é o ato que vai fazer da gente um casal feliz. Que sexo é muito mais que isso. (Violeta)

Nesta situação, Mezzomo e Abaid (2012) ressaltam que o companheiro se torna uma das fontes mais importantes de apoio à mulher, desde o seu adoecimento, passando pelo tratamento e chegando na sua recuperação. O apoio do companheiro, ao longo do processo, está associado a recuperação da identidade corporal e sexual da mulher. Para os autores é comum este apoio por parte dos parceiros. No entanto, alguns percorrem o caminho inverso, ou seja, se afastam das mulheres, conforme relato da participante Áurea. [...] *As coisas já não estavam bem. Quando cheguei do hospital ele não dormiu mais comigo. Depois disso não teve mais marido e mulher.*

A partir da descoberta do nódulo, confirmação do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a mulher vivencia situações adversas que faz com que utilizem estratégias para o enfrentamento e assim desenvolva o processo de resiliência, que vai se desenvolver ao longo da vida de um indivíduo, a partir do ajuste entre fatores de risco e proteção.

4.2 FATORES DE RISCO

Em relação aos fatores de risco, Yunes e Szymanski (2001) destacam que estes devem ser pensados como processo e não como variável em si, e relacionam os fatores de risco com toda a sorte de eventos negativos de vida, os quais, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais. Diante dos relatos das mulheres, foi possível identificar eventos de risco ou de estresse enfrentados no período compreendido do diagnóstico da doença ao término do tratamento e a volta ao cotidiano.

A questão do acesso à rede de saúde foi o primeiro fator de risco identificado neste estudo. Rosa (2012) afirma que algumas mulheres têm tantas dificuldades para marcar consultas, exames e cirurgia pelo SUS que decidiram realizar estas etapas via recursos particulares, mesmo sendo de classe socioeconômica carente. Fato ocorrido com Dolores.

[...] Demorava 10 dias pra poder fazer a consulta e exame lá na policlínica. Meu marido e eu achamos melhor ir num médico

particular, pois ia demorar bem menos, pois eu estava sentindo dores. Estava preocupada! (Dolores)

[...] Quando eu descobri que tava doente eu tinha plano de saúde. Fazia consulta por ele. Aí quando comecei a fazer o tratamento foi tudo pelo SUS, a cirurgia, a quimioterapia, tudo mesmo. (Serena)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, “o acesso aos exames de saúde devem se dar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço de saúde” (PARADA *et al.*, 2008). No entanto, como mostra o depoimento acima, a questão do acesso surge, inicialmente, na não realização desse exame pelas mulheres.

Ainda em relação à realização de consultas e exames, as mulheres relataram que, é preciso ter muita paciência e querer o melhor para si, pois acordar de madrugada não é fácil, principalmente para a grande maioria delas que, às vezes, mora distante dos serviços de saúde e até mesmo em outra cidade.

[...] Consegui marcar com a prefeitura. A consulta era em Palmas. Tive que acordar bem cedinho, pois a “van” levava e trazia. (Esperança)

[...] Tive que fazer os procedimentos em Araguaína. Como não tinha ninguém ficamos na casa de apoio quando eu estava tratando. (Dolores)

A influência da distância territorial em relação ao acesso aos serviços de saúde e consequente qualidade da assistência está diretamente relacionada com os determinantes sociais de saúde, ou seja, a localização territorial pode ser um dos determinantes da qualidade de vida da população local. A infraestrutura de saúde nas proximidades da residência do usuário, as condições socioeconômicas e os meios de transporte são fatores com forte influência na qualidade do acesso à saúde da população (CUNHA, 2013).

Algumas relataram demora em relação à primeira consulta confirmação do diagnóstico e início do tratamento.

[...] Minha biópsia demorou uns 45 dia pra chegar! (Dolores)

[...] Consegui agendar a consulta pra 15 dias mais na frente. Quando fiz a cirurgia já tava como uns três meses nessa vida de médico e de exames. (Rosa)

Nesta perspectiva dados revelam que as pacientes estão levando muito tempo entre o início da procura do atendimento médico primário até o encaminhamento ao hospital de referência, visto que somente 40% das pacientes conseguiram o encaminhamento em um prazo de 30 dias. Esta demora pode ser relacionada à imprecisão do exame físico ou demora de métodos diagnósticos complementares (SOUZA, 2008).

As indicações científicas é que a cirurgia deve ser realizada até duas semanas após o diagnóstico e o tratamento até três meses após o surgimento dos sintomas, observa-se que os resultados ultrapassam o recomendado. Desta forma, os atrasos de tempo indicam que as mulheres provavelmente terão taxas de sobrevida diminuídas. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em estudos realizados em países desenvolvidos é de aproximadamente 30 dias. Esse intervalo oscila de 31 a 233 dias e o intervalo do sintoma ao tratamento oscila de 75 a 1.561 dias com mediana de 245 dias (ROSA, 2012).

A Lei 12.732/2012 determina que o paciente com neoplasia maligna tenha direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até sessenta dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico - considera-se como primeiro tratamento a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia (BRASIL, 2012). Fato não evidenciado no relato das mulheres.

Por outro lado, para ter acesso aos serviços de saúde, algumas mulheres procuraram utilizar “fluxos informais” de atendimento, tais como fundações, ONGS ou no caso deste estudo, a Liga Feminina de Combate ao Câncer de mama. As mulheres relataram que se beneficiaram de outras redes de atendimento para alcançar seus objetivos, compreendido aqui como ter acesso ao serviço de saúde quando dele necessitar (CUNHA, 2013).

[...] Minha amiga já tinha feito mamografia pela liga e me falou. Fui lá e marquei. O resultado deu alterado e eles me encaminharam pra prefeitura pra eu poder fazer a consulta com um especialista. (Celeste)

A demora em realizar o procedimento de reconstrução foi outra dificuldade encontrada no relato de algumas mulheres. A lei 12.802/2013 garante que todas as pacientes submetidas à mastectomia têm direito à reconstrução imediata. No entanto, no caso da impossibilidade técnica, a mulher terá garantida a realização do procedimento após alcançar as condições clínicas (MATOS *et al.*, 2013). Porém, isto ainda está longe de ser uma realidade, em especial para as mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] O que tá sendo meio complicado e bem enrolado é a cirurgia de reconstrução, desde quando operei que “tô” aguardando ser chamada pra fazer. Mais até hoje nada! (Rosa)

[...] Estou com a papelada toda pronta desde que tirei a mama! Tenho fé que logo sai. (Margarida)

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia, no ano de 2014 apenas 20%, das pacientes brasileiras mastectomizadas pelo SUS tiveram acesso à reconstrução. E o tempo de espera é, em média, de dois a quatro anos. Infelizmente Rosa e Margarida se juntarão a outras mulheres que vivem mutiladas há anos, com vergonha e autoestima baixa, aguardando na fila pela cirurgia ou com medo da cirurgia por falta de informação (PETERS, 2013).

A postura de alguns profissionais de saúde também foi observado neste estudo e compreendido como fator de risco. A participante Esmeralda foi culpada pelo médico de ter negligenciado os sintomas da doença. *[...] Eu já estava péssima, e ele ainda veio dizer que eu tinha culpa, que eu devia ter feito os exames e procurado médico bem antes, me senti muito mal.* Neste sentido Thaines *et al.*, (2009) afirmam que o profissional de saúde, às vezes, perde a valiosa chance do diálogo como encontro de pessoas e saberes em que há varias possibilidades de ampliar o olhar e identificar as necessidades de saúde que o

usuário apresenta”. O relato de Esmeralda confirma a discussão desses autores, mostrando os profissionais de saúde cada vez mais descomprometidos com o princípio da integralidade e desenvolvendo ações, ainda, centradas apenas na doença.

Outro fator de risco identificado foi a falta de apoio da família e de amigos que segundo Dolores, Áurea e Esmeralda, tais relações se fragilizaram ou até mesmo romperam-se com o processo de adoecimento.

[...] alguns dos amigos sumiram e essa foi a parte mais sofrida a parte dos amigos. (Dolores)

[...] Meus amigos sumiram. Meu marido foi embora. O nosso casamento estava muito ruim. Foi complicando tudo... [...] Assim que eu fiquei doente e fiz a cirurgia, quando eu voltei pra casa muitos vieram me visitar. Mais o tempo foi passando e eles vêm cada vez menos. Uma vez ou outra eu recebo a visita de amigos. (Áurea)

[...] Antes de você tá doente, tem sempre amigos em casa, amigos por perto. Amigos que pedem favor você ajuda porque amigo é pra essas coisas. Mais bastou eu ficar doente pra todos sumirem. Eu não tive amigos ou família para me ajudar, me apoiar no momento mais difícil que eu precisava. (Esmeralda)

Para Franco (2008), existem fatores facilitadores e complicadores para o enfrentamento da doença pela família. O autor aponta como fatores complicadores os padrões familiares disfuncionais de se relacionar, interagir, comunicar e resolver problemas; ineficiência ou inexistência de suporte formal e informal e as crises familiares concomitantes à doença. Neste sentido, Araújo (2010) assegura que a inexistência ou ineficácia do suporte familiar é um dos fatores de risco que fragilizam o processo de construção da resiliência, oferecendo riscos para enfrentamento do diagnóstico e o tratamento.

Os efeitos da quimioterapia foram identificados como fatores de risco e definidos por Celeste, Serena e Violeta como uma situação difícil de lidar.

[...] a “químio”. Nossa foi a pior parte. Eu fiz quatro de vinte em vinte um dia. Sentia dores era como se tivesse assim um “bolo” muito grande uma bola que entrava no seu estômago. (Celeste)

[...] Tem alguns momentos que você pensa que não vai suportar, principalmente quando chega na quimioterapia, os efeitos dela mata, parece que é uma bomba destruindo tudo por dentro de você. (Serena)

[...] a parte mais difícil de tudo foi a parte da quimioterapia. Os efeitos colaterais são muito forte sabe. Então chega um momento que você pensa em desistir em parar com tudo. (Violeta)

Essa percepção da quimioterapia como algo extremamente negativo é comum em mulheres submetidas a esse tipo de tratamento. Matoso e Rosário (2014) constataram que as mulheres sentem-se péssimas ao realizarem a quimioterapia, relatando dores, desânimo, sonolência, fadiga, náuseas, vômitos e dificuldade na aceitação da autoimagem. Ainda de acordo com os autores, o tratamento quimioterápico é extremamente agressivo e pode acarretar inúmeros efeitos colaterais e emocionais, sendo comum nesta fase sentimentos de desânimo, pessimismo e vontade de desistir, evidenciado no relato das participantes Áurea, Esmeralda e Violeta.

[...] Mais eu tive sim vontade de desistir. Batia um desanimo e hoje volta ou outra eu também fico triste. (Áurea)

[...] Tem dia que me sinto muito triste, fico pensando o porquê de ter acontecido tudo isso comigo, será que eu realmente estou sendo castigada por não ter me cuidado. (Esmeralda)

Ramos *et al.*, (2012) afirmam que é comum esse tipo de sentimento tendo em vista que a partir do momento em que recebe o diagnóstico, a mulher passa a vivenciar expectativas em relação ao seu futuro, o surgimento de inúmeras adversidades, bem como o medo da morte. Ainda segundo os autores os sentimentos tornam-se intensos e contraditórios, como raiva, incertezas, conforme evidenciado no relato da participante Violeta.

[...] Então chega um momento que você pensa em desistir em parar com tudo. É uma mistura de sentimentos, de emoções que só quem passa por isso sabe contar. (Violeta)

O medo também foi um fator de risco encontrado e em alguns casos, esteve presente desde o diagnóstico, permanecendo após o fim do tratamento. Ao serem questionadas sobre a existência de algum medo, foi consenso no relato de oito das participantes a existência deste sentimento, e o mesmo estava relacionado à recidiva da doença, ou seja, o medo de que a doença pudesse retornar. Algumas temiam passar novamente pela experiência conforme relato baixo.

[...] Eu ainda sinto dores, eles falam que é da “quimio” às vezes eu chego a pensar que a “coisa” ainda está aí. Tenho medo de morrer e de deixar meus filhos (Celeste)

[...] Tenho sim medo de ter uma nova surpresa. Mais peço a Deus todos os dias para ele me livrar desse tipo de coisa (Esperança)

[...] meu maior medo é de passar por isso de novo. Vou ser sincera, eu não sei se conseguiria suportar tudo isso. (Rosa)

[...] O medo é ter de passar por isso tudo de novo. E muito sofrimento sabe... Só quem passa sabe. E eu sei que existe sim chance de voltar, ou no outro lado da mama, outra parte do corpo sabe. (Áurea)

Gontijo e Ferreira (2014) apontam o medo da recidiva como um dos aspectos mais relacionados ao estresse crônico nas mulheres em reabilitação do câncer de mama. Sobre esse momento específico, podem apresentar ansiedade antecipatória e pensamentos intrusivos, baseados na concepção crônica do câncer, considerado uma doença que pode se alastrar a qualquer momento e alcançar qualquer parte do corpo.

Azevedo (2009) considera que o temor diante da possibilidade da recidiva do câncer, faz com que a mulher confronte-se com a possibilidade de vivenciar todas as alterações decorrentes das terapias, bem como a incerteza da cura. Ainda de acordo com

a autora, este aspecto influencia negativamente na retomada das atividades que foram interrompidas, o que interfere na sua reabilitação e na qualidade de vida.

Verificou-se ainda nos relatos que o medo estava ligado diretamente a possibilidade de morrer, pois ficou evidente para elas que o câncer traz em si a possibilidade de morte, gerando essa ideia que vem acompanhada de angústia e temores que podem se estender aos demais membros da família, fato este evidenciado no relato de Violeta.

[...] olha eu tenho medo de não poder ter oportunidade de ver meus netinhos crescer. De não estar aqui com minha família. Acho que todo mundo que já teve um câncer, que já passou por essa luta tem esse medo, que é o medo de ter que passar por tudo de novo e não conseguir vencer. (Violeta)

Este medo da morte de acordo com Costa (2009) está associado ao estigma de câncer como algo que provoca sofrimento, como sentença de morte, dor, mutilação, deformação, desfiguração, apreensão, perda da autoestima, perda do atrativo sexual, medo, dentre outros. Ressalta-se que o medo não é somente do retorno da doença ou simplesmente da morte, ele está relacionado a muitas outras coisas, como por exemplo, da solidão, da separação de quem se ama, do desconhecido, conforme relato.

[...] De ficar doente de novo. De não ter minha filha perto de mim. Tenho medo disso. Medo de ter que passar por essa situação de novo. Toda vez que vou fazer a consulta de acompanhamento eu levo aqueles exames com medo de ter algo ruim naqueles papéis. (Esmeralda)

Apesar dos medos e incertezas fazerem parte da vida da maioria das mulheres, mesmo assim, elas lançaram-se ao futuro, atribuindo significação à suas experiências, no entanto o adoecimento trouxe mudanças negativas que podem ser consideradas como fatores de risco.

Em relação às mudanças negativas, para Celeste, Violeta, Áurea e Esmeralda as mesmas estavam diretamente associadas à impossibilidade de desempenhar as atividades que realizavam antes do adoecimento.

[...] A única que eu vejo negativa é eu estar parada sem fazer nada... Gostaria de fazer mais coisas... Mais essas coisas mais pesadas eu preciso de ajuda. Não posso lavar roupa sozinha. (Celeste)

[...] Eu queria mesmo era trabalhar. Isso é o lado ruim. (Violeta)

[...] Não posso trabalhar fora, só faço as tarefas de casa e mesmo assim com muita dificuldade e dor. Tenho esse braço aqui que quase não se movimenta, ficou assim depois da operação. (Esmeralda)

Essa situação vem ao encontro do estudo de Brito e Marcelino (2014) quando afirmam que a impossibilidade de desempenhar as tarefas cotidianas, gera por vezes, incômodo e insatisfação entre as mulheres tratadas do câncer de mama, diante das novas necessidades de cuidados e novos limites do corpo. Para Pereira *et al.*, (2013) este fato é compreensível, sendo o câncer, uma doença grave, faz com que a mulher se sinta mais vulnerável e fragilizada, além de intensificar a percepção de falta de domínio da própria vida. Aliado a isso, a mulher se torna dependente, principalmente durante o período de tratamento e pós-cirúrgico pelos efeitos adversos, necessitando de ajuda para realizar tarefas domésticas que antes desempenhava com facilidade.

4.3 FATORES DE PROTEÇÃO E PROCESSO DE RESILIÊNCIA

No presente estudo, os primeiros fatores de proteção identificados estão relacionados ao suporte social que receberam da família e amigos. Outro aspecto reconhecido foi o da espiritualidade como importante fator para superação do sofrimento e experiências adversas relacionadas ao adoecimento e tratamento do câncer.

E ainda um terceiro aspecto foi a possibilidade de trabalhar, ou seja, de retomar as atividades que desenvolviam antes do adoecimento.

Para oito das dez participantes o apoio da família e dos amigos contribuiu para o enfrentamento da doença, principalmente em situações de crise como no caso da descoberta do diagnóstico e o período de tratamento, sendo um importante fator protetor e recuperador da saúde dessas mulheres.

[...] e daí então eu tive o apoio de todos em nenhum momento eles deixaram de me ajudar. (Celeste)

[...] eu tive um apoio assim TOTAL da minha família um apoio mesmo principalmente do meu marido. (Dolores)

[...] Toda a minha família me ajudou muito, os meus amigos da igreja que eu frequentava, quando todo mundo ficou sabendo vieram aqui em casa me apoiar. Eu tive muita ajuda. (Esperança)

Nesta direção, Pereira *et al.*, (2013) afirmam que tal apoio prestado pelos familiares e amigos é essencial na superação de conflitos como medo, confusão, ansiedade e depressão e pode propiciar à mulher formas opcionais de viver, mesmo com limitações. Além disso, o afeto familiar ajuda a lutar contra a doença, supre suas carências e auxilia no alcance de maior aceitação e readaptação à rotina. Carvalho *et al.*, (2007) complementam que o relacionamento familiar e entre amigos é um fator de proteção, trata-se de fontes de apoio emocional que um indivíduo pode acessar em situações de adversidade e que contribuem para que se estabeleça a resiliência. Para Cardoso (2014) o relacionamento familiar e entre amigos é um fator de proteção, surgindo como fontes de apoio emocional que a mulher pode acessar em situações de adversidade e que contribuem para que se estabeleça a resiliência. Para Forgerini (2010) a família desponta como principal fonte de apoio para a mulher durante o tratamento oncológico, de acordo com ela, os familiares oferecem cuidados diretos ou apoio indireto, ou seja, não apenas conforto emocional a mulher, mas também ajuda em sua prática cotidiana. Conforme evidenciado no relato de Violeta.

[...] me senti amparada e feliz por minha família saber e contar com o amor e a força de todo. Minha irmã ficou um tempo lá em casa fazendo tudo o que eu não podia fazer até me recuperar. (Violeta)

Para a participante Dolores além da família, os profissionais de saúde que a acompanharam durante o tratamento foram importantes para lidar com a situação nova.

[...] Eles me ajudaram muito. Lembro-me de cada um. A forma que me tratavam as informações antes de receber alta. Foram muito cuidadosos. Meu médico então, nem se fala, muito bom. (Violeta)

Cardoso (2014) aponta que o apoio dos serviços e profissionais de saúde pode favorecer a resiliência, sendo um fator de proteção, pois fornecem cuidados, orientações e acolhimento a pacientes e às famílias. Com o propósito de minimizar os efeitos estressores dos tratamentos, facilitando a adaptação e superação da adversidade vivida, período que requer auxílio de uma rede social adequada, de um suporte profissional humanizado e relacional, elevando as chances de um sucesso no processo de recuperação e resiliência.

O vínculo é outro aspecto fundamental da atenção integral à paciente, sendo definido como: “o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para a usuária” (CUNHA, 2013).

Verificou-se ainda que, a partir da confirmação do diagnóstico de câncer de mama, a maioria das mulheres recorreu a Deus e a religião como forma de enfrentamento da doença e busca pela cura. A espiritualidade é identificada como fator de proteção e de acordo com Simão *et al.*, (2012), independente da opção religiosa, favorece a resiliência, sendo um fator de proteção. Hoffmann *et al.*, (2006) ; Horta *et al.*, (2003) também compreendem a fé como fator de proteção que possibilita atitudes positivas diante o processo de adoecimento, reduzindo angustias e sofrimento relacionado a patologia. Em seu estudo, Cardoso (2014) também constatou que a espiritualidade, ou a fé, favorece a resiliência, identificando-as como um fator de

proteção. Ainda de acordo com a autora a fé pode fortalecer outros fatores de proteção como a esperança e otimismo. É essa esperança e otimismo que pode ser verificado no relato de Serena.

[...] E também ter fé em Deus, ter fé que tudo ia acabar bem... Eu sempre tive esperança que ia conseguir passar por essa situação. Nunca pensava em ficar triste. (Serena)

[...] Procurei a casa de Deus só pedi ajuda que se ele tivesse algo na minha vida e que ele me desce força que ele me renovasse. (Celeste)

[...] Eu orei, pedi muito a Deus pra me livrar disso e ele me ouviu, me curou. (Esperança)

[...] Primeira é fé em Deus... Primeira coisa é ter fé em Deus muita fé em Deus e acreditar. (Dolores)

[...] A fé em Deus em primeiro lugar. Eu me apaguei a Deus, era a minha única esperança, eu não era muito religiosa, mais a partir da doença eu entreguei a minha vida nas mãos do “Senhor”. Só ele podia fazer um milagre na minha vida. (Margarida)

Foi possível evidenciar que a espiritualidade ou fé, tornou-se mais do que suporte, pois promoveu novos sentidos para os sofrimentos vivenciados e transformações pessoais, conforme evidenciado no relato de Margarida e Rosa.

[...] Hoje eu sou uma pessoa temente a Deus, antes eu não ligava muito pra isso. (Margarida)

[...] Eu nunca pude imaginar que tinha tanta fé. E olha que eu fui criada com nenhuma religião. Eu era de ir pouco a igreja. Mais eu me apeguei a uma fé em Deus. No fundo no fundo eu sabia que ele existia e era ele que podia fazer tudo por mim naquele momento. (Rosa)

O trabalho, ou seja, a possibilidade de continuar desenvolvendo as atividades que desenvolvia antes de adoecer foi identificada nos relatos de Dolores, Esperança e Margarida como fator de proteção.

[...] por que é trabalhando que a gente esquece essas coisas “ tudin ” por que se eu não tivesse trabalhado muito eu tinha entrado em depressão e quando você tá trabalhando você esquece que teve doente. (Dolores)

[...] eu “tô” sempre ocupada com as atividades da igreja, a gente sempre organiza eventos para as mulheres da igreja, é muito bom. Isso ocupa a minha cabeça. Eu me considero uma pessoa muito feliz. (Esperança)

[...] Mais eu implorei pra ele me deixar trabalhar. Eu me sinto viva, ocupo minha cabeça, o tempo passa. Acho que se eu ficasse em casa eu estaria muito deprimida. (Margarida)

Frazão e Skaba (2013) consideram o trabalho como um importante papel na vida da mulher, pois o mesmo garante muito mais do que sua subsistência, garante também sua independência. De acordo com Prado (2002) esse retorno simboliza uma tentativa de retomar o cotidiano e a autonomia, sentindo-se produtiva e independente. Para viver com qualidade, a mulher precisa aprender a viver e a conviver com as limitações e sequelas que o câncer promove.

O quadro 4 apresenta um panorama geral dos fatores de risco e mecanismos de proteção identificados nos relatos das mulheres entrevistadas neste estudo.

Quadro 4- Fatores de risco e proteção identificados nos relatos das mulheres mastectomizadas acompanhadas pela Liga Feminina de Combate ao Câncer de Gurupi entre 2012 e 2014. Tocantins. Brasil.

Participante	Fator de Risco	Fator de Proteção
Celeste	- Dificuldades no acesso à rede de saúde -Efeitos da Quimioterapia -Medo da recidiva	-Apoio da Família e do Companheiro - Fé/ Religião - Otimismo
Dolores	-Dificuldades no acesso à rede de saúde -Ausência do Apoio dos amigos - Efeitos da Quimioterapia	-Apoio da Família, -Apoio dos Amigos -Apoio da Equipe de Saúde -Fé/ Religião -Trabalho -Solidariedade
Esperança	-Dificuldades no acesso à rede de saúde -Medo da recidiva	-Apoio da Família, -Fé/ Religião -Trabalho
Serena	-Dificuldades no acesso à rede de saúde -Efeitos da Quimioterapia -Medo da recidiva	-Apoio da Família -Fé/ Religião
Margarida	- Dificuldades no acesso à rede de saúde	-Apoio da Família, -Fé/ Religião -Trabalho
Rosa	- Dificuldades no acesso à rede de saúde	-Apoio da Família, -Fé/ Religião -Trabalho - Suporte Psicológico
Violeta	- Efeitos da Quimioterapia -Medo da recidiva - Ficar triste e pensar em desistir	-Apoio da Família, -Fé/ Religião
Íris	-Medo da recidiva	-Apoio da Família e do Companheiro -Fé/ Religião
Áurea	-Ausência do Apoio da família e amigos -Abandono do Companheiro -Ficar triste e pensar em desistir -Medo da recidiva	-Apoio da Família, -Fé/ Religião
Esmeralda	-Ausência de Apoio da Família e Amigos -Ficar Triste ou Pensar em Desistir -Medo da recidiva -Postura do profissional.	-Fé/ Religião

Para que se possam compreender as mudanças ocorridas após o adoecimento é importante ressaltar que o diagnóstico da doença permanece com a paciente por cinco anos, período em que a mesma realiza com frequência exames de rotina a fim de acompanhar sua condição clínica, sendo considerada livre da doença ao final deste período (SILVA 2005 *apud* FORGERINI 2010). No entanto, Santos (2008) afirma que o entendimento atual é que a paciente deve se sentir curada logo após o término do tratamento cirúrgico e término da quimioterapia/radioterapia, uma vez que não mais exista evidência de doença. Ou seja, a paciente deve tão logo quanto possível aproveitar toda a plenitude de sua vida já na fase pós-tratamento.

Em se tratando das mudanças positivas, evidenciou-se que o significado que a mulher atribui ao câncer atinge a forma como percebe e lida com o seu processo de adoecimento. Após vivenciarem uma situação adversa, onde a própria vida estava em risco, percebeu nos relatos das mulheres modificações em certas atitudes de sua vida. Celeste, Esperança e Serena relataram mudanças na forma de perceber, compreender e valorizar a vida.

[...] Uma mudança que eu senti muito foi o meu jeito de ser o meu jeito de pensar com as pessoas de entender elas. (Celeste)

[...] Que eu mudei enquanto pessoa. Mudei minha forma de ver a vida. Hoje eu dou muito mais valor pra ela. As pequenas coisas dela. (Esperança)

[...] Então eu acho que as mudanças foram essas pequenas coisas no jeito de ser, no jeito de pensar a vida, você começa a valorizar as pequenas coisas que antes você não valoriza. (Serena)

Entende-se neste contexto que o processo de adoecimento é uma experiência única que adquire sentido e significados que vão influenciar em todas as vivências posteriores. A valorização das coisas simples e da vida como um todo foi relatada nos estudos de Caetano *et al.*, (2009) e Veit e Castro (2013), nos quais o diagnóstico do câncer de mama foi visto como um marco na vida das entrevistadas, capaz de mobilizar

uma nova visão frente à vida e à compreensão das situações. Para Ramos e Lustosa (2009), o adoecimento é vivenciado como uma crise e representa importante oportunidade de reflexão para mudanças existenciais positivas, culminando em reavaliação de valores e condutas. Para os autores, o reconhecimento de aspectos positivos em uma experiência de intenso sofrimento como o câncer de mama, mostra a existência de bons recursos adaptativos e de enfrentamento. É o que pode ser evidenciado no relato de Áurea.

[...] Você vive a vida cheio de planos, e pensa que nada vai acontecer com você até quando você toma um desses sustos da vida. Você se afasta da família, coloca culpa no tempo. Mais depois disso eu aprendi a dar mais valor pra vida que eu tenho e pra minha família. (Áurea)

Para Serena, Margarida e Áurea houve mudanças positivas nas relações familiares. Para elas, a união entre os membros da família proporcionando suporte durante a doença foi fundamental para modificar as relações que antes eram superficiais ou até mesmo conflituosas.

[...] E a mudança na forma de como eu e meus filhos ficamos mais unidos, hoje a gente está mais junto, agente se fala mais e antes não era assim não. Mais todo mundo se uniu pra me ajudar. (Serena)

[...] Hoje a minha família está mais perto de mim. (Margarida)

[...] Se teve mudança foi pra melhor. Hoje a minha casa vive cheio de amigos do meu esposo. Minhas amigas estão sempre por aqui. A nossa família, minha mãe, os pais deles. São visitas que tão sempre por aqui. (Áurea)

As expectativas em relação ao futuro relacionam-se com a influência dos fatores de proteção, e dos determinantes sociais de saúde, tais como educação, emprego e renda, gênero e etnia, fatores psicossociais e comportamentais (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Para as participantes Celeste, Esperança, Serena e Iris, planejar o futuro está relacionado com sua ocupação, ou seja, a possibilidade de retornar ao mercado de trabalho ou para as atividades que desenvolviam algum tipo de trabalho antes da cirurgia.

[...] eu tenho vontade de voltar a trabalhar a desenvolver meu trabalho como eu desenvolvia ele... Esse é o meu sonho continuar aquela pessoa com força com essa alegria com esse desempenho de querer fazer melhor. (Celeste)

A possibilidade de estar com a família foi outro desejo mencionado por Rosa.

[...] Mais o plano que eu tenho é viver a minha vidinha da melhor forma possível, estar do lado da minha família, da minha netinha. Acho que já está bom demais. (Rosa)

Entendeu-se que o desejo de estar com a família como uma forma de retribuição todo apoio durante o tratamento. No caso de Rosa a família serviu como apoio para o enfrentamento da doença e das possíveis consequências. Após ter passado por um período de adversidades e de incertezas ocasionados pelo câncer de mama, ter saúde foi a única perspectiva de futuro a ser mencionada por Celeste. Percebe-se que a mesma possui um significado ímpar, tendo em vista a possibilidade de a mesma continuar vivendo de maneira saudável. Tal fato pode estar relacionado ao receio do retorno da doença e o que a mesma significa.

[...] Eu não quero muita coisa não... Eu quero ter saúde. Pra mim isso já tá muito bom. (Celeste)

As participantes Rosa, Margarida e Esmeralda apontaram a reconstrução da mama como uma possibilidade e desejo futuro conforme relatos.

[...] Quero muito em breve fazer a reconstrução da mama. Já comecei a mexer com toda papelada. E com fé em Deus vai sair bem logo.
(Rosa)

[...] Tenho muita vontade de fazer a reconstrução, poder usar as roupas que eu tinha me sentir uma mulher de verdade, bonita.
(Margarida)

[...] Tenho uma vontade de fazer minha reconstrução. Poder vestir as minhas roupas sem problemas vai ser muito bom.
(Esmeralda)

Compreendeu-se que o desejo de reconstruir a mama pode representar a preservação da autoimagem da mulher, permitindo melhor qualidade de vida. Infelizmente no caso da grande maioria desse estudo, a reconstrução imediata não foi realizada conforme preconiza a lei 12.802/2013. A respeito deste fato, dados da Sociedade Brasileira de Mastologia constatou que apenas 1/3 das pacientes brasileiras submetidas à mastectomia têm acesso à reconstrução. Azevedo e Lopes (2010) afirmam que a reconstrução da mama é reconhecida pelos inúmeros benefícios, não só estético mais também psicológico. A partir do momento em que a mulher busca novas perspectivas de vida, a mesma ultrapassa os limites da doença, sendo capaz de reintegrar a sua identidade.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise das categorias deste estudo, é possível retomar as questões norteadoras: ao ser diagnosticada com câncer de mama a mulher passa a ter medo não apenas da doença em si, mas também do que a mutilação pode causar na sua estética, na sua imagem corporal, a medida em que verificou-se este sentimento no relato das mulheres. Outro ponto associado a essa questão é a evidência de que um dos aspectos que mais causou sofrimento para as mulheres foi lidar com a sua “nova imagem” após o procedimento cirúrgico e tratamento quimioterápico, o que influenciou diretamente o relacionamento conjugal e a sexualidade de algumas mulheres.

O impacto da mastectomia afeta também o contexto social e o âmbito familiar que aquela mulher vive, tendo em vista a identificação da ausência de apoio da família e amigos como fator de risco. Por outro lado, suporte da família, amigos, profissionais da saúde, espiritualidade e trabalho impactaram de forma positiva na vida de algumas mulheres.

Compreendeu neste estudo que estar resiliente relaciona-se com a capacidade de vivenciar medos, angústias e incertezas, assumindo postura ativa de enfrentamento ao câncer de mama. Muito além de superar as adversidades o processo de resiliência permitiu às participantes encontrar novos sentidos para as dificuldades vivenciadas e serem fortalecidas por estas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a vivência e os processos de resiliência da mulher com câncer de mama foi uma tarefa desafiadora. Partindo da compreensão de que a resiliência é um processo e não um atributo fixo, portanto passível de ser alterada a partir das influências recebidas, é possível promovê-la por meio de estratégias que interfiram positivamente nos fatores de proteção.

Para os serviços que prestam atendimento a esse público como a Liga Feminina de Combate ao Câncer, resultados como o deste estudo, em que se analisou o processo da resiliência, seus fatores de risco e proteção, permitem a elaboração de propostas e estratégias de intervenção com objetivo de minimizar riscos e fortalecer os mecanismos de proteção, a fim de promover sua resiliência. Tais atividades podem ser de forma individual ou coletiva, desde que direcionadas às necessidades individuais. , tais como: capacitação de profissionais, mudanças no foco do exame preventivo, para que nesse aspecto considerem-se os determinantes sociais de saúde; presença de suporte psicológico no momento do diagnóstico; grupo de apoio com esposos; grupo para discussão da espiritualidade e cartilhas informativas.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de aprofundar a compreensão de aspectos relacionados ao tema, identificados ou não nesse estudo, como: visão masculina da parceira mastectomizada; conviver com a possibilidade de retorno da doença; e relação entre resiliência e determinantes sociais de saúde para a mulher mastectomizada, a fim de ampliar a compreensão do processo de resiliência em mulheres com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. G. D. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [S.L], v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015.

ALMEIDA, S. B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama**: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda / Sueli Batista de Almeida. – 2009. 138f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

AMARO, L.S. Resiliência em pacientes com câncer de mama: O sentido da vida como mecanismo de proteção. **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**. Curitiba. v. 2 n.2, p.147-161, 2013. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/download/15923/10098>. Acesso em Abril de 2016.

ARAÚJO, N. C. A capacidade de resiliência de mulheres acometidas por câncer de mama que sofreram alteração da imagem corporal. **Boletim Eletrônico Sociedade Brasileira de Psico- Oncologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 20-29, 2010.

ANGST, R. Psicologia e Resiliência: Uma Revisão de Literatura. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n.58, p. 253-260, 2009. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3252&dd99=pdf>. Acesso em Abril de 2016.

ARROYO, J.M.C; LOPEZ.M.L.D. Psychological Problems Derived from Mastectomy: A Qualitative Study. **International Journal of Surgical Oncology**. 2011. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ijso/2011/132461/abs/>. Acesso em Abril de 2016.

AZEVEDO, R.F; LOPES, R.L.M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. **Revista de enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, pg. 298-303, 2010 .

AZEVEDO, R.F. **A cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução mamária**. 2009. 175f. Dissertação (Mestrado). Escola Baiana de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2009.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.223p.

BORGHESAN, D. H et al. Câncer de Mama e Fatores Associados. **Ciênc. Cuidado e Saúde**. v.7,(Suplem. 1), p. 62-68, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/. Acesso em Junho de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 12.802, de 24 de abril de 2013 [Internet]. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.html. Acesso em Junho de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRITO, L. M. O. *et al.* Conhecimento, prática e atitude sobre o auto exame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 241-265, 2010.

CAETANO, E.A; GRADIM, C.V. C; SANTOS, L.E. DA S. DOS. Câncer de mama: Reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista de Enfermagem**, UERJ. 2009.

CALEGARI, E.G; FELDENS. V.P; SAKAE. T.M. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/ SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 40, n. 3, p. 49-55, 2011. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/879.pdf>. Acesso em Maio de 2016.

CAMPOS. P; MARIA. E. A Psico-Oncologia. **Boletim Academia Paulista de Psicologia** São Paulo, v. 30, n.79. p.440-449, Julho/Dezembro. 2010. Disponível em: <http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=94615412015>. Acesso em Abril de 2016.

CANIELES, N. M. *et al.* REDE DE APOIO A MULHER MASTECTOMIZADA. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 450-458, abr./jun. 2015.

CARDOSO, C.R.de; PERES, R.S. Estilos de Enfrentamento Religioso em Mulheres Acometidas de Câncer. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1058-1061, 2013. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a19>. Acesso em Junho de 2016.

CARDOSO, D.H. **Estratégias para promoção da resiliência com mulheres sobreviventes ao câncer de mama**. 2014. 120f. Dissertação (Ciências). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2014.

CARVALHO, P.L et al. Qualidade de vida de mulheres em tratamento de câncer de mama. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 187-192, 2013. Disponível: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/0>. Acesso em Junho de 2016.

CASTRO, M. **Quality of Life in Female Breast Cancer Survivor in Panama**. Graduate Theses and Dissertations. Department of Environmental and Occupational Health College of Public Health, University of South Florida, 2013. Disponível em: <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5848&context=etd>. Acesso em Maio de 2016.

CASTRO, R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. **Revista brasileira de cancerologia**. v. 55, n° 1, p. 41-48, 2009

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. [Tese de Doutorado-Escola Paulista de Medicina-Unifesp]. São Paulo, 1997.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS)**. 2008.

CHINI, G.C de O, BOEMER, M.R. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev. Latino-americana de enfermagem**. 2007.

CONDE D. M. *et al.* Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. v.28, n.3, p.195-204, 2006.

CORREIA, S.F. **Reabilitação do doente oncológico da cabeça e pescoço - considerando clínicos e protocolos de atuação.** 2013.57f. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Medicina dentária.

CUNHA, K. **Acesso a um serviço de oncologia: estudo de mulheres com câncer de mama.** 2013. 85f. Dissertação (Mestrado) -- Universidade da Amazônia, Programa de Mestrado em Desenvolvimento e meio Ambiente Urbano.

COSTA. C.L; NAKAMOTO, L.H; ZENI. L.L.**Psicooncologia em Discussão.** 1ªedição, São Paulo. Lemar 2009. 145 p.

FARINHAS. G.V; WENDLING. M.D; ZANON. L.L. D. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família: Um Estudo de Caso a Partir da Percepção do Cuidador. **Revista Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 17, n.2, p. 111-129, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009. Acesso em Abril de 2016.

FERNANDES, A.F. C; MAMEDE, M.V. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram.** Fortaleza: UFC; 2003. 76 p.

FERREIRA, D. D. B. *et al.* Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 536-544, 2011.

FORGERINI, M. **Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência.** 2010. 209f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Bauru. 2010.

FRANCO, M. H. A. P. Família em psico-oncologia. In V. A. Carvalho et al (Org.) **Temas em psico-oncologia.** Summus. São Paulo. 2008.

FRAZÃO, A; SKABA, M. M. F.V. Mulheres com Câncer de Mama: as Expressões da Questão Social durante o Tratamento de Quimioterapia Neoadjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.L], v. 59, n. 3, p. 427-435, 2013.

FUNCAMP. Fundação Desenvolvimento da UNICAMP. Projeto QUALISUS. **Relatório técnico contendo os guias de linhas selecionados e as respectivas linhas de cuidado.** Junho 2008.

GAMBA, M. A; TADINI, A. C. **Processo saúde doença**. 2010.212p.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo. Atlas. 2008.159p.

GIMENES, M. G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO. M. M. M. J. (Org.), **Introdução à psico-Oncologia**. São Paulo: Livro Pleno. 2003

GOMES, E. A. **Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção**. 2012.152f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora. Departamento de Medicina.

GONTIJO, I.B. R; FERREIRA, C.B. Sentimentos de mulheres jovens frente ao diagnóstico de câncer de mama feminino. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 2-10, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/home-pc/Downloads/15488-66827-1-PB.pdf>, Acesso em Junho de 2016.

HOFFMANN, F.S.; MULLER, M.C.; FRASSON, A.L. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.7, n.2, p.239-254, 2006.

HOLLAND. J.C. **Psycho-Oncology**. New York. Oxford University Press. 1998.

HORTA, C. R. et al. O papel da fé no enfrentamento do câncer. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (orgs). **Psicologia da Saúde, Perspectivas Interdisciplinares**, p. 149-171, 2003.

INFANTE, F. A resiliência como processo: Uma revisão da literatura recente. In. MELILLO, E. N. S. OJEDA e cols. **Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas**. (V. Campos, Trad., pp. 23-38). Porto Alegre: Artmed. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer de mama: é preciso falar disso / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil 2011**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/recomendacoes_cancer_de_mama_inca_ms_d ez_2011.pdf>. Acessado em 08 de Agosto 2016.

JUNIOR. A.C.L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**. [Online]. 2001, vol.21, n.2, p.36-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200005>. Acesso em Março de 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes. 2005.295p

LANZA, L.F. **História de Mulheres Sobreviventes ao Câncer de Mama**. 2012.148f. Tese (Doutorado em Ciências) Instituto de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2012.

LIMA. J. DE. B. ARAÚJO. T.C.C.F. Avaliação de resiliência: Um estudo exploratório com pacientes oncológicos. **Psicol. Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68. 2012

LINDSTROM, B. O significado de resiliência. *Adolescencia Latinoamericana*, Porto Alegre: Cenespa — **Centro de Estudos e Pesquisas em Adolescência**, v. 2, n. 3, p. 133-137, 2001. Disponível em: <<http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v2n3/a06v2n3.pdf>>. Acesso em: 22/04/2016.

LOPES. B.T. O; E.P.O. Sexualidade feminina após a mastectomia. In: I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIA EM GESTÃO, EDUCAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO. Goiânia. 2012. **Anais...** Goiânia 2012.

MARQUES. T.S; Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da Enfermagem. **Revista Enfermagem UNISA**. Santo Amaro. 2012; v.13, n.1, p. 53-58. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-09.pdf>. Acesso em: Maio de 2016.

MATOS, G.A. *et al*. Reconstrução mamária: análise de novas tendências e suas complicações maiores. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. v.28, nº4, p. 619-626. 2013.

MATOSO, L. M; ROSÁRIO, A. S.D. Efeito colateral da quimioterapia e o papel da enfermagem. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 2, p. 42-57, 2014.

MELO. M.C. *et al.* O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, 2012.

MELO W.A. *et al.* Fatores Associados na Mortalidade por Câncer de Mama no Noroeste Paranaense. **Rev. Eletron. Gest. & Saúde**. 2013; Edição Especial, 2087-2094 Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MENDES, S. M. C. **Inventário de depressão de Beck (BDI) em pacientes mastectomizadas de Teresina-PI**. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

MENEZES, N.N. T; SCHULZ, V.L; PERES, R.S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 233-244, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200006>. Acesso em Junho de 2016.

MENEZES. M.F.B. *et al.* A enfermagem e resiliência nas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 17°. Natal. 2013.

MEZZOMO, N.R; ABAID, J.L.W. O Câncer de Mama na Percepção de Mulheres Mastectomizadas. **Psicologia e Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 40-49, 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em Agosto de 2016.

MINAYO, M. C. S. **Introdução à metodologia da pesquisa social**. São Paulo. Hucite, 2011. 80p.

MOURA. A.C. *et al.* Intervenção da Psico-Oncologia no Tratamento de Crianças Portadoras de Leucemia Linfóide Aguda. ENCONTRO DE BIOÉTICA DO PARANÁ – Vulnerabilidades: pelo cuidado e defesa da vida em situações de maior vulnerabilidade. 2, 2011, Curitiba. **Anais eletrônicos**. Curitiba: Champagnat, 2011, p. 185-196. Disponível em: <http://www.bioeticapr.org.br>. Acesso em Abril de 2016.

MOTA, D. C.G. D.*et al.* **Estresse e resiliência em doença de Chagas**. Aletheia, 2006.

NASCIMENTO *et al.* Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p 108-114, 2015.

NEVES, Flávia Silva. **Avaliação da dinâmica resiliente em atletas paraibanos** Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Psicologia. João Pessoa: [s.n.], 2011.

NICOLAOU, P.K; PADOIN. L.V. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.92-94, 2013. Disponível em: http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v23n3_92-94.pdf. Acesso em Junho de 2016.

NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.200p.

OLIVEIRA, A.C.H. **Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama: um estudo transdisciplinar**. 2009. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PAREDES, C. G. *et al.* Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 1, p. 100, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/17.pdf>. Acesso em Julho de 2016.

PEIXOTO, J.E. A trajetória da mamografia – a procura da qualidade [palestra]. In: **Projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

PEREIRA, D; BRAGA, A.A.M. A mastectomia e a resignificação do corpo no feminino. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 47-64, 2016.

PEREIRA. C. M. *et al.* O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. **Cuidado é fundamental online**. Rio de Janeiro. v. 5, n.2,pg. 3837-3846, 2013. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article>. Acesso em Abril de 2016.

PEREIRA, S. G *et al.* Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. bras. enferm.** [Online]. v.59, n.6, p.791-795. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600013>. Acesso em Julho de 2016.

PESCE, R.P. *et al.* Risco e proteção: Um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n°2, p. 135-143. 2004.

PESCE, R.P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n° 2, p.(2). 2005.

PETERS, S.H. **Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico.** 2013.120f. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Política Social, Pelotas.

PINHEIRO. D.P.N. **A Resiliência em Discussão.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, 2004.

PIMENTEL, D.M; LIMA. D.T; FONSECA. R.L.M. **A Atuação do Psicólogo Hospitalar no Atendimento aos Portadores de Câncer de Próstata e de Mama.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Governador Valadares. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce. Curso de Psicologia; 2009.

PRADO, J.A.F.A. **Supervivência: novos sentidos na vida após a mastectomia.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. 2002. Disponível em <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0076.pdf>. Acesso em: 02/05/2016.

POLLETO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e proteção. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v.25, n.3, p.405-416, 2008.

POLETO, M., & KOLLER, S. H. Resiliência: Uma perspectiva conceitual e histórica. In D. D. DELL'AGLIO, S. H. KOLLER, & M. A. M. YUNES (Orgs.), **Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção** (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

PORTO, M.A. T; TEIXEIRA. L.A; SILVA. R.C.F. História do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.331-339, 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf. Acesso em Junho de 2016.

RAMOS. B.F; LUSTOSA. M.A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 85-97, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 jul. 2016.

RAMOS, W. S. R. *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. **J Health Sci Inst**, [S.L], v. 30, n. 3, p. 241-248, 2012.

REZENDE, M. C. R *et al.* Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do sistema único de saúde no Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.31, nº 2, p.75-81. 2009

RODRIGUES, F. S. S; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 619-627, 2012.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**. 1987.

SANTOS. A.P.A.L. **Psico-Oncologia: Um estudo com pacientes após o término do tratamento oncológico**. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

SANTOS, L.L; AGLIO, D. D. D. A constituição de moradas nas ruas como processo de resiliência em adolescentes. In: AGLIO, Débora Dalbosco Dell; KOLLER, Silvia Helena; YUNES, Maria Ângela Mattar. **Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 203- 231

SIMÃO, M. J. P. Resiliência e Psicologia Transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 291-302, 2012.

SCANNAVINO, C.S.S *et al.* Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicol. USP**. São Paulo, vol.24, n.1, p.35-53. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010365642013000100003&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em Abril de 2016.

SILVA, P. A; RIULI, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.

SILVA, S; et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010. V.63, n. 5, p. 727-734.

SILVA JÚNIOR, E.S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.10 (Supl. 1), p. 49-60. 2010.

SOUSA, A.L; ANA, G.S; COSTA, Z.M.B. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. **Com. Ciências Saúde**. 2014; v 25 n.1, p. 13-24. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2014vol25pdf>. Acesso em: Março de 2016.

SOUZA, M. T. S; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: Revisão de literatura e análise de produção científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, v.40, n.1, p.119-126, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a13.pdf>. Acesso em Março de 2016.

SOUTO, K.M.B. A Política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista Ser Social**. Brasília, v.10, nº 22, p.161-182. 2008.

TABOADA, N.G; LEGAL, E.J; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**. v.16, n.3, p.104-113, 2006.

TAVARES, J.S.; CAMPOS, T; LENY, A.B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1349-1358, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700044&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Julho de 2016.

TEIXEIRA L.A, PORTO MA, NORONHA CP. **O câncer no Brasil, passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2012.

TELES, S. S. **Câncer Infantil e Resiliência: Investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança**. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP. 2005.

VEIT, M.T; CARVALHO, V.A. Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p. 526-530, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/526a530.pdf. Acesso em Abril de 2016.

VEIT, C.M; CASTRO, E.K.de. Coping Religioso/Espiritual Positivo em Mulheres com Câncer de Mama: Um Estudo Qualitativo. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 331-441, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/15820/10408>. Acesso em Junho de 2016.

VENÂNCIO, J.L. A Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V.50, n.1, p.55-63, 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf. Acesso em Julho de 2016.

YUNES, M. A. M. **A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda**. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2001

YUNES, M.A. A; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. TAVARES, J. (org). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42

YUNES, M. A. M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família**. Psicologia em Estudo, Maringá. 2003

YUNES, M.A.M. Psicologia Positiva e Resiliência: foco no indivíduo e na família. In: AGLIO.D.D.D; KOLLER, S.H; YUNES, M.A.M. **Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 45-68

ZAPATA, S.C; ROMERO.G.H.Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. **Revista Panamenha de Salud Publica**, v.28, n.1, p. 9–18. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org.br/pdf/rpsp/v28n1a2pdf>. Acesso em Maio de 2016.

ZILLMER, J. G. V.*et al.* Caracterização dos clientes em tratamento radioterápico em um serviço no sul do Brasil. **Rev Enferm UFSM** . v. 3, n° 2, p. 315-325, 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“O TCLE respeita a pessoa e sua autonomia, permitindo ao indivíduo decidir se quer e como quer contribuir para a pesquisa”. (Res. nº. 466/2012).

Prezada Senhora

O pesquisador vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, orientado pela Professora Doutora Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, abaixo identificado, solicita a sua colaboração no sentido de que a senhora faça parte da pesquisa que será desenvolvida sob orientação da professora abaixo identificada. Junto com este convite para a sua participação voluntária estão explicados a seguir todos os detalhes sobre o trabalho que será desenvolvido para que a senhora entenda sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Título: FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS.

Pesquisador responsável: Vinícius Lopes Marinho.

Professora Orientadora: Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

O Objetivo do estudo é: Investigar processos de resiliência em mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama e passaram pelo procedimento de mastectomia.

O estudo se justifica devido Pesquisas na área da resiliência serem essenciais para que se consiga compreendê-la melhor e, dessa forma, auxiliar os pacientes oncológicos, sobretudo no que diz respeito às demandas emocionais, as quais são extremamente afetadas pelo diagnóstico de câncer e também pela necessidade de averiguar e pensar estratégias que maximizem o processo de resiliência para pessoas que passam pela experiência de ter câncer, como forma de promover qualidade de vida e aperfeiçoar a assistência prestada.

A coleta de dados iniciará no mês de março de 2015, após aprovado pelo CEP e terminará em Abril do mesmo ano, sendo que os resultados para você enquanto participante será divulgado em Dezembro de 2016.

A pesquisa será realizada com mulheres acompanhadas na Liga Feminina de Combate ao Câncer de Mama de Gurupi-TO, situada na Rua Presidente Castelo Branco entre as Avenidas Piauí e Pernambuco Nº 1870. A Liga é uma entidade de caráter privado, sem fins lucrativos, de finalidade social, assistencial e filantrópico.

A participação desta pesquisa oferecerá **risco mínimo** no que se refere ao constrangimento e/ou estigmatização, visto que será aplicado apenas um questionário sociodemográfico e realizado um entrevista, no entanto o sigilo será firmado pelo pesquisador, pois o questionário terá caráter confidencial. Não serão utilizados nomes para a divulgação do mesmo e será aplicado em uma sala individual preparada para este fim. Caso necessário o pesquisador responsável poderá prestar atendimento psicológicos às participantes

Os **benefícios** da presente pesquisa é que a partir do momento que se conheçam os fatores de risco e proteção envolvidos no processo de resiliência das mulheres participantes, serão possíveis a implantação de ações de promoção da resiliência em pacientes com câncer e também no que tange o desenvolvimento de ações de educação em saúde que refletirá na adesão do tratamento por parte de pacientes oncológicos contribuindo assim para sua qualidade de vida e saúde.

Primeiramente será pedida a autorização para a diretoria da Liga de Prevenção e Combate ao Câncer, depois de autorizada mediante um termo, a presente pesquisa será submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário UnirG. Logo após aprovação do mesmo o pesquisador entrará em contato com as mulheres dentro dos critérios de inclusão e exclusão abaixo mencionados e as convidará para apresentar os objetivos da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios solicitando assim sua colaboração e participação nesta pesquisa. Caso aceitem, será agendada nas dependências da Liga, visto que as mesmas participam semanalmente de atividades desenvolvidas pela Instituição, em uma sala reservada a entrevista e na oportunidade as participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderão a uma entrevista semiestruturada.

Enquanto durar a pesquisa, e sempre que necessário, a senhora será esclarecida sobre cada uma das etapas do estudo telefonando ou me procurando a qualquer momento durante as 24 horas do dia nos telefones e/ou endereços abaixo descritos, onde estarei disponível para quaisquer esclarecimentos. A senhora é absolutamente livre para, a qualquer momento, desistir de participar, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Fica claro que as informações conseguidas através da sua participação nesta pesquisa poderão contribuir para elaboração de um artigo científico. Eu, pesquisador garanto sua total privacidade, não sendo expostos os seus dados pessoais e/ou sua família (nome, endereço e telefone).

Assumo o compromisso de trazer-lhe os resultados obtidos na pesquisa assim que o estudo for concluído e aproveito para informar que a sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária não havendo qualquer previsão de indenização ou ressarcimento de despesas, que correrão sob nossa responsabilidade.

Esperando tê-lo informado de forma clara, rubricamos todas as páginas do presente documento que foi elaborado em duas vias sendo uma delas destinada ao senhor (a) e a outra ficará arquivada comigo como pesquisador.

Pesquisador Responsável: Vinicius Lopes Marinho

Psicólogo CRP-09/6572

Mestrando em Ciências da Saúde- Universidade Federal do Tocantins

Endereço: Rua 03 n 18 Vila Guaracy Gurupi-To Telefone: (63) 8117-8490

Email: vinicius.marinho22@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONCORDÂNCIA

Declaro que fui informado (a) dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado e esclarecido sobre a minha participação na pesquisa. Estando de posse de minha capacidade psíquica e legal, concordo em participar do estudo de forma voluntária sem ter sido forçado e/ou obrigado e sem receber pagamento em qualquer espécie de moeda.

Assim, assino este documento em duas vias com todas as páginas por mim rubricadas.

Gurupi, _____ de _____ de ____.

Nome completo da voluntária da pesquisa

(Legível)

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I-IDENTIFICAÇÃO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____
2. Cor: () Branca () Negra () Parda () Amarela
3. Estado Civil:
() Solteira () Casada () União Estável () Separada () Viúva
4. Naturalidade: _____
5. Escolaridade: () Não Alfabetizada () Ens. Fundamental Incompleto ()
Ens.Fundamental Completo() Ens. Médio Incompleto () Ens. Médio Completo () Ens.
Superior Incompleto() Ens. Superior Completo
6. Atuação Profissional: () Ativa () Ativa em tempo parcial () Desempregado/a ()
Aposentado/a () Aposentado/a com atividades em tempo parcial. Há ____ anos.
Profissão exercida: _____
7. Religião:
() Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião Outra: _____
8. Moradia: () própria () alugada () outro(s) Qual? _____
9. Renda (quantos salários mínimos):
() Sem renda () Um salário mínimo () Dois Salários Mínimos () Mais de três salários
Mínimos
10. Número de filhos:
() Sem filhos () 01 Filho () 02 filhos () 03 filhos () Acima de 04 filhos

II- PERFIL CLÍNICO

1. Ano do diagnóstico: _____
2. Tipo de Cirurgia:
3. Localização () M. Direita () M. Esquerda () Ambas
4. Procedimentos: () Quimioterapia () Radioterapia () Hormonoterapia
5. Reconstrução: () Sim () Não

1. DESCOBERTA O CÂNCER:

- ✓ Como foi dado o diagnóstico para você?
- ✓ Quais foram suas reações ao descobrir que estava com câncer de mama?
- ✓ O que você pensava sobre a doença?
- ✓ Hoje, qual sua concepção sobre Câncer de Mama? O que ele significa para você?
- ✓ Que conhecimento você tinha sobre o câncer

2. RELACIONAMENTOS FAMILIARES, SOCIAS E CONJUGAL:

- ✓ Você compartilhou com alguém sobre a doença?
- ✓ Com quem mora e quem ofereceu apoio para enfrentar a doença?
- ✓ Como é seu relacionamento com sua família?
- ✓ Acredita que houve algum tipo de mudança no seu relacionamento conjugal após a descoberta da doença e realização da mastectomia? Quais? Positivas ou Negativas?
- ✓ Com relação à atividade sexual, houve algum tipo de mudança?
- ✓ Acredita que houve alguma mudança no relacionamento com amigos com a descoberta da doença e realização da cirurgia? Quais?
- ✓ Você procurou algum suporte ao descobrir a doença? Se sim qual?

3. VIVENCIANDO O CÂNCER E A SI MESMA

- ✓ Fale sobre o tratamento realizado (tempo total/ outras situações adversas):
- ✓ Fale sobre as mudanças após o câncer. Quais foram elas? Positivas ou negativas?
- ✓ Como percebe seu próprio corpo (auto-imagem)
- ✓ Quais as dificuldades depois da cirurgia?
- ✓ A doença te impôs alguma limitação? Se sim, quais? (Trabalho, estudo, relacionamentos com amigos, relacionamento sexual)

4. ENFRENTAMENTO DO CÂNCER, PRESENTE E FUTURO.

- ✓ De que maneira você acredita que conseguiu enfrentar essa situação?
- ✓ Quais atividades você desenvolve no presente,
- ✓ Há situações que você não consegue lidar?
- ✓ Como percebe seu futuro (planos, metas, sonhos, medos):

APÊNDICE D- HISTÓRIA DE VIDA

Celeste, recebeu diagnóstico em 2012 ao procurar o médico após notar uma pequena alteração no seio. Para conseguir realizar uma consulta de forma mais ágil, conseguiu apoio da Liga Feminina, já que através da unidade básica de saúde não conseguiu. Para ela a vida deu uma reviravolta com o diagnóstico da doença. Foi submetida a uma mastectomia total de ambas as mamas, seguido de quimioterapia e radioterapia, sem reconstrução mamária. Ter de lidar com sua nova imagem após o procedimento cirúrgico, foi difícil, segundo ela, era difícil se reconhecer diante do espelho, o que afetou a vida sexual com seu companheiro. Foi difícil permitir que o companheiro a visse sem roupa e na sua percepção houve mudança no comportamento do mesmo. Segundo ela, não foi fácil, mais ao longo foi percebendo que passou a existir mais respeito, compreensão, amor, carinho por parte do mesmo, o que foi fundamental segundo ela para lidar com a doença. Como fator de risco os efeitos da quimioterapia fizeram com que sentimentos de desânimo e desesperança surgissem no decorrer do tratamento. Outro fator de risco foi o medo do retorno da doença e consequentemente ter que vivenciar todo o tratamento uma segunda vez. Verificou-se no seu relato entre as condições pessoais, o mecanismo de proteção fé. Celeste relatou que, após o diagnóstico, a Fé em Deus e na sua cura, sempre fizeram presentes e de acordo com a mesma foi um aspecto positivo que ajudou no enfrentamento do adoecimento. Os mecanismos de proteção família e apoio dos amigos também estiveram disponíveis e auxiliaram Celeste no enfrentamento da doença. Durante o tratamento, ter contato com pessoas nas mesmas condições que a sua ajudou-a se colocar no lugar do outro e enfrentar todo processo de tratamento. Ter deixado de desenvolver as atividades que desenvolvia antes do adoecimento foi considerada por ela uma mudança negativa. Enquanto mudança positiva acredita que a forma de olhar a vida, passou a valorizar todos os pequenos momentos. Verificou-se ao longo da entrevista que, mesmo tendo vivenciado situação tão traumática como o câncer de mama, pode adaptar-se às modificações surgidas tanto durante o tratamento e com planos futuros quer retomar as atividades que desenvolvia, segundo ela, uma forma de sentir-se produtiva e útil.

Dolores, diagnosticada em 2012 ao procurar o médico depois de notar um pequeno “caroço” no seio, ficou desesperada, pois nunca imaginou ter a doença, surgiu como uma sentença de morte. Também houve dificuldades em lidar com a imagem, principalmente no momento da queda dos cabelos. A análise da sua entrevista revelou a presença de alguns mecanismos de proteção. O primeiro foi o apoio da família, apesar de morar com o marido e o filho, compartilhou com eles e que segundo ela, obteve apoio total, principalmente do esposo, que a acompanhou durante todo o tratamento, fundamental, segundo ela, para o enfrentamento da doença. Outro mecanismo de proteção que auxiliou Dolores foi a fé em Deus e confiança no tratamento. O trabalho foi identificado como mecanismo de proteção que segundo ela a salvou, pois nunca deixou de fazer algum tipo de atividade, sentia-se produtiva. Os profissionais da equipe de saúde que a acompanharam durante o tratamento, surgiram como mecanismo de proteção oferecendo apoio nos momentos em que mais precisou. A ausência dos amigos e os efeitos da quimioterapia foram apontados e identificados como fatores de risco, além da dificuldade em acessar os serviços de saúde. Segundo ela, recorreu à rede privada para realização da primeira consulta, além de exames, tendo em vista que pela rede pública o prazo para resultados era longo. Dolores apoiou-se nos mecanismos de proteção e passou por todo o processo de tratamento, que ao final, segundo ela, transformou o seu jeito de ser, se tornou uma pessoa melhor, buscou uma maneira de ajudar as pessoas que se encontram na mesma dificuldade a qual ela já vivenciou através de trabalho voluntário na Liga Feminina de Combate ao Câncer. Para o futuro ela não quer muito, quer apenas continuar ajudando a quem precisa e sua família.

Esperança descobriu o câncer em 2013 ao procurar o médico depois de sentir dores na mama. Surpresa com o diagnóstico, pois há menos de um ano realizou todos os exames preventivos sem nenhuma alteração. Era justamente o medo da doença que a fazia realizar seus exames preventivos com frequência. Num primeiro momento parece que a ficha não caía, ficou revoltada com a vida, com raiva de tudo, raiva de si própria, e do médico que deu a notícia. Não queria compartilhar com ninguém a pior notícia que recebeu em sua vida. Apesar dessas dificuldades de aceitação do diagnóstico, a análise de sua entrevista revelou mecanismos de proteção relacionados ao apoio da família, que de acordo com ela, sempre estiveram com ela nos momentos em que mais precisou. Vivendo um casamento de 20 anos, admite ter encontrado dificuldades em relação à sexualidade, não por culpa do marido, mas a percepção era de que o problema estava

nela, demorou cinco meses para a primeira relação sexual após o procedimento de mastectomia. A paciência, compreensão e companheirismo foram fundamentais. O mecanismo de proteção fé esteve presente durante todo o tratamento e segundo Esperança sem nenhuma dúvida foi Deus. Voltar a desenvolver as atividades cotidianas três meses após realizar a cirurgia do câncer foi positivo, dessa maneira, o Trabalho foi um mecanismo de proteção. O fator de risco encontrado foi a dificuldade em acessar os serviços de saúde, muitas vezes, precisou acordar de madrugada para ter que viajar para a capital a fim de realizar consultas e exames, o outro está relacionado com o receio de que a doença retorne. Prefere acreditar que ao passar por todo o processo de adoecimento as mudanças positivas tenham sobressaído às negativas, desta maneira, é possível identificar indicadores de resiliência e habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudanças.

Serena recebeu o diagnóstico em 2014 após procurar o médico para fazer exames de rotina e viu sua vida dar uma volta de 365 graus. Apesar de ter realizado as consultas iniciais pelo plano de saúde, o tratamento foi realizado pelo SUS. No relato de Serena o tratamento oncológico serviu como uma grande experiência de vida e aprendizado, no entanto, trouxe marcas físicas decorrentes do tratamento, como queda de cabelo e a perda da mama. A autoimagem foi um aspecto que causou intenso sofrimento, com sentimentos de vergonha e revolta e segundo ela restou enfrentar e acostumar-se com a nova imagem já que ainda não conseguiu realizar a reconstrução da mama. A análise de sua entrevista revelou a presença dos mecanismos de proteção fé em Deus e apoio dos familiares e amigos. O mecanismo de proteção fé em Deus surgiu no momento em que se descobriu doente, e sentiu a necessidade de reaproximar-se da religião e da fé em Deus como meio de lidar com a situação e auxiliar sua recuperação, já que estava a alguns anos distante de qualquer prática religiosa. A família foi outro fator protetivo a ser destacado, separada do companheiro há cinco anos, recebeu apoio principalmente da irmã e de dois filhos, recebeu também mesmo dos familiares que moravam longe. Segundo ela, a situação fez com que as relações se fortalecessem, já que existiam muitos conflitos entre a mesma e os filhos. Os efeitos da quimioterapia foram identificados na entrevista como fatores de risco, que segundo ela, provocou mudanças físicas como a queda de cabelo fazendo com que cogitasse abandonar o tratamento. Define-se como uma pessoa que acredita que quando acontece algo ruim na vida é para que possa tirar algo bom disso. Desta maneira percebe o seu adoecimento como aprendizado, como

oportunidade de melhorar o relacionamento com os filhos, de valorizar as pequenas coisas que antes não valorizava. Para o futuro quer continuar tendo saúde para seguir com uma pequena loja de roupas que montou com a filha para suprirem as despesas domésticas.

Margarida no momento em que recebeu o diagnóstico de câncer em 2013 sentiu-se culpada por negligenciar os sintomas e demorar procurar ajuda médica, pensou nas filhas, no marido e no trabalho, estava com muito medo do que iria acontecer. Em relação à autoimagem relatou que buscou enfrentar e encarar a nova realidade, sem pensar negativo. Segundo ela, a atividade sexual com o parceiro reduziu após o tratamento, acrescenta que não sente falta e que o esposo é compreensivo em relação a este fato. Analisando a entrevista, verificou-se disponíveis a Margarida mecanismos de proteção relacionados ao apoio social oferecido pela família, que de acordo com ela, esteve presente e ofereceu todo apoio. Os amigos e os alunos da escola onde trabalha se fizeram presentes e também auxiliaram Margarida no enfrentamento da doença. O trabalho também identificado como mecanismo de proteção contribuiu para que ocupasse o tempo disponível. A fé em Deus, outro fator protetivo no momento em que mencionou a importância de acreditar e confiar em Deus, assim como o papel das orações que os amigos estavam fazendo, em seu processo de enfrentamento da doença. Apesar do câncer ainda ser uma experiência que remete a experiências dolorosas, Margarida foi capaz de identificar pontos positivos nessa experiência, tais como fortalecimento das relações com familiares e amigos e a busca espiritual, que segundo ela, a transformou numa pessoa melhor. Para ela a reconstrução da mama é o último desejo que tornará sua vida plena em todos os sentidos, no entanto, continua na fila de espera do Sistema único de Saúde.

Rosa admite não ter sido muito cuidadosa em relação aos exames preventivos. Sentiu o mundo desabar aos seus pés quando recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 2013. Segundo ela nunca havia parado para refletir sobre a doença, apesar de ter parentes e amigas que passaram pela mesma situação. Para ela, a doença mudou sua autoimagem, a queda dos cabelos e ver-se diante do espelho após a cirurgia foi um momento de grande sofrimento. Encontrou dificuldades para acessar os serviços de saúde, a primeira consulta, conseguiu realizar depois de 15 dias de espera e a reconstrução ainda não foi realizada. O relacionamento com o esposo contribuiu para o enfrentamento da doença, visto que ele a ajudou muito até mesmo nas atividades

doméstica. No entanto, o aspecto sexual houve um receio de ambas as partes em lidar com a situação, sente-se pouco a vontade em expor o corpo ao companheiro, pois se sente feia. O apoio da família é um fator protetivo, segundo ela, a irmã deixou as suas atividades diárias para fornecer apoio, se não fosse a bronca inicial da irmã, descobriria o câncer em estado avançado. As filhas tiveram um papel fundamental na recuperação, incentivando nos piores momentos, como a quimioterapia. Quando esteve internada contou que realizou acompanhamento psicológico, identificado como mecanismo de proteção. A fé em Deus manifestada através das campanhas de orações realizadas dentro e fora da sua igreja contribuiu para enfrentamento do adoecimento, fornecendo a força necessária para seguir em frente, segundo ela. Entre as mudanças ocasionadas pela doença, não poder desenvolver a atividade que antes desempenhava (costura) para ajudar nas despesas da casa causa incômodo e a faz sentir-se dependente. Ter saúde para continuar ao lado da sua família é sua meta para o futuro, visto que o seu maior medo é passar por tudo o que passou, segundo ela, não iria suportar. A reconstrução é apontada como um desejo, pois segundo ela, nenhuma mulher é capaz de acostumar-se com ausência da mama.

Violeta descobriu o câncer em 2012 durante exames de rotina, inicialmente decidiu não compartilhar com o único filho e esposo sobre a doença, por pouco tempo, pois notaram a sua apreensão e a questionaram sobre o que estava ocorrendo. Embora surpresa, relata não ficar se questionando o porquê aquilo estava acontecendo, foi mais uma vivência, das muitas que a vida apresenta gerando aprendizado segundo a mesma. Durante a entrevista mostrou-se desconfortável em falar sobre a percepção do próprio corpo, a cicatriz possui dois significados, primeiro faz recordar que perdeu algo ligado a sua feminilidade, segundo que vivenciou uma batalha e saiu fortalecida. Quanto à sexualidade precisou de um tempo para lidar com a situação, a dificuldade maior está em si mesma, mas que o apoio, compreensão e carinho do parceiro foram essenciais. Esteve disponível a Violeta mecanismos de proteção relacionados ao apoio social oferecido pela família, esses mecanismos ajudaram a participante a enfrentar a situação de adoecimento e tratamento, na medida em que se sentia protegida pelo grupo familiar, pelo filho, pelo marido e também pela nora que acompanhou todo tratamento. Outro mecanismo identificado no relato foi a Fé em Deus, apontado como um dos pilares que a ajudou a sobreviver ao câncer. O fator de risco identificado na entrevista ocorreu durante a quimioterapia, os efeitos físicos colaterais causaram grande impacto emocional, desesperança e medo. A impossibilidade de trabalhar é percebida por ela como efeito

negativo da doença. A oportunidade de estar com os familiares é o único desejo para o futuro, que pode ser interrompido pelo retorno da doença, medo que faz parte do seu cotidiano.

Iris, após notar uma pequena alteração na mama durante um autoexame e procurar o médico recebeu o diagnóstico de câncer, ficou surpresa, pois nunca imaginou que com apenas 30 anos de idade e recém-casada iria enfrentar um câncer de mama, no entanto encarou como uma forma de aprendizado. A queda dos cabelos e a retirada da mama causou grande impacto para autoimagem, minimizada com realização da reconstrução após mastectomia. A análise de sua entrevista revelou que, os mecanismos de proteção relacionados ao apoio social proveniente tanto da família, do esposo e amigos, tiveram grande importância no enfrentamento da doença. A fé em Deus e confiança no tratamento foram identificadas no relato de Iris como mecanismos de proteção que auxiliaram no enfrentamento do câncer de mama. Para ela o desejo de construir uma família contribuiu para que enfrentasse a situação e atualmente atribui a doença significado de vitória e oportunidade de começar de novo. Retomar as atividades cotidianas, terminar o curso de graduação e ser mãe são as perspectivas para o futuro.

Para **Áurea**, o diagnóstico surgiu como sentença de morte para a mesma e num momento mais complicado da vida, estava se separando do marido. Culpou-se por não ter realizado exames de prevenção com regularidade. Para ela a doença fez um grande estrago na sua vida, nunca mais foi a mesma, acrescenta. Assim que iniciou tratamento e realizou procedimento de mastectomia, o companheiro saiu de casa, antes do diagnóstico já existiam os conflitos. Sentia-se deprimida, acreditava que não suportaria todo o tratamento. Por se considerar uma pessoa muito “fechada” compartilhou somente com a filha e uma irmã, um dos mecanismos protetivos encontrado após análise de sua entrevista. A fé foi outro fator protetivo encontrado, aproximar-se de Deus foi à maneira encontrada para amenizar o sofrimento do adoecimento e fim do casamento. Para ela a mudança negativa de não poder desenvolver as atividades que desenvolvia da mesma forma como antes a torna dependente do ex-companheiro, já que recebe ajuda de custo do mesmo. Ter a oportunidade de se aproximar de familiares e amigos que estavam distantes foi uma mudança positiva diante de inúmeras marcas que a doença deixou.

Após dois anos sem realizar exame de prevenção **Esmeralda** descobriu o câncer em 2013. Sentiu-se culpada, com medo e humilhada pelo médico que a acusou de

negligenciar a própria saúde. Vivendo um casamento conflituoso compartilhou com o companheiro que também a culpou pela situação. Não obteve nenhum apoio do companheiro, desde o início do tratamento não houve mais relação sexual, atualmente dormem em quartos separados. Sentiu-se sozinha, sem outros membros da família, já que moram em outro estado, sem amigos que acreditavam que quem tinha de cuidar era marido e filha. Após realizar procedimento de mastectomia e olhar-se pela primeira vez no espelho foi algo que causou estranheza, dali em diante a alternativa era acostumar-se com a nova condição, afinal, estava pagando o preço por não ter cuidado da saúde. A análise de sua entrevista revelou a presença de mecanismos de proteção, dentre os quais se destacam o apoio da filha, fé em Deus. A ausência do apoio da família, em especial do companheiro, postura do profissional que a diagnosticou. Acredita que existem inúmeras mudanças negativas após o adoecimento, dentre eles o relacionamento conjugal, impossibilidade de trabalhar e falta de amizades. Voltar para sua cidade de origem onde estão os familiares e fazer a reconstrução da mama são um desejo que minimizarão as marcas negativas deixadas pela doença.

APÊNDICE E- PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E TÉCNICAS DURANTE O MESTRADO

Modalidade	Título	Descrição	Ano
Anexo A - Trabalhos publicados em anais de eventos	Níveis de estresse e fontes estressoras em técnicos de enfermagem do Hospital de Referência de Gurupi-To.	15º Congresso do Stress da ISMA-BR.	2015
	Prevalência de estresse e fontes estressoras em estudantes do último período do curso de psicologia do Centro Universitário Unirg.	15º Congresso do Stress da ISMA-BR	2015
	Prevalência de estresse e fontes estressoras em professores do curso de psicologia do Centro Universitário Unirg.	15º Congresso do Stress da ISMA-BR	2015
Anexo B- Capítulo de Livro publicado	Mulheres aprisionadas: Um olhar sobre as estratégias de enfrentamento.	Saúde mental, violência e políticas públicas: relatos de experiências e pesquisas.	2015
Anexo C- Apresentação de trabalho em Congresso científico	Níveis de estresse e fontes estressoras em técnicos de enfermagem do Hospital de Referência de Gurupi-To.	15º Congresso do Stress da ISMA-BR	2015
	Prevalência de estresse e fontes estressoras em estudantes do último período do curso de psicologia do Centro Universitário Unirg.	15º Congresso do Stress da ISMA-BR	2015
	Prevalência de estresse e fontes estressoras em professores do curso de psicologia do Centro Universitário Unirg.	15º Congresso do Stress da ISMA-BR	2015
Anexo D- Trabalho Técnico	Membro de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos	Centro Universitário Unirg	2016
Anexo E- Trabalho Técnico- Mini curso ministrado	Métodos estatísticos para análise de dados quantitativos e qualitativos	Semana Pedagógica do Centro Universitário Unirg	2016
Anexo F- Trabalho Técnico- Avaliador de pôsteres	Avaliador de pôsteres	VI Congresso Científico do Centro Universitário Unirg	2016
Anexo G- Submissão p/ publicação de artigo científico	Mulheres mastectomizadas: sentimentos e significados diante do diagnóstico e autoimagem.	Revista Cereus	2016

ANEXO A – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

02/12/2016

#1551 Sinopse

CAPA	SOBRE	PÁGINA DO USUÁRIO	PESQUISA
		ATUAL	ANTERIORES



Cabeçalho da página

USUÁRIOLogado como:
vinicius_121086

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos

Procurar


- Por Edição
- Por Autor
- Por título
- Outras revistas

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #1551 > **Resumo**

#1551 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores	Vinicius Lopes Marinho, Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral	
Título	MULHERES MASTECTOMIZADAS: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DIANTE DO DIAGNÓSTICO E AUTOIMAGEM	
Documento original	1551-5315-1-SM.DOCX 2016-12-02	
Docs. sup.	Nenhum(a)	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Vinicius Lopes Marinho 	
Data de submissão	December 2, 2016 - 05:38 PM	
Seção	Artigos	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	



Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2016-12-02
Última alteração	2016-12-02

Metadados da submissão

[EDITAR METADADOS](#)

Autores

Nome	Vinicius Lopes Marinho 
Instituição/Afiliação	Centro Universitário UNIRG
País	Brasil
Resumo da Biografia	Psicólogo, Mestrando em Ciências da Saúde, Professor do curso de Psicologia do Centro Universitario Unirg
Contato principal para correspondência.	
Nome	Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral 
Instituição/Afiliação	Universidade Federal do Tocantins
País	—
Resumo da Biografia	Psicóloga, Pós doutora em Psicologia, Doutora em Ciências- USP, Mestre em Psicologia-UNESP. Professora de Psicologia Médica e Psicologia Ciência da Vida-Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins-Campus Palmas.

NOTIFICAÇÕES

- Visualizar (12 nova(s))
- Gerenciar

AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (5)
- Nova submissão

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

TAMANHO DE FONTE**INFORMAÇÕES**

- Para leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

PALAVRAS-CHAVE

Bens Públicos, Afetação e Desafetação, Licitação, Capitalismo, Trabalho-escravo, Agronegócio, Crimes contra a paz pública, Direito Penal, incitação, apologia Inter-relação-Inclusão- Profissionalização Mito, Ciência, Inconsciente coletivo, Política da Saúde, Sistema

02/12/2016

#1551 Sinopse

Título e Resumo

Título MULHERES MASTECTOMIZADAS: SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS DIANTE DO DIAGNÓSTICO E AUTOIMAGEM

Resumo No Brasil, o câncer de mama tem sido a maior causa de óbitos da população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos. Em razão de sua elevada incidência, a neoplasia da mama torna-se uma das grandes preocupações epidemiológicas, sobretudo, pelos impactos psicológicos e sociais que acarretam para a saúde da mulher. Desta maneira objetivou-se compreender os sentimentos e o significado frente ao diagnóstico do câncer de mama e autoimagem em mulheres mastectomizadas. Foram entrevistadas 10 mulheres mastectomizadas. Tratou-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e utilizou-se da análise conteúdo de Bardin, como técnica de tratamento de dados. O estudo possibilitou identificar que após o diagnóstico da doença algumas mulheres mostraram-se surpresa, sentimentos de negação e raiva também foram identificados nos relatos diante de uma situação tão amedrontadora que provoca dúvidas, incertezas e medos. A perda da mama trouxe sensação de desfiguramento, vergonha, constrangimento. A doença, foram atribuídos dois significados: o primeiro como doença letal, destrutiva e causadora de sofrimento, e o segundo como evento que possibilitou aprendizado e superação. A mastectomia não acarreta somente o prejuízo físico à mulher, mas compromete física, emocional e socialmente, tendo em vista que a mama representa a identidade feminina da mulher e a sua extração significa muitas vezes uma mutilação extremamente dolorosa comprometendo significativamente a autoimagem dessa mulher

[Unificado de Saúde,](#)
[humanização da saúde](#)
[Síndrome de Down,](#)
[Cirurgia Cardíaca,](#)
[Complicações](#)
[cirúrgicas, Teoria](#)
[Literária competência,](#)
[impostos municipais,](#)
[características](#)

Ajuda do sistema

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Indexação

Idioma pt

Agências de fomento

Agências —

A Rev. Cereus, uma publicação eletrônica vinculada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Centro Universitário UnirG, Gurupi (TO), destina-se à divulgação de trabalhos científicos das áreas classificadas pela Capes como Ciências exatas e da terra, Saúde coletiva (epidemiologia, saúde pública, medicina preventiva) Ciências sociais aplicadas, Ciências humanas, Linguística, Letras e artes, mas abre espaço para submissões de outras áreas desde que os respectivos conteúdos guardem correspondência com o projeto da revista.

**ISSN: 2175-7275 - Centro
Universitário UnirG - Gurupi-TO**

B2 ▼

Periódicos			
ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
2175-7275	REVISTA CEREUS	INTERDISCIPLINAR	B2