Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Bauru
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e
Aprendizagem

Mariana Forgerini

Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno
da resiliência

Bauru

2010

Mariana Forgerini

**Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno
da resiliência**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Maria Bueno Neme.

**Bauru
2010**

Forgerini, Mariana.

Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência / Mariana Forgerini, 2010.

209 f.

Orientador: Carmen Maria Bueno Neme

Dissertação (Mestrado)—Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2010

1. Câncer. 2. Câncer de mama. 3. Fenomenologia. 4. Psico-oncologia. 5. Resiliência. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MARIANA FORGERINI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 24 dias do mês de fevereiro do ano de 2010, às 14:00 horas, no(a) Sala 3 da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS do(a) Psicologia / Universidade de São Paulo, Profa. Dra. LIGIA EBNER MELCHIORI do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MARIANA FORGERINI, intitulada "Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: A P R O V A D A _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS

Profa. Dra. LIGIA EBNER MELCHIORI

Este estudo foi desenvolvido com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

*Às mulheres-colaboradoras deste estudo pela
coragem ensinada.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Carmen Maria Bueno Neme, a querida “Pilé”, por ter me aceitado como sua orientanda e pelas longas horas de estudos, discussões, conversas e orientações que pacientemente me ofereceu e que possibilitaram não apenas a realização deste estudo, mas, sobretudo, me ensinaram a ser pesquisadora.

Ao Professor Dr. Manoel Antônio dos Santos e à Professora Dra. Lígia Ebner Melchiori, pela atenção e o cuidado com que leram este estudo e as contribuições muito valiosas na qualificação, assim como pela disponibilidade em participar da banca de defesa tão prontamente, conduzindo de maneira tão carinhosa e solícita os ajustes finais.

Às funcionárias da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pelas informações e auxílio que muito contribuíram ao longo dos anos de Mestrado.

À Maria Antônia, voluntária da Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer, pela forma tão solícita e gentil que auxiliou na busca pelas mulheres-colaboradoras do estudo.

À Iraydes de Oliveira Leite, presidente da Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer, por ter me acolhido na instituição e facilitado o encontro com as mulheres-colaboradoras, permitindo, desse modo, a realização deste estudo.

Às mulheres-colaboradoras deste estudo, corajosas sobreviventes, que, carinhosamente abriram as portas de suas casas e também de suas vidas, compartilhando comigo suas vivências mais intensas e mais íntimas, que muito me ensinaram sobre a vida e sobre a “coragem de ser”. Este estudo não seria possível sem vocês!

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro oferecido ao estudo, o que possibilitou minha dedicação a esta pesquisa, bem como aos seus pareceristas, pela atenção e compreensão dirigidas ao estudo.

Aos meus queridos pais, José Benedito e Maria Helena, pela confiança e apoio que sempre depositaram em minhas escolhas, por não medirem esforços para que eu pudesse alcançar meus objetivos e por sonharem junto comigo, sempre incentivando e acreditando no meu êxito. Devo a vocês grande parte dessa conquista!

À minha querida irmã Giovana, sol dos meus dias, que, mesmo sem saber, no auge de sua infância, me ensina a alegria de descobrir o mundo a cada dia e a enfrentar cada problema da maneira mais simples possível, como somente uma criança é capaz de ensinar.

Ao meu querido irmão Renato, pelas conversas descontraídas e pelo auxílio técnico nas questões relativas à informática.

À minha querida amiga Gisele, pela preciosa contribuição na elaboração e revisão do resumo em língua estrangeira.

Aos meus queridos Mariana de Freitas Betetto, Caroline Garpelli Barbosa e Rafael Quezada, amigos tão especiais, com os quais pude compartilhar minhas angústias, dúvidas e anseios profissionais e pessoais e que sempre me acolheram e muito me ensinam sobre a vida e o ser-com.

A toda a minha família, pelo incentivo e pela torcida constante pela conquista dos meus objetivos.

À Deus pela coragem, disposição e otimismo frente às adversidades.

A todos vocês meus sinceros agradecimentos!

O homem cria o que ele é. Nada é dado a ele para determinar sua criatividade. A essência do seu ser o "deve ser", e o "tem que ser" — não é algo que ele encontre; ele o faz. O homem é o que ele faz de si próprio. E a coragem de ser como si próprio é a coragem de fazer de si próprio o que se quer ser.

(Tillich, 1976)

FORGERINI, Mariana. **Sobreviver ao câncer de mama:** vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência. 2010. (209) Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

Resumo

As taxas de câncer de mama aumentam a cada ano, classificando o Brasil entre um dos países com maior incidência deste tipo de câncer em todo o mundo. Este dado revela que esta ainda é uma doença permeada por intensos sentimentos de vergonha e medo, que fazem com que muitos dos pacientes mantenham silêncio e não procurem auxílio médico. Em se tratando do câncer de mama, estes sentimentos parecem ser ainda mais intensos agravados pelo medo da mutilação de uma parte do corpo considerada como um dos principais símbolos da identidade feminina. Avanços na área da Oncologia têm proporcionado diagnósticos mais precoces e tratamentos mais efetivos para diversos tipos de cânceres, como também a cura para alguns casos e um aumento expressivo na possibilidade de sobrevivência dos pacientes oncológicos. No caso de câncer de mama, atualmente já é possível uma abordagem menos mutiladora de tratamento, bem como a reconstrução total da mama perdida. Entretanto, por ser uma doença fortemente vinculada à idéia de morte, provoca uma marca existencial, presente mesmo em pacientes que sobreviveram a tal enfermidade. Tendo em vista que o significado do câncer na vida de uma pessoa que vivencia ou vivenciou esta situação é muito particular e pessoal, este estudo, buscou investigar as vivências de mulheres que estão fora do tratamento de câncer de mama ou em fase de controle da doença, identificando os mecanismos de proteção que apareceram nos relatos das participantes como importantes para a adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento do câncer, bem como modos de ser que puderam ser compreendidos como indicadores de resiliência, no processo de enfrentamento do câncer. Neste estudo, de natureza qualitativa, fundamentado no método fenomenológico de investigação, foram entrevistadas dez mulheres, com idades entre 53 e 78 anos, que haviam se submetido ao tratamento de câncer de mama e que se encontravam no período de controle da doença, fora de tratamento há no mínimo cinco anos. As entrevistas transcritas foram analisadas de acordo com os pressupostos do método fenomenológico, tendo como base os passos propostos por Martins e Bicudo (1989) e Valle (1997). A análise fenomenológica das entrevistas revelou as seguintes categorias de vivências: “descobrir-se com câncer de mama: dos primeiros sinais à confirmação do diagnóstico”; “ser-no-mundo-com câncer de mama: percepções e significados do diagnóstico”; “trajetória do tratamento”; “a vida após o câncer de mama”; “mecanismos de proteção que auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento do câncer de mama”; “indicadores de resiliência”. A intenção é contribuir para a compreensão dos fenômenos investigados e para o incremento de programas psicoeducativos e preventivos em educação para a saúde que possam estimular a resiliência em pessoas de diferentes faixas etárias, e, especialmente, em mulheres com risco de câncer de mama.

Palavras chaves: Câncer; Câncer de mama; Fenomenologia; Psico-oncologia; Resiliência.

FORGERINI, Mariana. **Survival about breast cancer: women experiences out of the treatment and the resilience phenomenon**. 2010. (209). Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

ABSTRACT

The rates of breast cancer increases each year in the female population, raking the Brazil among the countries with higher incidence of this kind of cancer around the world. Beside these high mortality rates, the literature shows that the diagnosis of the breast cancer still is accompanied for intense feelings of shame and fear, in which causes many women to maintain silence and not seek medical assistance. In the case of breast cancer, such feelings are compounded by the fear of mutilation of a body part considered one of the main symbols of female identity. Advances in Oncology have provided early diagnosis and more effective treatments for several types of cancers, as well as the cure for some cases and a significant increase in the possibility of survival of cancer patients. In the case of breast cancer, nowadays it is possible a less mutilating treatment and the total reconstruction of the lost breast. However, being a disease strongly linked to the idea of death, causes an existential mark, present even in patients who have survived this illness. Owing to the meaning of cancer in a person life who lives or has lived this situation is private and personal, this study sought to investigate the experiences of women who are out of treatment of breast cancer or stage of disease control, identifying the protection mechanisms that have appeared in the accounts of participants as important for adaptation to life after the illness and cancer treatment, as well as ways to be in which could be understood as indicators of resilience in the process of coping with cancer. In this qualitative study, based on the phenomenological method of investigation, ten women aged between 53 and 78 years who had undergone treatment for breast cancer and who were in the period of disease control, out of treatment for at least five years were interviewed. The transcribed interviews were analyzed according to the presupposed of the phenomenological method, based on the steps proposed by Martins and Bicudo (1989) and Valle (1997). A phenomenological analysis of interviews revealed the following categories of experiences: “find yourself with breast cancer: the first signs to confirm the diagnosis,”; “being in the world-with breast cancer: perceptions and meanings of diagnosis”; “trajectory of treatment”; “life after breast cancer”; “protection mechanisms that helped in adjusting to life after the illness and the treatment of breast cancer” and “indicators of resilience”. The intention is to contribute to the understanding of the phenomena investigated and the intensification of psycho-educational and preventive programs in health that can foster resilience in people of different ages, and , especially, in women with breast cancer risk.

Key-words: Cancer; Breast cancer; Phenomenology; Psycho-oncology; Resilience.

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	45
QUADRO 2	72
QUADRO 3	163
QUADRO 4	164
QUADRO 5	165
QUADRO 6	166

SUMÁRIO

1. PALAVRAS INICIAIS	15
2. INTRODUÇÃO	19
2.1. O CÂNCER: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA	23
2.2. O CÂNCER DE MAMA E A MULHER FRENTE À DOENÇA	27
3. MECANISMOS DE PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA	35
4. APROXIMAÇÃO ENTRE AS TEMÁTICAS RESILIÊNCIA E CÂNCER DE MAMA	42
5. FENOMENOLOGIA: FILOSOFIA E MÉTODO	61
5.1. A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA	66
5.2. A PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA: O ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DA PERSONALIDADE	67
6. DELIMITAÇÃO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA.....	71
7. PERCURSO METODOLÓGICO	72
7.1. MULHERES-COLABORADORAS DO ESTUDO	72
7.2. LOCAL DA PESQUISA E CONTATO COM AS MULHERES.....	73
7.3. PROCEDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	76
7.4. PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DAS ENTREVISTAS	78
8. VIVÊNCIAS DAS MULHERES QUE SOBREVIVERAM AO CÂNCER DE MAMA.....	81
8.1. DESCOBRIR-SE COM CÂNCER DE MAMA: DOS PRIMEIROS SINAIS À CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO.....	85

8.2. SER-NO-MUNDO-COM-CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÕES E SIGNIFICADOS DO	
DIAGNÓSTICO PARA AS MULHERES	92
8.3. A TRAJETÓRIA DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	102
8.4. A VIDA APÓS O CÂNCER DE MAMA	113
8.5. MECANISMOS DE PROTEÇÃO QUE AUXILIARAM NA ADAPTAÇÃO À VIDA APÓS O	
ADOCIMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	124
8.6. INDICADORES DE RESILIÊNCIA.....	148
8.7. ORGANIZAÇÃO DOS PADRÕES DE RESILIÊNCIA DAS MULHERES-COLABORADORAS	
DA PESQUISA.....	162
8.8. MECANISMOS DE PROTEÇÃO E INDICADORES DE RESILIÊNCIA ENCONTRADOS NO	
RELATO DAS MULHERES-COLABORADORAS	166
9. UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE A VIVÊNCIA DA MULHER	
SOBREVIVENTE AO CÂNCER DE MAMA	185
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
REFERÊNCIAS	195
APÊNDICES	206
ANEXOS	209

1. PALAVRAS INICIAIS

Saúde é uma das condições mais básicas e importantes da existência humana. Mais do que ausência de doença, é a percepção, pela pessoa, de uma interação satisfatória entre o corpo e o mundo externo. Uma pessoa que se encontra doente, pode sentir-se limitada em sua forma de interação mais básica com o mundo, e este sentimento pode representar um questionamento à sua atribuição de sentido existencial. O adoecimento limita as possibilidades existenciais e, especialmente na doença crônica, leva a uma forma singular de existência, em que o ser-doente, ainda que vivenciando limites ao seu projeto existencial, depara-se com pelo menos duas possibilidades de escolha: pode entregar-se ao sofrimento e desespero, experienciando uma vivência de fechamento sobre a doença, paralisando seu projeto de vida e suas possibilidades existenciais; ou pode vivenciar o adoecimento buscando compreendê-lo, sintonizando-se com a angústia e integrando-a em sua existencialidade, continuando a viver e a abrir-se ao projeto existencial apesar da doença. Nessa segunda possibilidade, aceitando e compreendendo a angústia ocasionada pelo adoecimento, a pessoa pode abrir-se a uma maneira de existir autêntica e saudável, a despeito da facticidade da própria doença.

Com base nessa compreensão paradoxal e abrangente dos conceitos de saúde e doença proporcionada pela abordagem fenomenológica, especificamente discutida por Forghieri (1993), o presente estudo partiu de alguns questionamentos levantados a partir da atuação da pesquisadora, como estagiária de um Centro de Oncologia localizado no interior de São Paulo, e do contato direto com pacientes que vivenciavam o adoecimento por câncer, durante a graduação em Psicologia. As questões levantadas diziam respeito aos significados do câncer na vida de uma pessoa – como chegaram ao diagnóstico? Como vivenciaram este

momento? Quais são os significados do tratamento oncológico e suas implicações na vida cotidiana? E como é sobreviver a esta enfermidade? Como o paciente reestrutura sua vida depois de vivenciar uma situação limite como o câncer? A vida sofre alterações significativas quando a pessoa é sobrevivente de um câncer? E para a mulher, atingida pelo câncer de mama, como é essa sobrevivência? Dada a extrema adversidade representada por um diagnóstico de câncer, a capacidade resiliente pode estar relacionada de alguma forma à sobrevivência a essa doença? Considerando a trajetória de tratamento, desde o diagnóstico até a morte ou controle da doença, o que ajuda os pacientes a sobreviverem no cotidiano? O que atua como mecanismo de proteção?

A experiência de estágio, de atendimento de pacientes oncológicos e, especialmente, de mulheres com câncer de mama, aliada a algumas leituras empreendidas sobre psico-oncologia e a abordagem fenomenológica da saúde-doença, tornaram esses questionamentos ainda mais instigantes e incentivaram, ainda durante o estágio, a busca por mais leituras e o desejo de realizar um estudo dessa natureza.

Consultas não sistematizadas a bases de dados mostraram que a maioria dos estudos parecia concentrar-se nas questões ligadas ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama, com pouquíssimas pesquisas sobre o momento de vida pós-tratamento, principalmente de pesquisas que mostrassem aspectos positivos e de sucesso das mulheres sobreviventes ao câncer, ou que utilizassem o conceito de resiliência neste contexto.

Por esta razão, os objetivos do presente estudo começaram a ser esboçados e, ao longo do mestrado ficaram cada vez mais claros e delimitados, resultando na investigação das vivências de mulheres sobreviventes ao câncer de mama, identificando mecanismos de proteção como elementos que as ajudaram na adaptação à vida após o adoecimento e tratamento do câncer e elementos que pudessem ser entendidos como indicadores de resiliência.

Com esse intuito, o presente trabalho é desenvolvido em alguns tópicos:

2. INTRODUÇÃO. Neste tópico é apresentada uma explanação breve sobre saúde e adoecimento, bem como algumas considerações sobre o câncer, o câncer de mama e a mulher frente à doença.

3. MECANISMOS DE PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA. Com base em autores de destaque no estudo da resiliência, neste tópico são abordadas definições do termo resiliência e a sua aplicação na pesquisa em psicologia, bem como questões relativas aos fatores de risco e aos mecanismos de proteção.

4. APROXIMAÇÃO ENTRE AS TEMÁTICAS RESILIÊNCIA E CÂNCER DE MAMA. Neste capítulo é apresentado um levantamento bibliográfico realizado sobre os termos “resiliência” e “câncer”, bem como “resiliência” e “câncer” e “mama”, que teve como objetivo traçar um panorama do que está sendo pesquisado e publicado na área da psicologia sobre o tema, no período de 1997 a 2009.

5. FENOMENOLOGIA: FILOSOFIA E MÉTODO. Este capítulo apresenta a fenomenologia como uma possibilidade metodológica para a pesquisa no campo da psicologia, tendo a entrevista fenomenológica como instrumento de coleta de dados do presente estudo. Também são abordados aspectos do “Enfoque Fenomenológico da Personalidade” proposto por Forghieri (1993).

6. DELIMITAÇÃO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA. Nessa parte, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo.

7. PERCURSO METODOLÓGICO. Este capítulo traz a caracterização das mulheres-colaboradoras da pesquisa, com dados demográficos e clínicos das participantes, assim como a apresentação do local da pesquisa e a forma de contato com as participantes, o procedimento utilizado para a coleta de dados e o procedimento empregado para a análise fenomenológica das entrevistas.

8. VIVÊNCIAS DAS MULHERES QUE SOBREVIVERAM AO CÂNCER DE MAMA.

Neste capítulo são apresentadas e discutidas as categorias temáticas e subcategorias reveladas nos relatos das mulheres entrevistadas, assim como trechos transcritos da entrevista que exemplificam tais categorias. Neste capítulo também é apresentada a organização dos padrões de resiliência das mulheres-colaboradoras da pesquisa e a aproximação dos mecanismos de proteção e dos indicadores de resiliência encontrados no relato das entrevistadas, para isso recorrendo à história de vida dessas mulheres.

9. UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE A VIVÊNCIA DA MULHER SOBREVIVENTE AO CÂNCER DE MAMA. Apresenta-se neste capítulo, uma síntese dos principais aspectos encontrados no estudo, buscando compreendê-los à luz da fenomenologia e das contribuições da psicologia existencial.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS. Neste capítulo são apresentadas breves considerações que se mostraram importantes ao longo do trabalho.

2. INTRODUÇÃO

Na perspectiva fenomenológica, o adoecimento é visto como uma vivência de freqüente fechamento sobre a própria experiência de enfermidade, em que a pessoa pode realizar um movimento de repensar-se a partir dessa experiência. Esse movimento possibilitaria uma reformulação da estrutura de sua vida, com base não apenas nos aspectos concretos da doença, mas também nos aspectos subjetivos que a acompanham, incluindo a aceitação ou não desses aspectos, como integrantes de uma nova existência permeada pela enfermidade (CORREIA, 2006).

O adoecimento é uma experiência frequentemente geradora de intensos sentimentos de angústia, desespero e tristeza. No entanto, o adoecimento por câncer parece intensificar tais sentimentos, tornando-os quase intoleráveis para as pessoas que o vivenciam. Entre todas as doenças, o câncer é uma das que mais provoca impacto psicológico, já que muitas vezes representa ou é vista como uma caminhada progressiva e dolorosa em direção à morte e/ou à mutilação (SILVA, 2005).

Estudos realizados por Neme (1999; 2005); Neme, Soliva e Ribeiro (2003) e Neme e Kato (2003) indicaram que a dor psíquica da pessoa com câncer é, muitas vezes, avaliada por esta, como superior à dor física e ao sofrimento corporal, bem como que, o modo pelo qual o indivíduo lida com o diagnóstico e o tratamento do câncer acarreta profundas diferenças em sua qualidade de vida e sobrevida à doença. Segundo Neme (2005a) e Horta et al (2003), os estilos individuais de enfrentamento do câncer relacionam-se à história de vida da pessoa e às situações de estresse com as quais teve que lidar em diferentes fases e áreas da vida, além de uma série de outras variáveis relacionadas às crenças pessoais, como a fé e religiosidade; à escolaridade; às possibilidades de obter ajuda e informações e às redes de apoio social com as quais pode contar.

Trabalhando com mulheres com e sem câncer de mama ou outras doenças graves, Neme (2005a) relatou diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos estudados quanto ao modo de avaliar ou significar os eventos de risco ou de estresse enfrentados no período de dez anos antes do diagnóstico da doença ou da pesquisa para as mulheres com câncer e sem câncer, respectivamente. As mulheres com câncer em tratamento avaliaram mais negativamente os eventos de vida enfrentados do que as mulheres sem câncer. Ainda, investigando os indicadores de resiliência entre esses dois grupos, a autora citada encontrou diferenças qualitativas entre eles, sugerindo que as mulheres com câncer utilizavam menos recursos interpessoais ou sociais e crenças positivas do que as mulheres sem câncer e indicou a necessidade de estudos mais amplos que pudessem aprofundar a compreensão dos fatores possivelmente associados aos resultados que obteve.

Teles (2005), estudando o câncer infantil e a resiliência nas díades mães-crianças com câncer por meio do método fenomenológico, constatou que mães e crianças utilizavam mecanismos de proteção tais como o estabelecimento de relações afetivas e autênticas de cuidado, paciência, manutenção da esperança, apoio da fé e auxílio do brincar no hospital para enfrentar o risco representado pela doença e a possibilidade de morte, ajudando-se mutuamente. Em seu trabalho, concluiu que a resiliência pode ser entendida como a possibilidade do indivíduo vivenciar uma situação de risco, sendo existencialmente sadio e permitindo-se descobrir novas possibilidades de existir e de ser.

Na fenomenologia a enfermidade, assim como a saúde, é compreendida como uma manifestação humana autêntica, reveladora do modo-de-ser da pessoa naquele momento de sua existência e de seu convívio com o outro, de modo que a doença não é vista como um fato isolado, mas sim, como um fenômeno que ocorre no campo do qual a pessoa faz parte, e constitui uma síntese geral do corpo próprio (SANTOS; POKLADEK, 2002). Essa condição de ambigüidade, na qual estão presentes o viver e a possibilidade da morte, trazida

concretamente na vivência do adoecimento, é inerente à condição existencial do homem, isto é, a existência humana encontra-se permeada por aspectos que são de certo modo, contrários e coexistentes, mas que constituem a totalidade da vida humana, conforme apontam Forghieri (1993) e Santos e Pokladek (2002).

No adoecimento crônico, como no caso do câncer, a pessoa pode ter dor física ocasionada pelos tumores ou pelos diversos tratamentos aos quais é submetida, como cirurgias, quimioterapias e radioterapias, além de sofrer restrições em sua vida cotidiana; se estas forem prolongadas e intensas, a pessoa pode não aceitá-las e não conseguir dar-lhes um significado em sua existência, podendo, por exemplo, ficar revoltada com o seu sofrimento, sentir-se aflita e insatisfeita consigo mesma e com sua existência ou mesmo tornar-se apática e indiferente às suas experiências (FORGHIERI, 1993). Entretanto, para algumas pessoas, eventos que restringem e limitam a existência, podem significar uma possibilidade de abertura a novas vivências não experimentadas antes do adoecimento:

[...] a própria ocorrência de fatos que acarretam diminuição de recursos pessoais ou restrição de condições externas na vida de um indivíduo podem transformar-se num estímulo para que ele se dedique à descoberta e atualização de potencialidades das quais, até então, não havia percebido possuir, ou não as havia valorizado suficientemente, para se dispor a atualizá-las (FORGHIERI, 1993, p. 53).

De acordo com Forghieri (1993), à medida que o ser humano consegue ter coragem para se envolver e sintonizar-se com as vivências de contrariedade e angústia, pode ser capaz de compreendê-las e integrá-las à totalidade de sua existência e, desse modo, ir gradativamente se abrindo às suas possibilidades de existir e descobrindo os seus melhores recursos para enfrentar e tentar resolver a situação de adversidade vivenciada. Quando não é possível mudar ou reverter a situação adversa, a pessoa pode aceitar seus próprios limites,

abrir-se a novas possibilidades e conseguir, dessa maneira, mesmo estando doente, manter-se existencialmente saudável.

[...] é necessário que a pessoa aceite as situações de sofrimento e com elas se envolva, para que consiga compreendê-las e ter, então, condições de se abrir às suas possibilidades de existir, que continuarão sendo amplas, apesar das restrições e sofrimentos que estiver vivenciando em determinado momento (FORGHIERI, 1993, p. 53).

A doença é uma das mais temidas adversidades e, quando é crônica e grave como o câncer, pode acarretar grande sofrimento existencial. Porém, o significado do câncer na vida de uma pessoa que passa ou passou por esta situação é muito particular e pessoal; assim, essa experiência apenas tem significado para o sujeito que a vivencia e apenas pode ser compreendida a partir do próprio sujeito. De acordo com Correia (2006), somente uma aproximação à consciência do ser humano doente possibilitará a compreensão de sua vivência. A compreensão da maneira como cada pessoa vivencia sua enfermidade pode revelar aspectos apontados por Neme (2005a) e por Teles (2005) como indicadores de resiliência, os quais lhe abrem novas perspectivas existenciais e modos-de-ser-saudável.

Na presente pesquisa, o conceito de resiliência será abordado como uma possibilidade de compreender os aspectos envolvidos na situação de adoecimento, buscando identificar elementos sadios e de sucesso apresentados pelas mulheres entrevistadas, que contribuíram para o enfrentamento da situação de adoecimento e para a manutenção da vida. Pretende-se que os resultados alcançados favoreçam o desenvolvimento de programas psicoeducativos e preventivos em educação para a saúde, que incluam conhecimentos sobre a capacidade resiliente, auxiliando pessoas doentes ou não, a melhorarem sua qualidade de vida e suas possibilidades de ser saudável em diferentes circunstâncias e contextos da existência humana.

2.1. O câncer: algumas considerações sobre a doença

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública, sendo um dos principais responsáveis pelas causas de morte, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2010 e válidas também para 2011 (INCA, 2010), prevêem aproximadamente 489 mil novos casos de câncer, sendo que os tipos mais incidentes previstos, à exceção de câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e câncer de mama e de colo uterino no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada na América Latina.

Apesar da alta incidência do câncer na sociedade atual, algumas evidências apontam que esta doença já existia em séculos passados. De acordo com Zecchin (2004) vestígios encontrados em múmias egípcias e pré-colombianas indicam a possibilidade de existência do câncer desde a Antiguidade; além disso, escritos babilônicos, indianos e papiros egípcios, que datam de 3.500 a C, já descreviam um tipo de doença que pode ser entendida como câncer.

A partir do século V a C, verifica-se o surgimento de descrições sistemáticas da doença e a utilização do termo *Karcinos* (que significa caranguejo) para referir-se ao câncer, provavelmente devido às dores causadas pela doença, que se assemelham à ferroadas do caranguejo. As investigações sobre a doença foram sendo desenvolvidas muitas vezes pautadas por mitos e explicações sobrenaturais, conferindo à doença um status de “mal absoluto da degradação e da condenação a uma morte sofrida”, acompanhada de sentimentos de vergonha e medo (ZECCHIN, 2004, p. 55).

Com a descoberta da célula e o desenvolvimento da microbiologia, a partir do século XIX, tornou-se possível aprofundar as investigações sobre a etiologia da doença. A

partir de então, a oncologia vem experimentando progressos consideráveis, sendo que a cirurgia foi a primeira área a apresentar notáveis avanços. A utilização da anestesia e de técnicas cirúrgicas possibilitou a realização de extensas cirurgias nas quais os tumores passaram a ser extirpados, tendo como resultado a possibilidade de cura. É neste momento que surgem as primeiras noções da importância do diagnóstico precoce e da intervenção rápida para evitar o aparecimento de metástases (VEIT; CARVALHO, 2008).

Atualmente a Oncologia é uma ciência consolidada, que se dedica ao estudo do câncer em sua formação, desenvolvimento e possíveis formas de tratamento e prevenção, bem como, à busca da cura e ao aumento da sobrevida de seus portadores. Os avanços já obtidos permitem que hoje o câncer seja considerado uma doença crônica, com grande número de pacientes curados ou vivendo muitos anos com a doença, controlando-a e tratando de seus sintomas (YAMAGUCHI, 2003; VEIT; CARVALHO, 2008). Entretanto, ainda persistem questões abertas para a pesquisa e forte vinculação do câncer com a idéia de morte, além de dúvidas e descrenças frente às modalidades de tratamento disponíveis (NUCCI, 2003).

De acordo com o INCA (2008), câncer é um conceito amplo que representa um conjunto de mais de duzentas doenças neoplásicas malignas distintas, com multiplicidade de causas, história de desenvolvimento e diferentes formas de tratamento, mas que apresentam, em comum, o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, com potencial para espalharem-se para outras regiões do corpo. Estas células desenvolvem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores – acúmulos de células cancerosas – ou neoplasias. Essas células também podem se desenvolver mais lentamente e serem bastante semelhantes ao tecido de origem, representando um baixo risco de vida, sendo, neste caso, denominadas de tumor benigno.

Sabe-se hoje, que a maioria dos cânceres surge a partir de alterações na informação genética de uma única célula, tornando-a capaz de proliferar até o ponto de formar

a massa tumoral no tecido em que foi originada e à distância (YAMAGUCHI, 2003). A célula neoplásica utiliza processos bioquímicos normais, entretanto, de forma desregulada e em momentos impróprios, o que resulta na proliferação celular descontrolada e demais processos envolvidos na carcinogênese; destaca-se que a transformação da célula normal em uma célula neoplásica é um processo longo em que os mecanismos normais de regulação da proliferação e diferenciação celular vão sendo danificados sucessivamente (CAMPONERO, 2008). Esta proliferação desordenada resulta no aparecimento de células com maior autonomia, que seletivamente superam as células de origem e adquirem potencial invasivo e metastático. Metástase é definida como o crescimento de uma ou mais células neoplásicas a uma distância específica do tumor primário (LOVE, 1999).

De acordo com o INCA (2008), os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo, sendo categorizados em três tipos principais: *carcinoma* – inicia-se em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas; *sarcoma* – começa em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem; e *leucemias* e *linfomas*. O INCA (2008) ainda destaca que, por ser uma patologia com localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos, o câncer não apresenta sintomas ou sinais específicos, o que acarreta grande dificuldade em seu diagnóstico, podendo ser detectado em vários estágios de evolução histopatológica e clínica. Para Moreira e Mello Filho (1992) o tempo médio de surgimento de uma neoplasia e o momento em que ela começa a produzir sintomas, podendo ser diagnosticada, está em torno de cinco anos.

Algumas pesquisas apontam que o desenvolvimento de um câncer resulta da interação entre fatores endógenos e ambientais. Os fatores endógenos estão relacionados à capacidade de defesa do organismo frente às agressões externas, sendo geneticamente pré-determinados. Neste caso, a mutação genética pode originar-se no cotidiano, nas exposições repetidas do organismo aos numerosos agentes físicos, químicos ou biológicos aos quais se

têm contato por meio de inalação, ingestão ou contato com a pele. Já os fatores ambientais referem-se a fatores relacionados ao meio ambiente e aos hábitos e costumes específicos de uma cultura; como por exemplo, dieta, tabagismo, obesidade, falta de atividade física, bem como a exposição a tipos específicos de vírus, bactérias e parasitas e o contato freqüente com substâncias carcinogênicas, como produtos de carvão e amianto (GARÓFOLO et al, 2004; NUCCI, 2003). O câncer é, portanto, uma doença de etiologia multifatorial.

Muitos autores têm se dedicado ao estudo das possíveis relações entre o desenvolvimento do câncer e as emoções vivenciadas pelo paciente ao longo da vida. Amussart (1854, apud MOREIRA; MELLO FILHO, 1992) foi o primeiro a falar dessas relações, descrevendo a influência do luto na gênese do câncer. Le Shan (1956), que acompanhou cerca de 500 casos por meio de entrevistas ou atendimento psicoterápico, identificou entre estes, fatores como ruptura de uma relação interpessoal significativa antes do início da doença, dificuldade em expressar sentimentos hostis, sentimentos de desamparo e desesperança, além de um histórico de vida marcado pela solidão, abandono, culpa e autocondenação. Esses resultados têm sido corroborados por outros estudos, tais como os de Neme (1999; 2005a), indicando maior dificuldade em pacientes oncológicos em superar o estresse emocional, mantendo os efeitos imunodepressores do estresse e a vulnerabilidade ao adoecimento.

O diagnóstico do câncer ainda é recebido como um grande impacto emocional, tanto para pacientes quanto para sua família, uma vez que acarreta uma série de profundas alterações em suas vidas, além de adaptações à nova condição existencial, permeada pela necessidade constante de acompanhamento médico e tratamentos por vezes invasivos e dolorosos, que impõem uma nova dinâmica à vida e ao cotidiano. Além disso, os pacientes enfrentam questões relacionadas a alterações na aparência física e na auto-imagem corporal,

assim como a possibilidade de limitações e impedimentos de algumas atividades diárias, o que pode interferir em sua auto-estima e socialização (ABBY; WASSERMAN, 1992).

Para Malzyner, Camponero e Donato (1997) o desenvolvimento dos tratamentos e o refinamento das técnicas cirúrgicas possibilitaram um aumento no número de pessoas que sobrevivem ao câncer; entretanto, o diagnóstico, por ser tão fortemente vinculado à idéia de morte faz com que, mesmo continuando a viver, as pessoas que passaram por esta situação carreguem a marca do câncer por toda a sua existência.

Um levantamento bibliográfico realizado por Carvalho (2002) apontou uma série de aspectos psicossociais apresentados por pacientes com câncer: ansiedade; depressão; medo; raiva; revolta; insegurança; perdas; desespero; mudanças de humor e esperança; isolamento; estigma; perda de controle e perda de autonomia; mutilações; tratamentos; dor; efeitos colaterais e relação problemática com o médico, que evidenciam a importância do apoio psicológico ao longo do processo de tratamento, auxiliando o paciente no enfrentamento da doença e na recuperação e cura, quando possível.

2.2. O câncer de mama e a mulher frente à doença

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo. O Brasil classifica-se entre os países com maior incidência da doença, sendo que esta se constitui na primeira causa de morte entre as mulheres. Para o ano de 2010 e 2011 são estimados 49.240 casos novos de câncer de mama no país, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que na região sudeste o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil mulheres (INCA, 2010).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, entretanto, acima dessa faixa etária, a incidência cresce rápida e progressivamente, concentrando-se principalmente em mulheres acima dos 50 anos de idade (INCA, 2003). Sabe-se hoje que o diagnóstico precoce e a escolha do tratamento eficaz oferecem um bom prognóstico para o câncer de mama, e, por outro lado, o diagnóstico do câncer em estágio avançado (III – tumor localmente avançado e IV – tumor com metástases) é o principal fator que dificulta o tratamento e a possibilidade de cura da paciente. Este último caso ainda é o mais observado no Brasil, já que cerca de 60% dos diagnósticos são realizados quando o câncer encontra-se em estágios avançados, necessitando, portanto de tratamentos mais radicais, como a mastectomia (SILVA, 2008).

A detecção tardia do câncer de mama representa uma diminuição das chances de sobrevida, comprometimento dos resultados do tratamento e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes; o que faz com que, no Brasil, a doença seja caracterizada como um problema de saúde pública, sendo implementadas ações, planos e programas destinados ao seu controle (SILVA, 2008).

Segundo Sant’Anna (1997), muito da dificuldade para a realização do diagnóstico precoce do câncer deriva do fato de que esta é uma doença ainda impregnada por sentimentos de vergonha e medo, levando a pessoa a manter silêncio frente ao adoecimento. No caso do câncer de mama em mulheres, o sentimento de vergonha é agravado pelo medo da mutilação de uma parte do corpo considerada como um dos principais símbolos da identidade feminina. Mesmo na sociedade atual, em que a mulher conquistou o direito de expressar suas opiniões e seus sentimentos de maneira mais livre, o câncer apresenta-se como um “segredo” difícil de ser compartilhado e narrado (SILVA, 2008, p.233).

Nas três primeiras décadas do século XX, o câncer foi relacionado à falta de limpeza, tanto do corpo como da alma, sendo comum a divulgação de estudos médicos em

manuais de saúde, principalmente de higienistas, que pregavam a importância da limpeza do corpo, da casa e dos espaços de trabalho. Destaca-se que, neste período, também era corrente a crença de que o câncer era uma doença contagiosa em indivíduos adeptos dos excessos de prazer, misturando-se temores morais e políticos. Em contrapartida, o câncer era ao mesmo tempo compreendido como uma doença sagrada, um “mal redentor”, de modo que, enfrentá-lo, era considerado um ato heróico; no caso do câncer de mama, por exemplo, o corpo sofredor da mulher era tomado por algo sagrado (SANT’ANNA, 1997, p.47).

Ainda no início do século XX, a maioria das mulheres com câncer de mama não falava sobre sua doença e tampouco sobre os sentimentos ocasionados por ela, tendo em vista que, nessa época, era considerado indecente falar sobre o próprio corpo, de modo que, à doente cabia o silêncio como condição de sua purificação e também como única alternativa socialmente aceitável. Além do silêncio, era comum as mulheres adotarem medidas próprias para o seu tratamento, recorrendo à utilização de sanguessugas, xaropes e até mesmo benzedadeiras (SANT’ANNA, 1997).

Sant’Anna (1997) ainda destaca que entre as décadas de 1930 e 1940 os argumentos higienistas para a explicação do câncer continuaram em vigor, entretanto, ocorreu uma maior abertura a novas hipóteses, relacionadas, por exemplo, a mudanças nos hábitos cotidianos presenciadas nesta época, como maior consumo de produtos químicos presentes nos alimentos e o hábito de fumar. Ao mesmo tempo, permaneceram os argumentos moralistas usados outrora, porém voltados para a questão da sexualidade, relacionando questões relativas aos hábitos sexuais e o desenvolvimento do câncer de mama. A partir da década de 1940 o câncer começa a ser discutido na mídia, que passa a estimular o falar sobre a doença, objetivando quebrar tabus e romper com a vergonha presente até então; neste momento, admite-se que o câncer é uma doença que pode ser curada, se tratada a tempo.

Em 1950, os avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento do câncer propiciaram o aumento do número de sobreviventes e no tempo de sobrevivência das pacientes, indicando a necessidade de estudos que averiguassem a repercussão e a adaptação psicossocial da paciente e seus familiares. Entretanto ainda vigoravam argumentos morais nas explicações da doença (SILVA, 2008).

Nos anos de 1960 e 1970, verifica-se uma maior atenção a possíveis relações entre fatores psicológicos e a carcinogênese, destacando-se o estudo de tipos de personalidade e o desenvolvimento da doença. Neste período, a luta contra o câncer e o câncer de mama em especial, destaca a necessidade de conhecimento do próprio corpo, realizando publicações sobre o câncer de mama, como um estímulo para que as pacientes falassem abertamente sobre suas dificuldades emocionais e sua doença, procurando meios de fortalecimento e crescimento através da enfermidade. Segundo Silva (2008), o papel ativo da paciente é estimulado e esta passa a ser percebida como agente de sua própria cura.

Atualmente, os estudos na área da oncologia entendem que o câncer é uma doença de origem multifatorial, sendo que muitos aspectos podem estar envolvidos em seu desenvolvimento. Todas as mulheres estão sob risco de desenvolver câncer de mama, não sendo possível, portanto, determinar quais mulheres desenvolverá ou não a doença (MALZYNER; CAMPONERO; DONATO, 1997). De acordo com o INCA (2003), os principais fatores associados a um risco aumentado de desenvolver câncer de mama são: sexo feminino; avanço da idade; menarca precoce; menopausa tardia; primeira gestação tardia; obesidade na pós-menopausa; exposição à radiação ionizante em altas doses; exposição a pesticidas ou organoclorados; tabagismo; história de câncer de ovário ou de mama; história de doença mamária benigna; alta densidade mamária; mutações genéticas e história familiar de câncer de mama. Cantinelli et al (2006) ainda destacam que estudos epidemiológicos apontam o câncer de mama como uma patologia de incidência aumentada em mulheres em idade de

ciclo reprodutivo, o que sugere o envolvimento de hormônios reprodutivos na etiologia da doença.

Por outro lado, alguns estudos procuram investigar fatores que podem ser considerados preventivos ao desenvolvimento do câncer de mama. Rea (2004) revisando a literatura sobre os efeitos da amamentação para a saúde da mulher, no período de 1990 a 2004, encontrou que os estudos publicados demonstram importantes benefícios da amamentação para a saúde da mulher, incluindo um risco diminuído para o desenvolvimento do câncer de mama, entre outras doenças, sendo que o menor risco para o adoecimento ocorre tanto para mulheres antes como depois da menopausa. Além da amamentação, a dieta balanceada vem sendo apontada como um importante fator de proteção ao desenvolvimento do câncer de mama, como demonstrado por Padilha e Pinheiro (2004) que, investigando na literatura o papel dos alimentos funcionais no controle e prevenção do câncer de mama encontraram que, embora ainda não totalmente esclarecida a relação entre os fatores dietéticos e o desenvolvimento do câncer de mama, os estudos apontam que a quimioprevenção através de alimentos funcionais – como vegetais, frutas e grãos integrais – emerge como um importante instrumento na prevenção e controle do câncer de mama, o que sugere mecanismos de ação anticarcinogênicos, antioxidantes, antiinflamatórios e anti-hormonais.

Resultados de estudos sobre a mulher e o câncer de mama, destacam o impacto psicológico vivenciado no momento em que o diagnóstico é comunicado. De acordo com Bergamasco e Ângelo (2001) o diagnóstico de câncer de mama representa um profundo impacto psicossocial para as pacientes e também para seus familiares, configurando-se uma experiência ampla que engloba diferentes momentos com significados distintos e com implicações no cotidiano e nas relações sociais das mulheres que enfrentam o problema.

A partir do momento em que a mulher descobre que tem um nódulo na mama, ou mesmo, sente um “caroço” por meio do auto-exame, inicia-se um processo interno de dúvidas

e incertezas quanto à existência concreta da doença (MALUF; MORI; BARROS, 2005). A confirmação do diagnóstico de câncer, por meio de técnicas de rastreamento, como a mamografia (exame radiográfico) e o exame anatomopatológico, representa para a mulher a possibilidade de proximidade da morte, além de confrontá-la com uma série de decisões que devem ser tomadas rapidamente com relação ao tratamento a ser iniciado.

Ao entrevistarem mulheres com diagnóstico de câncer de mama, Bergamasco e Ângelo (2001) identificaram que na fase diagnóstica, a mulher pode experimentar sentimentos que variam de indiferença para um medo real, sendo que a espera pelo resultado dos exames e definição dos procedimentos futuros é vivenciada com ansiedade, angústia e desamparo, levando a questionamentos e pensamentos de morte e pânico. Estes sentimentos são acentuados quando a mulher percebe-se dependente dos serviços de saúde, em que as dificuldades e demoras nos atendimentos são experienciadas como mais um problema a ser enfrentado. Após a confirmação da doença, a mulher experimenta a necessidade de aceitar sua condição de portadora de câncer de mama, de lidar com a decorrente reorganização de papéis e submeter-se ao tratamento, buscando alcançar a cura.

Um importante componente do tratamento do câncer de mama que tem sido alvo de diferentes estudos é a cirurgia da mama (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2006; ALMEIDA, 2006; SANTOS; GONÇALVES, 2006). De acordo com o INCA (2004) a indicação de diversos tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico do câncer, podendo ser conservadora – ressecção de um segmento da mama (setorectomia, tumorectomia alargada e a quadrantectomia) com ou sem a retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela – ou não-conservadora (mastectomia).

Schávelzon (1992) destaca que a cirurgia de câncer pode representar uma agressão à imagem e esquema corporal, uma vez que todas as estruturas orgânicas do homem, suas funções reais e seus significados sócio-culturais cumprem um papel básico na integração

física e psicológica do indivíduo; e, além disso, existem os aspectos simbólicos da cirurgia, já que em nossa cultura, a cirurgia de câncer ainda é vista como um ato envolvido pelo misticismo, que remete à imagem do câncer como uma doença diabólica que entra no corpo e o invade.

No caso da mama, considerada como característica principal da feminilidade, as cirurgias, principalmente as não-conservadoras, podem acarretar a alteração na auto-imagem, estimulando, na paciente, sentimentos de inferioridade e medo de ser rejeitada. Quanto maior a importância que a mulher confere à mama, maior será seu sentimento de perda após a cirurgia (SCHÁVELZON, 1992; WANDERLEY, 2003). Além disso, por ser uma doença sistêmica, o câncer de mama geralmente necessita de um tratamento longo, que além da cirurgia, pode incluir a *radioterapia*, a *quimioterapia* e a *hormonioterapia*¹, de acordo com cada caso.

Para Maluf, Mori e Barros (2005, p.151):

[...] a mulher portadora de câncer de mama passa por vários lutos ao longo do processo de tratamento: o primeiro pela existência da possibilidade de ter câncer, o segundo quando do diagnóstico, o terceiro quando do tratamento cirúrgico, um quarto luto gerado pela perda da imagem corporal e correlatos, um quinto luto causado pelas possíveis limitações que terá em consequência da cirurgia e um último causado pelos tratamentos...

Ressalta-se, assim, o papel dos conhecimentos e práticas desenvolvidos na área da psico-oncologia, definida por Gimenes (2003), como ampla interface entre a oncologia e a psicologia, voltada ao atendimento integral da paciente considerada em seus aspectos físicos e psicológicos. Documento de consenso sobre o Controle do Câncer de Mama, publicado pelo INCA em 2004, destaca a importância do atendimento psicológico, e sugere que este seja

¹ 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. A Quimioterapia e a hormonioterapia são terapias adjuvantes sistêmicas e seguem-se ao tratamento cirúrgico instituído. Elas podem ser de caráter curativo (com o objetivo de eliminar completamente a doença) ou de controle (casos em que a doença não pode ser removida por completo, tendo o objetivo de diminuir a quantidade de células neoplásicas no organismo) (INCA, 2004).

iniciado imediatamente após o diagnóstico e definição da conduta terapêutica que será empregada, tendo em vista interceder efetivamente na qualidade de vida da paciente após o tratamento, favorecendo o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais. Esse documento também enfatiza a necessidade de acompanhamento da mulher nas diferentes fases da doença – diagnóstico, durante e após o tratamento, em casos de recorrência da doença, e nos cuidados paliativos, identificando suas necessidades, os sintomas e suas causas, e o impacto desses em seu cotidiano.

Ao abordarem as possibilidades do trabalho do psicólogo, Wanderley (2003) e Venâncio (2004), colocam que ele pode estar voltado, em um primeiro momento, a ajudar a mulher a reassumir suas funções profissionais, sociais, familiares e sexuais anteriores à cirurgia, e, gradativamente ir aprofundando e esclarecendo sentimentos e sensações peculiares diante de diversas situações de vida, de modo que a paciente tenha a possibilidade de compreender o significado da experiência de adoecer, podendo conferir-lhes novos significados, realizando uma ressignificação dessa experiência em sua vida.

A fase de remissão e cura, considerada a partir de cinco anos após a finalização do tratamento, é entendida por Pinto e Ribeiro (2007), como uma fase em que os indivíduos têm que reestruturar sua relação com amigos, familiares e entidades empregadoras; seu papel na sociedade agora passa de *ser-doente*, para *pessoa que teve câncer*. Neste momento, a pessoa necessita de um tempo para restabelecer o equilíbrio. Por outro lado, para algumas pessoas, a vivência do adoecimento pode significar uma oportunidade de reflexão e mudança, com o estabelecimento de novas prioridades e novo estilo de vida. Segundo Neme (2005a), essas pessoas – identificadas como “resilientes” – tendem a reagir mais positivamente, apresentando esperanças realistas, melhorando suas relações interpessoais, buscando apoios sociais e espirituais, reforçando ou desenvolvendo um sentido de vida, surpreendendo os que com elas convivem e compartilham a trajetória adversa da doença.

3. MECANISMOS DE PROTEÇÃO E RESILIÊNCIA

Resiliência é um conceito originário da Física e da Engenharia de Materiais que pode ser definido como a propriedade que possibilita a um corpo deformado ter sua energia armazenada devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica (PALUDO; KOLLER, 2005). Na Psicologia, este conceito passou a ser estudado sistematicamente nas últimas três décadas, a partir de investigações com crianças que viviam em ambientes com múltiplos riscos psicossociais. Estudos iniciais referiam-se ao termo, designando indivíduos invulneráveis aos efeitos de situações de estresse (TELES, 2005).

Yunes (2003) cita o estudo do psiquiatra infantil Anthony (1974), que introduziu o termo invulnerabilidade, referindo-se às crianças que apresentavam saúde emocional e alta competência, apesar de viverem prolongados períodos de adversidades e estresse psicológico, indicando que o termo invulnerabilidade foi o precursor do termo resiliência na Psicologia. De acordo com Souza e Cervený (2006), estudos iniciais da resiliência na saúde, vinculavam-se a teorias de psicopatologia e a definiam como um conjunto de fatores relacionados à personalidade e capacidades individuais que tornavam pessoas que haviam passado por experiências traumáticas e não adoeceram como invulneráveis e resistentes. Para Zimmerman e Arunkumar (1994) resiliência e invulnerabilidade não são termos equivalentes; para estes autores, resiliência refere-se à habilidade de superar adversidades, o que não significa passar por uma situação de crise e sair ileso, como sugere o segundo termo.

Yunes (2003) ressalta que os termos invulnerabilidade, invencibilidade ou resistência, geraram controvérsias, pois pareciam sugerir que os indivíduos pesquisados seriam totalmente imunes a qualquer tipo de desordem, independente das circunstâncias. Por ser relativamente novo na Psicologia, o conceito de resiliência ainda não apresenta um consenso claro entre teóricos e pesquisadores e tem sido objeto de estudos com diferentes

populações e indivíduos de diferentes faixas etárias, visando sua reformulação e adequação teórica e metodológica em sua aplicação à Psicologia e às Ciências Humanas.

De acordo com Zimmerman e Arunkumar (1994), entre as décadas de 70 e 80, Rutter, considerado uma referência nos estudos sobre resiliência, desenvolveu um estudo longitudinal, no qual acompanhou 125 crianças filhas de pais portadores de deficiência mental, constatando que muitas dessas crianças não apresentaram qualquer tipo de doença mental ou problemas de comportamento quando adolescentes. Este foi um marco inicial na investigação sobre resiliência e proporcionou uma ampliação nas pesquisas sobre o tema, buscando compreender como estas crianças conseguiram evitar os efeitos negativos da convivência com a doença mental e identificar o que as protegia desta situação.

A resiliência é definida por Rutter (1999) como um processo de relativa resistência manifestada por algumas pessoas diante de situações que oferecem risco psicossocial para seu funcionamento e desenvolvimento. O caráter relativo permite compreender porque a resiliência ocorre em algumas circunstâncias e não em outras, não podendo ser pensado como um atributo individual fixo, ocorrendo mudanças de acordo com a etapa do ciclo vital do sujeito. De acordo com Rutter (1987), na capacidade resiliente estão incluídos diversos fatores, desde a habilidade da pessoa para lidar com mudanças que ocorrem ao longo da vida e sua confiança na própria auto-eficácia, até o repertório de estratégias e habilidades que apresenta para enfrentar situações adversas. Além disso, para Job (2000), ocorre mediante a combinação de fatores favoráveis do próprio indivíduo, da família e do ambiente social e cultural frente aos fatores de risco.

Luthar, Cicchetti e Becker (2000) consideram a resiliência um processo dinâmico que possibilita a adaptação positiva frente a situações de adversidades significativas. Na mesma linha, para Silva, Elsen e Lacharité (2003), resiliência é uma capacidade humana de enfrentar situações adversas de forma positiva, mesmo quando estas comportam risco

potencial para sua saúde e/ou desenvolvimento. Aparentemente, esse atributo independe de grupos étnicos, nível sócio-econômico e contexto cultural, implicando em que o indivíduo seja submetido à condição adversa significativa, levando-se em conta suas próprias qualidades, o ambiente familiar e o contexto social. Considera-se que o indivíduo pode ter adaptação positiva em um determinado domínio e não ter em outros (JOB, 2000; TELES, 2005; NEME, 2005a).

Junqueira e Deslandes (2003) entendem resiliência como a capacidade do indivíduo de, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com as adversidades não cedendo a elas, com especial ênfase ao caráter relativo da resiliência, defendendo que este termo designa a possibilidade de superar as adversidades não simplesmente eliminando o problema, mas também realizando a ressignificação psicológica do mesmo.

De acordo com Teles (2005), resiliência pode ser definida como a capacidade de enfrentar bem situações quando há perigo e/ou risco, com possíveis conseqüências negativas. Este fenômeno envolve necessariamente a presença de fatores de risco e a atuação de mecanismos de proteção. Os fatores de risco relacionam-se a todos os eventos negativos da vida do indivíduo que, quando presentes, aumentam a probabilidade deste apresentar problemas físicos, sociais e/ou emocionais (YUNES; SZYMANSKI, 2001; DAMETO, 2007). Gauy e Costa Júnior (2005) indicam três grandes grupos de fatores de risco que podem estar presentes no desenvolvimento: *fatores de risco sociais* – condições básicas do ambiente, nutrição, moradia, lazer, escola, assim como experiências de privação e violência; *fatores de risco familiares* – condições de interação familiar, como nível de autoridade parental, existência de transtornos mentais e/ou problemas físicos entre os membros da família e sistemas de punição/coerção física; e, *fatores de risco pessoais* – características do indivíduo,

como temperamento, personalidade, percepção, habilidades cognitivas e estratégias de manejo frente a situações adversas.

Estudos realizados por Pesce et al (2004) e por Teles (2005) buscaram identificar mecanismos que atuam como proteção em situações de risco, diminuindo a probabilidade de consequências negativas e reduzindo sua incidência e gravidade, o que auxilia o indivíduo a interagir com os eventos da vida e a alcançar bons resultados, como estabelecer e manter a auto-estima e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse, incrementando a resiliência. Segundo Rutter (1987), as influências genéticas, as experiências passadas, o contexto social e as reações em cadeia são fatores que influenciam a resistência a situações estressantes e favorecem a adaptação.

Os mecanismos de proteção, para Rutter (1981), são influências que melhoram, modificam ou alteram respostas pessoais a determinados riscos ou desadaptação. Na ausência de um agente estressor, estes fatores podem não apresentar efeito algum, já que sua função é a de modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, mais do que favorecer o desenvolvimento normal. Podem ser entendidas como mecanismos de proteção, as diferenças individuais resultantes de fatores constitucionais e da experiência; a construção da auto-estima; a aquisição de habilidades para lidar com diferentes situações e a existência de relações interpessoais positivas, dentre outros (RUTTER, 1971).

Aprofundando a compreensão sobre os mecanismos de proteção, Rutter (1985; 1987) destaca que eles não se restringem a uma condição estática; ao contrário, são processos dinâmicos que se referem à maneira como a pessoa lida com situações de mudanças e transições na vida, ao sentido que ela mesma atribui à suas experiências, e ao modo como ela age frente a situações de adversidade, sendo preferencialmente denominados de *mecanismos de proteção* e não *fatores de proteção*. Como coloca Teles (2005, p. 20), os mecanismos de proteção são processos que possibilitam um “final feliz” em uma trajetória de risco.

De acordo com levantamento realizado por Trombeta e Guzzo (2002, p.35), grande parte dos autores que realizam estudos sobre resiliência, apresenta uma divisão didática dos mecanismos de proteção, categorizando-os em três grandes grupos: a) *condições do próprio indivíduo* – neste grupo incluem-se habilidades ou características pessoais, como a auto-estima positiva e o temperamento fácil e maleável, o locus de controle interno, as habilidades pró-sociais, habilidade para lidar com as próprias emoções, entre outros; b) *condições familiares* – incluem-se, entre outras, características da família, como coesão, estabilidade, flexibilidade, adaptabilidade, consistência, qualidade das interações e um sistema de apoio; c) *condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente* – neste grupo estão presentes o suporte ou apoio oferecido fora do círculo familiar, como por exemplo, oferecido por um grupo de amigos bem estabelecido, que permite interações afetivas e empáticas, ou mesmo por grupos formados em igrejas e outras instituições. Ainda para Trombeta e Guzzo (2002), os mecanismos de proteção promovem no indivíduo o ganho de controle sobre a sua vida e o incentivo ao bem-estar e à saúde psicológica, mesmo que frente aos fatores de risco.

Com o intuito de investigar o desenvolvimento de mecanismos de proteção em adolescentes do sexo feminino com diferentes diagnósticos de transtornos mentais e em tratamento, Dameto (2007) obteve uma relação desses mecanismos, aparentemente presentes no desenvolvimento das adolescentes, auxiliando-as a enfrentar os diversos fatores de risco a que foram submetidas: presença de relações interpessoais positivas; aproveitamento dos recursos escolares; bom relacionamento familiar; otimismo; busca de autonomia; auto-estima positiva; mente aberta e receptiva a mudanças; estabilidade familiar; capacidade para reconhecer e expressar seus sentimentos; facilidade para fazer amigos; flexibilidade; capacidade para estabelecer objetivos e metas; bom humor; apoio familiar; participação em diferentes atividades, entre outros.

Por sua amplitude e complexidade, o estudo da resiliência exige uma compreensão dinâmica e interacional dos fatores de risco e dos mecanismos de proteção que devem estar presentes no enfrentamento das situações adversas. Assim, para que se considere a resiliência, é necessário que exista um equilíbrio entre os fatores de risco e os mecanismos de proteção. Além disso, mais do que identificar os fatores de risco a que os indivíduos estão expostos ou os mecanismos de proteção que estão atuando, o estudo da resiliência deve voltar-se à identificação das vivências do próprio indivíduo que enfrenta situações adversas (TROMBETA; GUZZO, 2002). Como coloca Job (2000), a resiliência pode ser compreendida como a capacidade humana de, frente a uma situação adversa, enfrentá-la e, em alguns casos, ressignificar tal situação, transformando-a num caminho para lidar com novas situações difíceis.

Na pesquisa empreendida por Job (2000), com sobreviventes do Holocausto residentes em um abrigo para idosos no Brasil, o autor identificou as condições pessoais relatadas como fundamentais para a adaptação às adversidades vivenciadas e a manutenção e reconstrução de suas vidas. O autor classificou como características de resiliência: a esperança; a saúde; a crença, fé e sentido para a vida; o suporte social; a solidariedade e a ajuda, e categorizou as características de resiliência encontradas entre os entrevistados, em padrões de resiliência que lhe permitiram compreender tais características de forma condensada e objetiva. Os padrões organizados por Job (2000) foram: a) *padrão disposicional* – refere-se aos recursos pessoais que o indivíduo pode utilizar a qualquer momento; incluem-se neste padrão atributos físicos, herdados e influenciados pelo ambiente, considerando-se a inteligência, saúde e temperamento; assim como atributos psicossociais, tais como autoestima, autoconfiança e crença na própria eficiência; b) *padrão relacional* – diz respeito ao papel desempenhado pelo indivíduo em relacionamentos, considerando-se aspectos intrínsecos, tais como habilidade de desenvolver relações pessoais íntimas e capacidade de

espelhar-se de modo positivo em outra pessoa e daí derivar bem-estar. Nos aspectos extrínsecos incluem-se ter múltiplos interesses e hobbies, envolver-se em atividades educativas, de trabalho, sociais e outros; c) *padrão situacional* – inclui características como ter habilidade para avaliações cognitivas, ter habilidade para resolução de problemas, aprender com a prática, refletir sobre as situações, apresentar autocontrole e curiosidade e outras, que se manifestam frente a situações comuns ou a estressores; d) *padrão das crenças pessoais, filosóficas, religiosas, no destino* – refere-se a crenças de que o autoconhecimento, da reflexão sobre si e da natureza dos fatos apresentam significados pessoais, que motivam o existir.

Na presente pesquisa, com mulheres sobreviventes ao câncer de mama, buscar-se-á identificar nos relatos das participantes, mecanismos de proteção que as auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento, bem como aspectos que possam ser compreendidos como indicadores de resiliência no processo de enfrentamento do câncer de mama.

4. APROXIMAÇÃO ENTRE AS TEMÁTICAS RESILIÊNCIA E CÂNCER DE MAMA²

Ao buscar compreender as possíveis relações entre a resiliência e a sobrevivência ao câncer de mama, considerou-se a necessidade de identificar, de forma sistemática na literatura da área, os trabalhos que se ocuparam de relacionar esses temas, visando obter um panorama do que está sendo pesquisado e publicado na área da psicologia, nos últimos doze anos, realizando um resgate das propostas metodológicas dos estudos e os principais resultados encontrados, bem como identificando a existência de tendências e possíveis lacunas nas pesquisas. Para isso, foi realizada busca eletrônica de resumos de trabalhos indexados nas bases de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library Online); LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde); MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e PSYCINFO (American Psychological Association) sobre o tema pesquisado, entre 1997 e 2009. Esse período de tempo foi determinado pela organização temporal existente na base de dados MEDLINE, que apresenta publicações entre os períodos de 1966 a 1996 e 1997 a 2009, optando-se pelo segundo período tendo em vista obter publicações mais recentes.

Inicialmente o levantamento bibliográfico ocorreu a partir do cruzamento dos termos “resiliência” e “câncer” nas bases SCIELO e LILACS, e, “*resilience*” e “*cancer*” nas bases MEDLINE e PSYCINFO, identificando o veículo de publicação (periódico, capítulo de livro ou dissertação), as propostas metodológicas e o ano de publicação, de modo a obter um panorama geral dos trabalhos realizados no período sobre “*resiliência*” e “*câncer*” no campo da psicologia. Posteriormente, o levantamento bibliográfico foi refinado, incluindo-se o termo “*mama*” nas bases SCIELO e LILACS e “*breast*” nas bases MEDLINE e PSYCINFO,

² Este estudo de revisão bibliográfica é parte de um artigo escrito pela autora e pela orientadora da Dissertação.

visando especificar a pesquisa bibliográfica e considerando apenas os trabalhos que abordavam as temáticas “resiliência” e “câncer de mama”, de acordo com o objetivo desse estudo de revisão.

Em ambos os levantamentos bibliográficos realizados, os critérios de inclusão dos resumos encontrados foram: veículo de publicação (periódicos, dissertações, e livros); limite de tempo (1997 – 2009); idioma de publicação (português, espanhol ou inglês); propostas metodológicas (relato de pesquisa, artigos de revisão e teóricos); pesquisas no campo da psicologia.

Os trabalhos encontrados no primeiro levantamento bibliográfico, com as palavras-chave “resiliência” e “câncer” e “*resilience*” e “*cancer*” foram analisados quantitativamente e, para a análise qualitativa, foram considerados somente os trabalhos que tiveram como objeto de estudo os temas “resiliência” e “câncer de mama” e “*resilience*” e “*breast cancer*”.

Tendo em vista os critérios de inclusão estabelecidos, foi realizada uma leitura seletiva dos resumos encontrados em ambos os levantamentos bibliográficos, de maneira a eliminar trabalhos: desenvolvidos em outras áreas de pesquisa; que não especificavam a proposta metodológica utilizada; que não apresentavam resumo e trabalhos repetidos em mais de uma base de dados.

Os resumos levantados e previamente selecionados no cruzamento “resiliência” e “câncer” e “mama” / “*resilience*” e “*cancer*” e “*breast*” também foram submetidos a uma análise quantitativa, com o intuito de proporcionar uma visão geral. Posteriormente foi realizada a releitura destes resumos buscando identificar e selecionar apenas os trabalhos que apresentavam as temáticas “resiliência” e “câncer de mama” como objetos de estudo, eliminando-se, portanto, aqueles em que as temáticas não constituíam objetivo principal do trabalho, aparecendo somente nos resultados ou discussões. Assim, os resumos remanescentes

foram categorizados e analisados de acordo com passos propostos por Martins e Bicudo (1989) na perspectiva qualitativa de pesquisa: leitura reflexiva dos resumos dos trabalhos encontrados a fim de estabelecer a familiarização com as publicações; releitura dos trabalhos, buscando apreender os temas abordados; identificação das convergências e divergências entre os temas abordados nos trabalhos; apreensão das categorias temáticas que possibilitem sintetizar como as temáticas “resiliência” e “câncer de mama” estão sendo estudadas na literatura da área; descrição das temáticas apreendidas, a fim de identificar a existência de possíveis tendências e lacunas nos trabalhos verificados.

A partir do primeiro levantamento bibliográfico com os termos “resiliência” e “câncer” / “*resilience*” e “*cancer*”, foram encontrados 190 resumos de trabalhos publicados em periódicos, capítulos de livros e dissertações, sendo 108 trabalhos indexados na base de dados PSYCINFO, 81 na MEDLINE e um na LILACS. Na base de dados SCIELO nenhum trabalho foi encontrado a partir das palavras-chave “resiliência” e “câncer”. Foram excluídos 44 trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão adotados no presente estudo.

Na base de dados PSYCINFO foram excluídos três trabalhos, restando 108 para análise posterior: um trabalho apresentava o editorial de um periódico; um trabalho havia sido desenvolvido na área de neurociências e um resumo não especificava a proposta metodológica utilizada na pesquisa. Na base MEDLINE foram excluídos 41 trabalhos, sobrando 40 para análise: 25 trabalhos eram repetidos; 14 foram desenvolvidos na área médica; um não especificava a proposta metodológica da pesquisa e não foi possível recuperar um dos resumos. Foram, então, selecionados e analisados quantitativamente, 146 trabalhos. O **QUADRO 1** apresenta os dados obtidos nessa análise.

Quadro 1: Total de resumos obtidos, excluídos e restantes; ano de publicação, proposta metodológica da pesquisa e veículo de publicação encontrados nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e Psycinfo entre os anos de 1997 a 2009.

Base de dados	Total de resumos obtidos	Total de resumos excluídos	Total de resumos incluídos	Ano de publicação/número de artigos	Proposta Metodológica	Veículo de publicação
Scielo	0	0	0	————	————	————
Lilacs	1	0	1	2007 (1)	Relato de pesquisa (1)	Periódico (1)
Medline	81	41	40	2009(1) 2008(6) 2007(4) 2006(5) 2005(5) 2004(2) 2003(6) 2002(1) 2001(2) 2000(1) 1999(5) 1998(2) 1997(0)	Relato de pesquisa (20) Teórico (5) Revisão Bibliográfica (15)	Periódico (40) Capítulo de livro (0) Dissertação (0)
Psycinfo	108	3	105	2009(11) 2008(14) 2007(23) 2006 (12) 2005(11) 2004(4) 2003 (8) 2002(7) 2001(3) 2000(5) 1999(1) 1998(3) 1997(3)	Relato de pesquisa (79) Teórico (17) Revisão bibliográfica (9)	Periódico (63) Capítulo de livro (16) Dissertação (26)

A partir do segundo levantamento bibliográfico, com os termos “resiliência” e “câncer” e “mama” / “*resilience*” e “*cancer*” e “*breast*”, foi obtido um total de 35 trabalhos nas quatro bases de dados pesquisadas: 25 trabalhos na PSYCINFO, dez na MEDLINE e nenhum trabalho nas bases LILACS e SCIELO. Desses, seis foram excluídos, pois não atendiam aos critérios do estudo: um trabalho na PSYCINFO que apresentava o editorial de um periódico e cinco trabalhos na MEDLINE, sendo quatro repetidos e um que não

especificava a proposta metodológica da pesquisa. Sendo assim, restaram 29 trabalhos para essa análise quantitativa.

Entre os 29 trabalhos selecionados, dois foram publicados em 2009, quatro em 2008, dois em 2007, dois em 2006, cinco em 2005, dois em 2004, quatro em 2003, um em 2002, nenhum em 2001, dois em 2000, dois em 1999, um em 1998 e dois em 1997.

Com relação à proposta metodológica, os relatos de pesquisa totalizaram 22 trabalhos, sobressaindo-se aos trabalhos teóricos e de revisão bibliográfica, com seis e um trabalhos, respectivamente.

A maior parte dos trabalhos foram resumos publicados em periódicos (16); dez resumos referiam-se a dissertações e três eram resumos de capítulos de livros. Houve predominância da revista *Cancer*, na qual foram publicados três artigos, enquanto que as demais revistas *Transactional Analysis Journal*; *Avances em Psicologia Latinoamericana*; *Psycho-Oncology*; *Physiology & Behavior*; *Psychological Reports*; *Journal of Family Nursing*; *Families, Systems, & Health*; *Women & Health*; *Clinical Social Work Journal*; *Advances in Mind-Body Medicine*; *Breast Journal*; *Australian Journal of Advanced Nursing* e *Breast Cancer Research na Tratament* publicaram um artigo cada uma no período de tempo considerado.

Posteriormente à análise quantitativa, os resumos dos 29 trabalhos encontrados foram relidos e selecionados somente aqueles em que as temáticas “resiliência” e “câncer de mama” apareceram como objeto de estudo. Após a releitura dos trabalhos foi possível verificar que muitos, apesar de apresentarem em seus resumos os termos “*resilience*” e “*cancer*” e “*breast*”, não abordavam diretamente essas temáticas como foco do estudo, apresentando-as somente nos resultados e/ou discussões, sobretudo a temática “resiliência”, sendo, dessa forma, excluídos. Apenas onze resumos apresentavam as temáticas pretendidas como objeto de estudo e, portanto, constituíram o material submetido à análise qualitativa.

A análise descritiva dos onze textos remanescentes desvelou cinco categorias temáticas: a) Resiliência e o câncer de mama: propostas de intervenção; b) A mulher e o câncer: estudos com sobreviventes; c) Identificação dos fatores de risco associados ao câncer de mama; d) Avaliação da resiliência em mulheres com histórico familiar de câncer de mama; e) A vivência do câncer de mama e sua relação com resiliência e aprendizagem.

a) Resiliência e o câncer de mama: propostas de intervenção

Cinco desses trabalhos (ANTONI; CARVER; LECHNER, 2009; FRIBORG; SORLIE; ROSENVINGE, 2005; ANTONI, 2003; SKERRETT, 2003, COHEN, 1998) tiveram como objetivo apresentar, descrever e testar programas ou propostas de intervenção que utilizassem o conceito de resiliência no contexto do câncer de mama. Entre esses estudos, três (ANTONI; CARVER; LECHNER, 2009; FRIBORG; SORLIE; ROSENVINGE, 2005; ANTONI, 2003) tiveram como foco as vivências das mulheres diante do câncer de mama e propuseram programas de intervenção com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade e tensão e aumentar fatores de resiliência nas mulheres, bem como favorecer a aprendizagem de novas habilidades de enfrentamento da doença e facilitar o manejo do estresse provocado pelo adoecimento. Os outros dois estudos (SKERRETT, 2003; COHEN, 1998) foram desenvolvidos com casais e visaram fortalecer fatores de resiliência individual e no vínculo conjugal, de modo a propiciar o enfrentamento mais saudável do câncer de mama.

O estudo de Antoni, Carver e Lechner (2009) descreve um programa de intervenção grupal com mulheres que enfrentavam o câncer de mama (CBSM - Cognitive-Behavioral Stress Management), que teve como objetivo ensinar técnicas de redução de ansiedade e tensão, visando incrementar a resiliência e a adaptação positiva diante do adoecimento. Os autores revisaram na literatura os tipos mais frequentes de estressores e as

principais preocupações experienciadas por mulheres com câncer de mama e também investigaram o modo das mulheres lidarem com o diagnóstico, cirurgia e terapia adjuvante para o câncer, levando em consideração aspectos fisiológicos relacionados ao estresse, além de revisarem e analisarem características individuais como otimismo, estratégias cognitivas de enfrentamento, suporte social e redução da ansiedade classificadas como fatores de resiliência. Os dados coletados foram utilizados para a proposição de um programa de intervenção que pudesse proporcionar confiança e persistência frente aos desafios do tratamento e da vida após o câncer de mama. Os resultados mostraram que, apesar das pesquisas sobre a fisiologia do estresse não terem sido conduzidas especificamente no contexto do câncer, o programa de intervenção psicossocial utilizado foi efetivo para a adaptação de mulheres que enfrentam o câncer de mama.

O trabalho de Friborg, Sorlie e Rosenvinge (2005) apresentou, em forma de manual, uma proposta de intervenção em grupo para mulheres em tratamento de câncer de mama. Nesse estudo teórico, os autores integraram elementos dos trabalhos de Spiegel (1995) e Yalom (1995); da teoria da terapia de grupo, com dados empíricos sobre fatores de resiliência e propuseram uma intervenção global com o objetivo de ajudar as pacientes a adquirirem novas habilidades de enfrentamento para aliviar o estresse e aumentar suas competências pessoais e sociais para utilizarem o apoio social disponível e aumentar a coerência familiar, o otimismo e a qualidade de vida, além do desenvolvimento de novos valores e prioridades, levando em conta sua situação de vida atual e futura.

O trabalho de Antoni (2003) testou e descreveu um programa de intervenção denominado B-SAMRT (Breast Cancer Stress Management and Relaxation Training) considerado eficaz. O autor resumizou estudos que a) identificaram as principais preocupações de mulheres com câncer de mama em estágio inicial; b) documentaram as principais variáveis sociais envolvidas na vulnerabilidade e resiliência, considerando aspectos

de personalidade e variáveis contextuais, e c) identificaram fatores médicos e demográficos indicativos de quais pacientes são mais aptas a buscar terapias alternativas complementares e serviços de atendimento psicossocial após um diagnóstico de câncer de mama. Com esses dados, o autor identificou elementos-chave que foram incluídos no programa B-SMART e apresentou um conjunto de ensaios clínicos destinados a testar a eficácia do programa para modificar o ajuste emocional em mulheres com câncer de mama.

O estudo de Skerrett (2003) descreveu a concepção e a implementação de uma abordagem clínica desenvolvida para ajudar casais a criar um vínculo que lhes permita enfrentar conjuntamente o adoecimento, transformando a situação em um problema do casal e não exclusivamente da mulher. A intervenção visa ajudar o casal a criar um relacionamento significativo que facilite a adaptação a uma variedade de experiências com o adoecimento, ajudando-os a construir uma relação que permita a construção e o fortalecimento mútuo da resiliência. Utilizando como referência teórica os trabalhos de Frank (1995) e Shem e Surrey (1998) foram descritos três passos para a intervenção proposta: a) ajudar os casais a desenvolverem a consciência de “nós”, clarificando o fato de que o que acontece a uma pessoa da díade tem impacto para ambas; b) construir a consciência da história de cada um com a doença; c) elaborar uma intervenção que ativamente fortaleça a consciência do “nós” como um recurso que promove a cura. Nesse estudo, a autora concluiu que a intervenção proposta foi um importante recurso de auxílio para o casal, ajudando a falar abertamente sobre a doença e o sofrimento e rompendo o silêncio e o isolamento frequentemente verificados em casais que enfrentam o câncer de mama.

Por fim, o estudo de Cohen (1998), testou um modelo de intervenção chamado “The Resourceful Partner (RP)”, no qual alguns fatores específicos da relação conjugal, como controle, vínculo e resiliência, foram considerados hipoteticamente como eficazes para reduzir a vulnerabilidade à depressão após a vivência de uma experiência médica traumática

como o câncer de mama. No estudo, o referido modelo foi operacionalizado em uma escala de avaliação clínica e testado em uma amostra de 37 casais que haviam vivenciado o diagnóstico e tratamento para câncer de mama. Os resultados mostraram que altos níveis de recursos maritais, como definidos pelo modelo RP, estavam associados a índices mais baixos de sofrimento psicológico e a níveis mais altos de reabilitação. Os resultados encontrados também estão em consonância com a teoria do apego, já que os sujeitos que relataram um estilo “seguro” de apego demonstraram níveis mais altos de reabilitação e níveis mais baixos de sofrimento psicológico do que os sujeitos que relataram um estilo “inseguro” de apego. A autora conclui que o modelo de RP testado pode melhorar a avaliação clínica e auxiliar no atendimento das necessidades psicológicas de pacientes com câncer de mama e seus cônjuges nos períodos de diagnóstico e tratamento.

b) A mulher e o câncer: estudos com sobreviventes

Três trabalhos (RADINA; ARMER, 2004; ROGERS-CLARK, 2003; JONAS, 1997) tiveram como objeto de estudo a resiliência no contexto da sobrevivência ao câncer de mama. Esses trabalhos empíricos e de natureza qualitativa, abordaram diferentes aspectos e diversas vivências relacionadas à sobrevivência ao adoecimento.

O trabalho de Radina e Armer (2004) procurou identificar aspectos de resiliência relacionados ao contexto familiar nas vivências de mulheres sobreviventes ao câncer de mama, que desenvolveram o linfedema. Os autores propuseram uma investigação usando como instrumento o Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation (resiliency model; McCubbin & McCubbin, 1993; McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996). Nesse estudo, o modelo de resiliência foi usado para analisar a descrição de cada participante, de suas experiências familiares no convívio com o linfedema pós-câncer de

mama (P-BrCa Le). Os autores observaram que o modelo de resiliência utilizado forneceu dados que contribuíram para a intervenção com mulheres que enfrentam o linfedema, bem como com suas famílias, além de ressaltarem a importância dos profissionais de saúde no atendimento da paciente e familiares.

Na dissertação desenvolvida por Jonas (1997), o autor, baseado na literatura sobre trauma, *coping* e resiliência, compreendeu a passagem de uma situação traumática para a resiliência como um processo que envolve a) uma vez vivenciando uma experiência traumática, a pessoa começa a se adaptar e a compreender a situação; b) apesar do trauma, a pessoa começa a reagir, mesmo que em um primeiro momento apenas de maneira intrapsíquica, já que as escolhas pessoais ainda podem estar limitadas pela situação traumática; c) o enfrentamento da pessoa, durante e após a situação traumática, está voltado à própria sobrevivência; d) na medida em que a pessoa consegue se projetar para além da situação traumática, consegue integrar essa experiência em sua vivência; e) assim, a pessoa pode se engajar em um processo de recuperação; f) e, finalmente atribuir um significado à experiência traumática em sua existência. Partindo dessa compreensão, o autor realizou um estudo fenomenológico com nove pessoas que vivenciaram diferentes situações traumáticas, incluindo uma mulher que enfrentou o câncer de mama. Os temas de resiliência que emergiram das entrevistas individuais incluíram o papel do apoio social, a empatia, o auto cuidado, a fé, a ação orientada para o problema, o comportamento ativo, o olhar positivo e a persistência. Para o autor, a estrutura da resiliência envolve fé, auto-respeito, esforço, apoio social, *coping*, empatia, auto-suficiência e capacidade de seguir em frente.

O estudo desenvolvido com sobreviventes do câncer de mama (ROGERS-CLARK, 2003) abordou a influência da vida rural no sofrimento e resiliência de mulheres diante do adoecimento. Para isso o autor se propôs a ouvir, descrever e interpretar qualitativamente a história de nove mulheres sobreviventes ao câncer de mama e que viviam

no campo. O autor procurou identificar histórias de resiliência, em que as mulheres sobreviveram ao adoecimento e conseguiram dar continuidade à vida. As participantes entrevistadas relataram que, no contexto rural, havia tanto aspectos negativos quanto positivos diante de uma vivência de adoecimento. Entretanto, oito das nove participantes relataram que se sentiram fortalecidas com os aspectos positivos proporcionados pela vida rural, e que esses as ajudaram a superar as dificuldades advindas com o câncer. De acordo com o autor, este dado sugere que a vida rural no contexto da saúde e da doença pode oferecer recursos para apoiar as sobreviventes de câncer de mama, com base nos pontos positivos existentes nas comunidades rurais.

c) Identificação dos fatores de risco associados ao câncer de mama

O estudo de Keating (2008) apontou a necessidade de se identificar os níveis de estresse em mulheres que se submeteram ao exame de biópsia para o câncer de mama, bem como os níveis de estresse e depressão interferentes na qualidade de vida de mulheres que haviam encerrado o tratamento do câncer de mama. Com um grupo de 37 mulheres que haviam realizado a biópsia de mama, a autora avaliou a influência do sentido de coerência (SOC) e resiliência (RSL) no índice de estresse percebido (PS), e num grupo de 106 mulheres que haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama de cinco a dez anos antes, a autora avaliou a influência do sentido de coerência (SOC), da resiliência (RSL), do estresse percebido (PS) e da depressão na qualidade de vida. As mulheres do grupo submetido à biópsia foram subdivididas em alto e baixo nível de SOC e alto e baixo nível de RSL. A autora verificou que altos índices de sentido de coerência estavam relacionados a baixos índices de estresse percebido. Os mesmos dados foram encontrados no grupo de mulheres que haviam encerrado o tratamento para o câncer de mama; além disso, nesse grupo, alto índice de

sentido de coerência esteve relacionado a índice mais baixo de depressão e maior e melhor qualidade de vida. Entretanto, esse grupo apresentou escore de depressão maior do que a população em geral. A autora conclui o estudo observando que a avaliação do SOC pode ser um instrumento capaz de identificar mulheres com alto risco para desenvolver estresse e depressão no momento inicial do diagnóstico e também no período pós-câncer de mama.

d) Avaliação da resiliência em mulheres com histórico familiar de câncer de mama

No trabalho desenvolvido por Bowen, Morasca e Meischke (2003), 357 mulheres com histórico familiar de câncer de mama responderam a um questionário que continha uma série de medidas de resiliência e uma escala de medição para o pior e melhor evento de vida nos períodos presente, passado e futuro. Também foi medida a qualidade de vida, a preocupação com o câncer e a percepção pessoal de risco para desenvolver câncer de mama. Os pesquisadores avaliaram relações entre as medidas de resiliência utilizadas e a preocupação com o risco de desenvolver câncer de mama e concluíram que a existência de preocupações com a possibilidade de câncer foi relacionada às avaliações negativas dos momentos de vida presente e futuro; entretanto, esta relação ocorreu em níveis muito baixos, o que, para os autores, pode ajudar a identificar as mulheres resilientes nesse grupo, além de como elas compreendem e lidam com os riscos à sua saúde, especificamente ao risco elevado de desenvolver câncer de mama.

e) A vivência do câncer de mama e sua relação com resiliência e aprendizagem

Por meio de um modelo heurístico, de inspiração fenomenológica, o estudo de Donley (2000), visou compreender a experiência do câncer de mama a partir de dois temas

amplos – resiliência e aprendizagem. Foram entrevistadas dez mulheres com idades entre 32 e 65 anos, sendo que apenas duas ainda estavam na fase de tratamento, enquanto as demais já o haviam encerrado. As entrevistas foram abertas e abrangeram aspectos emocionais, físicos, psicossociais e espirituais ligados ao diagnóstico de câncer de mama. A partir das entrevistas, emergiram sete categorias sobre o tema, que foram agrupadas em três significados fundamentais – sentimento de solidão; forte sentimento espiritual e consciência elevada de força interior, e vulnerabilidade. Esses significados básicos foram discutidos no contexto dos dois temas do estudo (resiliência e aprendizagem). A autora mostrou que o relato de cada mulher revelou história de superação frente ao câncer de mama, sendo que a aprendizagem foi contínua em todo o processo, e, o adoecimento, foi muitas vezes uma experiência transformadora para a mulher, que resultou em mudanças nos estilo de vida, na imagem corporal, na consciência espiritual e na relação com o outro. Todas as participantes, com exceção de uma mulher, relataram conexão espiritual obtida com a vivência da doença. Um ponto também destacado pela autora é que metade das mulheres entrevistadas relatou saber que havia algo errado em seu corpo mesmo antes do diagnóstico real do câncer de mama, entretanto, encontraram dificuldades em convencer seus médicos sobre este fato. A autora sugeriu que investigações futuras utilizem o método heurístico de investigação e também as implicações do apoio psicossocial na experiência do câncer de mama; entretanto esses aspectos não foram apresentados no resumo.

Com base no primeiro levantamento bibliográfico realizado, na busca com as palavras-chave *resiliência e câncer / resilience e cancer*, destaca-se a escassez de publicações nas bases de dados nacional e latino-americana, no período considerado (1997 a 2009). Nenhuma publicação sobre o tema foi encontrada na base de dados SCIELO e a base LILACS apresentou apenas uma publicação sobre o tema e em período recente (2007). Este dado

indica que, no Brasil e em países vizinhos, publicações sobre “resiliência” e “câncer” ainda ocorrem em número reduzido, o que pode estar relacionado ao fato de que resiliência é considerado um tema recente na área de ciências humanas, sobretudo na psicologia (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003). Ao mesmo tempo, este resultado aponta para a necessidade de se realizar e publicar maior número de pesquisas sobre o conceito de resiliência no Brasil e em países da América Latina, considerando as especificidades culturais e populacionais dessas regiões, contribuindo para o aprofundamento de conhecimentos sobre esse fenômeno, sobretudo no contexto da saúde que, especificamente nesses países citados, necessita de programas interventivos estruturados e capazes de auxiliar no aumento do bem-estar físico e psicológico da população.

Em contrapartida, as bases de dados de língua inglesa (PSYCINFO e MEDLINE), apresentaram publicações sobre as temáticas em todos os anos do período considerado, exceto no ano de 1997 em que a base MEDLINE não apresentou publicação alguma. Em ambas as bases de dados, o número de publicações variou ao longo dos anos, porém, é possível verificar um aumento no número de publicações a partir do ano de 2000. Na base MEDLINE, os anos de 2008 e 2003 apresentaram o maior número de publicações, com seis trabalhos publicados em ambos os anos, enquanto que na PSYCINFO, os anos de 2006, 2007 e 2008 foram os que apresentaram mais publicações, com 12, 23 e 14 trabalhos publicados respectivamente. Em todas as bases consultadas, os relatos de pesquisa foram, em sua maioria, de natureza quantitativa, com menor frequência de trabalhos qualitativos ou de metodologia mista. Este resultado pode estar relacionado aos objetivos de muitos dos estudos encontrados, buscando a identificação e validação de instrumentos para quantificar fatores de resiliência e construir suportes teóricos para o estudo desse fenômeno.

Com relação ao segundo levantamento bibliográfico, com as palavras-chave *resiliência e câncer e mama / resilience e cancer e breast*, também se observou que poucos

estudos estão sendo desenvolvidos e publicados, já que no período considerado (1997 a 2009) que abrange mais de dez anos, apenas 29 trabalhos foram encontrados nas bases de dados verificadas, levando-se em conta os critérios de inclusão na presente pesquisa. Entre esses trabalhos, somente onze relacionaram “resiliência” e “câncer de mama” como objetos de estudo, sendo que nos demais trabalhos, essas temáticas apareceram apenas nos resultados e discussões.

Constata-se que o número de publicações sobre “resiliência” e “câncer de mama” não aumentou anualmente, mas manteve certa regularidade, com poucas publicações por ano – de zero (2000) a cinco (2005) publicações. Como no primeiro levantamento bibliográfico, apenas com os termos *resiliência* e *câncer* / *resilience* e *cancer*, no segundo levantamento não foram publicados trabalhos sobre essa temática nas bases SCIELO e PSYCINFO, o que mostra a escassez de pesquisas sobre “resiliência” e “câncer de mama” no Brasil e em países latino-americanos.

A análise qualitativa dos onze trabalhos selecionados mostrou uma tendência das pesquisas a se voltarem para a construção e a aplicação de projetos/programas de intervenção, visando desenvolver ou fortalecer a resiliência no contexto de adoecimento por câncer de mama. Dentre os onze trabalhos analisados, cinco tinham como objetivo propor ou testar um programa de intervenção, sendo três voltados à mulher que vivencia o câncer de mama, com o intuito de diminuir o estresse e a tensão e aumentar os fatores de resiliência, e dois estudos desenvolvidos com casais, com especial destaque à figura do marido ou companheiro no processo de enfrentamento da doença. Observa-se uma evolução na compreensão da resiliência, inicialmente considerada como um atributo individual fixo relacionado à personalidade e a capacidades individuais (SOUZA; CERVENY, 2006), passando, posteriormente, a ser visto como característica relativa que pode ocorrer em algumas circunstâncias e não em outras, dependendo de fatores como a habilidade pessoal para lidar

com mudanças que ocorrem ao longo da vida; a confiança na própria auto-eficácia; o repertório de estratégias e habilidades que apresenta para enfrentar situações adversas e os fatores favoráveis encontrados na família e no ambiente sociocultural, de acordo com o apontado por Rutter (1987) e Job (2000). Destaca-se o apoio social oferecido pelo marido/companheiro à mulher com câncer de mama, o qual foi o principal objeto de estudo de algumas pesquisas (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; MOLINA; MARCONI, 2006), mostrando a importância desse apoio no enfrentamento da doença.

As intervenções descritas nas pesquisas analisadas foram grupais (grupos de mulheres que enfrentam o câncer de mama ou de casais que vivenciam a situação), sugerindo avanços na pesquisa e compreensão da resiliência, do âmbito individual para o relacional, concordantemente ao encontrado por Souza e Cerveny (2006).

Outra tendência verificada no estudo da “resiliência” e “câncer de mama” foi o desenvolvimento de pesquisas com mulheres sobreviventes à doença. Sobre este resultado, dois aspectos podem ser considerados. O primeiro refere-se ao número cada vez mais expressivo de pacientes sobreviventes a diferentes tipos de cânceres, dados os avanços na área da oncologia; e, decorrente do primeiro aspecto, constata-se crescente interesse de pesquisa sobre questões relacionadas à qualidade de vida durante e após o tratamento do câncer. O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais conservadoras e o uso de medicamentos mais eficazes para o tratamento do câncer de mama, permitem que muitas das mulheres acometidas por esta enfermidade consigam ter um período prolongado de remissão controlada ou cura, o que leva à necessidade de se compreender essa nova fase da vida pós-câncer e elaborar estratégias que permitam à mulher viver de maneira saudável, mesmo quando vivencia seqüelas advindas do câncer ou seu tratamento. As pesquisas mais recentes sobre resiliência e câncer de mama tendem a compreender a resiliência como um processo que permite à mulher continuar a vida de maneira saudável, mesmo após vivenciar uma experiência traumática com

esse diagnóstico e o tratamento da doença, e convivendo com seqüelas como o linfedema. Os estudos encontrados e analisados voltaram-se à identificação de fatores de resiliência presentes na situação de sobrevivência ao câncer de mama, com a finalidade de contribuir com a elaboração de programas de intervenção. O estudo de Radina e Armer (2004) desenvolvido com mulheres sobreviventes analisou a resiliência no contexto familiar; o estudo de Jonas (1997) destacou o apoio social como aspecto importante da resiliência e o estudo de Rogers-Clark (2003) verificou a resiliência em sobreviventes do câncer de mama no contexto de vida rural. Nos três estudos, o conceito de resiliência foi ampliado, abrangendo, além dos aspectos individuais, os aspectos relacionais e familiares, o apoio social de maneira geral e o contexto ambiental e cultural da mulher.

Entre os onze estudos analisados, apenas um teve como objetivo identificar fatores de risco relacionados ao diagnóstico e ao pós-tratamento do câncer de mama, mostrando a tendência observada nas pesquisas sobre “resiliência” e “câncer de mama”, de se focalizarem no planejamento e avaliação de intervenções efetivas para o incremento do enfrentamento e a melhoria da qualidade de vida das mulheres sobreviventes. A pouca ênfase dada à construção e ao aprofundamento de conhecimentos teóricos sobre resiliência foi observada, mostrando a ainda necessária elaboração teórica nesse campo, de modo a clarificar aspectos conceituais ainda controversos sobre o fenômeno da resiliência no âmbito da psicologia e áreas afins. Do mesmo modo, observa-se que ainda são escassas as publicações que relacionam “resiliência” e “câncer”, bem como “resiliência” e “câncer de mama”, temática na qual se encontrou maior escassez de publicações.

Nos levantamentos bibliográficos realizados, muitos trabalhos foram excluídos, pois o termo resiliência foi empregado em outras áreas de conhecimento, como medicina, neurociência e nutrição, com significados divergentes, ou, então, os trabalhos tratavam do

tema, mas não clarificavam o conceito de resiliência adotado, evidenciando um uso indiscriminado do termo.

A análise qualitativa dos estudos selecionados sobre “resiliência” e “câncer de mama” mostrou a tendência recente de se estudar resiliência no contexto do desenvolvimento de programas de intervenção com o objetivo de promover ações voltadas à saúde global da mulher e da família que vivencia o câncer de mama. Apesar da relevância desse foco de estudos, percebe-se a necessidade de maior cuidado com o uso do termo resiliência entre os pesquisadores que, ao usá-lo, devem explicitá-lo ou manter coerência com o conceito adotado, evitando confusões teóricas e o uso indiscriminado dessa nomenclatura.

Considera-se, ainda, a necessidade de expansão nas investigações sobre “resiliência” e “câncer de mama”, incluindo estudos com mulheres sobreviventes em longo prazo (20 ou 30 anos após o diagnóstico), já que não foram encontrados estudos com essa população. Também não foram identificados estudos com os maridos/companheiros, com a família estendida e outras redes de apoio social das mulheres sobreviventes ao câncer de mama, tais como grupos de amigos, de instituições não governamentais, de religiosos e outros. A ampliação numérica e metodológica de pesquisas sobre resiliência no contexto do câncer de mama pode contribuir para o aprofundamento teórico do conceito, esclarecendo aspectos ainda controversos e lacunas nas definições de resiliência.

A revisão de literatura empreendida confirmou, portanto, a existência de diferentes ênfases nos conceitos de resiliência, fortalecendo a necessidade de clarificação acerca do conceito adotado no âmbito dos diferentes estudos sobre o tema. No presente estudo, resiliência é entendida de acordo com os estudos de Rutter (1987; 1999) como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que ocorrem em um determinado momento, mediante a combinação de fatores favoráveis do indivíduo, da família e do ambiente social e cultural, não sendo, portanto um atributo fixo, inato ao indivíduo ou adquirido ao longo de seu

desenvolvimento. De acordo com Rutter (1985; 1987) as bases da resiliência são ambientais e constitucionais, e o grau de resiliência não é uma qualidade fixa, ao contrário, ela varia ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias, incluindo fatores desde a habilidade da pessoa para lidar com mudanças que ocorrem durante a vida, sua confiança na própria auto-eficácia, até o repertório de estratégias e habilidades que apresentam para enfrentar situações adversas. Neste sentido, o conceito de resiliência está relacionado à adaptação do indivíduo frente ao estresse e às adversidades vivenciadas; isto é, a resiliência seria a capacidade do indivíduo de, mesmo sob condições estressantes, aprimorar suas defesas para enfrentar as ameaças à saúde (TROMBETA, GUZZO, 2002). Ainda, Job (2000) sintetiza o conceito de resiliência, entendendo-o como a capacidade humana de, frente a uma situação adversa, enfrentá-la e, em alguns casos, ressignificar tal situação, transformando-a em um caminho para enfrentar novas situações difíceis.

5. FENOMENOLOGIA: FILOSOFIA E MÉTODO

Este estudo, de natureza qualitativa, utilizou o método fenomenológico para a coleta e compreensão das vivências das mulheres participantes. Vivência é a “percepção que o ser humano tem de suas experiências, atribuindo-lhes significados que sempre possuem, com maior ou menor intensidade, algum sentimento de agrado ou desagrado” (FORGHIERI, 2004, p. 48).

Para Forghieri (1993), a vivência é uma experiência íntima que ocorre na consciência do sujeito, de modo que apenas ele tem acesso direto à mesma e, sendo assim, é algo que geralmente escapa à observação direta do cientista. Forghieri acrescenta que o estudo da vivência só é possível se o sujeito fornecer ao pesquisador informações pormenorizadas sobre sua própria experiência; assim, o pesquisador necessita aproximar-se do sujeito pesquisado, visando compreender a vivência de uma determinada situação, a partir da perspectiva do próprio sujeito.

Com esta finalidade, o método fenomenológico representa, para a Psicologia, um importante recurso que possibilita a investigação das vivências. Destaca-se que este método não é o único possível para a investigação proposta, entretanto foi o escolhido nesta pesquisa por acreditar-se que os fundamentos teóricos e metodológicos da Fenomenologia fornecerão subsídios importantes para alcançar os objetivos propostos.

Inaugurada pelo filósofo alemão Edmund Husserl (1859-1938) no início do século XX, a Fenomenologia surge como tentativa de um recomeço radical na ordem do saber vigente até então. Questionando os sistemas especulativos da Filosofia e as teorias explicativas das ciências positivas, Husserl propõe uma nova forma de compreender os fenômenos e a existência humana, que possibilite um conhecimento rigoroso do fenômeno,

superando o positivismo, o ceticismo e o psicologismo – que buscavam estudar somente fatos objetivamente observáveis (PINTO, 1996).

Nesta perspectiva, Husserl afirma que o ponto de partida para o conhecimento é “voltar às coisas mesmas”, sendo “a coisa mesma” entendida não como a realidade em si, mas sim como fenômeno (FORGHIERI, 1993, p.15). Etimologicamente a palavra “fenômeno” vem do grego *phainomenon* e significa aquilo que se mostra a partir de si mesmo; sendo assim, a Fenomenologia consiste no estudo do fenômeno, daquilo que se manifesta para a consciência (MOREIRA, 2002). Para Forghieri (1993), fenômeno é tudo aquilo que se manifesta a uma consciência humana, é o fato imediatamente apreensível segundo todos os seus aspectos; é a única coisa a qual temos acesso imediato e intuição originária. Ainda, o fenômeno é algo concreto que passa a ser parte estrutural da consciência – ele integra a consciência e o objeto, unidos no próprio ato de significação. Deste modo, Husserl formula uma filosofia na qual ser e fenômeno estão vinculados em uma relação direta, denominada de intencionalidade; o que contrasta com a cisão pesquisador-objeto pesquisado presente nas ciências naturais. Para Husserl, a consciência é sempre intencional e está constantemente voltada para um objeto, enquanto que este é sempre objeto para uma consciência; há entre eles uma correlação essencial (FORGHIERI, 1993).

Ao postular a intencionalidade da consciência, Husserl a coloca como uma estrutura ativa e dinâmica, que atribui sentido aos fenômenos: é ela que unifica sujeito e objeto; sujeito e mundo; é ela que confere sentido ao fenômeno que se lhe apresenta puro e absoluto, ocorrendo isto de forma imediata, a priori de qualquer juízo ou reflexão (PINTO, 1996). Como aponta Bruns (2003), na fenomenologia não há consciência desvinculada do mundo e nem um mundo sem que haja uma consciência para atribuir-lhe significado, de modo que sujeito e objeto são inseparavelmente considerados.

A Fenomenologia possibilitou à Psicologia uma postura diferenciada para investigar os fenômenos psicológicos, qual seja a postura de ir além do estudo de comportamentos observáveis e controláveis, procurando interrogar as experiências vividas e os significados que o sujeito lhes atribui, não priorizando, portanto, o objeto e/ou sujeito, mas centrando-se na relação sujeito-objeto-mundo (BRUNS, 2003).

Para Martins e Bicudo (1989) a pesquisa fenomenológica é caracterizada pela ausência de uma compreensão prévia do fenômeno, de modo que a pesquisa começa por interrogar o fenômeno, além disso, a situação da pesquisa não é definida pelo pesquisador, antes sim, pelos sujeitos investigados, e, por fim, o pesquisador procura pelo sentido e o significado atribuído pelo sujeito à situação investigada.

De acordo com Forghieri (1993), a Fenomenologia apresenta-se como um método que se propõe a captar o fenômeno tal como ele se apresenta, buscando sua essência; para esta tarefa, utiliza-se do recurso da Redução Fenomenológica, que, para a autora,

[...] consiste em retornar ao mundo da vida, tal qual aparece antes de qualquer alteração produzida por sistemas filosóficos, teorias científicas ou preconceitos do sujeito; retornar a experiência vivida e sobre ela fazer uma profunda reflexão que permita chegar à essência do conhecimento, ou ao modo como este se constituiu no próprio existir humano (p.59).

Na Psicologia, a Redução Fenomenológica é um recurso que possibilita ao pesquisador captar o sentido ou o significado da vivência da pessoa em determinadas situações por ela experienciadas em seu cotidiano. Significado pode ser entendido, como aponta Giorgi (1978), como sinais de intencionalidade, isto é, sentidos que o ser humano encontra nas coisas a partir de uma relação intencional, que consiste no diálogo do homem com o mundo. A Redução Fenomenológica traduz-se em uma mudança de atitude, da natural para a fenomenológica, que permite compreender o objeto de estudo como constituinte de

uma totalidade, dotado de significação – fenômeno a ser desvelado (FORGHIERI, 1993). A “compreensão fenomenológica” propriamente dita permite a captação das vivências “sem o uso de explicações, pretendendo-se uma informação, a mais clara e exata possível, da experiência vivida subjetivamente” (PINTO, 1996, p.3).

Para Massarollo e Kurcgant (2000), o primeiro momento da trajetória da pesquisa fenomenológica para apreender o significado das vivências, consiste na descrição, que é o relato verbal obtido na relação do pesquisador com os sujeitos pesquisados e apresenta elementos estruturais do fenômeno a ser desvelado. Teles (2005) aponta que a descrição caracteriza-se como o relato de alguém – sujeito – que sabe alguma coisa, para alguém que não sabe – pesquisador, possibilitando ao último desvelamento do fenômeno.

Forghieri (1993) ainda destaca que na Redução Fenomenológica é necessário que o pesquisador abandone momentaneamente conhecimentos e conceitos já formulados sobre a vivência pesquisada, de modo que possa entrar em contato com o significado daquela vivência em sua própria existência, para então poder compreender tal vivência sob a perspectiva do sujeito. Como coloca Binswanger (1973, apud FORGHIERI, 1993), essa compreensão mútua é possível, pois, mesmo que cada pessoa apresente características peculiares, todas são seres humanos semelhantes que compartilham um mesmo mundo de existência, de maneira que se aproximam e compreendem-se uns aos outros em suas vivências.

Para Forghieri (1993), a Redução Fenomenológica constitui-se de dois momentos interrelacionados e reversíveis. O primeiro é o envolvimento existencial, em que o pesquisador coloca de lado os conhecimentos que possui acerca da vivência estudada e procura envolver-se e sintonizar-se com ela de modo espontâneo, profundo e experiencial, abandonando a postura intelectualizada e valorizando intuição, percepção, sentimentos e sensações que surgem numa totalidade e favorecem a compreensão global e pré-reflexiva da

vivência. O segundo momento é representado pelo distanciamento reflexivo, em que, após envolver-se com a vivência, o pesquisador procura afastar-se para refletir sobre sua compreensão a respeito dela e então enunciar descritivamente o significado de tal vivência. O momento reflexivo exige do pesquisador um movimento de retornar ao mundo da vida do sujeito, isto é, ao mundo da vivência cotidiana no qual o sujeito vive, age, sente, e que é a base de todo o conhecimento humano, pois fundamenta-se na maneira como o homem experimenta o mundo; para então, ser possível ao pesquisador, a compreensão e interpretação dessas vivências, a partir de sua própria descrição (TELES, 2005).

Destaca-se que a vivência cotidiana, o mundo da vida, não é solitária, ou seja, o sujeito está o tempo todo em relação com outros seres humanos, compartilhando o mundo, aproximando-se e compreendendo-se mutuamente em suas vivências, atribuindo significados não somente individuais, mas também coletivos ao mundo e às vivências. Na pesquisa fenomenológica, a intersubjetividade deve ser considerada, estando o pesquisador atento aos elementos da relação sujeito-pesquisador e aos conteúdos e envolvimento decorrentes desta relação. Assim, a postura adotada pelo pesquisador possibilitará a captação da experiência do pesquisado, a partir de seu próprio referencial, pois o grande diferencial do modelo fenomenológico de investigação consiste na intrínseca relação entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador (VALLE, 1997; HOLANDA, 2003).

Ao empregar o método fenomenológico de investigação, o pesquisador deve manter-se ativo e presente, como “um interlocutor que solicita e acolhe e também pedindo à pessoa que retorne à sua experiência concreta quando ela foge para a opinião ou teoria” (AMATUZZI, 2003, p.21). A pesquisa fenomenológica consiste em analisar a experiência no ser e, para tanto, é de fundamental importância que o pesquisador atue como um facilitador do acesso ao vivido, já que o vivido apenas se revela na relação, isto é, na intersubjetividade estabelecida entre pesquisador e pesquisado (AMATUZZI, 2003; GALLI, 2007).

5.1. A Entrevista Fenomenológica

Embora os fenômenos humanos possam ser pesquisados por meio de diferentes métodos e instrumentos, a entrevista tem se destacado como uma importante ferramenta no estudo da experiência humana. Este meio de investigação permite o acesso aos sentimentos, pensamentos e intenções do pesquisado, aspectos que dificilmente seriam acessados por meio da observação direta, além disso, a entrevista exige do entrevistador uma postura de aproximação ao entrevistado, procurando apreender a sua perspectiva (PATTON, 1990).

No método fenomenológico, a entrevista é considerada por Martins e Bicudo (1989) como um encontro social com características peculiares como a empatia e a intersubjetividade. Nessa perspectiva, a entrevista busca uma linguagem que seja a fala originária, fala esta que possibilita a mediação com o outro e a comunicação com o mundo (CARVALHO, 1987). Para Augras (1981), a linguagem manifesta o ser que existe em si e para os outros, como singular e idêntico, revelando a essência do ser.

Carvalho (1987) destaca que na entrevista fenomenológica, o pesquisador necessita ver e observar o pesquisado, sem estar fechado em uma perspectiva causal, buscando interpretar compreensivamente a linguagem do sujeito e a percepção desta linguagem como veículo de significações. Assim, é necessário que o pesquisador penetre o mundo do sujeito, a fim de compreender seu pensamento; e para que isto ocorra, a escuta do sujeito deve ser atenta não somente à palavra que está sendo dita, mas também aos gestos e à forma como o sujeito diz as coisas, abstraindo-se de todo e qualquer preconceito.

A linguagem do cliente se ensina por si mesma. No seu discurso percebe-se um sentido que transcende o emprego das palavras, dos vocábulos e expressões culturais e idiomáticas próprias da cultura e da língua em que se exprime [...] cada indivíduo expressa à sua maneira o mundo, os outros, a existência (CARVALHO, 1987, p.39).

Embora existam diferentes formas de se realizar uma entrevista, Gomes (1987) indica a utilização de um roteiro flexível, por meio do qual o pesquisador terá maior abertura para perceber as diferentes reações dos entrevistados. Na pesquisa fenomenológica, tem sido usual a utilização de uma questão central norteadora, que será ampliada e explorada durante o encontro entrevistador-entrevistado, visando obter e aprofundar os relatos das vivências pesquisadas.

5.2. A Psicologia Fenomenológica: o enfoque fenomenológico da personalidade³

Em seu enfoque fenomenológico da personalidade⁴, baseado nas propostas de filósofos e psiquiatras estudiosos da fenomenologia – Husserl, Merleau-Ponty, Heidegger, Buber, Sartre, Binswanger, Boss, Berg e Minkowsk – Forghieri (1993) formula e discute o conjunto de características básicas do existir humano.

A primeira característica básica do existir humano descrita é o “ser-no-mundo”, que é a estrutura fundamental do homem. Retomando o filósofo Heidegger (1971), a autora define o ser-no-mundo como a maneira única e exclusiva do ser humano realizar sua existência imediata e pré-reflexiva, sendo que a existência é sempre relativa a algo ou a alguém, ou seja, o homem existe a partir da relação recíproca que estabelece com o mundo. Nesta perspectiva, mundo “é o conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe[...]” (BINSWANGER, 1967, apud FORGHIERI, 1993, p. 29), este conjunto de relações, seja concretamente presente, ou apenas lembrado ou imaginado, fornece ao homem elementos para que ele possa saber quem é e onde está, constituindo assim sua identidade e sua maneira peculiar de lidar com seu mundo e suas situações de vida. Essa maneira peculiar

³ Este tópico é baseado no trabalho de Forghieri (1993).

⁴ Forghieri (1993) entende o termo personalidade como o conjunto de aspectos ou características que compõem a totalidade do ser-no-mundo do sujeito, tal como são percebidos e descritos pelo próprio sujeito no decorrer de sua existência cotidiana.

de ser, se manifestará nas diferentes situações ou experiências de vida, na saúde ou na doença, em vivências de bem-estar e satisfação e também nas de angústia e preocupação, revelando a maneira de existir e de enfrentar as situações que é própria a cada pessoa, tornando-a um ser humano único. O “mundo”, embora vivenciado em sua totalidade pelo ser humano, apresenta-se sob três aspectos distintos, porém simultâneos: o “mundo circundante”, o “mundo humano” e o “mundo próprio”.

O “mundo circundante” consiste no relacionamento da pessoa com o ambiente, e abarca os aspectos que se encontram concretamente presentes no contato com o mundo, incluindo-se o corpo e suas necessidades básicas. Este aspecto do mundo caracteriza-se pelo determinismo, que impõe limitações concretas à vida do homem, obrigando-o a adaptar-se a esses limites, entretanto, simultaneamente, o homem é um ser dotado da capacidade de transcender os limites impostos pelo ambiente, por meio da consciência que tem das situações que vivencia e consegue, ainda que de maneira temporária e relativa, exercer algum controle sobre seu corpo e a natureza, estabelecendo um movimento dialético com o mundo circundante.

O “mundo humano” configura-se pelo encontro e convivência fundamentais da pessoa com os seus semelhantes, sendo que o existir humano é originariamente ser-com o outro. Assim, apesar de cada ser humano possuir peculiaridades, é fundamentalmente semelhante entre si, sendo capaz de estabelecer uma compreensão mútua e compartilhar suas vivências, podendo através desse encontro de trocas recíprocas, atualizarem potencialidades peculiarmente humanas, como o amor, a liberdade e a responsabilidade.

O “mundo próprio” refere-se à relação que a pessoa estabelece consigo própria, o autoconhecimento. No “mundo próprio”, a pessoa percebe-se ao mesmo tempo como sujeito e objeto, como um ser existente no mundo, colocando-se tanto na situação concreta do momento, como diante da variedade de suas potencialidades. O “mundo próprio” caracteriza-

se pela autotranscendência, que é a capacidade que o ser humano tem de transcender a situação imediata e que constitui a base da liberdade humana, já que permite ao homem voltar-se para o passado e ao mesmo tempo, lançar-se ao futuro, atribuindo significação às suas experiências, sendo o pensamento sua função peculiar.

Outro conceito discutido por Forghieri (1993) e que faz parte do enfoque fenomenológico da personalidade é a temporalidade, que é o fundamento básico da existência humana. Neste enfoque, temporalizar “consiste em experienciar o tempo, sendo esta a vivência que mais próxima se encontra de nosso próprio existir” (p.41). Isso significa que temporalizar é a capacidade do ser humano vivenciar o tempo em sua totalidade, integrando em sua existência não apenas a situação imediatamente experienciada, como transcendendo essa situação e voltando-se ao passado vivido, bem como se lançando em direção ao futuro, com amplitude ou restrição – vivências de sintonia e contentamento expandem o temporalizar, enquanto que vivências de preocupação e contrariedade o restringem.

Além de vivenciar o tempo, a existência humana também consiste em vivenciar o espaço.

[...] o ser humano, além de se encontrar concretamente num determinado lugar, tem compreensão de seu próprio existir no mundo, relativa tanto ao local e instante atuais como a outros vividos anteriormente, e também à aqueles que deseja ou receia vir a experienciar. O nosso espacializar não se limita ao “estar aqui”, pois inclui o “ter estado lá” e poder vir a “estar acolá”, reunidos numa compreensão global (FORGHIERI, 1993, p. 44)

O espacializar ultrapassa os limites do próprio corpo e do ambiente concreto circundante, podendo expandir tais limites de maneira mais ampla ou mais restritiva, de acordo com a compreensão e o modo como o ser humano se sente em sua existência no mundo e as significações que atribui a tal existência.

Compreende-se, portanto, que as vivências de tempo e de espaço compõem o modo de ser-no-mundo de cada pessoa, ou seja, fazem parte do conjunto de aspectos que

constituem sua totalidade e, dessa forma, serão percebidos e descritos, manifestando-se nas relações da pessoa com os outros com os quais convive. Na situação de enfermidade grave ou de perda, as vivências temporais e espaciais, assim como os sentimentos, o humor e demais aspectos que compõem a totalidade do ser, refletirão as ansiedades e angústias intrínsecas à situação-limite vivenciada, alterando as percepções e significados das diferentes experiências e sendo, por elas, também alteradas.

6. DELIMITAÇÃO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral

Investigar as vivências de mulheres que estão fora do tratamento de câncer de mama ou em fase de controle da doença.

Objetivos Específicos

a) Identificar os mecanismos de proteção que aparecem nos relatos das participantes como elementos constitutivos de sua história de vida e que as auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento do câncer.

b) Identificar, nas vivências relatadas, aspectos que possam ser compreendidos como indicadores de resiliência, no processo de enfrentamento do câncer, considerado como fator de risco ou adversidade.

7. PERCURSO METODOLÓGICO

7.1. Mulheres-colaboradoras do estudo

O desenvolvimento do estudo contou com a colaboração de dez mulheres, com idades entre 53 e 78 anos, que haviam encerrado o tratamento para câncer de mama há pelo menos cinco anos até o momento da entrevista, isto é, que estavam em período de remissão ou de controle da doença.

O **QUADRO 2** apresenta a caracterização das mulheres-colaboradoras⁵ da pesquisa, com informações relativas aos dados demográficos e clínicos dessas mulheres.

Quadro 2: Dados demográficos e clínicos das mulheres-colaboradoras

Mulher	Idade	Data do diagnóstico (ano)	Mama afetada	Tipos de tratamentos realizados	Tempo total de tratamento	Período fora de tratamento
Agatha - Casada; 2 filhos; - Ensino Superior (<i>Letras</i>); - Aposentada (<i>professora</i>); - Católica - Voluntária na Rede Feminina	78	1998	Esquerda	- quadrantectomia e esvaziamento axilar (retirou 22 gânglios); - quimioterapia; - radioterapia; - bloqueadores hormonais (cinco anos)	6 anos	5 anos
Clarice - Casada; 1 filho; - Ensino Médio; - <i>Dona de casa</i> ; - Católica - Voluntária na Rede Feminina	53	1997	Direita	- quadrantectomia; - radioterapia; - quimioterapia; - Tamoxifeno (cinco anos)	6 anos	6 anos
Florbela - Casada; 3 filhos; - Ensino Superior (<i>Assistência Social</i>); - Aposentada (<i>Assistente Social</i>); - Católica - Contribui mensalmente com doações a Rede Feminina	75	1965	Direita	- mastectomia radical (sem reconstrução); - comprimidos (dez anos)	10 anos	33 anos

⁵ Para preservar o anonimato, foram atribuídos nomes fictícios às mulheres-colaboradoras da pesquisa. Foram escolhidos nomes de grandes escritoras.

Hilda - Casada; 0 filhos; - Ensino Superior (<i>Administração e Economia</i>); - Aposentada (<i>Administradora</i>); - Católica - Voluntária na Rede Feminina	73	1997	Direita	- quadrantectomia; - radioterapia - acompanhamento (cinco anos)	6 anos	5 anos
Isabel - Casada; 2 filhos; - Ensino Médio; - <i>Manicure</i> ; - Católica - Deixou de frequentar a Rede Feminina	54	1996	Direita	- quadrantectomia; - radioterapia; - mastectomia radical e limpeza axilar (com reconstrução); - radioterapia; - quimioterapia	5 anos	8 anos
Lygia - Casada; 2 filhos; - Ensino Superior (<i>Matemática</i>); - Aposentada (<i>Administradora</i>); - Católica - Voluntária na Rede Feminina	56	2000	Direita	- quadrantectomia e limpeza axilar (retirou 22 gânglios); - quimioterapia; - radioterapia	1 ano	8 anos
Ruth - Casada; 4 filhos; - Ensino Fundamental; - <i>Dona de casa</i> ; - Católica - Não tem vínculo com a Rede Feminina	71	1973	Direita	- mastectomia radical e limpeza axilar (sem reconstrução); - radioterapia	1 ano	35 anos
Simone - Casada; 3 filhos; - Ensino Fundamental; - <i>Dona de casa</i> ; - Católica - Voluntária na Rede Feminina	63	1988	Esquerda	- quadrantectomia; - mastectomia radical (sem reconstrução); - radioterapia; - Tamoxifeno (cinco anos)	15 anos	6 anos
Virginia - Casada; 3 filhos; - Ensino Fundamental; - <i>Dona de casa</i> ; - Adventista - Voluntária na Rede Feminina	69	1975	Direita e esquerda	- quadrantectomia nas duas mamas; - mastectomia radical nas duas mamas (sem reconstrução)	3 anos	31 anos
Zélia - Casada; 2 filhos; - Ensino Fundamental; - <i>Aposentada</i> ; - Católica - Não tem vínculo com a Rede Feminina	61	1999	Direita	- quadrantectomia e limpeza axilar (retirou 23 gânglios); - radioterapia; - Tamoxifeno (cinco anos)	5 anos	5 anos

7.2. Local da pesquisa e contato com as mulheres

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – Unesp (**ANEXO A**), o projeto foi apresentando em uma via

impressa, junto de um modelo do Termo de Consentimento (conforme Resolução 196, do CONEP, 1996) (**APÊNDICE A**) à Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer.

A Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer é uma entidade beneficente, fundada em 1953 com o propósito de atender portadores de câncer carentes da cidade de São Carlos e da região. É uma entidade reconhecida pelas leis federal, estadual e municipal, e não apresenta qualquer vínculo político-partidário ou religioso. Essa unidade atende os pacientes cadastrados, com o fornecimento de medicamentos; cestas básicas; ajuda financeira em procedimentos cirúrgicos; agendamentos de consultas médicas e exames; atendimento psicológico e fisioterápico; visitas domiciliares; assessoria jurídica e outros serviços, com o auxílio de cerca de 80 voluntários, que vivenciaram ou não situação de câncer, direta ou indiretamente (adoecimento por câncer na família).

Na Rede Feminina, a pesquisadora foi encaminhada à presidente da instituição, já que ela tem um maior conhecimento tanto das voluntárias que fazem parte da Rede, como dos pacientes que são assistidos pelo local. Esta visita inicial teve o propósito de estabelecer um primeiro contato com a instituição e apresentar os objetivos da pesquisa, bem como solicitar a aprovação para realizar as entrevistas com mulheres que freqüentavam a Rede Feminina. Diante da concordância e disposição da presidente em colaborar, foi solicitado que ela indicasse o nome e o contato de mulheres que estão fora do tratamento do câncer de mama há pelo menos cinco anos, com idades entre 35 e 60 anos, com escolaridade mínima de primeiro grau completo e que não apresentassem déficits cognitivos ou transtornos mentais graves, e que, por fim, se disponibilizassem a colaborar com a pesquisa.

Em uma segunda visita à Rede Feminina, foi obtida uma lista de oito possíveis participantes (**Agatha, Clarice, Florbela, Hilda, Isabel, Lygia, Simone e Virginia**) com as quais a presidente já havia feito um contato prévio informal contando-lhes sobre a pesquisa. De posse dessa lista, a pesquisadora contatou estas mulheres por telefone e informou-lhes

sobre a pesquisa, convidando-as a colaborar. Todas aceitaram participar. Sendo assim, foi agendada uma entrevista individual na residência das participantes, de acordo com a disponibilidade das mesmas. Não foi possível realizar as entrevistas na Rede Feminina, já que as salas de atendimentos são utilizadas em tempo integral por psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais.

À exceção de **Isabel**, que deixou de frequentar a Rede há alguns anos, e **Florabela** que contribui com doações mensais, as outras seis participantes (**Agatha, Clarice, Hilda, Lygia, Simone e Virginia**), desenvolvem trabalhos voluntários regularmente na instituição, integrando grupos de artesanato (**Agatha, Clarice, Hilda, Simone e Virginia**) ou trabalhando na parte administrativa financeira (**Lygia**).

A exigência na seleção das mulheres que seriam entrevistadas – ter concluído o tratamento de câncer de mama há pelo menos cinco anos – dificultou que fossem encontradas dez mulheres com esta condição através da presidente da Rede, já que as pacientes cadastradas, em sua maioria, ainda estão em o processo de tratamento da doença, além de apresentarem diagnósticos diversificados, não se restringindo ao câncer de mama. Portanto, as duas outras participantes da pesquisa (**Ruth e Zélia**) foram contatadas pela pesquisadora por meio de indicação das participantes iniciais. Também foi feito contato telefônico com estas duas mulheres, no qual a pesquisadora apresentou-se, informou como havia obtido o contato, explicou brevemente os objetivos da pesquisa e fez o convite para a colaboração. As duas mulheres concordaram em participar e foi agendada uma entrevista individual na residência de cada uma, de acordo com seus horários mais convenientes.

7.3. Procedimento para realização das entrevistas

As entrevistas individuais iniciaram-se com uma conversa informal, com o intuito de estabelecer um *rapport* com as mulheres, na qual a pesquisadora apresentava-se, contava brevemente sua trajetória acadêmica e explicava o procedimento da pesquisa, retomava os objetivos, assim como ressaltava a importância da colaboração das mulheres e confirmava sua disponibilidade em participar.

Diante da confirmação das mulheres, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que era lido junto à participante, explicitando-se a importância do documento, como também da garantia de sigilo de sua identidade em qualquer publicação, seus direitos enquanto participante de uma pesquisa e a necessidade de utilização do gravador para posterior transcrição das entrevistas. Em seguida, a participante assinava duas cópias do Termo, ficando com uma para si, a qual apresentava dados para eventuais contatos com a pesquisadora.

A entrevista propriamente teve início com perguntas que visavam coletar dados demográficos das participantes e relativos à doença (**APÊNDICE B**). Em seguida, era introduzida a questão norteadora: *Você é uma mulher que teve câncer de mama e está bem agora, fora de tratamento. Existem pessoas que não sobrevivem a esta doença, outras que sobrevivem com mais ou menos seqüelas. As pessoas também lidam de formas diferentes com a doença e com os tratamentos. Eu gostaria de saber como foi, para você, estar doente com câncer e suas vivências ao lidar com a doença e os tratamentos.*

A questão norteadora favoreceu que as mulheres iniciassem a descrição de suas experiências, e foi sendo ampliada, por meio de intervenções verbais da pesquisadora, ao longo da entrevista, buscando aprofundar os relatos. As entrevistas foram concluídas no momento em que as falas das mulheres se repetiam, não surgindo novas vivências.

Após a transcrição das primeiras entrevistas, foi verificada a necessidade de um maior aprofundamento dos relatos das participantes, de modo que fosse possível alcançar, de maneira mais completa, os objetivos específicos propostos no estudo. Foi então realizado novo contato com as mulheres com a solicitação de uma segunda sessão de entrevista. Todas as mulheres concordaram prontamente em receber a pesquisadora por uma segunda vez, exceto a participante **Virginia**, que justificou a impossibilidade da segunda sessão de entrevista devido a problemas de saúde e **Lygia**, que mesmo tendo concordado com a segunda sessão, não foi entrevistada, pois mudou de cidade, impossibilitando o segundo encontro. Sendo assim a segunda sessão de entrevista foi realizada com oito, entre as dez participantes iniciais.

A segunda sessão de entrevista continha questões norteadoras, ampliadas no decorrer da entrevista, relacionadas à adaptação à vida após o tratamento e às vivências das mulheres neste período:

1. Você me contou toda a trajetória que teve com o tratamento da doença e também sobre como está sua vida agora e o que tem feito. Eu gostaria de saber como foi para você a adaptação à vida e à sua rotina após ter ficado livre do tratamento.

2. Após ter passado por esta experiência, você sentiu alguma mudança significativa em sua vida?

3. Que reflexões você faz hoje sobre esta experiência?

4. Como foi para você ter feito esta entrevista?

Na segunda sessão de entrevista com as mulheres, a pesquisadora buscou alcançar uma profunda sintonia com a vivência que estava sendo descrita pelas participantes, o que, de acordo com Forghieri (1993, p. 60), possibilita “uma compreensão global, intuitiva,

pré-reflexiva, dessa vivência”, o que, em fenomenologia, é entendido como um momento de *envolvimento existencial*.

Nas duas sessões, as entrevistas foram conduzidas de acordo com os pressupostos do método fenomenológico, buscando captar a experiência do pesquisado a partir do referencial deste, sem interpor quaisquer postulados, concepções ou interpretações *a priori* (TELES, 2005; VALLE, 1997). Como colocam Bruns e Trindade (2003), a fala dos sujeitos é o que possibilita acessar o fenômeno interrogado, o qual se insere na sua experiência de vida. Desta forma, a entrevista apresentou-se como um meio de alcançar a vivência do sujeito, bem como os significados⁶ a ela atribuídos.

As entrevistas não tiveram um tempo de duração pré-determinado. Na primeira sessão, as entrevistas ocorreram no período de julho a novembro de 2008 e tiveram duração variando de 27 a 72 minutos. A segunda sessão ocorreu no período de novembro de 2008 a março de 2009, e as entrevistas variaram de 14 a 64 minutos de duração.

As duas sessões de entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para facilitar a análise fenomenológica.

7.4. Procedimento para análise fenomenológica das entrevistas

Assim que todas as transcrições foram realizadas, iniciou-se o procedimento para a análise fenomenológica das entrevistas, buscando-se apreender os significados das vivências das participantes, conforme os objetivos pretendidos na pesquisa.

A análise das entrevistas seguiu os passos propostos por Martins e Bicudo (1989), Forghieri (1993) e Valle (1997), alguns dos autores que contribuem expressivamente para o desenvolvimento de pesquisas de inspiração fenomenológica na área da psicologia:

⁶ “Significado é o resultado do encontro entre homem e mundo, um encontro onde ambos estão essencialmente envolvidos” (GIORGI, 1978, p.152).

a) O primeiro passo foi a leitura geral de cada relato por inteiro, sem buscar qualquer interpretação do que estava sendo dito. Esta leitura buscou uma familiarização das falas, para obter uma configuração geral dos relatos. Neste momento, como coloca Bruns (2003), o pesquisador estabelece uma relação empática com a vivência relatada pelos colaboradores, a fim de sistematizar a experiência vivida;

b) Em seguida, ocorreu a releitura geral dos relatos, diversas vezes, retomando a questão inicial norteadora, procurando atender aos objetivos propostos no estudo. Neste momento a pesquisadora buscou a identificação e a elaboração das *unidades de significado*, ou seja, procurou focalizar na fala das colaboradoras, aspectos diretamente relacionados ao fenômeno pesquisado. De acordo com Bruns e Trindade (2003, p.90), “unidades de significado são trechos da fala do entrevistado em que é possível perceber o significado atribuído por ele à vivência”, e que, na pesquisa fenomenológica, não estão prontas, mas são percebidas pela pesquisadora no decorrer do processo de análise, adotando-se uma atitude de abertura e de empatia para com o outro;

c) Cada unidade de significado encontrada no discurso ingênuo de cada participante pode então ser transformada para o discurso psicológico. Foi então realizado o distanciamento reflexivo, com a intenção de transformar esses significados numa proposição acerca da experiência do indivíduo diante da situação vivida e os sentimentos despertados. Para Bruns (2003), a transformação da linguagem coloquial do entrevistado em discurso psicológico é pertinente, pois permite ao pesquisador explicitar e compreender realidades diversas relacionadas ao fenômeno estudado e que, até então, estavam ocultas no discurso espontâneo do colaborador. É neste momento que o pesquisador aproxima-se de um determinado referencial teórico escolhido para interpretar e compreender o fenômeno em estudo, o que, no caso desse estudo, será realizado à luz dos pressupostos teóricos da psicologia fenomenológica;

d) Por fim, a partir das convergências e divergências das unidades de significado de cada relato, são apreendidas algumas categorias temáticas, buscando chegar à compreensão das vivências das participantes, de acordo com os objetivos propostos no estudo.

A trajetória teórico-metodológica utilizada nesta pesquisa é uma possibilidade de aproximação e de compreensão do fenômeno investigado, sem a pretensão de esgotá-lo em sua totalidade, pois, como coloca Bruns (2003, p.74):

Tendo em vista o fato de o discurso humano ser necessariamente inacabado, incompleto, os horizontes de compreensão são inesgotáveis. Todavia o fenômeno deve mostrar-se para o pesquisador em sua essência, ou seja, em suas características fundamentais vistas pela perspectiva do horizonte psicológico. Ao centrar a atenção em um fenômeno, é necessário que sua explicitação e argumentação sejam suficientes para virem a ser inteligíveis para o leitor.

8. VIVÊNCIAS DAS MULHERES QUE SOBREVIVERAM AO CÂNCER DE MAMA

A análise fenomenológica das entrevistas transcritas, seguindo os passos metodológicos propostos por Martins e Bicudo (1989), Forghieri (1993) e Valle (1997), permitiu apreender as categorias temáticas e as subcategorias correspondentes, que emergiram do relato das participantes. Como destaca Teles (2005), os dados provenientes da análise fenomenológica das vivências relatadas pelas participantes, são resultados do encontro da subjetividade da pesquisadora e das colaboradoras da pesquisa, isto é, da intersubjetividade estabelecida no momento da entrevista. Em outras palavras, a reflexão fenomenológica realizada a partir dos relatos das mulheres-colaboradoras, propiciou a aproximação ao “mundo-vida”, isto é, ao mundo da vivência (FORGHIERI, 1993, p. 18) dessas mulheres, e este intercâmbio intersubjetivo permitiu atribuir sentido aos relatos apresentados.

Norteadas pelo objetivo proposto no presente estudo, a análise fenomenológica das entrevistas revelou que, ao relatarem sua experiência de adoecimento, as mulheres-colaboradoras procuravam organizá-la temporalmente, descrevendo toda a trajetória percorrida e suas vivências desde os primeiros sinais do câncer de mama até o momento presente, livre do tratamento oncológico e em fase de controle da doença. A aproximação com as falas das mulheres desvelou, além das vivências do adoecimento por câncer de mama, os mecanismos de proteção e os indicadores de resiliência que estiveram presentes no processo de enfrentamento do câncer e que auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento.

As vivências apreendidas foram organizadas em **categorias temáticas** e apresentadas em tópicos, seguidas pelas respectivas subcategorias, que, para facilitar a identificação, estão sublinhadas. Posteriormente, na sequência, as categorias temáticas e as subcategorias são apresentadas e discutidas, e as falas das mulheres participantes são

transcritas, seguindo alguns critérios: a) As falas das entrevistadas estão literalmente transcritas, respeitando-se a linguagem e a maneira peculiar de expressar-se de cada mulher; b) Os silêncios ou frases interrompidas das mulheres estão representados por reticências (...); c) A supressão de uma parte da fala é representada pela indicação [...]; d) Entre aspas (“”) estão frases de terceiros, tal como relatadas pelas mulheres; e) Palavras explicativas omissas no discurso estão entre parênteses; f) Nomes de pessoas e de cidades citadas pelas mulheres foram excluídos.

Categorias e subcategorias obtidas:

- **Descobrir-se com câncer de mama: dos primeiros sinais à confirmação do diagnóstico**

Caminhos percorridos para a confirmação do diagnóstico do câncer de mama

- **Ser-no-mundo-com-câncer de mama: percepções e significados do diagnóstico para as mulheres**

Ser-no-mundo-com-câncer de mama: diante do inesperado

Ser-no-mundo-com-câncer de mama: uma vivência difícil que favorece sentimentos de medo, desespero e depressão à paciente e à família

Ser-no-mundo-com-câncer de mama é aproximar-se da própria finitude: uma sentença de morte

Ser-no-mundo-com-câncer de mama é buscar explicações para o adoecimento

- **Trajetória do tratamento do câncer de mama**

Ambivalências: necessidade de realizar a cirurgia X dúvidas quanto ao procedimento X sentimento de perda de uma parte do corpo X possibilidade de cura.

A reconstrução mamária e a cirurgia plástica: a saúde em primeiro lugar

Quimioterapia e radioterapia: tratamento longo que provoca medo e depressão

Queda de cabelo, queimadura na pele, perda do paladar e linfedema: o tratamento como uma agressão ao corpo

O tratamento oncológico altera a vida cotidiana das mulheres e de suas famílias

O medo constante durante o enfrentamento da doença e dos tratamentos

- **A vida após o câncer de mama**

A finalização do tratamento como possibilidade de cura, de vitória sobre a doença

“Espada pendente”: a recidiva ou o surgimento de um novo câncer como possibilidade futura

Preocupação com o outro: o temor das filhas desenvolverem o câncer de mama

A necessidade de acompanhamento médico constante

Um tratamento que deixa marcas

A entrevista como um momento terapêutico e como possibilidade de ajuda

Reflexões sobre a doença

- **Mecanismos de proteção que auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e tratamento do câncer de mama**

A família

Os amigos

O trabalho

O apoio da Rede Feminina de Combate ao Câncer

Apoio dos profissionais de saúde e dos funcionários do hospital

Atendimento psicológico e/ou psiquiátrico

O contato com outras mulheres que também vivenciaram o câncer de mama

A convivência com pessoas com outros tipos de câncer dentro do hospital

A fé em Deus e a religião

A ausência de culpa por ter tido um câncer

A confiança no tratamento

A busca e o acesso a informações sobre o câncer de mama e o tratamento

A ausência de efeitos colaterais indesejáveis

O diagnóstico precoce

A condição sócio econômica e o tratamento oncológico

- **Indicadores de resiliência**

Sentimentos positivos: a vida “de volta ao normal”

Bom humor

Laços afetivos positivos

Envolvimento em atividades diversificadas

Amadurecimento

A solidariedade

Compreensão do momento vivenciado: a busca por informações

Flexibilidade e aceitação de mudanças

Postura ativa diante da doença

Força e coragem diante do adoecimento

Sentido existencial

Fé em Deus e Esperança

Visão equilibrada da experiência adversa

Identificação de aspectos positivos na experiência vivida

Mudanças existenciais significativas

8.1. Descobrir-se com câncer de mama: dos primeiros sinais à confirmação do diagnóstico

Ao serem questionadas sobre o adoecimento por câncer de mama e suas vivências ao lidarem com a doença e os tratamentos, as mulheres iniciaram o relato contando como identificaram o câncer, isto é, quais foram os primeiros sinais de que havia “uma coisa estranha” no corpo, como a presença de retração, dores e nódulos nos seios e a sensação de surpresa ao descobrir estes sinais.

Eu tava secando o cabelo em frente ao espelho, e eu tava sem roupa, aí eu percebi uma retração no seio. Quando eu levantei o braço pra secar o cabelo, eu percebi uma retração e eu fiquei cismada, falei “nossa que gozado parece uma cicatriz”, conforme eu levantava o braço, ela entrava (**Lygia**)

Então, veio minha menstruação, né, e aí... Quando terminou, eu comecei a sentir dores no seio, sabe quando o seio fica que nem empedrado? [...] e aí, na mama direita eu comecei a notar que tinha uma coisa estranha, né? (**Isabel**)

[...] quando eu voltei da chácara, dei banho nas crianças e fui tomar meu banho, e no eu me passar a esponja e tal, eu percebi um caroço. Eu percebi um caroço e esse caroço tava até incomodando... Não é incomodando [...] Mas ele ainda tava assim... Ah... Ele ia de um lado para o outro, quer dizer, ele ainda não tava fixo, né? E você sentia ele mexer lá dentro (**Florbela**)

[...] a primeira coisa que eu gostaria de dizer, porque talvez sirva de alerta para as outras pessoas, é que o meu câncer foi descoberto em uma consulta de rotina, em uma consulta com o ginecologista, que, claro, aperta as mamas e sente. No tocar a minha mama, ela sentiu com a ponta dos dedos que havia um nódulo (**Agatha**)

Hilda relatou ter procurado atendimento com o ginecologista devido a outro problema, mas ao solicitar e realizar o exame rotineiro de mamografia identificou o câncer de mama com precocidade.

[...] eu comecei a sentir problema na bexiga [...] aí o médico olhou meus exames e falou “está tudo bem, você não tem nada” [...] aí ele (marido) falou assim para o médico “você não vai pedir mamografia?”, ele disse “não, faz dez meses que ela fez, eu não vou dar outra carga de raio X nela”, aí ele (marido) virou e falou assim “mas daqui há dois meses ela não vai ter que fazer de novo? Então vamos fazer já” [...] E aí pegou...[...] com cinco anos de antecedência de detectar com o toque... (**Hilda**)

Caminhos percorridos para a confirmação do diagnóstico do câncer de mama

A partir dos relatos, foi possível verificar que a identificação dos primeiros sinais do câncer de mama ocorreu pelas próprias mulheres que observaram alterações nas mamas, ou em consultas de rotina ao ginecologista, que, por meio do exame clínico das mamas e de exames complementares, como a mamografia, identificou a presença de um possível câncer. A detecção precoce do câncer de mama permitiu que cinco entre as dez mulheres entrevistadas (**Agatha, Clarice, Hilda, Lygia e Zélia**) realizassem tratamentos oncológicos mais conservadores – quadrantectomia; enquanto que, nos casos em que o diagnóstico foi confirmado mais tardiamente, houve a necessidade de tratamentos mais radicais como a mastectomia, frente à gravidade da doença (**Isabel, Ruth, Simone e Virginia**). Apesar de ter identificado o nódulo com precocidade, **Florabela** realizou a mastectomia radical sem reconstrução mamária. Essa conduta médica pode ter ocorrido devido ao diagnóstico ter sido realizado em 1965, época em que o tratamento e diferentes modalidades de cirurgia do câncer de mama estavam em fase de desenvolvimento, sendo comum a utilização de procedimentos radicais.

Estes dados coincidem com a literatura na área oncológica, que mostra que embora atualmente tenham sido identificados alguns fatores que podem estar associados ao maior risco de desenvolvimento do câncer de mama, como – avanço da idade; menarca precoce; menopausa e primeira gestação tardias; obesidade; tabagismo e história familiar de câncer de mama, dentre outros (INCA, 2003) – não existem estudos epidemiológicos que apresentem um conjunto de estratégias específicas para a sua prevenção primária, de modo que, a detecção precoce, sobretudo com a utilização do rastreamento por mamografia e o exame clínico das mamas, apresenta-se como um fator amplamente relacionado a tratamentos mais

conservadores, a prognósticos mais favoráveis e à redução da mortalidade (CORBELLINI, 2001; INCA, 2004).

Como apontado na literatura e observado no relato das participantes deste estudo, ao detectar alguma anormalidade na mama, a mulher depara-se com duas possibilidades contrastantes: o nódulo ou a alteração encontrada pode não ser nada grave ou pode significar um câncer; sendo que este momento entre a palpação e a confirmação do diagnóstico pode ser muito difícil e desencadear vivências de ansiedade, angústia e incertezas (CORBELLINI, 2001; BERGAMASCO; ANGELO, 2001). Diante dessas duas possibilidades, os caminhos percorridos pelas mulheres deste estudo, para a confirmação do diagnóstico, foram relacionados aos significados por elas atribuídos aos primeiros sinais da doença. Algumas mulheres, apesar de sentirem o nódulo no seio, não procuraram atendimento médico com urgência e optaram por aguardar a consulta rotineira ou procuraram auxílio médico somente quando perceberam que o nódulo encontrado estava “crescendo”, por acreditarem a priori, que não era nada grave.

[...] Que nem, no meu caso eu fui no médico porque era época de eu ir, fazer meus exames de rotina, e foi aonde que eu falei que tinha um carocinho... (**Clarice**)

[...] senti a primeira vez que eu tinha aquilo, eu cheguei lá... Quando fez o exame e viu que era líquido, ia punçar, punçou, eu achei que era outro também, portanto eu cheguei no médico falei pra ele “eu tô com outro carocinho” (**Clarice**)

[...] naquela época lá, quando vinha a menstruação, aquilo lá inchava e doía muito, né? [...] Aquilo lá doía tanto! Que eu nem usava sutiã de tanto que doía. [...] e eu achei que tava aumentando, né, doendo, dolorido assim, aquelas... Por a mão assim, aquelas... Aquelas... A gente pegava assim, né, aí falei pro meu marido “eu vou precisar ir no médico” (**Virginia**)

Por outro lado, ao relacionar o nódulo ou a alteração encontrada na mama à possibilidade de ser um câncer, algumas mulheres experimentam sentimentos de medo e temor frente à doença, passando por um momento inicial de possível negação, e não procurando, portanto, a assistência médica imediata. De acordo com Fabbro, Montrone,

Santos (2008), para a mulher, a notícia de estar com uma doença como o câncer de mama é muito difícil e traz sentimentos dolorosos e preocupações, além de representar um impedimento concreto de realizações de projetos, expectativas e desejos.

Então, eu senti um caroço embaixo aqui, né, (aponta por cima da blusa o local), mas não fui no médico...fiquei bastante tempo e não fui porque tava com medo, né?
(**Ruth**)

Para outras mulheres, entretanto, o medo de estar com câncer de mama levou-as à procura imediata por assistência médica, fazendo-as recorrer a médicos já conhecidos ou de sua confiança, a fim de esclarecer o problema o quanto antes e rapidamente poder tomar as providências necessárias para livrar-se da doença. O medo de estar com uma doença grave pode ser superado pelo conhecimento de que, quanto antes puder diagnosticar e tratar essa doença, maiores serão as probabilidades de cura e melhor a qualidade de vida posterior, mostrando que, a posse de informações pode favorecer a detecção do câncer de mama em estágios iniciais. As mulheres-colaboradoras desse estudo que optaram por rapidamente definir o diagnóstico possuem maior nível de escolaridade do que as que demoraram mais a procurar assistência médica, confirmando mais uma vez a necessidade de programas educativos voltados à saúde. Resultados similares foram encontrados por Neme (2005b), ao identificar que a maioria significativa dos 130 pacientes oncológicos pesquisada, que tinham câncer em estadiamento de maior gravidade, tinha mais baixo nível de escolaridade, comparativamente aos que tinham menor gravidade da doença.

[...] existe o câncer, e o que vamos fazer? Rapidamente, mas rapidamente, eu entrei em contato com um médico em (nome da cidade), que havia me operado anteriormente de um melanoma restrito na perna [...] (o médico) me encaminhou para lá e quinze dias depois, no dia nove de março de 1998, eu estava sendo operada, com o diagnóstico de câncer (**Agatha**)

[...] (a médica) fez vários exames, ela não conseguiu apalpar nada, sabe, aí, ela já ligou pra doutora (nome), que faz o ultrassom, e eu já fui imediatamente para o consultório dela. Aí ela falou assim, “olha poderá ser alguma coisa, algum nódulo, né, pode ser tanto benigno como maligno [...] ou você interna pra fazer uma biópsia ou a gente faz uma punção” [...] eu fiz a opção pela punção. (**Lygia**)

Diante do possível diagnóstico de uma doença tão temida socialmente e impregnada pelo estigma de morte, algumas mulheres sentiram a necessidade de escutar a opinião de diversos médicos antes de tomarem qualquer decisão acerca do tratamento, o que mostra a necessidade de segurança frente a sentimentos de dúvidas e temores diante do câncer de mama, como também a esperança de obter um diagnóstico contrário ao recebido até então.

[...] o médico falou onde que eu queria fazer a cirurgia, que ele me dava uma carta [...] e tinha um médico na cidade [...] que tinha acabado de chegar [...] aí eu já marquei com ele, mas antes em... Todo esse tempo, *dois* dias foi, nós fomos pra (nome da cidade) [...] E chegando lá... Tudo o que o médico aqui me falou... Aí... Eu peguei e resolvi fazer aqui a cirurgia... (**Clarice**)

[...] tirou o material para a biópsia [...] um centímetro cúbico do material aqui deste lado, aí deu positivo... E... Aí ele (o médico) me passou o resultado e já apavorado “ai, tem que fazer isso, porque se fosse a minha mãe, eu operaria urgente, não sei o que...”. [...] aí eu falei, não, eu vou consultar três médicos, pra ver com eles... [...] eu não vou operar assim de olhada... (**Hilda**)

A insegurança frente a opiniões médicas conflitantes e a dificuldade em aceitar o diagnóstico – ficou “digerindo o câncer” por algum tempo – fizeram com que **Hilda** optasse por buscar outras opiniões médicas, iniciando uma verdadeira peregrinação, até adquirir confiança em algum profissional...

[...] consultei um mastologista lá e ele falou “olha, você pode ficar tranquila, porque o seu caso não é invasivo, deixa passar o final do ano e no começo do ano você opera” [...]. Aí eu fiquei de outubro até janeiro digerindo o câncer, né? (risos). [...] e eu fui para lá (outra cidade). Aí, ele (o médico) acabou comigo... [...] porque era um absurdo eu estar esperando... Mas *acabou* comigo! [...] ele queria que eu assinasse um documento e que se ele achasse conveniente, ele tiraria a mama toda, eu falei “não, eu não quero. Não vai precisar, eu tenho certeza de que não vai precisar” (**Hilda**)

...e, finalmente, com o auxílio de um amigo da família, **Hilda** e o marido tiveram acesso a um médico conceituado na área, e ela sentiu-se confiante para realizar a cirurgia.

[...] esse amigo nosso falou para ele (marido) “olha, eu tenho o meu cunhado que é diretor do... do (nome do hospital) e lá tem a equipe do (nome do médico) [...] e ele é um excelente oncologista”. Na mesma semana eu fui para (nome da cidade), acertei isso, acho que eu fui [...] numa quarta-feira, na segunda seguinte eu estava operando [...] com este médico que era da equipe... (**Hilda**)

Por meio da fala das mulheres, verificou-se que, além das dificuldades para a realização precoce do diagnóstico – medo, insegurança e dúvidas – outro fator comum e bastante preocupante que pode adiar o diagnóstico, é que os primeiros sinais da doença podem ser confundidos, pelos profissionais de saúde, com outras alterações patológicas encontradas na mama, as chamadas alterações funcionais benignas, que são caracterizadas pela presença de dor, espessamento nas mamas e nodulações ou formações de pequenos cistos, o que fez com que algumas das mulheres entrevistadas percorressem longos caminhos até chegar ao diagnóstico definitivo e correto, para isso, recorrendo a centros oncológicos de referência no país.

O estadiamento da doença no momento de sua identificação é um dos fatores mais importantes na determinação do prognóstico. Entretanto, sabe-se que, no Brasil, o câncer de mama configura-se como um grande problema de saúde pública devido a sua elevada incidência (KLIGERMAN, 1999), e representa uma importante causa de morte entre as mulheres, sendo este fato decorrente, sobretudo, da demora na realização do diagnóstico e indicação do tratamento, levando ao crescimento tumoral com potencial diminuição das chances de cura das pacientes (TRUFELLI et al, 2008).

Um estudo realizado por Aires et al (1999), sobre o conhecimento dos métodos para diagnóstico do câncer de mama entre estudantes de medicina de uma universidade federal do país, identificou que existe um grande desconhecimento nos diversos setores e camadas da

sociedade a respeito do câncer de mama e de seu diagnóstico precoce, sendo este fato decorrente da falta de conhecimentos dos profissionais da área de saúde, principalmente a respeito do auto-exame das mamas, da mamografia e do exame de ultrassonografia, que, por sua vez, não informam ou esclarecem devidamente a população. Outra questão levantada por Trufelli et al (2008) diz respeito ao grande atraso verificado na condução dos casos entre a mamografia e a realização da biópsia da lesão suspeita, o que evidencia a ineficiência na organização dos programas de prevenção e de detecção precoce do câncer de mama, dado também identificado no estudo de Rezende et al (2009), que evidenciou a ausência no país de um programa estruturado para a detecção precoce do câncer de mama, o que faz com que no Brasil sejam registrados altos índices de casos de câncer de mama avançados.

[...] eu mesmo que percebi [...] eu vi o carocinho, mostrei pra ele (médico), ele falou que não era nada. [...] ele falou assim “daqui seis meses você volta”. [...] E eu cheguei aqui em casa [...] falou (o marido) “de jeito nenhum! Liga pra (nome da cidade), né, e vamos marcar uma consulta com o doutor (nome)” [...] hora que eu cheguei lá ele (o médico) falou que eu tava com câncer e precisava operar urgente...
(**Zélia**)

[...] eu tinha ido no médico...em abril...[...] e ele não percebeu nada...e aí eu peguei e fui e fiz a mamografia [...] aí, na mamografia já...apareceu que era um tumor, pedindo pra fazer um ultrassom. (**Isabel**)

Para **Simone**, a realização definitiva do diagnóstico e início de tratamento adequado estendeu-se de 1988 a 1997, com idas e vindas a diferentes médicos até realizar a mastectomia radical.

Então, começou em 88, né, eu... Eu fazia acompanhamento com o doutor (nome), né, e surgiu, na mamografia surgiu um carocinho, ele falou que era bem pequenininho e era benigno, né [...] Aí, quando foi em 95 [...] fiz novamente a mamografia e deu o... O carocinho e ele falou “não alterou nada, mas se você quiser operar, a gente vai operar pra não dar problema mais pra frente, né” (**Simone**)

[...] passou dois anos [...] eu, por minha conta resolvi fazer outra mamografia [...] e levei pra ele (médico) ver... Aí quando ele olhou a mamografia ele falou “vai já pra (nome da cidade) que deu uma alteração” [...] Aí, quando eu cheguei lá [...] ele falou “infelizmente deu vários nódulos calcificado na sua biópsia e você vai ter que... que fazer outra cirurgia e vai ter que tirar a mama inteira, porque não tem como”, porque tava... Esparramado já, né, os nódulos, né, e veio maligno já! (**Simone**)

8.2. Ser-no-mundo-com-câncer de mama: percepções e significados do diagnóstico para as mulheres

O existir humano é essencialmente incerto, pois está sempre permeado por paradoxos e riscos que dificultam a segurança e o controle para agir. Como coloca Forghieri (1984, p.19) “existir é estar em constante processo, indo sempre adiante, caminhando para um futuro que se abre diante de nós com possibilidades imprevisíveis e incontrolláveis”. Assim, a confirmação do diagnóstico do câncer de mama, apesar da identificação dos primeiros sinais da doença muitas vezes pelas próprias mulheres, é algo inesperado, que modifica o fluxo contínuo do existir e altera o significado dos acontecimentos. Configura-se à mulher uma nova existência, que, oposta ao momento anterior livre de doença, revela-se restrita, impregnada de limitações físicas e de sofrimentos decorrentes do adoecimento.

Foi possível verificar, a partir dos depoimentos das participantes desse estudo, que ao receber o diagnóstico do câncer de mama, a mulher vivencia um primeiro momento de desorganização interna, experimentando o impacto, o “choque” de estar com uma doença tão grave, acompanhado por sentimentos de medo, desespero e depressão, vivenciando o câncer como uma ameaça concreta à existência, que traz a possibilidade iminente de morte.

Ser-no-mundo-com-câncer de mama: diante do inesperado

Ao ser confirmado o diagnóstico de câncer de mama, a primeira vivência das mulheres foi o “susto”. As mulheres não se sentiam preparadas para receber este diagnóstico, já que o câncer é uma doença “inesperada” e “distante”. Assim, embora a doença e a morte façam parte da vida, a possibilidade de adoecer e morrer ainda é assunto não discutido e pensado no cotidiano das pessoas (KUBLER-ROSS, 1996; NEME; KATO, 2003), de modo que o adoecer pode muitas vezes ser visto como algo não natural, que representa uma ameaça concreta à continuidade da vida, sendo, portanto, um fato inesperado (CHIOZZA, 1987).

[...] a coisa veio assim de repente, um presente que aconteceu, né, um presente inesperado, né... (**Florbela**)

Olha, é uma coisa assim... É distante pra você... É distante... [...] aí eu fiquei... O chão parece que abre para você, você quer... (**Hilda**)

Aí dá aquele susto na gente... (**Agatha**)

Aí me assustou muito! Me assustou muito porque falar que você tá com um câncer assim, que ele (médico) fala rápido, rápido mesmo ele fala, né, “você tá com câncer. Talvez você vai perder a mama inteira, talvez você vai perder metade...”, ele falou “só depois que eu abrir que eu vou ver” (**Zélia**)

É... Infelizmente, enquanto a gente tá vivo, a gente passa por problemas que muitas vezes a gente não espera, né? A pessoa tá ótima, tá cheia de vida, cheia de saúde, de repente acontece um... Um baque desses, né? (**Florbela**)

O câncer é uma doença inesperada, pois pode não apresentar sinais claros de sua presença; é uma doença “silenciosa”, que vai agindo internamente, sem que se percebam claramente seus sinais.

Ele é traiçoeiro... Tem que se cuidar [...] a hora que ele se manifesta, geralmente não tem mais como, né? É difícil... Minha mãe dizia “você tá tão bem, você tá ótima! Pra que tirar, pra que fazer essa cirurgia?”, eu falei “porque tá lá dentro, mãe! Ninguém vê tá lá dentro! Tem que fazer né?”. [...] eu era uma pessoa sadia... Cheia de... De... De vontade de trabalhar, de fazer, de lidar... Mas, o câncer é traiçoeiro... (**Florbela**)

E é... Ela é silenciosa, ela não avisa... Você tem que sentir, você tem que perceber, eu senti meus seios não eram grandes, e eu senti o nódulo, só! Eu tava ótima! Sempre tive... Sempre tive assim, disposição... De repente aconteceu... Ela vem ela é traiçoeira... (**Florabela**)

Por ser algo inesperado, o diagnóstico de câncer de mama representa um “choque” para as mulheres.

Bom, eu quando tive a notícia... Desidratei quatro quilos numa noite (risos)... Não sai do banheiro, porque foi um choque... Pra mim. [...] na hora é um *choque*, como é pra todo mundo, né? (**Clarice**)

A palavra “câncer” é chocante

[...] aí eu peguei, com o meu marido, na hora a gente fica muito... É muito chocado, é chocante, né, a palavra, tudo... (**Clarice**)

É por causa da palavra, né, que choca muito a pessoa... [...] Quando fala *câncer*... Portanto tem pessoas que não falam, falam *aquela doença*, né... (**Clarice**)

[...] com quem você conversa, as pessoas falam “ai, parece que essa palavra choca a gente...”. Tem pessoas que não gosta né? (**Clarice**)

Para **Lygia**, receber o diagnóstico foi algo inesperado e “chocante”, pois foi o primeiro caso de câncer de mama na família...

Bom, o meu caso foi o primeiro câncer na família. Então, você vê, para mim foi um choque, né. [...] Quer dizer, pra mim foi um choque, porque foi o primeiro caso na família [...] câncer de mama em mulheres foi o primeiro caso na família. (**Lygia**)

... E ela sentiu-se sem “referências” para poder nortear-se.

Aí, no dia 28 eu fiz a cirurgia, foi uma coisa assim, um trauma pra mim, porque quando surge o primeiro caso na família, você não tem assim, um... Sei lá, um como se diz... Uma referência, né, pra você se basear como foi o tratamento e tudo o mais, o primeiro é um choque. (**Lygia**)

Ao receberem o diagnóstico as mulheres também relataram a preocupação em “dar a notícia” do câncer à família...

Ah, na hora eu senti assim um impacto assim, né, fiquei meia assim, né...meia...não desesperada assim, porque naquela hora eu não pensei tanto em mim, eu falei, eu pensei na minha família, né, eu falei “como que eu vou chegar em casa e dar a notícia pra eles, né?”, pro meu marido, pros meus filhos, né? (**Simone**)

... Pois, também para a família, o câncer é algo inesperado.

Acho que foi mais um choque pra família do que pra mim (risos) (**Ruth**)

Ser-no-mundo-com-câncer de mama: uma vivência difícil, que favorece sentimentos de medo, desespero e depressão à paciente e à família

Apesar dos avanços científicos no tratamento do câncer e da mobilização da sociedade na tentativa de acabar com o preconceito e o medo da doença, pode-se perceber que esta ainda é uma doença que traz consigo imagens de dor, sofrimento, morte, vergonha e ocultamento, conforme apontaram Horta et al (2003) e Neme e Kato (2003) e pode ser observado no presente estudo, pois, no momento inicial do diagnóstico, a relação com a morte e o pavor foram muito presentes na experiência das mulheres acometidas pelo câncer de mama. O “estar - doente” foi descrito pelas mulheres como uma vivência “difícil”, permeada por sentimentos de “desespero” e “medo”, reforçados pelas imagens de morte e dor que o câncer lhes representava naquele momento, corroborando dados de estudo realizado por Sousa (2007), no qual as participantes relataram muito sofrimento e tristeza no momento do diagnóstico de câncer.

Mas na época foi *muito difícil*... (**Clarice**)

Na hora... Me deu um desespero. (**Clarice**)

[...] eu acho que todo mundo sente um medo, que foi na hora que falou né? (**Clarice**)

Mas é difícil, não é fácil não! (risos). Não é fácil não... (**Ruth**)

Mas ele (marido) ficou assim... Bem desesperado... [...] no dia da primeira consulta, meu marido perguntou pra ele (médico) ah... Como que... Se eu ia ter cura... (**Isabel**)

Receber o diagnóstico de câncer de mama provoca medo do desconhecido, pois muitas vezes a mulher não sabe o que esperar da cirurgia e do tratamento ao qual deverá submeter-se.

[...] e em vinte dias que eu fiz todos os exames pra operar, eu emagreci seis quilos, porque chorava dia e noite, porque eu não sabia o que me esperava né, o que esperar assim que ia acontecer. (**Zélia**)

[...] tirou vinte dias minha alegria, só os vinte dia da... Que eu fiz os exames, né, e antes de fazer a cirurgia. Chegava uma pessoa aqui e só de olhar na pessoa eu já chorava de medo, porque eu não sabia o que ia acontecer comigo, né? (**Zélia**)

A possibilidade de metástases também é lembrada com preocupação.

Aí o... Eu só pedia a Deus que me desse mais vida e fui fazendo os exames, aí eles mandavam fazer os exames [...] Aí fiz, fez a tomografia de pulmão, fez um monte de exames, e não deu nada, quer dizer, não tinha metástase. (**Florabela**)

Para **Hilda**, o medo e a preocupação com relação ao diagnóstico de câncer de mama estiveram bastante relacionados à morte de uma pessoa da família com a mesma doença e na mesma época em que recebeu o diagnóstico, o que reforçou, para esta participante a imagem de dor e morte associada ao câncer de mama.

Você já sabe que é uma doença que tem cura se é bem tratada, mas é uma doença que é um medo... Você vê, nessa mesma época, uma prima dele (marido), dentista de (nome da cidade), com 38 anos, morreu de câncer de mama... **(Hilda)**

O medo é acompanhado por sentimentos de tristeza e “depressão”, e a reação das mulheres foi chorar frente ao diagnóstico de câncer de mama.

Mas, assim... É aquela coisa, aquela depressão que vem que você não quer ter né? Então eu só chorava, chorava, chorava; você não podia olhar pra mim... Se você ameaçava perguntar o que eu tinha eu já começava a chorar. **(Lygia)**

Fiquei com depressão, que a gente fica mesmo, né? **(Virginia)**

Aí cheguei aqui, entrei dentro do banheiro, chorei, chorei bastante (risos) **(Simone)**

[...] quando ele (médico) falou pra mim que eu tava com câncer, em vinte dias eu emagreci seis quilos de tanto chorar **(Zélia)**

Por provocar sentimentos de medo, desespero e depressão, o câncer é uma doença que leva à necessidade de ocultação, pelo menos em um primeiro momento, e muitas mulheres desse estudo, decidiram não contar sobre o diagnóstico aos familiares e amigos, mantendo apenas o marido e alguns familiares mais próximos informados sobre o que estava acontecendo, até realizarem a cirurgia.

[...] porque eu nunca comentei nada com ninguém, a minha mãe ficou sabendo depois que eu já tinha operado... Coitadinha... [...] ninguém sabia, só souberam quando eu fui operar, eu tinha medo. **(Ruth)**

Aí, a médica queria fazer a cirurgia antes do natal, aí eu falei assim “antes do natal não”, porque eu não queria contar pra ninguém. Aí passei o natal, né, com a família tudo, mas sem contar. **(Lygia)**

[...] eu não esparramei. Eu continuei trabalhando... Eu tinha *muitos* funcionários, trabalhava diretamente com os professores, nunca contei pra ninguém. Foi novembro, dezembro, janeiro, e nunca contei pra ninguém [...] Foi uma opção nossa (dela e do marido). Para evitar especulação, curiosidade... **(Hilda)**

Ser-no-mundo-com-câncer de mama é aproximar-se da própria finitude: uma sentença de morte

Para as mulheres-colaboradoras, o momento do diagnóstico trouxe a preocupação com a possibilidade da não sobrevivência e o medo de “perder a vida”, demonstrando que as significações do câncer de mama foram: dor – sofrimento – morte. A idéia de morte é tão intensamente ligada ao diagnóstico de câncer que, mesmo com a doença sob controle, a marca da morte anunciada com o diagnóstico, parece perpetuar-se nas pessoas consideradas sobreviventes, como ressaltado por Ribeiro (1994). Para Di Lione (2005), o câncer confronta os indivíduos com a idéia da própria mortalidade, da finitude e da provisoriedade da vida.

[...] às vezes a gente pode pensar, num primeiro momento do diagnóstico, achar que é uma sentença de morte, né, “eu vou morrer disso, né?” Não sei se eu te disse que eu olhava o pôr do sol aqui, que eu vejo muito o pôr do sol pra cá (aponta a janela da sala), e falava “eu vou rever isso aqui?”, e eu olhava o nascer do sol lá no fundo e falava “poxa vida tá nascendo de novo, né?”... [...] então, é o dia que começa e o dia que acaba, mais um dia, menos um dia, né. Aí, essa sensação de mais um dia, menos um dia, ela aflora muito na gente quando você recebe um diagnóstico de câncer, né? **(Agatha)**

É, quando ele falou que tinha que fazer a cirurgia [...] eu quis saber quanto tempo ele me dava de vida... **(Clarice)**

Perder a vida! Perder a vida. **(Lygia)**

Porque eu falava “meu Deus!”, câncer é uma coisa que assusta a gente, “e agora, será que eu vou sobreviver?” **(Zélia)**

Diante da possibilidade iminente de morte, a principal preocupação das mulheres foi com relação à família que seria “deixada” por elas, especialmente para aquelas que tinham filhos. Ao deparar-se com uma doença que traz a possibilidade concreta de morte, a mulher vivencia uma inversão em seu papel historicamente construído, de pessoa cuidadora, a um ser que, estando doente, necessitará de cuidados, sobretudo com a própria saúde (SALES; MOLINA, 2004).

[...] eu sentia que eu... Eu ia morrer, exatamente... Mas, também não fiquei desesperada, não... Ué, a gente nasce um dia morre né? A minha única preocupação era deixar os meus filhos... Sem a mãe, só. (**Florbela**)

Na época, pra mim, foi como se explodisse uma bomba atômica, foi como se dissesse... “Você não tem cura”, eu só pedia a Deus mais cinco anos, pra poder, pelo menos, deixar meus filhos um pouco mais... Criados, né? (**Florbela**)

[...] *Ficava pensando*, né... Aí eu resolvi preparar meu marido e meu filho (sorrindo)... E falei que... Já que tinha acontecido isso comigo, que eu ia sofrer e eles também, de ver o meu sofrimento... (**Clarice**)

[...] que eu... eu ia morrer e vê, achar que eles (marido e filho) iam sofrer de ver o meu sofrimento, na minha cabeça passava isso daí. Eu não tinha medo de morrer, *eu tinha medo de sofrer, de ver eles sofrerem depois*, sabe? (**Clarice**)

Então eu ficava pensando assim, “ai meu Deus do céu”, eu não tava preparada para aquilo, ninguém está preparada, então você fica pensando “ai meu Deus, tem meus filhos, meu marido, minha vida inteira, né?” Então eu pensava em morrer, na morte, eu falava “ai e se eu morrer? O que será de vocês?”, sabe? (**Lygia**)

Para **Lygia** a possibilidade de morte gerou revolta, pois sentia que ainda tinha a vida toda pela frente.

Porque eu fiquei revoltada, “mas por que comigo?”, você entendeu? Você fica revoltada, “puxa, mas eu sou tão nova ainda, né?” [...] quando veio pra mim, eu me revoltei e não aceitei (risos). (**Lygia**)

Entretanto, após a fase do choque e das inúmeras preocupações que as mulheres com câncer vivenciaram frente ao diagnóstico, parece que vão gradativamente assumindo sua nova condição existencial de ser-no-mundo-com-câncer, passando a buscar possíveis explicações para o surgimento da doença, procurando compreender e dar um novo significado à sua existência atual.

Ser-no-mundo-com-câncer de mama é buscar explicações para o adoecimento

Ao vivenciarem o impacto inicial do diagnóstico, as mulheres relataram a sua busca por explicações racionais para o surgimento do câncer de mama. À medida que a mulher reconhece e assume as limitações e restrições impostas pelo adoecimento, ela consegue procurar e formular algumas hipóteses para explicar a doença, recorrendo a explicações no terreno do divino, a causas genéticas, a traumas físicos, à crença popular e à concepção da doença como manifestação de adoecimento psíquico. Essa busca mostra um movimento da mulher em direção à aceitação de sua situação e um novo modo de envolvimento com sua realidade, permitindo que compreenda e atribua um significado ao que vive.

Hilda e Lygia compreenderam seu câncer como uma doença “emocional”, representando uma manifestação de adoecimento psíquico ocasionada, em ambos os casos, por uma situação de luto. Essas mulheres têm alto nível de escolaridade, sendo que ambas completaram o ensino superior, e desenvolveram explicações para sua doença, que incluíram a participação de variáveis psicológicas no desenvolvimento do câncer.

[...] eu tinha perdido a minha mãe, eu tava assim num estado emocional muito... Muito grande, né, com a perda dela, porque a mamãe a gente sempre cuidou muito bem dela e ela me fez muita falta, porque eu fiquei com um vazio. E eu não tinha mais o que fazer, eu só cuidava da minha mãe, então aquilo lá, foi essa coisa que me provocou esse câncer, né... (**Lygia**)

[...] a minha mãe estava com Alzheimer e nós tínhamos uma moça, uma senhora, que dormia com a minha mãe [...] e ela teve uma prima que teve câncer de mama, então todo dia de manhã, quando eu ia com ela tirar a minha mãe da cama, ela contava da prima... Então foi um *verdadeiro massacre*. [...] então era o que eu mais tinha medo, porque eu tinha uma mama muito bonita e eu tinha medo... Eu tinha medo, porque era uma das coisas que eu mais prezava no meu corpo era a mama. (**Hilda**)

[...] nesta época minha mãe faleceu, eu voltei, fazer o que, né, faleceu durante a nossa viagem, mas aquilo para mim foi um choque [...] se eu não tivesse tido toda aquela carga emocional anterior, ia demorar mais dois ou três anos para detectar [...] ou eu nem tivesse desenvolvido... Eu acho que o componente emocional é muito... É o maior... O maior... Responsável por isso... Pelo desenvolvimento de um câncer, em qualquer que seja o lugar, eu acho... (**Hilda**)

O diagnóstico de câncer de mama também pode significar um “alerta divino”, que faz com que a mulher se volte à religião e à igreja.

[...] eu tava afastada da igreja e em julho, eu voltei pra igreja. Então acho que Deus quis me dar um... Um chacoalhão... E foi importante, né? (**Isabel**)

Talvez Deus coloca uma doença na vida da gente, talvez é uma provação, talvez Deus quer falar, através dessa doença, quer falar alguma coisa pra gente, né? Quer que a gente se acorda e pensa mais, né? Não é verdade? (**Simone**)

[...] eu até falo assim às vezes Deus dá um chacoalhão na gente, né? É... Um susto na gente às vezes, né? [...] É a gente... Eu não sou assim uma pessoa revoltada com nada, né, sempre fui uma pessoa boa, religiosa, assim, mas às vezes, menina, você tem erro! Você tem erro e você não sabe né. (**Zélia**)

[...] aquilo me deu... Me deu assim... De eu parar e pensar bem que... Deus me deu aquele tempo pra mim talvez pensar, né, que nem tudo a gente consegue com as forças da gente, né, que a gente tem que apoiar em Deus, né, e confiar Nele, né, porque Ele me deu aquela doença pra mim e fiquei aquele tempo sem fazer nada, né, esperando pelos outros fazer por mim, né? (**Simone**)

Em alguns casos, o diagnóstico do câncer de mama é explicado a partir de crenças populares, ou como sendo consequência de trauma físico sofrido, ou ainda, decorrente de algum fator genético e a utilização de terapia de reposição hormonal.

Olha, pra começar eu amamentei os meus três filhos no peito, diz que quem dá mamá nunca vai acontecer, né? Criei os três no peito... (**Virginia**)

[...] na época usava muito fogão à lenha, e eu fui ajudar a minha mãe a recolher umas toras, pesadas inclusive, e eu cai e a tora bateu... Bem ali onde apareceu o... O nódulo. E eu achava que era a... A... Que foi consequência daquele tombo... (**Florbela**)

Quando eu comecei a sentir os problemas de menopausa, eu fui pro médico, e [...] comecei a fazer reposição hormonal, porque eu não tenho filhos, né, comecei a fazer a reposição hormonal, e todo mundo “a, porque é um perigo, por que pode...”, e eu sempre falei assim, “olha, eu vou pagar para ver” [...] e *paguei!* Tudo bem, não sei se é isso ou não... Então eu tomei hormônio durante muito, muito tempo... (**Hilda**)

[...] deve ter algum componente genético. [...] Porque eu tenho o meu avô que teve problema no esôfago, meu tio teve problema na... Num dente... E meu irmão teve no estômago... Então tem algum componente genético, eu acho que sim. (**Hilda**)

[...] minha mãe morreu (com câncer de mama) com trinta e dois anos, eu tinha doze anos quando minha mãe morreu. Então... É então... Porque fala que é hereditário, né, quando tem na família, né? (**Simone**)

8.3. A trajetória do tratamento do câncer de mama

Com a confirmação da existência do câncer, a primeira etapa do tratamento ao qual as mulheres foram submetidas, foi a cirurgia mamária em diferentes modalidades, dependendo do tipo e do estadiamento da doença: quadrantectomia e esvaziamento axilar (**Agatha, Clarice, Hilda, Lygia e Zélia**); mastectomia sem reconstrução mamária (**Florabela, Ruth e Simone**); mastectomia com reconstrução mamária (**Isabel**) e mastectomia bilateral (**Virginia**). A realização da cirurgia mamária e a posterior continuidade do tratamento oncológico com quimioterapia, radioterapia e medicamentos, levaram a vivências reveladoras de um segundo momento de desorganização, que, como na fase do diagnóstico, provocou medo e dúvidas, colocando a mulher frente ao paradoxo do tratamento: este, ao mesmo tempo em que é o único caminho para uma possível cura, traz também sofrimentos, dores e restrições físicas que interferem diretamente no modo-de-ser-no-mundo das mulheres, em sua identidade, bem como em seu cotidiano. Como aponta Nucci (2003), as diferentes modalidades de tratamentos oncológicos colocam o paciente em contato concreto com a doença, pois a ocorrência de efeitos colaterais provoca alterações na auto-imagem corporal, além de acarretarem preocupações muitas vezes angustiantes relacionadas à aceitação social, às interferências nas atividades profissionais e incertezas quanto à eficácia do tratamento.

Ambivalências: necessidade de realizar a cirurgia X dúvidas quanto ao procedimento X sentimento de perda de uma parte do corpo X possibilidade de cura

A cirurgia do câncer de mama, assim como a cirurgia para qualquer outro tipo de câncer, coloca a pessoa frente a dois aspectos importantes. Em primeiro lugar, a cirurgia pode significar uma agressão à imagem corporal, na medida em que todas as estruturas orgânicas

do corpo cumprem um papel básico na integração física e psicológica do indivíduo, de modo que, ter uma parte do corpo afetada ou perdida, pode resultar em dificuldade na capacidade de adaptação físico-emocional da pessoa, sobretudo frente às exigências sócio-culturais que podem ser reais ou imaginárias. Em segundo lugar, a cirurgia do câncer pode ser tomada como um ato simbólico, permeada pela idéia sociocultural de que o câncer é uma doença fatal, que entra no corpo e o invade, devendo ser extirpado (SCHÁVELZON, 1992). Além disso, submeter-se a uma cirurgia significa assumir os possíveis riscos implicados, como por exemplo, não sobreviver ao procedimento ou ficar com seqüelas. A cirurgia do câncer de mama, dessa forma, assusta a mulher e a família e representa uma situação traumática, que é agravada pelos significados pessoais e culturais atribuídos à mama, símbolo da identidade feminina.

[...] aí nós saímos os dois de lá chorando e eu falei para ele (marido) [...] “eu vou fazer particular com o (nome), não vou fazer no (nome do hospital), porque ele acha mais conveniente para ele tirar tudo e ponto final e eu não vou! Porque se for para tirar tudo, você me interna!” eu falei para ele (marido), “porque eu vou ficar maluca” (risos). (**Hilda**)

Aí quando ele... Falou pra mim que eu tinha que tirar a mama, né, nossa, me deu aquela coisa assim naquele momento, assim, dá um susto na gente, né, a gente não tá preparada, né... (**Simone**)

Ninguém sabe quando vai para uma cirurgia o que vai acontecer... (**Lygia**)

Além de representar interferências na identidade das mulheres, a cirurgia do câncer de mama provoca dores físicas...

[...] porque eu fiquei vinte e três dias com o dreno, e eu não podia levantar que parecia que tinha trinta quilo pendurado na minha mama, então eu ficava deitada ali (aponta o quarto). Pra levantar pra ir no banheiro, menina, e pra tomar banho assim, eu tinha que me segurar e gemendo e as vezes até gritava. Era uma dor horrível, sabe, com aquele dreno... (**Zélia**)

... E deve ser escondida.

[...] eles (pais) ficavam bravos comigo quando falava que tinha sido operada do seio, tinha que... Tinha que *esconder*, “você não precisa falar para os outros que você operou você tem que esconder”, por que que eu tenho que esconder? (**Florbela**)

Entretanto, ao mesmo tempo, ela representa a possibilidade concreta de cura, já que é um procedimento capaz de “tirar o câncer do corpo”.

Ah, pra mim foi normal, eu num fiquei assim, preocupada tanto, sabe? Falei “ah, tem que fazer né?”, eu não preoquei não, falei “ah, tem que fazer, vamos fazer né?”, porque é preferível tirar a mama do que ficar com o câncer aí, né? (**Simone**)

Aí, tirou. Falei “ah, se é pro meu bem, eu vou tirar. Isso aqui não vai me fazer falta, né?”. Tirei as duas num dia só. (**Virginia**)

[...] enquanto eu não operasse, ia ser pior... Parecia que ia me dar outra coisa... Depois que eu fiz a cirurgia... Aí eu fui me acalmando... [...] eu achava que eu fazendo a cirurgia, tirava aquilo lá e não ia mais ter problema... Eu falava “nossa, agora tirando o quadrante, eu não vou ter problema, vou sarar”, né? (**Clarice**)

Para **Ruth**, o médico não explicou previamente que seria necessário realizar a mastectomia. Mas para ela isto foi “bom”, pois evitou o “choque” antes da cirurgia.

Aí ele (médico) examinou tudo, ele não falou direito que ia precisar tirar, falou que talvez, né... Então, acho que também pra eu não ter aquele choque hora que voltasse da anestesia, né? Mas eu acho que foi tudo bem (**Ruth**)

Entre as dez mulheres entrevistadas três haviam realizado a cirurgia do câncer de mama há mais de trinta anos, sendo que **Florbela** submeteu-se à cirurgia em 1965, **Ruth** foi operada em 1973 e **Virginia** em 1975. Estas três mulheres realizaram a mastectomia sem a reconstrução mamária e destacaram durante a entrevista as dificuldades encontradas no cotidiano para adaptar-se a essa situação.

Para dizer a verdade, não é confortável. No começo é terrível, porque não existia, na época, não existia nem esse silicone, tinha que por uma espuma, que era leve, você punha o sutiã, aquele sutiã subia [...] e agora também eles não tiram o seio todo, eles tiram só aquela parte onde tá afetada...na minha época tirou todinho, todinho pra uma coisinha pequenininha...era bem pequeno... Mas era carcinoma. (**Florbela**)

[...] num tinha tratamento, se fosse agora acho que eu não precisava tirar né, não sei, né, bem, mas naquele tempo não tinha nada, há trinta anos atrás, né. (**Virginia**)

A tristeza e a depressão vivenciadas no pós-cirúrgico foram destacadas por **Virginia** que ressaltou o momento do contato com o corpo mutilado. A perda de uma parte do corpo tão valorizada e símbolo de feminilidade significou uma agressão a essa participante, fazendo-a sentir-se incompleta e insegura, com vivências de “angústia” e “depressão”.

[...] queria ficar sozinha! Eu não queria conversar com ninguém, se vinha alguém me visitar assim, eu não via a hora que ia embora... Eu queria ficar sozinha, né? Não queria nem... Chegou uma época que eu não queria nem comer! [...] só queria chorar, qualquer coisinha dava aquela angústia, né, principalmente quando a gente ia tomar banho que via tudo... (**Virginia**)

A reconstrução mamária e a cirurgia plástica: a saúde em primeiro lugar

Ao iniciarem o tratamento para o câncer de mama, algumas mulheres pareceram preocupar-se com a saúde “em primeiro lugar”.

E. depois um médico, ah... Cirurgião plástico queria fazer a reconstituição [...] na época, ele me faria de graça inclusive, eu não quis e meu marido não quis que eu fizesse, ele falou “em primeiro lugar tá a tua saúde, tá a sua vida”, falei “é, em primeiro lugar eu tenho que cuidar dos meus filhos”, então eu não fiz, e agora eu não tenho mais interesse em fazer, depois de tantos anos, né? (**Florabela**)

A preocupação com a perda do seio passa a ser secundária e a mulher acaba optando por não realizar a reconstrução mamária ou a cirurgia plástica na outra mama para que ambas fiquem do mesmo tamanho, permanecendo com algumas “seqüelas” da cirurgia mamária.

[...] eu tenho uma seqüela de... De retirada de coiso... Eu vou mostrar pra você até, é bom que você veja (me mostra o local da cirurgia), falta uma parte e o quadrante foi aqui (indica o local), uma cicatrizinha só... (**Agatha**)

Até na época o médico queria fazer a plástica no outro seio, né, eu fiz no direito e ele queria consertar o esquerdo, diminuir pra ficar tudo igual. Mas eu tava tão traumatizada que falei, eu não quero que mexe de jeito nenhum. Você fica naquilo, né, será que eu não vou ter problema no outro depois? [...] só que eu tenho um seio menor que o outro. (**Lygia**)

Apenas **Isabel**, que realizou a mastectomia, optou por fazer a reconstrução mamária, enfrentando, para isso, nova cirurgia.

[...] ele (médico) tirou, né, o músculo do abdômen, tanto é que, quando eu deito de barriga pra cima, eu não consigo levantar, eu tenho que deitar de lado, pra poder levantar, porque eu perdi a força, né? [...] e cortou de ponta a ponta, né, eu fiquei trinta dias, né, sem poder levantar... (**Isabel**)

Quimioterapia e radioterapia: tratamento longo que provoca medo e depressão

O câncer de mama atualmente é entendido como uma doença sistêmica, de modo que o seu tratamento inclui, além do procedimento cirúrgico, intervenções adjuvantes que visam o cuidado integral à paciente, como a radioterapia para tratamento loco - regional e a quimioterapia para tratamento sistêmico. Assim, as mulheres deste estudo, após a intervenção cirúrgica, depararam-se com a necessidade de continuar o tratamento oncológico, isto é, a cirurgia realizada não fora suficiente para eliminar o câncer do corpo, o que fez com que a mulher vivenciasse novamente o susto, o medo e a preocupação com a doença e também com procedimentos desconhecidos, que poderiam provocar outros danos ao corpo.

Então, quando ele falou que eu tinha que continuar o tratamento, eu fiquei meio assim... Preocupada, falei “nossa! E agora?”, aí depois eu enfrentei aí eu fiz... (**Clarice**)

O tratamento é percebido como procedimento de combate à doença e importante para a cura, e, paradoxalmente, como um “bombardeio” ao organismo, pois ao mesmo tempo em que trata, também destrói células saudáveis, o que faz com que a mulher vivencie o medo e o sentimento de depressão diante do desconhecido, do que deverá enfrentar, além de provocar alterações em sua relação com o outro e com o mundo circundante.

[...] e... Tem gente que diz “a minha quimioterapia foi fraquinha” e não existe quimioterapia fraquinha, elas são todas um bombardeio atômico, elas são, são quimioterápicos muito poderosos, e as quatro últimas sessões eu fiz com o quimioterápico taxol, que é realmente um bombardeio (**Agatha**)

E a gente fica com medo é lógico, né, quem não fica com medo, né? Porque a gente fica meio acabada, né? Até depois voltar ao normal, né? É isso... Depois vai recuperando devagarzinho... (**Ruth**)

E no primeiro dia, segundo dia assustei um pouco, sabe, porque você não sabe que máquina você vai enfrentar, que máquina que você vai, né, o que que vai acontecer, como que é isso, como que é a radio, né? (**Zélia**)

Agora o tratamento é muito doloroso, porque a quimioterapia era um tratamento assim, ela deixa a pessoa muito deprimida, então eu chorava muito (**Lygia**)

Mas o tratamento eu fiz em (nome da cidade), porque aqui eu fiquei assim muito deprimida, eu chorava muito, não queria que ninguém viesse aqui em casa me visitar, sabe aquela coisa de querer me esconder? (**Lygia**)

Queda do cabelo, queimadura na pele, perda do paladar e linfedema: o tratamento como uma agressão ao corpo

O paradoxo do tratamento fica ainda mais evidente com a ocorrência de efeitos colaterais das quimioterapias e radioterapias. No momento em que a mulher passa a conviver com esses efeitos colaterais, muitas vezes difíceis de serem amenizados, o câncer é evidenciado, dando sinais claros de sua existência e não pode mais ser escondido, como na etapa do diagnóstico. Para Maluf, Mori e Barros (2005) o período de tratamento faz com que a mulher apresente reações de luto provocadas pelo impacto das mudanças corpóreas ocasionadas. Um estudo realizado por Rossi e Santos (2003) mostrou que na fase de

tratamento, as principais queixas das pacientes compreenderam os efeitos físicos e os danos causados ao organismo pelo tratamento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia, assim como os sentimentos com relação a alterações da imagem corporal; entretanto, neste mesmo estudo, os autores encontraram que entre as dez pacientes entrevistadas, nove realizaram uma avaliação positiva do tratamento ao qual foram submetidas, destacando a possibilidade de cura e a prevenção da recidiva proporcionada pelo tratamento.

A queda de cabelo apareceu como a maior preocupação, e colocou a mulher diante de mais uma agressão ao seu corpo, pois o cabelo, assim como a mama, também é um símbolo de feminilidade, é o “ornamento” da mulher. Assim, ficar careca representou uma agressão à “ vaidade”, e fez com que a mulher se sentisse incomodada, angustiada, deprimida, abalada.

[...] agora, primeiro impacto da, da quimioterapia pra todas as mulheres, eu acredito que seja, é a queda de cabelo, irreversível, né, incontrollável e... Certa, *vai cair o cabelo*. [...] porque o... Quimioterápico, ele mata a proteína da raiz e a raiz do cabelo é destruída. Então não é que o cabelo cai, ele *morre*, simplesmente ele morre, é a morte dos cabelos... (**Agatha**)

[...]foi chocante no momento em que eu fui tomar banho meu cabelo despencou [...] Caiu, é, não, ele morre, ele morre, ele despenca *mesmo*, você faz assim (passa a mão pelos cabelos) e ele vem na mão, né. Então eu acho que isso, pra uma grande parte das mulheres é chocante, não deixa de ser chocante. (**Agatha**)

[...] dois anos depois começou a cair... Começou coçar, coçar, começou cair... [...] e deu um... Líquen plano pilar, e o líquen plano pilar nada mais é do que... Um problema da... Do... Um efeito colateral da radioterapia [...] mas eu... Eu, eu *convivo* com isso... Mas me desagrada extremamente... Mais do que a mama, muito mais... Porque a mama eu sei que se eu quiser, eu vou lá e faço uma cirurgia e retoco, mas o cabelo não tem jeito... (**Hilda**)

[...] fiquei muito abalada, porque, você sabe, tem que fazer quimioterapia, e a quimioterapia cai o cabelo, então a mulher é muito vaidosa, fica pensando no cabelo que vai cair. Aí, eu fiquei assim, muito deprimida, eu chorava muito, fiquei com depressão, e eu não queria que ninguém me visse... (**Lygia**)

[...] Eu não lavava a cabeça, eu não penteava o cabelo, eu deitava para dormir, eu punha uma toalha em cima do travesseiro, eu não mexia a cabeça, do lado que eu deitava, eu acordava porque eu não queria que caísse o meu cabelo. [...] É uma coisa assim que te deprime! Aí, um dia eu peguei aqui na costeleta assim (mostra), puxei e saiu a costeleta inteirinha na minha mão [...] aí deu aquela crise de choro, né? Falei para minha irmã “o cabelo tá podre! A raiz apodreceu, tá caindo tudo”. (**Lygia**)

O cabelo, para a mulher, é a coisa que mais deprime, porque ficar careca... se é um homem, por exemplo, eles põe boné, né, disfarça com alguma outra coisa, agora a mulher, o cabelo é o ornamento da mulher! (**Lygia**)

Além disso, como a queda de cabelo é um efeito popularmente conhecido como característico da quimioterapia, a mulher não consegue mais esconder o seu adoecimento e muitas vezes têm que enfrentar o olhar curioso das pessoas, o que altera sua relação com o outro.

O médico falou pra mim que a minha quimioterapia ia ser fraca e que o meu cabelo não ia cair... Só que depois de uma semana eu perdi tudo (risos), mas num... Não tive vergonha nada que o meu cabelo caiu. Eu colocava um chapéu e saía pra rua... [...] A única coisa é que as pessoas olhavam muito... Pra mim. (**Clarice**)

[...] na primeira semana assim que eu fui à missa, teve uma pessoa que não assistiu à missa, porque começou a ficar com falhas o meu cabelo, ela ficou o tempo todinho, sabe, me observando! E... Você sente chateada, né? Porque é uma coisa desagradável, né? (**Isabel**)

Entre as mulheres entrevistadas, apenas **Florbela** e **Virginia** relataram que não foi prescrita a radioterapia, enquanto que as demais realizaram o procedimento dando continuidade ao tratamento. A radioterapia é um procedimento utilizado com o objetivo de destruir células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia; para esta intervenção é necessária a realização de marcações na pele que delimitam o espaço em que a radiação deverá ser aplicada. Estas marcações são feitas à tinta e permanecem ao longo de todo o processo de radioterapia, que é diário e varia de acordo com a necessidade de cada paciente. Esse período foi lembrado pelas mulheres como permeado de vergonha por estarem com a pele marcada, e pelo esforço em esconder essas marcas, evitando usar alguns tipos de roupas ou mostrá-las; além disso, o efeito colateral mais sentido da radioterapia foi a queimadura de pele provocada pela radiação.

[...] ela não tem reações, a única reação é a queimadura da pele, que o seio fica chega a ficar pretinho (**Agatha**)

[...] eles marcam assim... Você fica parecendo uma zebra, com aquela parte toda marcada, assim, azulada, onde tem que entrar a radiação, né? Toda marcada... De vez em quando eles reforçam as marcas até terminar o processo... [...] então eu não... Nunca podia por roupa aparecendo que eu estava toda listada de roxo aqui... (**Hilda**)

[...] só aquilo lá é que me revoltou... Quando eu fui fazer a marca... Porque até então eu não entendia muito porque que tava fazendo aquela marca [...] você não pode esfregar, então o tempo todo que eu fiz a... A radio, então, usava blusas mais altas, né, pra não ficar aparecendo, né, porque as pessoas, elas... Ah... Elas ficam te olhando muito... (**Isabel**)

Aí queimou... Aí eu... Aí as pomadas, a gente já compra lá no hospital, sabe, que passa tudo as pomadas. Mas mesmo às vezes com a pomada queimou [...] porque é forte aquilo lá, né? Nossa! Aquilo lá é dois minutos, mas é... É... Nossa! (**Zélia**)

Outras modificações corpóreas sentidas pelas mulheres durante o tratamento oncológico incluem a perda do paladar e o desenvolvimento do linfedema, que é o inchaço do braço homolateral à cirurgia e que, para as mulheres, é desenvolvido como consequência de alterações emocionais.

[...] a única coisa que a quimioterapia me fez e que... Eu senti muito, foi a perda do paladar. Paladar, com o quimioterápico, zero paladar, entendeu? (**Agatha**)

[...] então, ele (o braço) não tinha inchado... Aí, o meu filho namorava uma menina e ele estudava lá em Viçosa, em Minas, né, e... Eles namoravam e ela terminou com ele, e ele ligou aqui pra mim muito desesperado, e naquele dia já me deu erisipela e inchou então o médico falou que foi emocional... (**Isabel**)

Uma das mulheres relatou que o acesso a uma boa equipe de saúde em um hospital de referência nacional possibilitou um tratamento bastante moderno e eficaz que auxiliou no bom prognóstico e evitou alguns efeitos colaterais, como a queda na taxa de glóbulos brancos.

Essas quimioterapias foram feitas no (nome do hospital) *muito*... Muito especializadas, muito bem feitas com quimioterápicos... [...] as minhas eram sempre muito certas... As dosagens muito certas de glóbulos, né, porque eu tomei uma vacina, que na ocasião era mais ou menos uma novidade... [...] ela era um estimulante da fabricação de glóbulos brancos, né, e eu tomei [...] e eu acho que isso manteve assim a minha taxa muito boa. (**Agatha**)

O tratamento oncológico altera a vida cotidiana das mulheres e de suas famílias

A necessidade de internação em outra cidade para a realização do tratamento foi lembrada como um momento “difícil”, em que as mulheres, além de enfrentarem dificuldades financeiras e relativas ao deslocamento entre as cidades, sozinhas no hospital, preocuparam-se e sentiram “falta” da família, apesar de, ao mesmo tempo, sentirem-se mais seguras dentro do hospital.

Foi a primeira vez que viajei e... Aí foi difícil, né, porque [...] A viagem foi difícil, porque não tinha carro, tinha que ir de trem, né, quatro horas de viagem [...] Era longe e também não tinha dinheiro, né? E também, não fiquei na casa de ninguém pra não incomodar ninguém, né... [...] eu sentia medo de ficar sozinha... Sabia que no hospital qualquer coisa que me acontecesse, eu tava lá, né? (**Ruth**)

[...] e as viagens também, nossa, muito cansativa, porque a gente [...] saía daqui cedinho, às vezes quatro horas da manhã, às vezes ficava até de tarde lá esperando, enquanto aquele paciente último não tivesse pronto pra vir embora a gente não vinha... Com a perua... Condução da prefeitura, né? (**Simone**)

Ah, foi difícil pra mim! Mas acho que mais difícil pra eles (marido e filhos), né? (risos). [...] porque... Enfim eu tava no hospital, né? E eles estavam em casa, meu marido trabalhava a noite, e era a mais velha que...que tomava conta [...] a gente pensava “o que será que tá acontecendo, né?”, porque a gente fica preocupado, porque, é difícil, né? (**Ruth**)

Aí fiquei lá... Fiquei trinta e cinco dias lá na casa de apoio pra poder fazer a radio, porque ir e vir, voltar pra cá era muito difícil, né? [...] Eu sentia assim muita falta da família, né, ficar longe, quando chegava na sexta-feira eu ficava contente que vinha pra cá, quando era na segunda que eu voltava pra lá, já ficava triste já, né, porque é uma semana fora, né? (**Simone**)

Eu fiquei mais de vinte dias lá, após a cirurgia, tive que permanecer lá em (nome da cidade), né, e depois a cada quinze dias ir pra lá... Foi meio complicado, porque abalava a família toda... Mexia com todos... (**Florbela**)

A interrupção do trabalho remunerado e a redução das atividades domésticas, em decorrência da dificuldade de movimentar o braço ou como medida preventiva do linfedema, foram apontadas pelas mulheres como momentos difíceis, que fizeram com que se sentissem “inutilizadas”, “nervosas” e impossibilitadas de desempenhar as atividades rotineiras. Esses aspectos também foram encontrados no estudo de Sales et al (2001), que verificaram que o

trabalho remunerado não foi mantido por algumas mulheres que o exerciam, assim como as atividades domésticas necessitaram ser reduzidas ou adaptadas por metade das mulheres entrevistadas, sendo que essa mudança e/ou diminuição das atividades laborais estiveram relacionadas à dificuldade de movimentação do braço que ocorre devido aos tratamentos realizados ou à possibilidade de ocorrência do linfedema. Resultados semelhantes foram encontrados por Martins et al (2009), que observaram em sua pesquisa que a maioria das pacientes entrevistadas necessitou se afastar das atividades remuneradas em consequência do tratamento, e mesmo as mulheres que não se afastaram das atividades, apresentaram alguma incapacidade para a realização de suas atividades durante o tratamento.

[...] eu sou manicure, né, então eu só não fazia a unha, porque como eu tava fazendo o tratamento, tinha que ir lá pra (nome da cidade) **(Isabel)**

Depois, é lógico, você vê, é difícil, porque, você tem quatro filhos, né [...] você é dona de casa, você não pode fazer nada, é lógico que você fica... Tem hora que você fica nervosa, né? Mas não por causa tanto por causa da cirurgia, mas porque você não pode trabalhar né? E é acostumada a trabalhar! **(Ruth)**

[...] não dava pra fazer, né, porque o braço fica imobilizado, né? Imobilizado não, mas sem poder mexer, né? E também aquela época não era como hoje, que já faz a cirurgia, já vai pra fisioterapia, já... E eu não fiz nada disso, então, era meio difícil pra... E acho que tudo juntava pra gente ficar meio nervosa, apesar de estar bem, mas... Eu me sentia assim... **(Ruth)**

[...] a gente se sente inutilizada porque não pode fazer mais aquele serviço que a gente fazia antigamente, que nem, eu sempre trabalhei né, trabalhei de faxineira, sempre trabalhei... Né, em casa e tudo e... De repente a gente se torna assim inútil, não poder fazer aquele serviço que a gente fazia né, pra gente, pra mim foi bem difícil isso daí **(Simone)**

O medo constante durante o enfrentamento da doença e dos tratamentos

Durante o tratamento, ao deparar-se com outros problemas de saúde, a mulher enfrenta o medo diante da possibilidade de metástase do câncer de mama. Quaisquer sinais que possam ser interpretados como doenças, levam ao medo e à preocupação, enquanto que, o conhecimento de que não é nada grave, leva à sensação de alívio.

[...] acho que depois de dois anos que eu passei pela cirurgia, o médico [...] falou assim “não, nós temos que fazer um exame do pulmão...” [...] aí eu fui lá e eu falava assim pro meu marido “ai meu Deus, vou ter que tirar o pulmão, vou ter que tirar o pulmão!” [...] aí o rapaz que tava fazendo o exame [...] falou “não sei por que ele mandou fazer, não tem nada no pulmão, teu pulmão tá limpo!”, falei “meu Deus do céu, ganhei na loteria outra vez!” (risos). (**Florabela**)

[...] apareceram dois gânglios no pescoço, aí o médico já ficou desesperado, porque, ele falou, porque tava dentro daqueles cinco anos, né? [...] Mas, fez a punção, não era nada, eram mesmo só dois gânglios... [...] E depois também no pulmão [...] Mas também, eu fiz a tomografia, não era nada... (**Isabel**)

8.4. A vida após o câncer de mama

Como apontado em outros estudos (Valle, 1994, apud Nucci, 2003), atualmente o câncer é compreendido como uma doença crônica e, em muitos casos, curável, o que permite a total recuperação do estado de saúde de muitos de seus portadores. No caso do câncer de mama, a paciente permanece com esse diagnóstico por cinco anos, período em que realiza com frequência exames de rotina a fim de acompanhar sua condição clínica, sendo considerada livre da doença ao final deste período (SILVA, 2005). Entretanto, ao fim dos cinco primeiros anos, muitas implicações físicas e psicossociais decorrentes do adoecimento ainda estão presentes, de modo que a sobrevivência ao câncer de mama pode ser compreendida como um processo que se inicia no momento em que a pessoa recebe o diagnóstico de câncer e continua para toda a vida (SILVA, 2005; SILVA; SANTOS, 2008). Para Muniz, Zago e Schwartz (2009, p. 29) “o sobrevivente pode estar livre da doença, viver com doença crônica ou recorrente, estar com sofrimento físico ou psicológico em decorrência do tratamento, mas é um sobrevivente”, sendo que o fim do tratamento do câncer não significa o fim da experiência de ter câncer, já que muitas vezes a vida após o câncer de mama coloca a mulher diante da necessidade de retomar os projetos existenciais deixados em

suspenso antes do adoecimento, reestruturar a vida como um todo e atribuir um significado e um sentido pessoal ao câncer.

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado por Pinto e Ribeiro (2007), a terminologia “sobrevivente” foi utilizada inicialmente por Mullan (1985), para quem “sobrevivente” é um termo dinâmico que reflete o câncer como uma experiência global, que altera o significado da vida da pessoa e da família que o vivencia. Segundo Pinto e Ribeiro (2007, p. 144), Mullan descreve a experiência do câncer em três fases: *fase aguda*, que se inicia com o diagnóstico e continua até o fim do tratamento, momento em que a pessoa vivencia o papel de doente, submetendo-se a exames e intervenções muitas vezes dolorosos e sofridos, além de estar em contato com os efeitos colaterais da terapêutica utilizada; *fase intermediária*, que começa com o fim do tratamento e em que a pessoa vivencia a remissão da doença; *fase permanente*, que engloba a duração de vida do sobrevivente, quando o risco de recorrência é pequeno, em que se pode considerar equivalente a uma cura ou uma remissão controlada.

Os relatos das mulheres entrevistadas mostraram que, nos primeiros cinco anos de convivência com o câncer de mama, período entre o diagnóstico e a finalização do tratamento oncológico, a mulher enfrenta a quimioterapia e a radioterapia e seus efeitos colaterais, que trazem alterações físicas, sociais e psicológicas, que a colocam diante da possibilidade da própria finitude. O medo e o desespero frente a uma doença assustadora e que pode não ser controlada e curada pelo tratamento, são sentimentos constantes e a mulher passa a viver somente em função da doença e de seu tratamento, já que a incerteza em relação à sobrevivência é permanente, de modo que o projeto existencial é vivenciado como se estivesse sempre em suspenso, aguardando a cura para então poder ser retomado. Como coloca Olivieri (1985) a doença representa um impedimento entre a continuidade do viver

anterior à doença e o presente, fazendo com que o futuro seja vivenciado como incerto e permeado pela dúvida, o que impossibilita a realização de planos e projetos.

Após o controle da doença, quando ocorre a remissão do câncer, o tratamento pode ser encerrado, mas o acompanhamento médico com consultas regulares e a realização de exames continuam. Nesta fase, ainda podem estar presentes alguns sintomas físicos, como cicatrizes, queda de cabelo e dificuldade em movimentar o braço homolateral à cirurgia, que mantém presentes as memórias da doença e do tratamento (PINTO; RIBEIRO, 2007). Tais vivências apareceram nos relatos das mulheres deste estudo, bem como a percepção do desaparecimento desses sinais e sintomas, no decorrer do tempo, tal como apontado pelas participantes **Florabela, Ruth e Virginia**, que tinham encerrado o tratamento para o câncer há mais de trinta anos na época da entrevista para o estudo. Aparecem, então, sentimentos de esperança e maior tranquilidade, bem como a crença na cura do câncer, ao lado de preocupações sempre presentes. As mulheres entrevistadas, mesmo aquelas que encerraram o tratamento há mais de trinta anos, vivenciam a remissão da doença como um momento ambíguo, permeado por sentimentos de alegria e de vitória sobre a doença e, ao mesmo tempo, com temor e insegurança diante da possível ocorrência de uma recidiva ou do surgimento de um novo câncer. Também está presente a preocupação com relação à probabilidade das filhas desenvolverem o câncer de mama, além de questões relacionadas à necessidade do seguimento médico, com consultas anuais ao oncologista; a necessidade de maior cuidado com a saúde e com o corpo, sobretudo com o braço homolateral à cirurgia e a convivência com marcas permanentes deixadas pelo tratamento.

Em contrapartida, apesar de o câncer ser uma doença que, mesmo quando considerada curada, como no caso das participantes deste estudo, deixa marcas por toda a existência da pessoa, foi possível perceber que as mulheres entrevistadas conseguiram atribuir um significado singular e particular ao adoecimento em suas existências, de modo que, no

momento presente de vida após o câncer de mama, foi possível falar sobre a doença de modo relativamente tranquilo, porém com lembranças da dor e do sofrimento que vivenciaram.

A finalização do tratamento como possibilidade de cura, de vitória sobre a doença

Passados os cinco primeiros anos após o diagnóstico do câncer de mama, as mulheres parecem assumir uma nova identidade de sobreviventes, e vivenciam essa nova etapa de suas vidas com sentimentos de “vitória” e “alívio”. Como apontado no estudo realizado por Muniz, Zago e Schwartz (2009) “a experiência de ser sobrevivente só é vivida em toda a sua complexidade pela própria pessoa que a ela é submetida”, sendo que este momento de cura parece significar a recompensa pelo sofrimento causado pela doença, em que a mulher busca reajustar-se à vida cotidiana e reestruturar a sua identidade, podendo enfim retomar o controle da vida e dos projetos existenciais.

Ah, me senti feliz, né? Me senti realizada, né? (risos). Preocupada, porque até passar cinco anos, né, pra ver, mas depois foi dando nos exames tudo bom, tudo bom, né? [...] o médico já fala que passou de cinco anos, o perigo é menos, né? (**Ruth**)

[...] então você fica, durante um bom tempo, como é que fala... Com a... A... A foice no pescoço... Então você fica no mínimo cinco [...] Naquela tensão... Então, *cada exame* [...] que você tem que fazer, é aquela expectativa, é aquela... Aquela *angústia* que você passa, aquela coisa, então, quando você termina, aquilo você... Quando você faz o exame, que o resultado tá bom que não tem nada, fala “graças a Deus! Mais seis meses” [...] quando chega no final que fala “bom, graças a Deus dessa eu tô livre”, então é aquele alívio [...] que te dá uma segurança... (**Hilda**)

[...] o histórico da minha doença é essa, é diagnóstico, tratamento e sarar, entendeu? E eu estou nesta fase agora, fase de me sentir curada, me sinto curada sinceramente, né, sinceramente me sinto curada mesmo [...] Ah, a gente se sente aqui uma heroína, não é? (risos). A heroína de uma história (risos). (**Agatha**)

“Espada pendente”: a recidiva ou o surgimento de um novo câncer como possibilidade futura

Entretanto, o alívio e o sentimento de vitória sobre a doença são constantemente colocados em dúvida após a finalização do tratamento, sobretudo quando a mulher recebe

notícias de pessoas que morreram com o mesmo diagnóstico ou quando surge algum problema no corpo, como a presença de nódulos, que trazem à tona a possibilidade de recidiva ou de surgimento de um novo câncer.

[...] eu tenho agora notícia de uma pessoa, não da família, mas, indiretamente da família, que fez uma cirurgia, do mesmo tipo da minha, na mesma época quase, que agora está com um problema no fígado... Então às vezes eu fico pensando “puxa, a gente têm uma espada pendente em cima da cabeça, né?” (**Agatha**)

[...] depois quando eu tive o nódulo no [...] ovário [...] aí eu me preocupei, eu falei “pode ser...” [...] eu fui direto pra (nome da cidade), porque lá eles fazem o exame na hora [...] quando eu cheguei lá [...] falei “tira tudo”, “mas não precisa”, e eu falei “eu também não preciso mais nem de útero e nem de ovário, pode tirar tudo que eu não quero mais ficar fazendo exame médico” (risos) (**Florbela**)

[...] eu fui ao médico, fui fazer o exame de rotina e fiz mamografia. Quando eu fui entregar para o médico, a... o resultado era inconclusivo... [...] Aí, apareceu uma mancha na mama esquerda e eu já fiquei apavorada... (**Hilda**)

[...] eu fiz uma biópsia do outro seio porque deu uma fibrose, né, deu uma calcificação, aí o médico achou melhor fazer outra vez a biópsia, né? [...] e já saiu o resultado, era uma fibrose só, não é nada, graças a Deus, né? (**Isabel**)

Mesmo com boa saúde, controlada por exames médicos freqüentes, a sensação de ameaça diante da doença ainda é presente.

[...] a gente é chamada “portadora de câncer”, eles falam “tô curada”, mas é, tem uma possibilidade em cima de uma metástase, isso existe, apesar de que o tempo passou, vai fazer onze anos em março... (**Agatha**)

[...] até agora, quando eu vou fazer todos os meus exames, *eu fico preocupada*... Eu acho que é normal de todos... Fico preocupada... Então eu não vejo a hora que sai o resultado, *já abro eu mesma* [...] eu abro e já vou ver (risos). (**Clarice**)

[...] você está propensa a qualquer instante, né, a ter... (**Hilda**)

Mas, a gente sempre tá com um pé atrás, né bem? Quem já teve uma vez, você sempre fala né, “será que eu não vou ter uma reincidência?” (**Lygia**)

... O pessoal fala que às vezes o câncer volta em outro lugar, né? [...] a gente tá sempre com um pé na frente e outro atrás, né, porque ninguém sabe né, o que pode acontecer... (**Simone**)

[...] às vezes eu paro e penso, sabe? Porque você vê acontecer aí tanto que volta, né? Só penso de voltar, sabe? Isso eu sempre penso... Porque eu tô no meio lá e eu sei, sabe que volta. Mas eu só peço pra Deus que não volte, sabe? (**Zélia**)

Preocupação com o outro: o temor das filhas desenvolverem câncer de mama

Além das preocupações relativas à ocorrência de recidivas e de um novo câncer, as mulheres relataram também a preocupação com a possibilidade das filhas desenvolverem o câncer de mama, já que essas passaram a pertencer ao grupo de risco para este tipo de câncer, uma vez que elas, mães, tiveram a doença. Essa inquietação leva a um maior cuidado e orientações às filhas com relação à necessidade de consultas freqüentes ao ginecologista e à realização de exames preventivos, como a mamografia.

Existe essa preocupação, não é, mas elas sabem disso, então elas se cuidam, elas estão bem e... Não têm problema nenhum. [...] elas fazem os exames anuais de mamografia, e elas tiveram filhos, elas amamentaram as crianças, então são saudáveis, né? Então, com questão de filho a gente sempre tem uma certa preocupação, não é. (**Agatha**)

Minha filha faz todos os exames, ela sabe que os médicos falam pra se cuidar, então os médicos que, na época me cuidaram, fazem todos os exames com ela. Ela teve um nódulo no seio, fez punção, fez um monte de exame, é tudo... Deu tudo negativo graças a Deus! (**Florabela**)

E eu sempre falo pra ela fazer, né, e ela falou “ah, mãe, o médico fala que é depois dos quarenta que faz a mamografia”, mas a gente tem caso já na família, tem que ficar esperta, né? (**Simone**)

[...] eu penso assim... Eu tenho muito medo que dá na minha filha. Isso eu tenho medo porque o médico falou pra mim agora a cada... Todo ano eu faço algum exame nela, sabe? Então eu só penso assim que... Se... Se... Pra que Deus, eu peço pra que Deus que Ele faça que não dá nela, sabe? (**Zélia**)

A necessidade de acompanhamento médico constante

Ao longo dos cinco primeiros anos após o diagnóstico, são realizados retornos médicos freqüentes com a finalidade de rastrear possíveis metástases ou recidivas do câncer, porém, passado este período intensivo e havendo a remissão, os retornos para os exames são progressivamente espaçados e a paciente passa a realizar o seguimento médico anual para os controles (SILVA; SANTOS, 2008). A necessidade do seguimento médico após o

encerramento do tratamento faz com que a mulher não se sinta completamente “livre” da doença ainda, mas elas não abandonam este acompanhamento e, por medo de recidiva e de possíveis metástases, seguem rigidamente todas as orientações médicas e realizam todos os exames prescritos.

[...] pra falar a verdade, eu não tô livre ainda porque eu ainda tô fazendo o acompanhamento né, a cada um ano... (**Simone**)

[...] acabou o tratamento, acabou, foi considerado assim como zerado o que eu tinha, em parte, né, agora acompanhamento porque existem as metástases, né, então eu comecei a ir cada mês pra (nome da cidade), aí a gente faz todos os exames [...] Aí depois eu passei a ir a cada três meses, depois de um certo período [...] depois a cada seis meses e agora eu vou a cada ano... (**Agatha**)

Mas a gente não pode abandonar o tratamento, né, então uma vez por ano eu faço todos... Tudo o que o médico manda eu faço. (**Clarice**)

[...] eu vou uma vez por ano, né? Aí então eu faço tudo... Faço mamografia, faço... Raio X do tórax, faço os exames de sangue, todos, né? Hemograma, diabetes, colesterol, triglicérides, todos... Faço... O... ultrassom vaginal... (**Ruth**)

Ele (médico) manda uma vez por ano fazer todos os exames, eu faço todos os exames, levo, venho embora, graças a Deus, porque tá tudo em ordem sempre, né? (**Zélia**)

A necessidade de cuidar do corpo e da saúde

Além das visitas anuais ou semestrais ao oncologista, as mulheres relataram a preocupação em cuidar da saúde e, sobretudo, do braço homolateral à cirurgia, adequando e/ou modificando a rotina de vida, para poupar e proteger o braço do desenvolvimento do linfedema, que se apresentou como algo muito temido entre as mulheres, já que uma vez desenvolvido, não pode mais ser curado, apenas controlado. Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Silva (2005), que identificou o linfedema como um dos eventos estressores físicos vivenciado no período pós-tratamento do câncer de mama e que apresentou implicações nos aspectos objetivos do cotidiano, colocando a mulher diante de limitações na

habilidade para os afazeres domésticos, bem como nos aspectos subjetivos, fazendo com que a mulher experimentasse e a sensação de limitação e déficit de autonomia.

[...] acontece que eu sou muito cuidadosa no sentido de tomar remédios, tudo o que eu for tomar que eu precise tomar alguma coisa aí, eu entro em contato com o oncologista, ele diz que tudo bem, pode ou não pode, porque há remédios que não são aconselhados pra pessoa que já teve câncer de mama... (**Agatha**)

E... outra coisa, é cuidado com o membro afetado, este membro tem que ser *poupado*, porque você sabe que existe o chamado linfedema, né, que é aquele inchaço de braço muito comum nas pessoas que operam mama... (**Agatha**)

[...] que nem a gente não pode machucar, senão pode inchar, inflamar, né [...] Vamos supor, se eu machuco, ela demora pra sarar... Tem que ter cuidado [...] eles (médicos) pedem para não tirar a cutícula... Se machuca, né, pode inflamar... Porque o braço tem menos resistência que o outro, né, porque tirou o gânglio. (**Clarice**)

[...] o braço que... De vez em quando sente meio pesado porque eu abuso um pouco, né? (risos) Eu não forço muito, mas quando eu forço, eu sinto... Esse aqui sente né? Porque, né? Então, de vez em quando eu abuso um pouquinho... Às vezes eu... Quando eu tô bordando muito eu paro, né, eu fico com braço pra cima (**Simone**)

[...] só tenho medo, menina, de ficar com o braço gordo (linfedema) isso eu tenho! [...] Então eu tomo cuidado por isso [...] Mas eu tomo cuidado, não tiro cutícula, menina, não pode espinhar numa roseira, não pode machucar... Não pode nem quebrar! Falou que se cair e quebrar... Ele falou que não pode, então. Então é assim, só essa preocupação que a gente tem que ter mesmo, né? (**Zélia**)

Um tratamento que deixa marcas

Entre as marcas deixadas pela doença e seu tratamento, a mais relatada pelas mulheres diz respeito às cicatrizes deixadas pela cirurgia do câncer de mama, além da diferença de tamanho entre os seios, que interfere no caimento das roupas e pode provocar desagrado nas mulheres, embora algumas afirmem não se importarem.

Às vezes eu vejo as pessoas que têm o seio bem feitinho, arrumadinho, vão pra praia, põem maiô, essas coisas que já, eu já tenho que fazer um maiô especial, se eu vou pra praia tem que... [...] então, se eu vou pra praia, eu já tenho o maiô onde eu encaixo a prótese e onde eu posso ir pra praia tranquilo (**Florbela**)

[...] só que ficou diferente, porque puxa a blusa, o sutiã (risos), aí eu não tive coragem de fazer a... eu cheguei a consultar cirurgião plástico, *mas é uma cirurgia muito, muito dolorida, a mama fica extremamente dolorida*. [...] E eu optei por não fazer, não me incomoda... (**Hilda**)

[...] se você ficou bem, você não tem mais nada, você esquece você só lembra quando alguém fala, ou então, ou você se olha no espelho e você vê que você ficou com uma marca, que é uma marca que cada vez que você olha você lembra não te deixa esquecer [...] mas você acaba acostumando, até acostuma... (**Hilda**)

[...] você põe uma roupa, você nota uma diferença na frente, né? Mas, eu não fazia questão disso, né, e não faço até hoje, né? (**Ruth**)

Cinquenta e dois pontos. Foi daqui até aqui, né? (mostra a cicatriz). Agora ficou feio assim, o doutor (nome) que fez essa porcaria aqui! [...] tem dia que eu choro, bem! (começa a chorar) [...] tem dia que me dá uma... Dá assim uma... [...] tristeza, né, e é... É coisa que a gente lembra né? (**Virginia**)

Para **Lygia**, uma lesão deixada no pulmão como efeito da radioterapia foi algo que a chocou e trouxe mais sofrimento. Atualmente necessita de acompanhamento médico mais cuidadoso.

[...] A gente pensa que a radio é uma coisa que não tem tanta agressividade, mas ela é muito mais perigosa do que a quimioterapia, porque a radioterapia me queimou o pulmão, eu tive pneumonite, então hoje eu tenho uma lesão no pulmão, que é a tuberculose, né? [...] Aí, quando o médico falou pra mim se eu já tinha ouvido falar em tuberculose, quer dizer, já foi um choque pra mim, quer dizer, eu já fiquei já chorei, já fiz um escândalo, porque imagine que além do câncer ainda tuberculose? (**Lygia**)

A entrevista como um momento terapêutico e como possibilidade de ajuda

Ao longo da entrevista, algumas mulheres se emocionaram com suas lembranças, mas colaboraram, vendo em sua participação, um meio de ajudarem outras mulheres que vivenciaram ou vivenciarão situações semelhantes às que viveram através do relato de suas experiências. A entrevista para o estudo promoveu um maior contato das mulheres com suas vivências, incrementando a possibilidade de ressignificar suas experiências vividas e, embora

não tenha sido um objetivo desse estudo, a entrevista fenomenológica significou um meio de revisão de suas vivências com a doença e de novas sínteses sobre sua experiência de vida. Numa relação de proximidade e de abertura com a pesquisadora, resultou em possibilidade de ajuda e cuidado a essas e a outras pessoas que viveram ou que poderão viver a mesma situação de adoecimento. Além disso, a prontidão e disponibilidade das mulheres em realizar as duas sessões de entrevista para a pesquisa, assim como o interesse demonstrado em relatar suas experiências puderam ser compreendidos como indicador da necessidade de compartilhar suas vivências, de acordo com a literatura da área (CARVALHO, 2005; NEME, 2005).

Rever a vida pode ser uma experiência estressante para os sobreviventes, porque evoca memórias de dor, culpa, vergonha e medos relacionados com os traumas passados. Por outro lado, falar sobre a mesma, serve como uma potente ação terapêutica, uma vez que tem de se lidar com as reminiscências, integrando-as na própria vida (BAR-TUR, LEVY-SHIFF, 1994, apud JOB, 2000, p.159).

Quando questionadas sobre as vivências ao participar das sessões de entrevista deste estudo, as mulheres relataram bem-estar, pois sentiram que estavam contribuindo com sua experiência a outras pessoas que vivenciam a mesma situação de adoecimento, sendo, portanto, “úteis” de alguma forma ao outro, além de poderem compartilhar sua vivência e “desabafar”.

Olha, eu... Eu gosto muito de falar sobre aquilo que eu tive, quando é necessário que se fale. [...] porque eu acho que eu falar sobre o assunto faz bem pra mim porque me faz encarar a coisa com mais naturalidade, que talvez se eu remoesse eu não teria essa naturalidade pra encarar o fato e, além disso, eu me sinto útil...porque eu acho que, não é que eu seja uma catedrática no assunto, mas eu sempre me inteirei muito daquilo que eu fiz e eu tenho muito da minha experiência para passar para os outros... (**Agatha**)

[...] pra mim é... Foi até bom, porque às vezes eu gosto de transmitir para as pessoas aquilo que eu passei e que eu venci [...] eu acho que pra mim, isso fez até bem, porque se eu puder ser útil pra muita gente que tá preocupada, que tá passando pelo problema, que tá atravessando uma fase difícil, então eu me sinto bem. (**Florabela**)

Ah, foi muito bom, porque...eu sei que eu tô ajudando, né? (**Isabel**)

Ah, pra mim foi bom, porque, sabe, se as pessoas assim, não me pergunta, é difícil puxar esse... Comentar, né? Mas conversar com você foi bom, é bom a gente conversar! Desabafar, falar alguma coisa, né? Ou mesmo com uma pessoa que já fez a cirurgia, né, se for preciso conversar. (**Ruth**)

Pra mim foi até bom. A gente se abrir, né, pra gente é bom, né, a gente falar do problema. (**Simone**)

Só positivo, porque você pode passar para não sei quantas pessoas isso daí, né, você pode passar do jeito que eu enfrentei e do jeito que eu sou hoje, né, porque eu sou uma pessoa feliz, então pra mim é uma... Uma alegria de você vir me entrevistar aqui [...] Parece que dá mais força assim pra pessoa, se caso a pessoa teve ou se um dia vai ter né? Então, eu gosto. (**Zélia**)

Apenas para **Hilda**, o falar sobre a doença é algo que a emociona e que ela “não gostaria de ficar comentando sempre”; entretanto, ressaltou que concordou em participar do estudo como uma forma de contribuição ao desenvolvimento de conhecimentos na área da saúde.

[...] ah... Você conversa normalmente, mas... *Se não precisar falar, é melhor.* [...] não é uma coisa que agrada você tá lembrando sempre, é uma coisa que você... Se você esquecer de tudo completamente, é melhor e se você fica falando sempre, você não esquece... Então é sempre uma cutucada, então, quanto menos você fala, é melhor. E... E eu falei “bom, desde que seja para uma contribuição...” [...] foi uma coisa que eu comentei com você porque, como eu também tenho ligação com a universidade [...] então você sabe que qualquer coisa que você faça, principalmente na área da saúde, é uma ajuda. (**Hilda**)

[...] pode até ser gratificante a partir do instante em que fala “não, isso daí vai servir como base, vai servir como início de algum trabalho futuro que possa a vir dar um resultado e que possa ajudar alguma outra pessoa, algumas outras pessoas” (**Hilda**)

Reflexões sobre a doença

Às mulheres foi feita a seguinte pergunta: *Que reflexões você faz hoje sobre esta experiência?* Diante da qual, elas expressaram preocupação com relação ao aumento dos casos de câncer, principalmente o câncer de mama no Brasil, bem como a importância da detecção precoce, fase em que ainda não apresenta metástases e pode ser curado ou controlado.

Em relação ao câncer? [...] eu só fico preocupada, porque a doença é... É terrível, mas ao mesmo tempo, eu penso ah... Ela, ela não é curável, mas, se ela estiver num órgão que não é vital, ela pode ser tirada do corpo, né, como é no seio. Se ela ainda... Se não tem metástase, tira, acabou a doença. **(Florbela)**

Ah, eu penso assim que a pessoa não deve se desesperar, porque pra tudo tem uma solução, né? O meu tava adiantado e teve, né? [...] se tiver problema, sentir alguma coisa, vai ver, é, o que é, porque... Se cortar o mal pela raiz logo, né, o estrago é menos (diz sorrindo). **(Ruth)**

Para uma das mulheres, a lembrança do que passou com a doença é vivenciada como se fosse um “filme”, no qual, ao se posicionar como expectadora, relembra toda sua trajetória e chega a experienciar certo “estranhamento”, nem acreditando no que viveu.

[...] eu começo muitas vezes a passar que nem um cinema assim, né, começo pensar tudo, lembrar o dia que eu fui pra lá, né, o dia que eu operei tudo... Começa a passar aquilo na minha cabeça assim, como um filme assim, sabe? (risos) [...] falo “ai, meu Deus do céu, será que eu passei por isso mesmo?”, às vezes a gente nem acredita, né, que passou né, por tudo aquilo, né? **(Simone)**

8.5. Mecanismos de proteção que auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e tratamento do câncer de mama

As mulheres entrevistadas relataram algumas condições pessoais e outros recursos que foram fundamentais para a adaptação e superação da adversidade representada pelo câncer de mama e que auxiliaram na manutenção e retomada da vida após o encerramento do longo e doloroso tratamento. Tais condições foram identificadas como mecanismos de proteção que, diante do risco vivenciado com a enfermidade, auxiliaram na retomada do controle sobre a vida e incentivaram o bem-estar e a saúde psicológica dessas mulheres, de acordo com os conceitos formulados por Trombetta e Guzzo (2002).

Para Rutter (1987) e Polleto e Koller (2008), os mecanismos de proteção são características próprias do indivíduo e do uso que faz dos recursos disponíveis no ambiente, o que revela o modo como lida com adversidades, o sentido que atribui às suas experiências,

bem como a maneira como atua frente à adversidade, visto que, segundo Rutter (1981), a função dos mecanismos de proteção é a redução de efeitos danosos gerados pelos estressores.

Os mecanismos de proteção mais frequentemente identificados nos relatos das mulheres-colaboradoras foram os relacionados ao apoio ou suporte social que obtiveram, revelando a importância do cuidado recebido, tanto da família, como dos profissionais de saúde e de outras pessoas, constituindo-se importante fator de superação do sofrimento e das experiências adversas ligadas ao adoecimento e ao tratamento do câncer. Esse cuidado foi oferecido por diversos tipos de redes de apoio social que estiveram ao alcance das mulheres, sendo que a *família* foi a fonte de apoio mais referida.

A Família

Os laços afetivos e as interações positivas entre os membros da família, com relacionamento carinhoso e compreensivo, representaram importante suporte emocional e apoio diante da ameaça iminente de morte, personificada pelo câncer de mama. Apesar do diagnóstico do câncer de mama ser vivenciado como algo “traumatizante”, o apoio oferecido pela família revelou-se como um incentivo às mulheres para que acreditassem na cura e na sobrevivência e enfrentassem o adoecimento, sendo cuidadas e apoiadas pelos familiares. Resultados semelhantes foram encontrados por Biffi e Mamede (2004), que verificaram que uma relação familiar saudável pode ajudar a mulher que se encontra em processo de reabilitação do câncer de mama a enfrentar a situação de maneira menos sofrida. Além disso, como colocam Molina e Marconi (2006), no caso de adoecimento por câncer de mama, a família apresenta-se à mulher como importante fonte de apoio, segurança e estabilidade emocional. Após o encerramento do tratamento, foi importante para as mulheres que a família “esquecesse” de certa maneira a situação de adoecimento, “não tocando mais no assunto” e,

dessa forma, auxiliando-as na retomada da vida após a doença, por permitir certo afastamento da situação negativa vivida, necessário para a redução da tensão e a retomada do cotidiano.

[...] eu levo uma vida alegre, eu tenho uma família boa, uma família estruturada [...] eu devo assim à família que eu tenho, meu marido é um bom companheiro [...]... Eu tô sempre com minhas filhas, com meus netos [...]... Então essas coisas assim... Principalmente família, é *muito*, mas muito, muito, muito importante... Né? Compreender a situação da gente, né, durante a doença, e depois ninguém toca mais no assunto, não é? Ninguém toca mais no assunto. (**Agatha**)

[...] *eles* (marido e filho) me ajudavam, sabe, na hora do desespero, de ver o meu jeito, né, eles falavam que não, que eu ia sobreviver [...] ...a minha família foi bastante importante, me apoiou bastante... (**Clarice**)

[...] foi muito importante a família numa hora dessas dar total apoio, né? (**Zélia**)
[...] o mais importante de tudo, tudo, tudo no tratamento de um câncer, é o apoio da família (**Hilda**)

[...] eu tive apoio de todos, do marido, da família, né, apoio de todo mundo, né? (**Florbela**)

[...] então, pra mim, a minha família me deu muito apoio, então... Né? (**Isabel**)

[...] vou contar um episódio é, que eu acho que marcou muito [...] eu estava sentada num sofá na casa da minha filha, um sofá que pelas costas dele era uma passagem, e eu estava com chapéu, assistindo um programa de TV, e ele (neto) passou por trás de mim e disse pra mim assim “vó, posso te dar um beijo?”, falei “(nome), não pode, você tem que me dar um beijo!”, ele tirou o meu chapéu e beijou a minha careca. Entendeu? Então, isso até hoje me arrepia (**Agatha**)

[...] se não tem o apoio da família também é difícil, eu acho que é difícil, né, porque...você já se vê sem uma parte, né, e a pessoa ainda num...num colaborar com você, né? (**Ruth**)

A família, apesar de também sofrer, participou efetivamente de todo o processo, mantendo-se forte e unida, sem demonstrar à mulher seu desespero e tristeza diante da doença e tratando a situação com certa “naturalidade”, o que propiciou sentimento de segurança, ânimo e força para enfrentar essa adversidade.

[...] Nesse ponto a família realmente foi... Em todos os momentos do meu tratamento, né? [...] *Ninguém é* se desesperou, ninguém... (**Agatha**)

[...] meu marido e meus filhos eles não ficavam chorando por perto de mim, “ah não mamãe, imagina isso, você tá curada! Vamos sair, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo”, sabe? [...] eles queriam mais é me animar, mas eu sei como eles estavam por dentro, eles queriam que eu risse né, que eu ficasse bem, que eu passeasse... [...] eu fazia a vontade deles, mas por dentro eu sei que eles estavam deprimidos. (**Lygia**)

[...] que nem você vê a minha família é pequena... Só... Eu tenho meu filho e meu marido... Então, mas eles me ajudavam bastante... Entendeu?...É difícil pra eles, mas eles me ajudaram (rindo), eles não queriam demonstrar né... (**Clarice**)

[...] eu acho que a família também cai quando a pessoa cai. Se a pessoa tiver um pouquinho de tutano, né, como a gente diz (risos) [...] Então, essas coisas são muito importantes, a família é importante [...] Ninguém me superprotegeu, e eu acho que nisso elas (filhas) foram muito sábias, muito... Levaram a coisa muito na naturalidade... (**Agatha**)

Tudo na brincadeira sabe não me deixavam triste de jeito nenhum... (**Lygia**)

As mulheres também destacaram a preocupação com os filhos e com a família, como um importante fator que auxiliou na recuperação, pois desejavam sobreviver para continuar o cuidado com os entes queridos, ou mesmo sentiam-se aliviadas por a doença ter ocorrido com elas e não com os filhos.

A minha recuperação foi a minha vida... Meus filhos, minha família... Quer dizer, eu pensava muito neles, então, acima de tudo, da minha vida, estava a vida deles. (**Florbela**)

Eu nunca chorei, porque eu pensava assim “foi melhor acontecer comigo do que com os meus filhos”, então isso eu sempre... Pensei assim, né? Porque nossa, se fosse com um dos meus filhos, não sei como eu reagiria, né? [...] Se tiver que acontecer outra vez, que aconteça comigo, nunca com eles, né? (**Isabel**)

O marido foi lembrado como um importante companheiro e, como tal, teve uma participação ativa durante o tratamento do câncer, encorajando e ajudando as mulheres a superarem as adversidades neste momento. Ao apresentarem uma atitude compreensiva frente às seqüelas advindas da doença e dos tratamentos, sobretudo nos casos em que foi necessária a mastectomia radical, os maridos das mulheres entrevistadas contribuíram efetivamente para a manutenção de sentimentos de conforto, segurança e auto-estima de suas companheiras. Outros estudos na área também verificaram que o parceiro é citado por mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama, como fonte de apoio social (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; MOLINA; MARCONI, 2006). Biffi e Mamede (2004)

identificaram que o suporte social oferecido pelo parceiro inclui demonstração de afeto, compreensão da situação vivenciada pelas mulheres, mesmo que de maneira silenciosa, incentivo às estratégias de autocuidado e colaboração nas atividades domésticas.

[...] Ele (marido) nunca me deixou um minuto sozinha. Nenhuma consulta eu fui sozinha, nenhum exame eu fiz sozinha, nunca fui sozinha! E não era eu quem marcava não, as consultas era ele (marido) que ia atrás, que marcava que marcava os exames para mim, que tomava a iniciativa em tudo, tudo, tudo, tudo. Foi um apoio incondicional. [...] Ele falava e pesquisava, foi assim, incondicional... (**Hilda**)

[...] (o marido) não se importou de dormir com uma mulher careca, ele não se importou que eu ficasse sem a peruca dentro de casa ou sem o chapéu dentro de casa, incomoda a cabeça, fica muito sensível. (**Agatha**)

[...] meu marido não podia ir comigo (acompanhar nas sessões de radioterapia) porque ele estava trabalhando naquela época, então ele botou um motorista pra me levar, o motorista me pegava, então, quer dizer, eu tinha, eu fui tratada assim principescamente, né? (**Agatha**)

[...] na época ninguém fazia (reconstrução mamária), mas teve um cirurgião que se ofereceu, inclusive pra fazer de graça, mas o meu marido achou que a minha vida era mais importante do que a estética, ele falou “não, você vai ficar como está, não vai passar por outra cirurgia” [...] não tive que mexer mais, né? (**Florabela**)

[...] às vezes eu fico brava porque, conforme a roupa põe e puxa pra cá, até falei para ele (marido) que se eu fosse mais nova eu iria fazer (cirurgia plástica) e ele falou “para mim não faz diferença nenhuma!”. Então o apoio dele foi *muito* importante, muito. (**Hilda**)

[...] o meu marido fala “esquece isso! Você não tem nada, você tem que esquecer, não pode ficar pensando nisso, se você ficar pensando nisso é pior”, então, é o apoio da família, né? Porque se a família ficar massacrando também, né? (**Hilda**)

Ele (marido) foi muito importante também, né? Porque, que nem eu te falei, né? Teve pessoas que ligaram aqui que o marido... Simplesmente abandonou, não aceitava né, elas ficarem mutiladas, né? (**Isabel**)

[...] a pessoa *principal* que... Que tinha que não podia reclamar e não reclamava era meu marido, né? Então, se tava bom pra ele, pra mim tava melhor, né? Sempre me tratou bem também, mesma coisa que não tivesse acontecido nada, né? [...] Porque agora... Eu vejo alguém falar que o marido... Tem marido que não aceita né, maltrata, não sei o que, porque não é nele, né? (risos) (**Ruth**)

[...] eu tive muito o apoio deles (família), né, principalmente do meu marido, né, nossa, ele me ajudava bastante, né... Foi bom pra mim também, né? [...] ele ajudou bastante, o serviço da casa, não deixava eu fazer, né... (**Simone**)

Além do marido, outros familiares também se apresentaram como importante fonte de apoio às mulheres, ajudando em situações concretas do cotidiano, como o cuidado

com os filhos, e encorajando-as com mensagens e pensamentos positivos, que as incentivaram a retomar aos poucos a vida normal.

[...] a minha mãe foi quem ficou com as crianças aqui, e eu fiquei lá, né? (**Florabela**)

[...] meu marido foi buscar a minha mãe, né, pra cuidar um pouco dos meus filhos, porque eles (filhos) iam na escola, tudo, e pra cuidar um pouco de mim, porque eu não podia fazer nada, né, com o braço tudo enfaixado. (**Virginia**)

Nossa! Ai, eles (filhos) me abraçavam, adoravam passar a mão na minha careca e eles brincavam...quando vinha algum amigo do meu filho aqui, ele falava “o tia dá a peruca pra eu por aqui, vai”, então tirava fotografia com eles, eu careca e eles com a minha peruca. Então eles faziam aquela brincadeira pra me descontraí, você entendeu? (**Lygia**)

[...] no período que fiquei em (nome da cidade), eu fiquei na casa da minha irmã [...] a gente saía muito, passeava... Minha irmã teve um problema de atrofia nos nervos, então ela anda com dificuldade, mas ela mancava e eu percebia no rosto dela que ela tava cansada, mas nunca pra mim ela falou que estava cansada, não! [...] Ela me levava pra me distrair [...] E eu percebia que ela fazia aquilo pra me agradar, mas ela tinha muita dificuldade. Mas olha, ela fez o impossível... O impossível... (**Lygia**)

[...] o apoio da minha irmã... (**Hilda**)

[...] essa minha netinha aí ó (a neta está no cômodo ao lado da sala onde foi realizada a entrevista) ela tinha três aninhos quando eu operei, ela que ajudava eu vestir calcinha que eu não conseguia vestir calcinha... Na hora de tomar banho, tudo, ela que me ajudava tadinha... (**Simone**)

[...] eu fiquei com a movimentação do braço e eu me queixava “aí, esse braço eu não posso mexer... esse braço tá com problema...”, aí, veio um tio meu e falou “levanta esse braço e mexe esse braço! O que que você...” (rindo), eu falei “mas é mesmo!”, que engraçado, até hoje eu me lembro disso, né? Eu falei “mas, vá, ele tem razão!” [...] eu aprendi, que é muito importante você conviver com pessoas com pensamento positivo, pensamento negativo te leva a nada também, né? (**Florabela**)

Os Amigos

Os amigos foram mencionados pelas mulheres como importantes fontes de apoio, que as ajudaram a enfrentar o adoecimento.

[...] aí eu já comecei a sair mais, os amigos dos meus filhos vinham pra cá, “o tia, deixa eu ver a careca”, e brincavam, aí as minhas amigas começaram a vir com mais frequência aqui... (**Lygia**)

[...] eu tive a ajuda de quem me rodeou sempre, dos amigos, de todo mundo, sabe? De todo mundo... (**Agatha**)

[...] aí... Eu já tinha essa amiga de (nome da cidade) que tava sabendo [...] que foi pra esse hospital comigo e com ele (marido), ela tava junto... (**Hilda**)

As amizades também me ajudaram muito, minhas amigas, né? (**Isabel**)

[...] aí... Nossa, elas (as amigas) me deram muita força também... (**Zélia**)

[...] quando eu me afastei [...] e eu precisei falar porque que eu ia me afastar, né? Então minhas amigas me deram muita força, eu recebi muitas visitas. (**Lygia**)

A visita de amigas foi muito importante, pois fez com que as mulheres percebessem o quanto eram queridas e sentissem que podiam contar com uma ampla rede de companheiras, dispostas a apoiá-las e incentivá-las, tornando mais amenos e até mais animados os momentos difíceis vivenciados com o adoecimento.

Eu lembro assim, que pessoas vinham me visitar... (**Clarice**)

[...] as amizades das pessoas, sabe? [...] Eu acho que isso daí tudo me ajudou. Porque, você vê quase trezentas pessoas veio aqui me ver, então, nossa! [...] Me sentia muito feliz, parecia que eu era uma rainha no meio de todo mundo! (sorrindo) [...] Nesse momento que eu vi o tanto que eu sou querida, né? Porque até aí, você sabia que você era... Querida, que você tinha amigos, né, mas nesse momento você vê o tanto que [...] Que... Que as pessoas se preocupam com a gente. [...] eu sei que isso me ajudou a reanimar muito... (**Zélia**)

Minhas amigas do trabalho me deram muita força [...] então eu marcava “olha, hoje vocês vêm aqui tomar um chá comigo, comer um bolinho”, então, a gente se reunia, tirava fotografia... Fiz um álbum de fotografia de todas as minhas visitas, sabe, eu desde a minha cirurgia... (**Lygia**)

O apoio de amigas que também haviam vivenciado o adoecimento por câncer de mama foi destacado como algo que incentivou e animou as mulheres no enfrentamento da doença.

[...] eu também tive uma amiga que fez a mesma cirurgia, antes de mim, cinco anos antes e que veio conversar comigo e ela me deu assim, tanto ânimo, tanto incentivo! Eu não posso esquecer... [...] então tudo isso ajuda muito, colabora muito com... Com quem passou por essa situação... É isso daí... (**Floribela**)

[...] a (nome), né, é muito amiga minha [...] ela foi assim, a primeira pessoa a me dar aquela força, porque ela realmente teve um problema também, ela se tratava lá no mesmo hospital e quando ela ficou sabendo, ela veio ela me deu a maior força... (Lygia)

Para **Isabel**, que trabalha como manicure, receber a visita das freguesas, foi percebido como algo positivo, pois ela sentiu que mais do que uma relação de trabalho, havia um laço afetivo de amizade estabelecido, revelado no momento de seu adoecimento.

Mas minhas freguesas continuaram vindo aqui [...] então *isso* ajudou muito, e eu também nunca escondi de ninguém, entende? (**Isabel**)

Ah... Eu percebi que eu tinha muitos amigos, sabe? [...] Eu nem sabia que eu tinha tantos amigos assim, porque eu acho que é nessa hora que você... Porque enquanto tá tudo bem, né, é diferente, né? [...] No momento da minha doença, eles começaram a... A vir mais, né, que nem às vezes não vinham *só* pra fazer unha, ou mesmo que vinham fazer unha, já entravam aqui [...] então começaram a participar mais da minha vida, entende? Então isso foi muito bom também. (**Isabel**)

O apoio recebido pelas mulheres de seu grupo de oração foi ressaltado por **Lygia**, que deu especial destaque ao fato de que no grupo, ninguém perguntava diretamente sobre sua doença, de modo que ela se sentia “livre” para relatar sua experiência apenas quando estava disposta a isso.

[...] ninguém perguntava nada, eu tinha a liberdade de falar, quando eu falava alguma coisa, então elas perguntavam outras, mas nunca ninguém chegou pra mim e perguntava. Mas era assim “tá tudo bem com você?”, “graças a Deus”, “então tudo bem”, tudo bem. Mas ninguém perguntava porque não queria assim, que eu ficasse magoada (**Lygia**)

Por fim, o desejo de **Lygia** de retribuir todo o apoio e carinho oferecido pelas amigas é realizado em uma festa de aniversário, especialmente programada para receber cinquenta amigas que acompanharam ativamente a trajetória de adoecimento, tratamento e cura do câncer de mama.

[...] um pouco antes de eu completar os cinquenta anos, que eu resolvi fazer uma festa, em agradecimento assim, porque... Você sabe que nessa hora, você recebe apoio de muito amigos e tem muitos amigos também que nem dão um telefonema pra você, muitos amigos... Quer dizer, você considera amigo, né [...] então a festa eu fiz realmente para as pessoas que me apoiaram, para as pessoas que vieram, que vinham aqui brincar comigo, que davam risada, porque eu sou uma pessoa muito alegre e eu não podia ficar do jeito que eu tava. **(Lygia)**

O Trabalho

Voltar a trabalhar mesmo no período de tratamento foi algo que incentivou as mulheres a retomarem a vida cotidiana, fazendo com que se sentissem úteis. Envolvendo-se nos compromissos de trabalho, esqueciam-se por alguns momentos da doença e do longo tratamento que ainda estavam enfrentando, auxiliando-as a viverem normalmente.

Trabalhava! Só me deram quatro meses de licença [...] Voltei, falei pro médico “só quatro meses?” [...] Ele falou “não, mas é bom, porque é uma... uma laborterapia, então é bom você voltar, continuar o contato com os seus colegas, continuar sua vida normal... isso daí é importante”. Realmente foi... Bom. Voltei à vida normal, continuei minha vida normalmente. **(Florabela)**

Trabalhei minha vida inteira, trabalhei durante trinta anos [...] levei a vida assim, quer dizer, cheia de compromissos, sem poder me preocupar, sem poder ter tempo de me preocupar com a minha doença. [...] Pra mim foi bom. **(Florabela)**

Mas foi muito bom pra mim ter voltado a trabalhar, porque, quando você pára, você tá acostumado a trabalhar e você pára, você se sente inútil, não é? [...] Foi muito bom. É não dá tempo de pensar em nada, né? Porque geralmente as pessoas entram em depressão porque ficam só naquele mundinho ali, né, sem fazer nada. **(Isabel)**

Além da própria atividade de trabalho ter parecido benéfica à recuperação das mulheres, o ambiente de trabalho, com relações de coleguismo e laços de amizade, auxiliou no enfrentamento da doença.

Tive apoio do meu pessoal também, que eu tinha, na época eu trabalhava como assistente, na (nome da universidade) eu tinha muitos funcionários e funcionárias e eu tive muito apoio da (nome da funcionária), delas, das amigas, de todo mundo... **(Hilda)**

Entretanto, quando não se sentiu apoiada pelos seus superiores no ambiente de trabalho, **Lygia** manifestou tristeza e depressão, sentindo-se “magoada” com os colegas de trabalho e escolheu não voltar a trabalhar mesmo com o encerramento do tratamento, dedicando seu tempo livre ao trabalho voluntário. O estudo de Molina e Marconi (2006) mostrou que as mulheres podem vivenciar mudanças nos relacionamentos interpessoais ao longo do adoecimento, pois, em muitos casos, o diagnóstico de câncer faz com que a mulher reflita sobre a autenticidade da amizade e permaneça somente com os amigos autênticos, que demonstrem preocupação e apoio na trajetória da enfermidade.

[...] somente o pessoal assim, os meus subordinados é que me deram realmente a força que eu precisei você entendeu? Porque os superiores, eles estavam pouco se importando com a doença do mais inferior, você entendeu? Então, eu não quis mais voltar a trabalhar [...] eu ficava assim deprimida, chorava muito [...] Então eu fiquei assim *revoltada*, eu falei “eu não vou voltar a trabalhar”, e o médico falou “você não vai!” e ele me dava licença de noventa em noventa dias, e eu fiquei em licença até me aposentar, hoje eu tô aposentada. (**Lygia**)

O Apoio da Rede Feminina de Combate ao Câncer

A Rede Feminina de Combate ao Câncer é uma entidade beneficente que tem o propósito de atender pessoas com câncer da cidade, bem como de cidades vizinhas. Dentre as dez mulheres entrevistadas, apenas duas relataram não ter procurado o apoio oferecido pela Rede Feminina durante e/ou após o tratamento do câncer de mama. As demais mulheres destacaram a importância do apoio oferecido por esta instituição, que disponibiliza aos doentes, o atendimento gratuito por profissionais de saúde, como psicólogos e fisioterapeutas...

[...] a gente tem, né, a Rede Feminina, que ela dá apoio, dá apoio psicológico, ela dá fisioterapeuta, porque você tem que recuperar os movimentos do braço, né, através de uma fisioterapia bem feita (**Agatha**)

... Oferece ajuda financeira para aqueles que têm necessidade, com distribuição de cestas básicas e auxílio na compra de medicamentos específicos, que por vezes são muito caros...

Aí nesse tempo ainda a Rede me ajudou com cesta básica, tudo, sabe, no começo que eu operei, eles me ajudaram com cesta básica... Aí depois que eu melhorei tudo, aí eu... Comecei a freqüentar lá (**Simone**)

[...] remédio, às vezes eu preciso de remédio, ela (secretária da Rede) compra pra mim, eu peço, autorizo na farmácia, né, eu compro e depois a gente paga aos pouquinhos, vai pagando pra ela, isso aí ajuda bastante, nossa! E, às vezes quando eu me aperto também, cesta básica, eu corro lá... (**Simone**)

... E, sobretudo oferece acolhimento e amparo no grupo de artesanatos denominado “Amigas do Peito”, formado por mulheres que vivenciam direta ou indiretamente o câncer de mama em suas vidas. Esse grupo possibilitou que as mulheres compartilhassem suas experiências com outras pessoas que vivenciavam a mesma situação, criando novos laços de amizade. A possibilidade de expressar as experiências e os sentimentos vivenciados com o câncer de mama com outras mulheres que apresentavam vivências semelhantes proporcionou às mulheres a oportunidade de reorganizar a vida. Para Sousa (2007), a possibilidade de construir uma rede de trocas afetivas e de informações sobre a doença e o tratamento, potencializa a aceitação mais saudável da condição de adoecimento. Além disso, nesse grupo, as mulheres aprendem novas atividades relacionadas ao artesanato e confeccionam produtos que são vendidos e ajudam a manter financeiramente a Rede Feminina.

O grupo me apóia! Pelo amor de Deus! Muito! Muito, muito. Apóia mesmo. (**Agatha**)

E ali a gente conversa, né? Arruma amizade nova, né? E fica batendo papo, dá risada e uma conta uma coisa, outra conta outra, então passa umas hora ali que nossa! (**Simone**)

[...] se eu não fosse fazer nada, tivesse ficado em casa... Aqui... Ah, acho que aqui eu morria, porque a depressão mata a gente, né, ou mata ou faz alguma loucura, né? [...] e é assim, um ambiente que é uma... Um... Uma terapia pra ajudar, sabe? Nossa, mas foi tão bom, menina! [...] A gente conversa, distrai bastante, lá... (**Virginia**)

No final do ano a gente faz o bazar, tem as festinhas do final do ano [...] Agora nós tamo comemorando todo mês a que faz aniversário, eles fazem um bolo lá e comemora o aniversário de cada uma que faz... Então é muito divertido, a gente passa umas hora lá que a gente nem vê. Terça-feira meu dia é só pra Rede, porque eu não faço outra coisa, eu já, aquele dia eu já... É sagrado já pra... Pra ajudar (**Simone**)

Apoio dos profissionais de saúde e dos funcionários do hospital

O médico foi o principal profissional de saúde mencionado pelas mulheres. Elas destacaram o apoio recebido pelo ginecologista, que, na maioria dos casos de câncer de mama, é o primeiro profissional a ser consultado e quem geralmente dá o diagnóstico à mulher. Esse profissional foi lembrado por disponibilizar uma atenção que extrapolou a competência técnica, sendo caracterizada, sobretudo pela confiança, pela amizade e pela proximidade; como alguém que ofereceu apoio em um momento difícil de suas existências.

[...] é uma ginecologista, doutora (nome), na qual eu tenho absoluta confiança e que realmente foi um anjo da guarda para mim durante a minha doença [...] que *ela foi comigo* no laboratório, me acompanhou para fazer esta punção (**Agatha**)

[...] até a minha médica, a doutora (nome), era muito minha amiga [...] ela vinha aqui e eu chorava tanto, ela vinha antes da minha cirurgia, falava, falava, explicava “não chora tanto assim, a cirurgia é simples, vai dar tudo certo” [...] Nossa! Ela foi assim, maravilhosa comigo. (**Lygia**)

[...] até o meu médico ajudou, o ginecologista, falou “não, a senhora não me caia numa cama! Levanta essa cabeça, faça... a vida da senhora segue normal, como é agora” (**Clarice**)

[...] as pessoas também era tudo... Tudo bom, né, tanto o médico daqui também, eu fiz tudo pelo SUS, né, não tenho do que reclamar também... O médico que me operou... [...] um amor de médico (**Ruth**)

Uma relação de proximidade com os médicos, estabelecida com diálogo franco e oferecimento de informações sobre a doença e os tratamentos também foi importante mecanismo de proteção no processo de enfrentamento da doença.

É o apoio, é... Bons médicos, boa conversa com médicos [...] eu guardo até hoje, no médico de (nome da cidade), o (nome), ele desenhou *tudo* pra mim, ele fez tudo o que foi desenho explicando e não sei o que, então eu tenho uma folha grande, de sulfite toda desenhada explicando, explicando, explicando... (**Hilda**)

[...] mas, tive muito apoio da minha médica inclusive, uma coisa assim “um quadrante é um quadrante, não é uma mama inteira...”. E eu acho que foi muita força que eu recebi, muita energia positiva. (**Lygia**)

Entretanto, a equipe de saúde tem sido referida como uma rede de apoio menos significativa por mulheres em outros estudos da área (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006). A existência de uma relação de distanciamento entre médico e paciente traz a necessidade de se refletir sobre a humanização da saúde, que “envolve o trabalho integrado de diferentes profissionais e, pressupõe atitudes, valores e comportamentos de carinho, respeito e atenção ao outro” (SIEDLER et al, 2004 apud HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006, p. 250), sobretudo nos casos em que o longo tratamento a ser realizado pode afastar a paciente de suas relações sociais, como ocorre no adoecimento por câncer de mama.

Além dos médicos, toda a equipe do hospital – enfermeiros, terapeutas ocupacionais e funcionários da limpeza, foram lembrados pela atenção e carinho que ofereceram às mulheres e os laços de amizades estabelecidos.

E os pessoal do hospital também, né, que tinham muita atenção com as pessoas... [...] Desde a faxineira até, né... Todos eles tratavam muito bem. Toda terça-feira tinha uma junta médica, né, pra vir ver como tava... Os enfermeiros também eram bons... Então, tudo isso ajuda, né? Tudo isso ajuda a gente, né? (**Ruth**)

[...] E o pessoal de lá, os médico, as enfermeira, nossa, são... Nossa Senhora, eles tratam a gente muito bem lá, nossa! Não tem o que... O que dizer mal de lá, né? Ali eles ajudam a gente, que eles vê que a gente tá naquele problema, né e... a atenção que eles dão pra gente, né, o amor, o carinho que eles tem com a gente, nossa! É... Formidável, eu, nossa, gostei bastante. (**Simone**)

As amizades feitas dentro do hospital deixam saudade quando o tratamento termina.

[...] eu fiz amizade com todo mundo lá, tanto é que quando eu saí de lá, eu até chorei... De largar as amizades que eu fiz lá. Sabe? [...] quando vem embora, né? Nossa Senhora! Dá saudade daquela rotina [...] é enfermeiro, é enfermeira, é as meninas que trabalha lá, as moças que dá comida, dá café, então você conhece tudo, aquelas que faz limpeza, né? (**Zélia**)

Atendimento psicológico e/ou psiquiátrico

O apoio psicológico foi apontado como algo importante para o enfrentamento da doença.

[...] tem que ser dito, *há pessoas que precisam de apoio psicológico*, não resta menor dúvida, porque já houve casos na Rede, por exemplo, de pessoas rejeitadas por marido, entendeu? Então esse isso *é muito grave*... Porque a pessoa mutilada, rejeitada, ela fica no fundo do poço, entendeu? Então o psicólogo aí tem um papel muito importante. (**Agatha**)

Uma das mulheres relatou o apoio recebido de um psicólogo no momento pré-cirúrgico, com informações sobre a cirurgia e incentivando-a a acreditar na sobrevivência.

[...] meu pai quando saiu da sala onde eu fiquei ele saiu chorando, eu me pus a chorar também, aí foi um psicólogo conversar comigo, e eu falei pro psicólogo “eu não sei se amanhã eu tô viva. Eu vou passar pela cirurgia”, ele falou “mas essa cirurgia é simples [...] você não tem que se preocupar com essa cirurgia”, quer dizer, ele me deu muito incentivo [...] E ele me ajudou muito, esse psicólogo, eu não esqueço dele, era um rapaz, ele falou “vai tranquila pra cirurgia! Essa cirurgia aqui é todo dia e um monte de gente que faz. Vai tranquila!” (**Florabela**)

Também foi destacada a ajuda de psiquiatras com a prescrição de medicamentos que ajudaram a aliviar sintomas de depressão após o adoecimento.

E... Eu fiz análise em (nome da cidade) com uma psiquiatra, por mais de anos... Acho que foi durante dois anos... Por conta do cabelo... (**Hilda**)

Sentei lá, ele falou assim “me fala o que a senhora tá sentindo”, ah, me deu aquela angústia, “i!”, ele falou “nossa, a senhora... tá com depressão, tá com ansiedade... tá com tudo...” [...] Aí ele me passou o calmante que eu tomo até hoje. [...] em um mês, já tava bem melhor com o calmante que ele deu né. Aí já tava... Tava bem. E até hoje ainda tomo. (**Virginia**)

[...] tive que fazer tratamento psicológico, tomar antidepressivo, que eu tomo até hoje, porque se eu fico sem, eu fico muito deprimida, eu começo a chorar por qualquer coisinha sabe? [...] Então o antidepressivo eu tomo até hoje... (**Lygia**)

O contato com outras mulheres que também vivenciaram o câncer de mama

Conviver com outras mulheres que vivenciaram o câncer de mama, na família e como companheiras de quarto, incentivou as mulheres a enfrentarem o tratamento de maneira mais otimista, acreditando na possibilidade de cura.

[...] eu acho que é porque na família eu tinha passado, visto as pessoas com câncer, os meus tios... Que da minha prima foi de mama da minha prima... (**Clarice**)

E bem no quarto onde eu fiquei tinha uma outra senhora que já fazia cinco anos que tinha passado pela cirurgia. (**Florbela**)

Clarice lembrou que dois anos após o diagnóstico e a cirurgia do câncer, participou de um workshop sobre câncer de mama e, nesta ocasião, teve a oportunidade de conhecer muitas mulheres que haviam vivenciado a doença há mais de quinze anos, o que a animou diante da possibilidade de cura e a perspectiva de vida saudável após o tratamento.

[...] esse workshop era só pessoas... Operadas da mama... [...] Então eu cheguei lá e eu vi que tinha coisas pior do que eu, né? (sorri). Porque lá você vê as pessoas, né, o depoimento, como que é... [...] Assim, eu vi que aquelas pessoas estavam ali, porque eu cheguei ali e eram poucas que eram recém operadas... Tinha gente que já fazia quinze anos, mais... Então... Aí eu acho que dá mais ânimo pras outras que querem ajudar... (**Clarice**)

A convivência com pessoas com outros tipos de câncer dentro do hospital

Conviver no período de tratamento com outros pacientes portadores de câncer, nas salas de quimioterapia ou durante as internações, possibilitou às mulheres relativizar o seu problema, compreendendo que existiam outros casos de câncer até mais graves, fazendo surgir um sentimento de alívio.

[...] no primeiro dia que eu fiz a quimio, ah... Tinha uma pessoa do meu lado também fazendo a quimio, né, e tava meio frio, e ela tava coberta assim, então, eu não via o corpo dela... E ela... Pegou e chamou a enfermeira que o cobertor tava descendo [...] e eu ainda pensei “nossa, mas que pessoa folgada, né, que que custava ela erguer o cobertor?” [...] eu vi que ela não tinha esse braço...então ela teve câncer, né, no braço, aí eu comecei a conversar com ela e ela contou. Então isso também foi muito importante [...] porque você ficar sem o braço é muito difícil, agora, sem a mama... No caso, a mama é... Pra estética, pro corpo ficar... Só que, como tem muitos recursos **(Isabel)**

[...] e mesmo no meu quarto, né, tinha pessoas que você sabia que não ia ter que eu fiquei no SUS, né? E tinha pessoas lá que você sabia que não ia ter cura... Já tava mesmo num estágio avançado da doença. **(Isabel)**

Eu não tive nada! Falo até hoje que eu não tive *nada* perto dos casos que eu vi lá. Você via aquelas pessoas lá bem ruim, pra morrer já ali, tentando, tentando... Sobreviver, mas não consegue né, não consegue sobreviver. [...] Então, eu não tive nada, né... **(Zélia)**

[...] Lá você vê umas coisas que nunca na vida você imagina que pode acontecer pra uma pessoa, sabe? E lá acontece mesmo, é uma coisa... Do outro mundo! Nossa! É tanto pra criança bebê, como pra criança, criança, como adolescente, como terceira idade, meia idade e qualquer idade... Qualquer um... Qualquer um. Mocinha igual a você assim... Minha nossa senhora! [...] Então você fala “puxa vida! Pra que que eu vou reclamar, né?”. Não posso reclamar de nada não! **(Zélia)**

[...] então a gente achava que era só a gente, né? Mas, depois a gente vê... Mesmo no hospital mesmo e é um monte de gente e não só disso, né? **(Ruth)**

Às vezes a gente olhava a outra pessoa e o problema ali, né, e olhava o da gente, a gente sentia aliviado, né, porque, não é verdade? Né? **(Simone)**

[...] parecia assim que você queria ajudar a pessoa sobreviver, sabe, mas tinha casos ali que você já sentia [...] você já sabia que não sobrevivia. Então pra mim, né, isso foi uma glória, porque eu falei “o que que eu tive perto dessas pessoas aí?”, né? Não tive nada perto dessas pessoas. **(Zélia)**

Com a necessidade de internações longas para o tratamento oncológico, as mulheres acabaram formando uma rede de relacionamentos com as companheiras de quarto.

Tal contato possibilitou a troca de experiências sobre a doença e a constituição de vínculos de amizade, com a ajuda mútua em situações difíceis, que se estenderam para além dos limites do hospital.

É, porque lá, ah, você pegava amizade com as pessoas, então você trocava telefone, tinha uma que ela tinha câncer no útero e ela tava lá fazendo tratamento [...] que foi quando eu fiz a reconstituição, né, do seio, e aí eu não podia andar, e ela... Ela andava, ela... Deu né, o telefone, o endereço [...] e eu cheguei ligar pra ela... Mas quando eu liguei, a irmã dela já falou que ela tava na terapia da dor [...] Aí depois também, ela faleceu. **(Isabel)**

[...] que nem, ninguém se conhecia ali, né? Só que uma começava contar né, tudo o que já tinha passado [...] (uma companheira de quarto) ela era super divertida, sabe, ela tomava conta, parecia que ela era nossa mãe lá, ela tomava conta de nós lá, porque... Ela era acho que a mais velha e nos éramos tudo mais jovem que ela... Mas, pegava, né, uma amizade assim... Na dor, né, mas valia a pena, né, porque tudo o que uma podia fazer pela outra, fazia. Depois eu até sentia saudades... **(Isabel)**

[...] tinha gente de tudo quanto é lugar, de Mato Grosso, né, de Jundiá, daqui de perto, de Porto Ferreira, de tudo lado, né? Do Brasil inteiro né, ali, aquelas pessoa ali... Muitas reclamava, chorava daí a falta da família, né, e a gente às vezes dava uma palavra, né? Tá ali tudo lá pra ajudar a outra ali, né, que tava tudo ali no mesmo barco ali, né, sofrendo do mesmo jeito então, né? **(Simone)**

A Fé em Deus e a religião

A fé em Deus foi citada como um dos pilares que ajudaram no enfrentamento da doença. As mulheres destacaram a fé em um ente superior – Deus, e a religião como caminhos para a cura. A fé e a religiosidade têm sido crescentemente apontadas por diversos estudos na área de saúde como recursos ou mecanismos de proteção, significando importantes fontes de apoio interno, possibilitando atitudes positivas diante do adoecimento, favorecendo a redução da angústia e do sofrimento relacionados à doença e influenciando positivamente o tratamento oncológico (NEME; KATO, 2003; HORTA et al, 2003; HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006; HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006). Para Rabelo (1993) a religiosidade permite que o paciente atribua um novo significado ao adoecimento, o que promove maior alívio da dor e do sofrimento ocasionado.

[...] ele (médico) falou que a minha cabeça ajudava muito, né, que as pessoas vinham me visitar, saíam daqui chorando... E eu já... Imagina né? Tem que confiar em Deus também, né? (**Isabel**)

Eu acho que... Graças a Deus, né, em primeiro lugar, né [...] à Santa Rita, que eu pedia muito, né, pra que me ajudasse, olhasse os meus filhos, o meu esposo, né [...] E eu acho que foi isso que ajudou mais, né? (**Ruth**)

[...] graças a Deus... Ah eu me apeguei muito com Deus, viu, porque olha, viu... A gente precisa ter muita fé nessa hora, né, porque senão, né... Sempre vacila mesmo, né [...] e graças a Deus eu tô aqui, né, Deus me salvou eu, né. (**Simone**)

[...] No momento que eu tava passando por esse problema foi que eu me agarrei mais em Deus e confiei Nele, né, porque, se a gente não tiver Deus a gente vacila mesmo (**Simone**)

Eu sou adventista [...] acho que é por isso que Deus... Que eu tô aqui hoje, de tanta fé que eu tinha em Deus... (**Virginia**)

A gente tem que ter fé Nele, né, e deixar na mão Dele que Ele sabe e resolve tudo. (**Zélia**)

E eu tinha muita fé em Deus que eu ia me curar, sabe? Eu falei assim “eu vou me curar!” [...] E aí eu falei “meu Deus, eu confio em Ti, Senhor, eu vou me curar!”. (**Zélia**)

Eu fui muito feliz no meu tratamento, é... Por que motivos eu não sei... Mas eu posso imputar as razões a algumas coisas, por exemplo [...] uma força que me veio nesse ponto da fé, aí nesse ponto vem da fé, né. (**Agatha**)

[...] a gente tem que ter muita fé, a fé cura, a fé cura. [...] você tem que ter muita fé, se apegar em uma religião, se você não tem religião, você tem que se apegar em alguma, sabe? (**Lygia**)

A religião e as orações representaram alento e trouxeram tranquilidade a algumas das colaboradoras e, para **Lygia**, o acolhimento recebido no grupo de orações a ajudou a enfrentar a queda de cabelo advinda com o tratamento oncológico.

[...] sempre fui católica e sempre aceitei todas as religiões que vinham me visitar, sempre aceitei todas, as pessoas vinham e queriam fazer oração eu aceitava... (**Clarice**)

[...] inclusive, não só a igreja católica, mas, as outras, né? Porque eu tenho muita amizade, porque manicure, você sabe, né, vem todo mundo... Então, mesmo as outras igrejas rezavam pra mim... E isso é importante, né? (**Isabel**)

[...] e tinha o pessoal da minha igreja que tava em oração, rezaram muito por mim... Naquele tempo eles tavam fazendo novena do natal, né? Nossa, mas precisa de ver o que rezaram por mim! (**Simone**)

[...] uma outra amiga me convidou pra participar de um grupo de oração, que hoje eu faço parte e não saio dele por nada. [...] Então, esse grupo foi formado na França, ele chama IVI, que é Invitation à la Vie, que é “convite à vida”. [...] Então, uma amiga minha, né, vendo o problema que eu passei [...] me convidou pra entrar nesse grupo, e eu não queria porque eu estava careca, “ai, eu não vou porque eu tenho vergonha, não eu não vou”, “não você vai porque eu já preparei todo mundo, o seu problema já contei, você vai chegar e ninguém vai mais perguntar nada, você pode ir sossegada”.
(**Lygia**)

Aquino e Zago (2007), procurando identificar como a religião influenciou a sobrevivência de um grupo de pacientes oncológicos, observaram que os entrevistados destacaram positivamente o acolhimento e a preocupação dos companheiros de religião em realizar orações no momento de agravo da doença.

A ausência de culpa por ter tido um câncer

Para **Agatha** e **Ruth**, na recuperação do câncer de mama, é muito importante que a mulher não se sinta responsável pelo desenvolvimento da doença, isto é, que não se culpabilize pelo adoecimento e se empenhe em seguir corretamente as orientações médicas para curar-se. Ver a doença como algo independente de si, como algo “do organismo”, ajudou a enfrentar de maneira mais tranqüila o adoecimento e o tratamento de câncer de mama, atuando como mecanismo de proteção, já que evitou a culpa e um tipo de sofrimento, freqüentemente observado entre pacientes que interpretam a doença como “castigo” ou “punição”, conforme assinala Neme (1999; 2005).

[...] a pessoa não é responsável pela sua doença... Ela não deve nem nunca dizer “eu fiz alguma coisa errada” ou “eu fiz alguma coisa certa e não deu certo”, entendeu? Você não é responsável pela doença que você tem. A doença é a doença, ela é do seu organismo, é da sua célula, você não tem a responsabilidade (**Agatha**)

Eu sou culpada do câncer que eu tenho? Eu não sou culpada... A culpa, eu não tenho culpa. Eu terei culpa se eu não tratar dele. No momento em que eu não assumir minha doença e não tratar, eu vou ser culpada pela consequência, mas até o momento em que ela surgiu eu não tenho culpa nenhuma. (**Agatha**)

[...] convém aqui dizer uma coisa, né: não adianta você buscar culpados pela sua doença, não existem culpados. *Você não tem culpa*, entendeu? Isso eu aprendi na vida [...] *não se culpar, você não é culpada do que você tem*, “ah, porque eu passei por momentos ruins, e eu tive raiva e... e me contive, eu não briguei...” eu sempre fui muito pacífica, entendeu? Então se eu fosse pensar assim, eu tive um câncer porque eu aceitei as situações e não me revoltei? *Não!* Não me revoltei, na hora não era conveniente, isso aí não me fez mal... Não é por causa disso que eu tenho um câncer, eu tenho câncer porque minha célula cancerígena reproduziu... Não é? (**Agatha**)

Não tenho que esconder, aconteceu mesmo, né, a gente não quer, não foi *eu* quem quis e nem outras pessoas também, né? (**Ruth**)

A confiança no tratamento

O tratamento médico foi assumido pelas participantes como o caminho que as levaria à cura; assim, acreditaram, confiaram e o mantiveram até o fim.

[...] eu *acreditei* no tratamento (**Agatha**)

Confiei sim... Eu fiz assim todo o tratamento, confiei bastante (**Clarice**)

[...] em relação à doença, quem cuida é o médico. [...] Sempre confiante no que eles estavam fazendo, sempre. (**Florbela**)

Então me assustava muito aquelas mulher lá que... Que iam embora e não voltavam mais pra fazer o tratamento, tinha medo, sabe medo lá de enfrentar aquilo, eu falava “não pode ter medo! Você tá aqui pra... Graças a Deus que você tá aqui tudo de graça ainda, né, pra... Pra te curar!” (**Zélia**)

Uma das mulheres relatou que, além do tratamento oncológico convencional, também realizou um tratamento alternativo composto por cápsulas de mamona. **Hilda** contou que tomou estas cápsulas acreditando que realmente fariam efeito sobre a doença, o que proporcionou sentimento de tranquilidade no momento da cirurgia, assim como um pós-operatório mais ameno. Pesquisando 130 pacientes oncológicos, Neme (1999; 2005) mostrou que a confiança no tratamento e na equipe de saúde é aspecto fundamental para o enfrentamento efetivo do câncer, bem como que, na esperança de se curar, é frequente que os

pacientes busquem tratamentos alternativos que são considerados auxiliares ao tratamento médico convencional.

É um tratamento com... Mamona [...] Isso eu tomei [...] novembro, dezembro, e janeiro que eu fui fazer a cirurgia e não tinha mais nada... [...] Então eu tomei acreditando que não ia realmente ter mais nada, tanto que eu fui para (nome da cidade), fiz a cirurgia numa boa, tranqüila... Em uma semana depois eu estava com o movimento total que eu tenho do braço, sem restrito a nada (**Hilda**)

[...] olha, eu tomei com confiança, com convicção e... Eu achei que o resultado foi bom, porque eu operei e não teve nada (**Hilda**)

A busca e o acesso a informações sobre o câncer de mama e o tratamento

Informações detalhadas oferecidas pelos médicos, com relação à doença e aos tratamentos a que seriam submetidas, proporcionou às mulheres sentimento de tranqüilidade, pois as ajudou a compreender algo que até então era permeado por dúvidas e distante de seu cotidiano. Saber sobre os tratamentos e seus possíveis efeitos colaterais propiciou melhor qualidade de vida, na medida em que as mulheres preocupavam-se em seguir corretamente as orientações médicas. De acordo com Sousa (2007), o fornecimento de informações sobre o significado e desenvolvimento da doença pode auxiliar no melhor enfrentamento da doença, assim como no sucesso de campanhas preventivas, adequando-se a linguagem dessas informações à realidade da população a que se destina.

As informações que você tem... Que você recebe. Ele (médico) chega pra mim e fala assim “olha isso não é um tipo invasivo, você fica tranqüila, ele não vai crescer de um dia para o outro, vai demorar meses e anos pra crescer, você fica tranqüila, não precisa correr pra operar, nós operamos daqui a dois ou três meses que vai estar do mesmo tamanho...” então você fica tranqüila (**Hilda**)

Explicou tudo isso pra mim, foi tudo explicado, entendeu? Ele (médico) disse “olha, já tentaram no mundo inteiro é... fazer capacete de gelo, não sei o que, mas não há, não há, não há o que impeça” (a queda de cabelo). (**Agatha**)

Até o médico me pediu assim “procure saber de onde vem isto”, era taxus é uma... Agora ele é elaborado, produto elaborado quimicamente, mas originalmente ele é de uma árvore, e ele disse “ele é tão venenoso, que se o bicho morder, comer a casca da árvore, ele morre”. Então é... É realmente ele vai combater a célula cancerígena, ele tem um poder de destruição de célula muito, muito forte, né. (**Agatha**)

Olha, a gente ouvia falar em câncer de mama, mas a fundo assim, acho que é só depois que você tem ou tem algum caso na família assim muito próximo que você ajuda a cuidar. [...] que aí a família se aprofundou, né, as irmãs, né, o marido, meus filhos, aí nós ficamos conhecendo a fundo o tratamento e a doença. (**Lygia**)

[...] é muito importante seguir a orientação do médico, se *inteirar muito* do que está acontecendo com você, né, não ficar alheia, porque aí você pode vacilar em algum momento (**Agatha**)

Agatha ainda destacou a importância de o doente inteirar-se dos direitos presentes na legislação brasileira referentes aos portadores de câncer.

Os portadores de câncer têm vários direitos que têm que ser respeitados por lei, em relação à isenção de imposto de renda sobre pensões e aposentadorias, quer dizer, então você... O governo te isenta de imposto de renda, você não paga imposto de renda [...] porque a gente tem que fazer todo um processo jurídico, não é no Ministério da Fazenda você faz um processo e aí você é isenta, então aí eu tenho essa isenção. [...] você tem isenção na compra de veículos [...] direito sobre retirada de Pis-Pasep, direito sobre quitação de casa própria, e isso tudo você obtém através da internet, você obtém essa cartilha, é uma cartilha de... Dos direitos dos portadores de câncer, tá? (**Agatha**)

A ausência de efeitos colaterais indesejáveis

A ausência de alguns efeitos colaterais desconfortáveis, como enjôos e dores, possibilitou que as mulheres se recuperassem mais rapidamente do tratamento oncológico.

[...] eu... Eu não tive... Não tive seqüelas, não é seqüelas, é efeitos colaterais indesejáveis da quimioterapia, nenhum, eu não tive *um* vomito, não tive um mal estar... (**Agatha**)

[...] eu nunca tive dor... Mesmo quando eu fiz a... Porque cortou o abdômen, pegou o músculo do abdômen pra fazer o seio, eu não tenho silicone no seio... (**Isabel**)

Para **Isabel**, a boa recuperação, sobretudo no pós-cirúrgico, favoreceu a realização da cirurgia de reconstrução mamária, que pode ser realizada antes do tempo previsto.

Mas eu tive uma recuperação muito boa [...] não apresentava problema nenhum... Aí... Em fevereiro eu já fiz a... [...] A reconstrução. Que ele (o médico) falou que ia demorar de... Só depois de dois anos que ia ser feito, mas eu fiz daí um ano e dois meses eu já fiz, porque a minha recuperação foi boa e eu não tive problema de depressão, nada... Então, ele falou que eu já podia fazer (**Isabel**)

O diagnóstico precoce

Para as mulheres, a precocidade do diagnóstico, realizado muitas vezes em consultas de rotina ao ginecologista, foi algo que, além de aumentar a probabilidade de cura...

[...] toda a minha cura eu devo ao tratamento que eu fiz, mais especificamente ao... À precocidade do diagnóstico, não é? (**Agatha**)

[...] o meu tumor tinha o tamanho de uma caneta esferográfica, se é que se pode chamar isso de tumor, né? Acho que é uma célula, né? (fala rindo). Então isso é que foi a minha sorte, foi num exame preventivo. (**Hilda**)

... Permitiu a realização de tratamentos mais conservadores, como a quadrantectomia, que para as mulheres significou não perder a mama toda e também a ausência de metástases.

Então, era um tumor pequeno, não perdi a mama toda, não fiz a mastecto, que seria... Eu acho que essa mutilação, essa... Deprime muito a pessoa, não é? Principalmente pessoas casadas, cujos maridos até abandonam às vezes, essa coisa toda aí... (**Agatha**)

Mas eu não gostaria de ter perdido a mama toda [...] a primeira coisa que, que eu fiz quando eu voltei da anestesia foi respirar fundo para sentir se meu peito movimentava, e ele movimentou, falei, 'bom, ele está aí, né?' Então realmente eu tirei um quadrante. (**Agatha**)

Menina, hora que eu tirei o esparadrapo dentro do banheiro, e me vi com a mama, sabe, só com aquele pedacinho perdido embaixo, *nossa! Minha vida mudou ali dentro do banheiro, sabe?* Nossa! Fiquei muito feliz, agradecendo a Deus, voltei pro quarto rindo e tô rindo até hoje e agradecendo a Deus vinte e quatro hora (**Zélia**)

[...] é que a doença me preocupava muito, porque eu pensava ‘se tirar toda a mama, é sinal que tem raiz. E se essa raiz tá pra trás?’, não por eu ficar sem a mama, entendeu? Então, porque quando tira a mama inteira é porque já tá mais avançado do que o quadrante, né? Então a minha preocupação não era de ficar sem a mama, porque hoje tem tanto recurso, né? [...] Mas o *meu medo* era que tava pra trás, no pulmão. (**Zélia**)

A condição sócio econômica e o tratamento oncológico

Para **Lygia**, a boa condição sócio-econômica permitiu que ela realizasse o tratamento em um dos hospitais mais bem conceituados do país, o que ela chamou de “um tratamento de primeira”.

[...] então quer dizer, eu, lá em (nome da cidade), eu faço assim exames que médicos aqui nunca pediram, então, quer dizer, eu tive assim um tratamento de primeira, né? (**Lygia**)

Além disso, esta mulher também teve acesso a tratamentos alternativos, como a acupuntura, e a possibilidade de procurar um dos melhores cabeleireiros para confeccionar uma peruca de alta qualidade, o que a ajudou no alívio dos efeitos colaterais do tratamento oncológico e na sensação de bem-estar.

[...] antes da quimioterapia eu já fazia acupuntura que era pra não ficar tão deprimida e não dar aqueles enjôos, depois da quimio eu também fazia acupuntura, um tratamento melhor pra ver se a gente... Melhorava um pouquinho mais, né (**Lygia**)

Então eu ia em todos os cabeleireiros, nos melhores, no (nome), que ele que fez [...] uma peruca de cabelo natural, aliás, eu fiz três, né, duas mais curtinhas e uma chanel. Então o cabelo era super natural só quem me conhecia é que sabia que eu estava de peruca, mas porque não dava pra perceber, o cabelo era natural mesmo. (**Lygia**)

Além do mais, possibilidade de realizar o tratamento em outra cidade, longe de amigos e pessoas conhecidas propiciou a **Lygia** sentimentos de segurança e tranquilidade, pois não tinha vergonha de sair de peruca em uma cidade desconhecida.

[...] então eu não queria que ninguém me visse, eu queria fugir de todo mundo, aí eu fui pra (nome da cidade) na casa da minha irmã fazer o tratamento, eu fiquei lá um ano. Então, lá eu fiz a quimioterapia, radioterapia e eu vinha assim de final de semana pra cá ou o meu marido e meus filhos iam pra lá. **(Lygia)**

Então em (nome da cidade) ninguém me conhecia, então, assim, meu cabelo caiu, eu usava peruca, eu usava lenço, quer dizer, eu saía ninguém me via ninguém me conhecia, então eu não tinha tanta vergonha, né. Mas agora, vir pra cá e enfrentar foi uma coisa muito difícil. **(Lygia)**

8.6. Indicadores de resiliência

Nesta categoria temática são apresentadas as unidades de significado identificadas nos relatos das mulheres, indicando elementos que as ajudaram a manter o bem-estar físico e psíquico ao longo do tratamento do câncer de mama, até o controle final da doença. Estas unidades de significados que emergiram nos relatos das mulheres entrevistadas foram compreendidas e descritas como indicadores de resiliência, visto que mostraram superação e capacidade de ressignificação da vida e das experiências vividas, conforme o conceito de resiliência de Rutter (1987; 1999), utilizado por Job (2000) e outros autores citados, que descreveram indicadores desse fenômeno, presentes nos participantes de seus estudos.

Sentimentos positivos: a vida “de volta ao normal”

Após serem consideradas curadas do câncer, as mulheres relataram percepções positivas de saúde geral e bem estar. Sobreviver ao câncer significou ter a vida de volta ao “normal” e “em ordem” com o forte sentimento de que venceu e está curada.

[...] olha, passei um ano, esse de 2008, sem ter *nada*, eu não tive uma gripe, resfriado, uma dor de cabeça, nada! Nada, nada, nada. Não é possível, né, que o meu organismo não esteja fortalecido (risos). **(Agatha)**

Mas, graças a Deus eu estou muito bem, eu fui ao médico agora e ele falou que os meus exames nunca estiveram tão bons como agora. **(Lygia)**

[...] Mas não me senti doente nunca, nunca, engraçado, né? Eu nunca me senti... Uma pessoa *doente*. [...] de um modo geral, eu tenho que agradecer que eu tô vivendo bem. **(Florbela)**

[...] mas, graças a Deus, tô normal, tô... Graças a Deus (risos). **(Simone)**

[...] olha tô aqui viva, com saúde, né, todo ano eu vou pra lá e graças a Deus que eles falou pra mim que não tem nada, tá tudo... Leva um batalhão de exame, todo ano, mas graças a Deus tá tudo em ordem. **(Zélia)**

[...] é muito gratificante, né, você estar curada, né? **(Isabel)**

[...] eu senti que tava curada, né? Porque não é verdade? A gente sente que o pior já tinha passado né? Não é verdade? [...] eu sinto aliviada agora (risos) eu sei que graças a Deus eu tô curada, né? **(Simone)**

Hoje eu sou... Eu sou uma pessoa assim, exatamente, pelas estatísticas, uma pessoa curada, né? **(Hilda)**

Bom humor

Ao longo dos relatos foi possível verificar a presença de risos e uma maneira bem-humorada e otimista de referir-se aos eventos, por vezes difíceis, vivenciados durante o tratamento oncológico.

[...] e eu tive a paciência de fazer para a posteridade um... Um book **(risos)** da minha queda de cabelo... [...] realmente eu fiquei pelada com a cabeça como se fosse um melão descascado. **(Agatha)**

[...] o resultado (dos exames) deu positivo. Esse positivo às vezes soa estranho porque seria negativo né? **(risos) (Agatha)**

[...] você mastiga isopor **(risos)** o tempo todo. E isso faz com que a gente passe a comer um pouco menos, né, tem um pouco de perda de apetite e...emagreça, eu perdi cinco quilos durante o tratamento, né. Até eu estava com ele a mais também **(risos)** então não fizeram tanta falta. **(Agatha)**

Porque desde pequena eu sou assim, bem-humorada, sabe? Nada, não é qualquer coisinha que me tira do sério, sabe? Eu tô sempre brincando, sempre rindo [...] E... E eu sou sempre assim, sempre alegre, e eu falei “meu Deus, não é isso que vai tirar minha alegria, né, não é isso!” **(Zélia)**

[...] olha, você vê, até chorando eu ainda brinquei com as minhas colegas, falei “ai, me toca morrer agora?”, sabe, brincando, ainda brinquei “ai, me toca morrer?” **(rindo) (Zélia)**

Laços afetivos positivos

As mulheres utilizaram-se das redes de apoio que estavam à sua disposição durante o tratamento realizado, e, em uma atitude de abertura ao outro, estabeleceram relacionamentos afetivos significativos, como por exemplo, dentro da família e em grupos de oração, recebendo, desta maneira, acolhimento e trocas afetivas que propiciaram sentimentos de bem-estar e amparo.

[...] quer dizer assim “vó, não tem importância que você esteja careca”, entendeu? Então, *não teve importância* ficar careca, se eu disser pra você que teve importância... Eu viajei, eu fui aos lugares que tinha que ir, eu ia pra (nome da cidade) fazer as quimios, eu ia, eu me arrumava, me sentia bem... (**Agatha**)

É uma lição de vida, parecia que todo dia que a gente lia um texto (no grupo de orações), e ia discutir, era pra mim, sabe? Então, parecia que tudo, eu fui convidada, convite à vida, eu fui convidada pra viver. (**Lygia**)

[...] lá é um calor humano, sabe? Lá a pessoa te beija e te abraça com o coração, lá nós temos uma que abraçar a outra batendo coração com coração. Então esse abraço é um abraço assim, como se diz verdadeiro sabe... (**Lygia**)

Envolvimento em atividades diversificadas

As mulheres mostraram habilidades e interesse em atividades variadas, como pintura, artesanato, culinária, engajamento em trabalhos voluntários e atividades físicas, que proporcionam bem-estar psíquico e prazer, uma vez que as ajudaram a pensar na possibilidade de vida além da doença.

[...] eu passo às vezes, quatro ou cinco horas diante de uma tela, e eu esqueço da minha vida [...] eu tenho minhas pinturas, eu tenho as minhas, os meus artesanatos, eu tenho as minhas leituras, eu leio bastante e... É isso aí, faço as minhas coisas, faço as minhas hidroginásticas e por aí... Eu não paro, *não paro*. (**Hilda**)

[...] comecei a pintar, fazer minhas coisas, as minhas artes aí... (me mostra os quadros que pintou e que estão expostos na sala)... E aí eu fui fazer o que eu queria né? E fui fazer um trabalho voluntário, eu já fazia um pouco de... De artesanato, aí eu me especializei em patchwork, então... É o que eu faço. **(Hilda)**

[...] eu fiquei quatorze anos aí, né, no (nome do lugar) fazendo atividade física, né e hoje eu faço lá no (nome do lugar) porque lá tem academia, tem professor [...] mas é uma delícia, menina! Uma delícia! Então, você vê, eu tenho 62 anos e tô, acho que tô ainda com uma cabeça boa! Às vezes colega minha que tá com cinquenta anos e parece que tá tudo morta! **(Zélia)**

Amadurecimento

Enfrentar o adoecimento e o tratamento do câncer de mama revelou-se às mulheres como uma experiência nova, que resultou na aquisição de novos conhecimentos com relação à doença, ao seu tratamento e a possíveis efeitos colaterais, de modo que, ao refletir sobre a possibilidade de recidiva ou a ocorrência de um novo câncer, as mulheres concluem que teriam meios de enfrentar de maneira mais tranquila e confiante com a doença, pois já saberiam como agir tendo como base a vivência anterior. Ao serem entrevistadas, as mulheres revelaram-se mais fortalecidas em relação ao período inicial da doença, parecendo ter adquirido amadurecimento, sentindo-se mais capazes de enfrentar outras possíveis adversidades com a experiência vivida.

E ganhei muita experiência, né? Eu tinha sempre um pouco de medo das coisas, né? Hoje parece que eu não tenho tanto medo que nem eu tinha primeiro, de... De assim, vamos supor cair num hospital, né **(Zélia)**

Já falei até pros meus filhos, sabe, eu falei “olha, passou, já passou, mas se voltar vou encarar a mesma coisa e vou tentar me curar, né?”, agora, se não curar, não vou amedrontar que vou morrer, não! Sinceramente... Porque não adianta... Se você fica amedrontada ou não fica, Deus sabe se você vai morrer ou se vai viver, não é mesmo? **(Zélia)**

[...] Eu reflito sobre isso, falo “mas, meu Deus, se houver uma recidiva, se houver uma coisa”... Nada do que eu não possa suportar ou não possa fazer frente também **(Agatha)**

No dia em que eu recebi a notícia que eu... Que eu poderia ter do outro lado, que eu poderia ter o problema de novo... Eu vou vencer essa também. Se eu venci as outras, eu vou vencer. [...] Então, cada coisa que você vence você vai tendo força pra vencer novos obstáculos... **(Hilda)**

[...] se é pra voltar outra vez, a gente enfrenta de novo, né? (**Simone**)

Hoje eu já não faria tudo o que eu fiz a primeira vez, porque foi uma surpresa pra mim. Hoje já não é mais... Então eu acho que hoje eu já enfrentaria melhor se tivesse alguma coisa. [...] com mais tranquilidade, acreditando, com mais fé, acreditando mais em Deus (**Lygia**)

[...] falo “bom, se voltar, eu... ou eu vou enfrentar ou eu vou morrer”, eu não vou me amedrontar! Não vou me amedrontar porque eu já sei tudo o quanto que é o tratamento, já sei como é que é ... (**Zélia**)

A solidariedade

O desejo ou necessidade de ajudar outro ser humano que atravessa a mesma situação de adoecimento por elas vivenciada foi constante no relato das mulheres. O existir humano é fundamentalmente ser-com e o encontro de subjetividades propicia a compreensão mútua e imediata (FORGHIERI, 1993). As mulheres entrevistadas sentiam que podiam ser úteis a pessoas que vivenciam o adoecimento por câncer, colocando-se como companheiras existenciais em uma trajetória que já percorreram e conseguiram superar, sobrevivendo. Ao contar suas vivências, oferecem palavras de incentivo e ânimo, de forma a mostrar aos outros doentes a importância de acreditarem na cura.

Eu queria aconselhar as pessoas, porque tem pessoas que acha que não, que acabou, porque aconteceu isso, e eu queria falar que não, que a pessoa tem que ir em frente, tem que ir à luta, tem que *lutar* pra sobreviver, não pode... Desanimar... (**Clarice**)

[...] eu tenho uma amiga agora que recentemente, há um mês, foi operada, então ela queria saber muita coisa, mas eu só contei as coisas boas que aconteceram comigo, você entendeu? Não vou contar coisa ruim [...] Então, eu entendo, porque eu também passei por isso [...] é só quem passou pela doença é que sabe avaliar a dor da outra pessoa. (**Lygia**)

E... Portanto, quando eu ia no consultório às vezes aqui, às vezes o médico mandava eu esperar pra falar qualquer coisa pra algumas pessoas que tinham ido lá e que tinham tirado a mama e que não se conformavam com isso, né? (**Ruth**)

[...] falei pra ela (amiga) “você tem toda chance pra sarar, vai de você se ajudar” [...] Então ela soube que ia cair o cabelo, falei “(nome) cabelo teu vai cair sim. Mas vai nascer um cabelo tão bonito!” [...] A pessoa tá assim, né, tem que ajudar né? Tem que dar uma força, senão ai meu Deus do céu, né? (**Virginia**)

E cada pessoa que eu sei que tem, eu vou na casa, eu vou, eu dou a maior força... (**Zélia**)

Entre as mulheres entrevistadas apenas duas relataram que não tinham ou tiveram qualquer vínculo com a Rede Feminina de Combate ao Câncer. As outras oito mulheres dedicam-se, ao menos semanalmente, ao trabalho voluntário nesta instituição. Evidenciou-se a vontade dessas mulheres de ajudarem a outras pessoas que enfrentam a mesma situação por elas vivenciada, seja com palavras encorajadoras e de ânimo, relatando a sua história como exemplo de cura e sobrevivência, ou dedicando-se à confecção de artesanatos e outras atividades que contribuam com ajuda financeira aos portadores de câncer carentes da cidade.

Agora eu amo a Rede, né? E amo as mulheres... Fiz esse grupo, né... A gente começou com esse grupo, começamos com mulheres operadas de mama [...] o grupo se chama Amigas do Peito, justamente porque começou com cirurgia de câncer de mama [...] Isso faz bem, muito bem pra gente, *muito bem mesmo*, tá? [...] quando você pode se dedicar... Dedicar algumas horas do seu tempo pra, pra os outros, é muito bom, a gente percebe isso, né... **(Agatha)**

[...] quando eu entrei, quando eu fui na Rede, eu falei que eu gostaria de ter um... Assim... De fazer uma reunião com pessoas que precisavam ser operadas, que já tinham operado... [...] era pra ajudar elas, pra elas não... Que a pessoa não pode desistir, tem que ir frente né, com o tratamento... **(Clarice)**

[...] ultimamente eu trabalho... Trabalho bastante pra Rede, trabalho pra Rede desde 99. Um ano depois que eu fiz a cirurgia eu optei por trabalhar por esta causa mesmo. [...] Então eu me dedico *integralmente* à Rede do Câncer... **(Hilda)**

Então assim, é muito gratificante você poder trabalhar... E olhe, o trabalho voluntário é melhor do que o remunerado sabe? Porque você sabe que você tá se dando, então é uma coisa assim que não tem preço. **(Lygia)**

E a gente levava lanchinhos pras pessoas na Santa Casa, que faziam a quimioterapia, então a gente chegava na sala e as pessoas ficavam assim meio retraídas, porque estavam sem cabelo e isso e aquilo, e eu já chegava assim fazendo um estardalhaço, “Ah você tá careca! Olha a cabeleira que eu tenho hoje! Meu cabelo também caiu, eu também tomei a quimioterapia aqui...” . Então eu contava a minha passagem... **(Lygia)**

[...] é bom que a gente ajuda lá e ajuda as outras pessoa também, né, porque lá é em prol da...dos outros doentes, né, que a gente faz, o bazar que a gente faz lá, né, então vende no final do ano, né, e é pra...é em prol dos outros doentes, né, pra remédio, cesta básica, né, que eles ajuda lá, né? **(Simone)**

E aí, no fim do ano a gente faz um bazar, e aquele dinheiro fica tudo na Rede, que lá tem cesta básica, tem remédio pra câncer, sabe que não é barato, né **(Virginia)**

[...] chamaram eu lá [...] pra conversar lá com as pessoas que não tinham muita coragem lá, né? Lá em (nome da cidade) e aqui na Rede Feminina da mulher, lá. [...] Então assim pra que eu desse... Conversasse, explicasse tudo o que aconteceu e o jeito que eu sou hoje, que eu não sou uma mulher morta, mesmo que eu tive o câncer! **(Zélia)**

Compreensão do momento vivenciado: a busca por informações

A necessidade de compreender o momento vivenciado motivou a busca constante por informações sobre a doença e o tratamento em diversas fontes, incluindo livros e jornais e mesmo o diálogo com os médicos. Saber mais sobre a doença que estava enfrentando, fez com que as mulheres acreditassem mais no tratamento e adotassem uma postura ativa no processo de cura.

Eu sou muito consciente daquilo que eu vivi e da maneira como eu enfrentei os meus obstáculos que eu tive, e ninguém passa pela vida em branca nuvem, né? [...] Eu mergulhei na coisa, eu mergulhei, eu fui olhar, procurava, procurava no jornal, procurava nas revistas, procurava saber, né... E eu sei bem o que aconteceu comigo... (Agatha)

Quando você sabe o que você está fazendo, você acredita que vai dar resultado, entendeu? Eu acreditei... [...] eu sou muito curiosa, meu temperamento, eu sou muito curiosa [...] e quando eu fiquei doente, falei “não, vou conhecer a minha doença a fundo, né” (Agatha)

Flexibilidade e aceitação de mudanças

As mulheres entrevistadas mostraram flexibilidade e disposição para enfrentar as mudanças ocasionadas pela doença, adaptando-se e buscando soluções práticas e criativas para os problemas do cotidiano. Essas mulheres mostraram a necessidade de aprender a “aceitar” e a “conviver” com as modificações ocasionadas pelo câncer de mama vivenciadas no dia-a-dia e as “marcas” deixadas no corpo, de modo que pudessem continuar a viver “naturalmente”.

Agora eu não sei o que me animou a aceitar assim com uma certa...uma certa paciência... (Agatha)

Não pode fazer com a mão direita, o braço direito? Faz com o esquerdo! (risos). Então eu ia fazer minhas coisas com a esquerda. [...] eu enfrentei sim, não fui... Que nem eu não posso... Machucar a mão, então eu uso luvas... Então, vamos supor, é luva de banheiro, é luva de lavanderia, luva de cozinha (rindo) (Clarice)

Foi só enfrentar a situação e levar com naturalidade, né? [...] vou levando minha vida... Sem preocupações. Eu acho que é próprio do meu tipo de viver, né? Quando eu tive parada cardíaca, que coloquei o... O marcapasso, eu não fiquei preocupada também (rindo)... Acho que é próprio de mim mesma, né, enfrentar as situações, se vai ter que enfrentar, vamos enfrentar. Tem gente que já fica aterrorizada, né? Não é o meu caso. **(Florbela)**

[...] eu acho que as pessoas têm que ter capacidade para esquecer, para *conviver* com as coisas, e acaba convivendo. [...] então... Você acaba acostumando e vai levando vida normal. [...] Minha rotina de vida super normal... Normal, normal... [...] Apesar de que você tem as seqüelas que você chama a atenção, né? [...] mas isso já se tornou uma coisa da minha vida, do meu corpo [...] essas coisas, você sabe que foi uma consequência que você tem que conviver com ela. **(Hilda)**

[...] você *aprende a conviver com as coisas*, então você passa a ser mais tolerante com você mesma [...] vai se adaptando e tudo vai... Graças a Deus que você vai se adaptando, porque senão... O que seria da gente passar, assim, o resto da vida brigando com os problemas, né? Brigando com as situações? **(Hilda)**

[...] enfrentei com a maior naturalidade. [...] vem pra gente e a gente tem que aceitar, não pode se revoltar. [...] quando eu aceitei a minha doença, eu passei a falar dela. Porque você precisa aceitar. Aí, você sente até prazer em falar. **(Lygia)**

Assim... *Atrapalhou*, mas eu acho que é uma coisa já normal... Você quer erguer o braço não dá, quer por pra trás também, mas isso não é uma coisa assim... Você passa sem fazer isso, né, que não dá pra você erguer [...] Mas... Não me atrapalha em nada, porque você se acostuma com tudo, né? **(Ruth)**

Apesar de eu ter tirado o seio, mas isso aí, eu falei, isso aí num... É... É uma coisa que faz parte no corpo da mulher, mas, né, pelo menos salvei a minha vida, né, não é verdade? Né? [...] eu não fiquei muito assim traumatizada com o problema, né? Eu aceitei né? [...] eu encarei, né? **(Simone)**

[...] eu não posso carregar peso, não posso, sabe, bastante coisa, mas isso daí não me afeta em nada, nada, nada, nada, nada. Tô com meus dois braços, graças a Deus, né [...] Mas eu faço tanta coisa, menina, com o meu braço que você nem sabe! Agora, as coisas que não dá, não dá! **(Zélia)**

Além disso, as mulheres procuraram solucionar os problemas ocasionados pela cirurgia do câncer de mama e pelos efeitos colaterais do tratamento oncológico de maneira criativa, utilizando-se de estratégias, como o uso de chapéus e a adaptação do sutiã, que possibilitaram convívio saudável às mudanças ocorridas com a doença.

[...] mas eu... Eu *não* sofri com isso (queda de cabelo), sinceramente, se eu disser que sofri, que me fez chorar, não é verdade, eu achei uma tal, uma coisa natural e eu usava um chapeuzinho muito...é muito charmoso, tinha de várias cores, combinando com a roupa, pra inverno, pra verão, pra tudo o mais... **(Agatha)**

[...] a primeira coisa que eu fiz foi mandar fazer uma peruca, com a qual eu não acostumei, só usava em ocasiões muito especiais [...] e o chapéu não, o chapéu eu achava até que eu ficava charmosa, botava um alfinetão no chapéu, virava a aba, fazia alguma coisa, mudava de cor, né... **(Agatha)**

[...] eu uso uma alça de sutiã mais curta do que a outra, então, a mama que, a minha, a que não foi cirurgiada ela fica mais no prumo da outra, não é? Então eu consertei aí com a alça do sutiã, entendeu? (**Agatha**)

[...] então eu ligava o sutiã à calcinha pra... Punha uma tira aqui pra segurar, porque senão ele ia lá pra cima, eu... Eu, eu mesma me virava com uma espuminha pra não chamar muita atenção das pessoas, pra *parecer* que tinha os dois seios, né? (**Florbela**)

[...] naquela época, não existia o sutiã, não existia as próteses, eu tive que me virar eu pegava o sutiã e enchia de espuma... [...] Eu tinha que ter uma aparência... Mais ou menos pra eu poder trabalhar, pra não chamar a atenção das pessoas [...] A gente procura esconder o que é feinho, né? Procura mostrar o que é mais bonitinho (risos). (**Florbela**)

Postura ativa diante da doença

Foi possível perceber no relato de algumas das mulheres entrevistadas a decisão de enfrentar direta e ativamente sua doença, buscando resolver o problema e chegar à cura. As mulheres relataram a necessidade de uma postura ativa frente ao adoecimento, e de lutar pela sobrevivência, seguindo as prescrições médicas e os tratamentos indicados sem desistir, tendo como objetivo final a cura.

O negócio é assim: tem? Tem. O que é preciso fazer? Quais os passos que eu tenho que seguir pra acabar... Pra me livrar disso, pra zerar isso aqui? É isso, isso, isso e isso, então eu vou fazer isso, né? (**Agatha**)

O que eu tenho que fazer? Eu tenho que procurar um meio de que me levante a minha auto-estima pra eu poder enfrentar os outros problemas. Aí já o câncer passou a ser uma coisa secundária (**Hilda**)

[...] não adianta, eu tinha que fazer a cirurgia, e fiz né, e fiz e falei “não, eu vou fazer todo o tratamento que precisar” [...] daí eu tive que por na cabeça que não, que eu *tinha* que fazer o meu tratamento (**Clarice**)

[...] eu tentei aceitar, né, pra reagir bem, pra num... Porque eu sabia que se eu me entregasse, talvez eu nem estaria aqui, né? Então eu tinha que lutar, principalmente por causa dos meus filhos, né? (**Isabel**)

[...] aí, o que que você faz? Você luta... A partir do instante que você sente que você tem um obstáculo pra vencer, você se apega mais à vida, você se apega... Ah... À família, você se apega a *tudo* o que você pode pra vencer aquela corrida... (**Hilda**)

Força e coragem diante do adoecimento

Apesar do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama ser vivenciado com medo do desconhecido e sofrimento, as mulheres referiram-se a uma determinada “fortaleza”, “força” e “coragem” adquirida neste momento, que as motivou a lutar e acreditar na cura e na sobrevivência.

[...] a gente percebe que a gente adquire uma determinada fortaleza... Há momentos em que você... Dá uma caída, né? Dá uma derrubadinha, mas... Passa. (**Agatha**)

[...] eu ficava de cama (após as quimioterapias), mas eu falava “faltam tantas pra acabar... Faltam só duas”, e eu ia lá, e falava ‘mas eu vou voltar pra fazer a outra’. Eu sabia que eu ia me sentir mal, mas eu voltava e fazia (sorrindo). [...] eu falava “*não posso* abaixar a minha cabeça... Não posso cair. Eu tenho que levantar e ir em frente né?” (sorrindo). (**Clarice**)

Então eu ficava preocupada, mas fazer o que, né, eu não podia sair de lá, né? Tinha que... Pensar “eu vou... Vou ficar firme, né, pra ver se eu vou embora logo, né?” (**Ruth**)

Mas eu tive muita força, né, força de vontade, né? Às vezes no começo assim eu queria fazer as coisas e não podia, mas eu pensava, falei “não, eu tenho que primeiro procurar a minha saúde, né, curar”... (**Simone**)

[...] eu fui assim, fiz todo o tratamento sem medo, sabe? É amedrontado o... Sabe? Mas eu falei “não, eu tenho que me curar e eu não posso ter medo!”, né? (**Zélia**)

[...] desde criança eu não sou muito medrosa, sabe, eu não sou, eu sou meio de enfrentar as coisas, então eu acho que isso me ajuda bastante também, não é mesmo? Me ajudou bastante também, né? (**Zélia**)

Sabe, porque lá... Se você não tiver uma coragem, lá assusta mesmo. Mas Deus me deu tanta força, menina, mas *tanta força*, que eu fiz tudo direitinho. E faço até hoje, né? (**Zélia**)

Eu tenho a impressão que eu tive assim, eu tenho um pouco mais de coragem de ver as coisas, de sentir, de ver e de... De encarar as coisas com mais... Mais coragem, que eu não tinha... No caso de... De ter um problema (**Hilda**)

Sentido existencial

A necessidade de continuar o cuidado com os filhos e a percepção de que ainda poderiam ser “úteis” a outras pessoas que também vivenciam o adoecimento por câncer,

mostra a presença da crença de que a vida possui um significado singular, e, que, portanto, necessitavam lutar para continuarem vivendo.

[...] como eu *sei* o que é ter um câncer, eu posso ser útil para quem teve, tem um câncer, nesse sentido... De alguma forma, eu não tô me arvorando aí uma *grande* batalhadora ou lutadora, mas o pouco que eu posso fazer, eu faço... Me... Tem um retorno muito grande pra mim, tem um retorno muito grande, eu sinto que eu estou viva porque eu ainda sou útil... De alguma forma... (**Agatha**)

Então eu tinha assim, sabe aquele pensamento positivo, que eu ia sair dessa pra poder... É criar meus filhos, né? Eu tinha uma *vontade* de viver, barbaridade! Não por mim, mas por eles... Eu acho que tudo isso ajuda. (**Florabela**)

Então a minha vida foi assim, entre os altos e baixos, mas... Eu procurei superar, em razão... De eu ter os meus filhos pequenos, de ter que criar meus filhos, de achar que eu ia fazer muita falta pra eles, sem dúvida alguma, eu ia deixar com quem? Com a vó? Que já não era jovem? Com tios? Que já não é pai nem mãe? Então tudo isso ah... Me ajudou muito, quer dizer, *eu* achando que eu tinha que viver, *viver bem*, e criar bem meus filhos, e fui levando, né? Levo até hoje (risos). (**Florabela**)

Fé em Deus e Esperança

A fé em Deus e a esperança na cura foram observadas no relato das mulheres entrevistadas, que destacaram a importância de manter “pensamento positivo” frente às adversidades vivenciadas e a crença de que a sobrevivência seria possível, apegando-se, para isso, na crença em Deus e na preocupação com os filhos que ainda necessitavam de seus cuidados de mãe.

O problema, ela vai passar, se ela tiver que passar, ela vai passar, se ela tiver que atravessar por aquela... Ponte, ela vai passar, mas sempre com pensamento positivo e viver a vida, enquanto a gente tá vivo, a gente tem que viver a vida, né? Sentir... Sentir que a gente pode viver plenamente, enquanto tiver vivo... Hora que morrer, morreu, acabou (risos). (**Florabela**)

[...] depois que eu fiquei doente, que eu fiz a cirurgia, as pessoas que me encontravam, me assustavam, mas eu, eu não estava preocupada com a minha cirurgia... Eu nunca tive... Eu tive sempre esperança de que tudo ia dar certo... E que ia ficar bem (**Florabela**)

Aí depois eu fui... Passei, fiquei pensando, né, falei “não! Eu vou sobreviver, eu vou sair dessa”, e foi aonde que eu peguei e fui fazendo (o tratamento) (**Clarice**)

[...] (a fé) te dá uma força que você... É... Continue a ter sua auto-estima e a sua esperança e que você, que seu organismo teria mais condições de ser imune a determinadas conseqüências, não é? (**Agatha**)

[...] hoje eu acho que sou mais... Mais crente no *meu poder*, na minha força e no poder que Deus me dá, essa crença a gente adquire sim, que a gente pode que você pode vencer... Não é fácil... Mas é... É... Mas consegue. (**Agatha**)

[...] se Deus deu aquele fardo pra mim, eu tinha que carregar ele e que eu não podia... Ficar *desesperada*, que eu, eu tinha que... Eu tinha a minha família pela frente, eu tinha meu filho, meu marido... Então eu fui pondo na cabeça que não, que eu ia conseguir... E foi aonde que eu consegui (risos) graças a Deus! (**Clarice**)

Mas aí, você vai melhorando, vai vendo que tudo tem cura, se você tem fé, você é curada, sabe? Então, você tem uma época de tristeza e uma época de alegria, você tem aqueles períodos de altos e baixos, né? (**Lygia**)

[...] então a pessoa se apega na oração e é essa fé que cura a pessoa. [...] e essa oração é que cura sabe? Se você não tem fé, você não cura. (**Lygia**)

[...] eu acho que foi a minha força, porque, eu tinha os filhos pequenos, né? (**Ruth**)

[...] mas depois, já encarei, com confiança, muita fé em Deus [...] Quer dizer, aquilo foi bom pra mim, né, que me fortaleceu, né? (**Simone**)

[...] tamos nesse mundo aqui pra passar uns pedaço na vida, né, é só... Confiar em Deus e ter fé que a gente vence né? (**Virginia**)

Então, graças a Deus eu enfrentei isso daí. [...] graças a Deus eu enfrentei, fiquei lá e... Num... Num pensava assim de vir embora, nem de largar o tratamento, nunca pensei isso daí não, de jeito nenhum! (**Zélia**)

Visão equilibrada da experiência adversa

As mulheres foram capazes de colocar o problema em perspectiva, equilibrando aspectos negativos e positivos vivenciados durante o adoecimento.

Você vai emagrecer, claro, você vai perder peso, é claro, não tem como... Perder cabelo, perder peso, perder apetite, perder... Isso é... Agora, não perdi sono, dormi muito, durmo muito bem, não precisei tomar calmantes ou tranquilizantes, não precisei. (**Agatha**)

E essa mama (mama cirurgiada) é mais bonitinha que a outra, porque ela é durinha e a outra está meio pendente (risos). (**Agatha**)

Identificação de aspectos positivos na experiência vivida

Refletindo sobre suas experiências com o câncer de mama, as mulheres conseguiram destacar aspectos vivenciais que consideraram positivos. De forma similar, Rossi e Santos (2003), encontraram em seus estudos que, em contraponto a todos os aspectos negativos gerados pelo câncer de mama, foram levantados aspectos positivos dessa experiência, como por exemplo, as mulheres relataram que passaram a valorizar mais a natureza, o momento presente e a vida de maneira geral, o que lhes ofereceu a possibilidade de redimensionarem a vida e realizarem uma revisão dos valores. 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. A experiência com o câncer de mama trouxe às mulheres do presente estudo, a possibilidade de fortalecimento pessoal, na medida em que relataram que se sentem mais felizes, mais calmas e mais corajosas.

[...] ficou uma experiência boa, né, pra mim pensar e analisar bem, porque às vezes a gente vê, mesmo na família da gente uma doença ou... Uma pessoa amiga assim e as pessoas se desesperam, né? “Por que comigo acontece isso?”, não é verdade? Mas a gente é um ser humano, né, a gente tá sujeito a tudo na vida, né? **(Simone)**

[...] que nem tem aquela música do Ivan Lins, né, que fala “... Esse teu jeito de achar, que a vida pode ser maravilhosa” (cantando), e eu acho que a vida pode ser maravilhosa, né... A vida pode ser maravilhosa, basta a gente... Não é fácil não, porque existem as crises, várias crises, as crises pessoais, as crises globais, não é, que se vive e fatos que... Mas a vida pode ser maravilhosa, simples, corriqueira... **(Agatha)**

[...] eu melhorei a minha rotina de vida, porque a gente passa, quando passa por uma situação... Assim, de preeminência de... De sentimentos e tudo o mais, a gente dá uma reciclada, a gente dá uma renovada e a gente vai... Revendo os valores que a gente colocava, não é? [...] a gente, realmente é uma pessoa que tá passando por uma vida, né, então a gente tem que valorizar cada momento dessa vida ainda que seja, que sejam os momentos tristes, os momentos de sofrimento eles têm... Trazem em si uma dose de... Um bem pra gente, né, fazem bem. **(Agatha)**

[...] a vida da gente muda... Completamente muda, nossa! Eu era mais nervosa, sabe? Eu era uma pessoa meia... Mais nervosa [...] Qualquer coisa assim, já ficava um pouco nervosa. Hoje, menina, mas sou uma pessoa tão boa, tão calma! Você não acredita! Todo mundo fala... **(Zélia)**

Até hoje a minha vida é melhor do que antes de eu ter o câncer, sabe? Eu acho... Eu acho assim pra mim que eu levo a vida melhor do que primeiro. E... Eu não sei se eu dei mais valor na vida... **(Zélia)**

[...] é você começa a dar valores pra outras coisas, né? Porque, eu acho que antes de... De passar por esta experiência, não era tudo assim, que você dava muito valor não... Agora, depois que eu passei por esta experiência, muda muito sua vida. [...] eu acho que você começa a respeitar mais o seu corpo, né? Você começa a... Dar mais valor [...] **(Isabel)**

[...] acho que você fica mais humana, você começa a tratar o próximo bem diferente... Porque... Eu achava que eu era muito egoísta, sabe? Agora já não, agora eu já penso mais também no próximo, né? **(Isabel)**

[...] sou uma pessoa parece que mais feliz e encaro a vida melhor do que eu encarava antes, sabe? Encaro a vida melhor do que eu encarava antes, né? Não é qualquer coisinha que eu acho ruim... **(Zélia)**

Mudanças existenciais significativas

Ao refletirem hoje sobre a doença, algumas das mulheres entrevistadas identificaram mudanças significativas em sua vida após o encerramento do tratamento do câncer de mama.

Levantava cedo todo dia e se mata, esfrega e isso... Eu falei, aí, hoje, minha nossa! Se eu tenho que largar a cozinha sem limpar eu largo, se eu tenho que deixar a cama sem arrumar eu deixo, sabe, assim...e não me preocupa assim na minha cabeça hoje. Naquele tempo me preocupava... [...] é outra coisa boa da minha vida (risos). **(Zélia)**

Eu era *muito* detalhista, hoje eu não sou mais comigo (risos). Porque, como eu nunca trabalhei fora, sempre cuidei da *minha* casa, então, eu era *muito* perfeccionista com as coisas, e eu vi que não era daquele jeito, que eu podia mudar... **(Clarice)**

Para Hilda e Ruth, as mudanças que sentiram em si após a doença foram associadas ao envelhecimento e à aproximação com a própria finitude.

[...] as pessoas, por natureza elas mudam, por natureza elas ficam mais sensíveis, mas é em função da finitude. Conforme você vai ficando mais de idade, você sente a finitude, então isso te traz sensibilidade, isso te traz uma... Uma preocupação... Uma aproximação com as pessoas, eu acho que não é o problema em si, você ter tido uma doença... [...] Eu acredito mais que seja toda uma alteração da pessoa, em função da [...] da finitude... (**Hilda**)

[...] é um processo assim que... Da vida, né? Natural, que você vai envelhecendo você vai, você vai... Ficando mais despojada das coisas, você vai ficando mais... Desligada das coisas materiais... Você vai ficando mais mão aberta, como diz, não é? Mas isso aí, pra mim, é decorrência de um processo de finitude... Tá? (**Hilda**)

Eu acho que eu não mudei não, eu acho que a gente muda assim, com o passar do tempo, que vai vindo mais idade, a gente muda, mas eu acho que é normal [...] cada ano é um ano que passa né, e depois que já passou dos quarenta, cinquenta, aí você vai sentindo o peso já, né? (**Ruth**)

8.7. Organização dos padrões de resiliência das mulheres-colaboradoras da pesquisa

Ao categorizar os indicadores de resiliência emergidos no relato das mulheres entrevistadas, foi possível verificar similaridade entre essas categorias temáticas e os indicadores de resiliência apresentados no trabalho de Job (2000), que teve como referencial o levantamento bibliográfico realizado por Polk (1997). Nesse sentido, foi realizada a aproximação entre as categorias temáticas encontradas no presente estudo e os indicadores relatados por Job (2000), conforme se apresenta no **QUADRO 3**. A seguir, no **QUADRO 4**, as vivências das participantes, indicativas de resiliência aparecem organizadas em *padrões de resiliência*, de acordo com os trabalhos de Polk (1997), Job (2000) e Neme (2005a). A organização das características de resiliência nessas categorias de padrões teve como objetivo facilitar sua visualização e estudo, ressaltando-se, entretanto, que esses indicadores apresentam uma complexa interrelação a ser ainda melhor identificada e esclarecida, de acordo com o apontado por Neme (2005a).

Quadro 3: Vivências das colaboradoras indicativas de resiliência e indicadores de resiliência categorizados por JOB (2000)

VIVÊNCIAS INDICATIVAS DE RESILIÊNCIA	INDICADORES DE RESILIÊNCIA CATEGORIZADOS POR JOB (2000)
Sentimentos positivos: a vida “de volta ao normal”	SAÚDE
Bom humor	HUMOR
Laços afetivos positivos	RELACIONAMENTO COM SIGNIFICADO
Envolvimento em atividades diversificadas	MÚLTIPLOS INTERESSES
Amadurecimento	APRENDIZAGEM
A solidariedade	SOLIDARIEDADE e COMPANHEIRISMO
Compreensão do momento vivenciado: a busca por informações	CURIOSIDADE
Flexibilidade e aceitação de mudanças	HABILIDADE DE ADAPTAR-SE EM CIRCUNSTÂNCIAS DE MUDANÇAS e CRIATIVIDADE
Postura ativa diante da doença	LUTAR ATIVAMENTE ORIENTADO PELO PROBLEMA
Força e coragem diante do adoecimento	CORAGEM
Sentido existencial	SENTIDO PARA A VIDA
Fé em Deus e esperança	CRENÇA, FÉ E ESPERANÇA
Visão equilibrada da experiência adversa	PERSPECTIVA EQUILIBRADA DAS EXPERIÊNCIAS E DA VIDA
Identificação de aspectos positivos na experiência vivida	REFLEXÃO POSITIVA DOS EVENTOS
Mudanças existenciais significativa	REFLEXÃO SOBRE AS MUDANÇAS AO LONGO DO TEMPO

Quadro 4: Padrões de Resiliência apresentados pelas mulheres-colaboradoras da pesquisa

Disposicionais	Relacionais	Situacionais	Filosóficos e/ou de crenças
- Sentimentos positivos: a vida “de volta ao normal” - Bom humor	- Laços afetivos positivos - Envolvimento em atividades diversificadas - Amadurecimento - A Solidariedade	- Compreensão do momento vivenciado: a busca por informações - Flexibilidade e aceitação de mudanças - Postura ativa diante da doença - Força e coragem diante do adoecimento	- Sentido existencial - Fé em Deus e esperança - Visão equilibrada da experiência adversa - Identificação de aspectos positivos na experiência vivida - Mudanças existenciais significativas
Saúde: Agatha, Florbela, Hilda, Isabel, Lygia, Simone, Zélia	Relacionamentos com significado: Agatha, Lygia	Curiosidade: Agatha	Sentido para a vida: Agatha, Florbela
Humor: Agatha, Zélia	Múltiplos interesses: Hilda, Zélia	Habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudanças e Criatividade: Agatha, Clarice, Florbela, Hilda, Lygia, Ruth, Simone, Zélia	Crença, Fé e Esperança: Agatha, Clarice, Florbela, Lygia, Ruth, Simone, Virginia, Zélia
	Aprendizagem: Agatha, Hilda, Lygia, Simone, Zélia	Lutar ativamente orientado pelo problema: Agatha, Clarice, Hilda, Isabel	Perspectiva equilibrada das experiências e da vida: Agatha
	Solidariedade e Companheirismo: Agatha, Clarice, Hilda, Lygia, Simone, Virginia, Ruth, Zélia	Coragem: Agatha, Clarice, Hilda, Ruth, Simone, Zélia	Reflexão positiva dos eventos: Agatha, , Isabel, Simone ,Zélia
			Reflexão sobre as mudanças ao longo do tempo: Clarice, Hilda, Ruth, Zélia

O **QUADRO 5** apresenta um panorama geral dos mecanismos de proteção identificados nos relatos das mulheres entrevistadas neste estudo e categorizados de acordo com Trombeta e Guzzo (2002) – condições pessoais, condições familiares e condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente; e dos padrões de resiliência encontrados, alocados de acordo com as categorias apresentadas por Job (2000).

Quadro 5: Categorização dos mecanismos de proteção e dos padrões de resiliência apresentados pelas mulheres-colaboradoras da pesquisa

Mulher	Mecanismos de proteção			Padrões de Resiliência			
	Pessoais	Familiares	Apoio/suporte do meio ambiente	Disposicionais	Relacionais	Situacionais	Filosóficos e/ou de crenças
Agatha	Fé; Sem culpa; Confiança; Informações; Sem efeitos colaterais; Diagnóstico precoce	Apoio Familiar	Amigos; Rede Feminina; Profissionais de saúde; Atendimento psic. e psiq.	Saúde; Bom Humor	Relacionamentos com significado; Aprendizagem; Solidariedade	Curiosidade; Habilidade de adaptar-se; Criatividade; Luta; Coragem	Sentido para a vida; Crença, fé e Esperança; Perspectiva equilibrada; Reflexão positiva
Clarice	Fé; Confiança	Apoio Familiar	Amigos; Profissionais; Contato com outras mulheres com câncer		Solidariedade; Companheirismo	Habilidade de adaptar-se; Luta; Coragem	Crença, Fé e Esperança; Reflexão
Florbela	Confiança	Apoio Familiar	Amigos; Trabalho; Atendimento psic. e psiq. Contato com outras mulheres com câncer	Saúde		Habilidade de adaptar-se; Criatividade	Sentido para a vida; Crença, Fé e Esperança
Hilda	Confiança; Busca e acesso a informações; Diagnóstico precoce	Apoio Familiar	Amigos; Trabalho; Profissionais; Atendimento psic. e psiq.	Saúde	Múltiplos interesses Aprendizagem Solidariedade Companheirismo	Habilidade de adaptar-se; Criatividade; Luta; Coragem	Reflexão sobre as mudanças
Isabel	Fé; Ausência de efeitos colaterais	Apoio Familiar	Amigos; Trabalho; Convivências com outros casos de câncer	Saúde		Luta	Reflexão positiva dos eventos
Lygia	Fé; Busca e acesso a informações; Condição sócio-econômica	Apoio Familiar	Amigos; Trabalho; Profissionais; Atendimento psic. e psiq.	Saúde	Relacionamentos com significado; Aprendizagem; Solidariedade; Companheirismo	Habilidade de adaptar-se; Criatividade	Crença, Fé e Esperança
Ruth	Fé; Ausência de culpa	Apoio Familiar	Profissionais de saúde; Convivência com outros casos de câncer		Solidariedade; Companheirismo	Habilidade de adaptar-se; Criatividade; Coragem	Crença, Fé e Esperança; Reflexão sobre as mudanças
Simone	Fé	Apoio Familiar	Rede Feminina; Profissionais; Convivência com outros casos de câncer	Saúde	Aprendizagem; Solidariedade; Companheirismo	Habilidade de adaptar-se; Criatividade; Coragem	Crença, Fé e Esperança; Reflexão positiva
Virginia	Fé	Apoio Familiar	Rede Feminina; Atendimento psic. e psiq.		Solidariedade; Companheirismo		Crença, Fé e Esperança
Zélia	Fé; Confiança; Diagnóstico precoce	Apoio Familiar	Amigos; Profissionais; Convivência com outros casos de câncer	Saúde; Bom Humor	Múltiplos interesses; Aprendizagem; Solidariedade; Companheirismo	Habilidade de adaptar-se; Criatividade; Coragem	Crença, Fé e Esperança; Reflexão positiva; Reflexão sobre as mudanças

Embora todos os mecanismos de proteção e os indicadores de resiliência estejam intimamente relacionados e não se possam estabelecer relações pontuais entre ambos, é possível identificar mecanismos de proteção que, ao atuarem nos momentos de adversidade, facilitam a emergência de certas características de resiliência.

O **QUADRO 6** apresenta essas associações.

QUADRO 6: Possíveis associações entre mecanismos de proteção e indicadores de resiliência.

MECANISMOS DE PROTEÇÃO	INDICADORES DE RESILIÊNCIA
Fé	Crença, fé e esperança Coragem Reflexão Positiva Sentido para a vida
Conhecer outros casos de câncer Participar da Rede Feminina Atendimento Psicológico e/ou Psiquiátrico	Aprendizagem Adaptação Criatividade Múltiplos interesses Reflexões sobre mudanças
Confiança	Bom Humor Reflexão Positiva Coragem Sentido para a vida
Diagnóstico precoce Sem culpa Atendimento Psicológico e/ou Psiquiátrico	Saúde
Apoio familiar Rede feminina Amigos/outros Profissionais de saúde Atendimento Psicológico	Solidariedade Companheirismo Crença, Fé, Esperança

8.8. Mecanismos de proteção e indicadores de resiliência encontrados no relato das mulheres-colaboradoras

Nos relatos das vivências das mulheres-colaboradoras foi possível apreender elementos compreendidos e categorizados pela pesquisadora como mecanismos de proteção e indicadores de resiliência, com base na literatura consultada. Buscando relacionar os

mecanismos de proteção e os indicadores de resiliência apreendidos no estudo, utilizando as categorias descritas por Job (2000) conforme aparecem no **QUADRO 5**, o relato da história de cada participante é retomado, visando compreender o conceito de resiliência de maneira abrangente, como o equilíbrio existente entre situações adversas que representam risco à pessoa e a presença e atuação de mecanismos de proteção.

Agatha: 78 anos; casada; dois filhos adultos; religião católica. Formada em Letras; Professora de Português; atualmente aposentada.

Essa colaboradora encerrou o tratamento oncológico há cinco anos e permanece apenas com o acompanhamento médico anual. Apresentou-se bastante participativa e disponível nas duas sessões de entrevista e narrou sua trajetória, do início da doença ao momento presente, de maneira clara e objetiva, demonstrando bom conhecimento sobre o câncer de mama e o seu tratamento, bem como a preocupação em apresentar um relato detalhado sobre sua experiência, evidenciando querer auxiliar pessoas que estão vivenciando a mesma doença. A análise de sua entrevista revelou a presença de mecanismos de proteção, dentre os quais se destacam os categorizados como “condições pessoais” e de “apoio” e indicadores de resiliência relacionados às quatro categorias de Job (2000), conforme o **QUADRO 5**.

Na entrevista, Agatha relatou que é católica praticante, e em diversos momentos referiu-se à **Fé e a crença em Deus** como uma importante fonte de “força” que a ajudou a enfrentar a doença. Esse mecanismo de proteção pode ser relacionado aos indicadores de resiliência **Lutar ativamente orientado pelo problema; Coragem e Crença; Fé e Esperança**.

Outros mecanismos de proteção categorizados como “condição pessoal” presentes no relato da participante, foram: **Busca e o Acesso a informações sobre a doença e o**

tratamento e **Confiança no tratamento** podem relacionar-se aos indicadores de resiliência **Aprendizagem; Curiosidade; Habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudanças** e **Criatividade**. Agatha relatou que desde criança apresenta um “temperamento curioso” e que sempre gostou de compreender a fundo as situações por ela vivenciadas; desse modo, ao receber o diagnóstico do câncer de mama, procurou, em diferentes fontes, aprofundar conhecimentos sobre a doença e o tratamento, o que favoreceu a aprendizagem de estratégias, por vezes criativas, sobre como lidar de maneira mais tranqüila e saudável com a situação, mostrando outro indicador de resiliência – a **Habilidade de adaptar-se em situações de mudança**.

O acesso a um bom tratamento em um centro oncológico de referência no Brasil favoreceu a atuação de mecanismos de proteção como a realização do **Diagnóstico precoce** e **Ausência de efeitos colaterais indesejáveis** ao longo do tratamento, que, em conjunto ao **Apoio oferecido pelos profissionais de saúde** e ao **Atendimento psicológico e psiquiátrico**, incrementaram o fator disposicional de resiliência, a **Saúde**.

Redes de apoio social também estiveram presentes como mecanismos de proteção a essa participante – **Família, Amigos e Rede Feminina de Combate ao Câncer**, relacionados aos indicadores de resiliência **Relacionamentos com significado; Solidariedade** e **Sentido para a vida**, identificados em seu relato.

Agatha beneficiou-se de mecanismos de proteção pessoais, relacionados às condições familiares e às condições de apoio/ suporte oferecido pelo meio ambiente e foi capaz de perceber e lançar mão desses recursos e, em uma atitude de abertura e relação com o mundo e com o outro, utilizou-se dos mesmos, melhorando suas condições de enfrentamento da situação de adoecimento. Diante da adversidade representada pelo adoecimento e o tratamento do câncer de mama, os mecanismos de proteção contribuíram para amenizar a situação e favorecer um modo saudável de lidar com ela, sendo, portanto, preditores de

resiliência. Agatha vivenciou o sofrimento, mas conseguiu atribuir um sentido e um significado à situação de doença, sendo capaz de realizar uma **Reflexão positiva**, englobando-a em sua totalidade existencial e dando continuidade à sua vida, ainda que carregando a marca permanente deixada pelo câncer de mama. Além disso, após a vivência de adoecimento, Agatha procurou aproximar-se do outro que vivencia situação semelhante, engajando-se no trabalho voluntário desenvolvido na Rede Feminina de Combate ao Câncer. Nessa instituição ela foi uma das fundadoras do grupo de artesanatos “Amigas do Peito”, formado por mulheres que passaram pela cirurgia do câncer de mama, e relatou que gosta muito de conversar sobre seu adoecimento como forma de alertar outras mulheres, sendo frequentemente convidada pela emissora local de televisão e por escolas da cidade para participar de entrevistas e palestras.

Agatha recebeu o diagnóstico de câncer de mama quando estava com 67 anos de idade, já vivenciando, portanto, especificidades do processo de envelhecimento. Entretanto, atualmente, com 78 anos, a experiência do câncer de mama parece ter sido integrada à sua totalidade existencial como mais uma experiência, dentre muitas outras já vivenciadas no decorrer da vida. Ao vivenciar um câncer e aproximar-se da possibilidade da morte, Agatha sente-se mais fortalecida e parece ter incrementado seu potencial resiliente, de tal modo que, conseguiu sobreviver, dar continuidade à vida após o adoecimento e transformar sua experiência em caminho para se aproximar de outras mulheres com câncer, escolhendo uma existência que ela considera mais significativa do que a anterior ao adoecimento.

Clarice: 53 anos; casada; um filho adulto; Ensino Médio completo; dona de casa.

Clarice recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 1997, realizou a quadrantectomia e o tratamento de seguimento e estava em remissão controlada da doença há seis anos. O momento do diagnóstico foi considerado bastante difícil e permeado por

sentimentos de desespero, preocupações e medo. Inicialmente, seu medo era de perder a mama e, posteriormente, de sofrer dores físicas e não sobreviver à doença. Além disso, Clarice destacou que no momento do diagnóstico, ouvir que está com “câncer” é algo “chocante”, ressaltando a concepção do câncer como doença mortal, geradora de sofrimento e perdas. No **QUADRO 5**, é possível observar que essa colaboradora apresentou mecanismos de proteção em três conjuntos de condições – pessoais, familiares e relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente; assim como a presença de indicadores de resiliência em três dos quatro padrões descritos por Job (2000): relacionais, situacionais e filosóficos e/ou de crenças.

A análise de sua entrevista revelou, entre as condições pessoais, os mecanismos de proteção **fé** e **confiança**. Durante a entrevista, Clarice relatou que, passado o momento inicial de “choque” com o diagnóstico, a **Fé em Deus** e na cura, assim como a **Confiança no tratamento**, começaram a se fazer presentes e atuaram como aspectos positivos que auxiliaram no enfrentamento do adoecimento. Esses dois mecanismos de proteção podem ser relacionados aos indicadores de resiliência situacionais: **luta orientada para o problema** e **coragem**, e aos indicadores de resiliência filosóficos e/ou de crenças: **Crença, Fé e Esperança**. Clarice conseguiu entregar-se com confiança ao tratamento e lutou corajosamente pela cura e pela retomada de sua vida, como afirmou durante a entrevista “a pessoa tem que ir em frente, tem que ir à luta, tem que lutar pra sobreviver, não pode... Desanimar...”.

Outros mecanismos de proteção que também estiveram disponíveis e auxiliaram Clarice no enfrentamento da doença foram a **Família** e o **Apoio de amigos e dos Profissionais de saúde**. Clarice relatou que a família, mesmo sendo composta apenas pelo marido e um filho, apresentou-se como um pilar bastante importante para sua recuperação, pois se sentiu amparada, mesmo tendo a consciência de que seu adoecimento também

provocou impacto tanto no filho como no marido. O câncer acarreta conseqüências a toda a família, interferindo na estrutura familiar e atingindo todos os membros. Entretanto, a coesão, os laços afetivos e, sobretudo o cuidado, tem um papel fundamental na recuperação do doente. Heidegger (2005) destaca o cuidado como solicitude, que está relacionada à maneira como o ser humano se envolve e se relaciona com o outro, manifestando paciência e consideração para com o existir do outro, o que, no momento de adoecimento esteve presente na vivência de Clarice, por meio da atenção e cuidados dispensados pelo marido e pelo filho. Ao estabelecer sua Analítica Existencial, Heidegger (2005), define o homem como um ser de cuidado, pois vive voltado para o futuro, para sua mortalidade. Segundo Stein (1984), a Psicologia e as Ciências Humanas e a Psicanálise, a partir de Heidegger, passam a ver o homem não apenas como um ser psicológico, mas também como um ser tanato-lógico.

A participação em um *workshop* para pacientes com câncer de mama, foi uma experiência destacada por Clarice como algo que a ajudou durante o tratamento da doença, e, dessa forma, o **Contato com outras mulheres com câncer de mama** auxiliou Clarice a vislumbrar a possibilidade de sobreviver e de ter qualidade de vida após o adoecimento. A partir dessa experiência, sentiu o desejo de trabalhar com mulheres que vivenciavam a mesma situação, auxiliando-as a enfrentar a doença. Como mecanismo de proteção, o contato com outras mulheres com câncer de mama relaciona-se aos indicadores de resiliência categorizados por Job (2000) como relacionais: **Solidariedade** e **Companheirismo**. Clarice, ainda durante o tratamento, procurou a Rede Feminina de Combate ao Câncer da cidade e engajou-se no trabalho voluntário oferecendo orientações e apoio em grupos de mulheres mastectomizadas. Atualmente, integra um grupo voluntário de artesanatos nessa instituição.

Para Clarice, os mecanismos de proteção desvelados na entrevista, relacionam-se a indicadores de resiliência identificados nos padrões relacionais; situacionais e filosóficos e/ou de crenças (Job, 2000). Clarice está vivendo uma fase saudável de sobrevivência e

mostrou 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, como na vida após o câncer, evidenciando-se o indicador de resiliência **Habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudança**. A capacidade de **Reflexão sobre as mudanças ao longo do tempo** liga-se à integração da vivência do câncer de mama à totalidade do existir de Clarice, conforme se apreende em seu relato.

Florabela: 75 anos; casada; três filhos; ensino superior completo; trabalhou como Assistente Social; atualmente aposentada.

Esta participante recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 1965, época em que não havia uma política estruturada no país voltada ao atendimento e tratamento global do portador de câncer, algo que somente ocorreria nas décadas seguintes com a criação e reconhecimento do INCA, como um centro nacional de referência para todas as instituições voltadas ao tratamento do câncer (SILVA, 2006) e com o desenvolvimento da oncologia, com novas técnicas cirúrgicas mais conservadoras e tratamentos cada vez mais eficazes. Assim, no relato dessa mulher foi bastante evidente a associação da enfermidade com a idéia de morte: “Aquilo foi um alvoroço. Porque o câncer na época era um atestado de óbito, né? Quem tinha câncer... Já tava prevendo a morte.”.

Florabela destacou a mastectomia radical, que na época era a opção disponível ao tratamento do câncer de mama: “... Agora também eles não tiram o seio todo, eles tiram só aquela parte onde tá afetada... Na minha época tirou todinho, todinho pra uma coisinha pequenininha... Era bem pequeno...”, assim como as dificuldades enfrentadas no pós-cirúrgico e na vida após o câncer, com a necessidade de adaptar o sutiã e as roupas, mostrando a preocupação com a estética corporal: “No começo é terrível, porque não existia, na época, não existia nem esse silicone, tinha que por um espuma, que era leve, você punha o sutiã, aquele

sutiã subia, então eu ligava o sutiã à calcinha pra... Punha uma tira aqui pra segurar, porque senão ele ia lá pra cima, eu... Eu, eu mesma me virava com uma espuminha pra não chamar muita atenção das pessoas, pra parecer que tinha os dois seios, né?”.

Apesar dessas dificuldades, a análise de sua entrevista revelou mecanismos de proteção relacionados a condições pessoais, a condições familiares e ao apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente, que foram percebidos e utilizados por Florbela, de modo que a auxiliaram no enfrentamento da doença, relacionando-se aos aspectos de resiliência identificados no relato da participante (Quadro 5). Os mecanismos de proteção **Confiança no tratamento; Família; Apoio de amigos e Contato com outras mulheres com câncer de mama** relacionam-se aos indicadores de resiliência **Sentido para a vida e Crença; Fé e Esperança**, pois na medida em que Florbela confiou e entregou-se ao tratamento oncológico, conseguiu projetar-se para além da situação concreta de doença, vislumbrando um futuro livre do câncer, isto é, tinha esperança de que iria curar-se. O apoio do marido e de outros familiares e a constante preocupação com os filhos conferiram o sentido para que continuasse vivendo apesar da doença.

Para Florbela, voltar a trabalhar quatro meses após realizar a cirurgia do câncer foi positivo, o que ela chamou de “laborterapia”. Dessa maneira, o **Trabalho** foi um mecanismo de proteção, relacionado aos indicadores de resiliência **Habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudanças e Criatividade**, já que ela necessitava pensar em alternativas para amenizar a mudança estética resultante da cirurgia, garantindo conforto e bem-estar durante sua atividade profissional.

O mecanismo de proteção relacionado ao apoio/suporte do meio ambiente, **Atendimento Psicológico e Psiquiátrico**, em conjunto aos demais mecanismos de proteção identificados, estiveram relacionados ao indicador de resiliência **Saúde**. No relato de Florbela foi possível perceber que, mesmo tendo vivenciado uma situação tão traumática como o

câncer de mama, especialmente enfrentando dificuldades específicas do momento em que o diagnóstico e tratamentos ocorreram, ela relatou um sentimento de bem-estar geral, tanto no momento de vida presente, como no momento em que estava doente: “Mas não me senti doente nunca, nunca, engraçado, né? Eu nunca me senti... Uma pessoa doente. Nem agora que tô com esse marcapasso, eu não me sinto doente.”. Isso mostra que para Florbela, assim como para Agatha, a experiência com o câncer de mama pareceu incrementar seu potencial de resiliência, na medida em que ela conseguiu prosseguir com a vida, apesar da doença, com o sentimento presente ao longo da entrevista, de bem-estar físico e psíquico.

Hilda: 73 anos; casada; sem filhos; formada em Administração de Empresas e Economia; atualmente aposentada.

O diagnóstico de câncer de mama foi realizado em 1997 e Hilda está há cinco anos fora de tratamento. Ela relacionou o desenvolvimento do câncer de mama a dois eventos ocorridos antes do diagnóstico: a utilização da terapia de reposição hormonal; e o estresse pelo adoecimento da mãe com Doença de Alzheimer, que a levou a um longo período em que precisou adaptar-se à rotina de cuidados com a mãe enferma e que se encerrou com a morte da mesma. Hilda não pode estar presente no momento do velório e do enterro da mãe, o que acarretou intenso sofrimento e, para a participante, teve grande influencia em seu adoecimento.

Apesar de ter vivenciado algumas dificuldades na realização do diagnóstico, obtendo opiniões médicas divergentes sobre a doença e apresentado muita dificuldade pessoal em aceitar que estava com câncer, Hilda teve a confirmação do diagnóstico na fase inicial da doença, o que propiciou a realização de cirurgia mais conservadora e aumentou sua possibilidade de cura. Assim, o **Diagnóstico precoce** foi um mecanismo de proteção na história de Hilda. Outros mecanismos de proteção como **Confiança no tratamento; Busca e**

acesso a informações; Apoio de profissionais de saúde e Atendimento Psicológico e Psiquiátrico também foram identificados a partir da análise de sua entrevista e podem ser relacionados aos indicadores de resiliência **Habilidade de adaptar-se em circunstância de mudanças e Aprendizagem**.

Antes de realizar a cirurgia oncológica, Hilda procurou um tratamento alternativo para o câncer, com cápsulas de mamona, e relatou que teve confiança nesse tratamento, acreditando que ele contribuiria para a cura; em paralelo, entretanto, submeteu-se ao tratamento oncológico convencional e seguiu fielmente todas as orientações médicas. O acesso a uma boa equipe médica, em um hospital de referência no país, foi um mecanismo de proteção disponível à Hilda, que, aliado ao apoio psicológico e ao acesso a informações sobre a doença, levou a participante a concluir que “aprendeu” com o câncer, relatando a percepção de que, caso venha a desenvolver um novo câncer ou a recorrência da doença, enfrentaria a situação de maneira mais tranquila, pois saberia como lidar com os tratamentos, as dúvidas e os sentimentos de angústia já vivenciados.

Para Hilda, os mecanismos de proteção **Apoio da Família; Apoio de amigos e Trabalho** estiveram presentes e relacionaram-se aos indicadores de resiliência: **Luta ativa orientada pelo problema e Coragem**. Hilda é uma mulher dedicada ao mundo das artes, demonstrando grande interesse em atividades de pintura e artesanatos de maneira geral, e seu depoimento revelou que a dedicação a atividades artísticas logo após a finalização do tratamento, auxiliou-a na superação da situação adversa vivenciada e a seguir em frente, dedicando-se ao trabalho voluntário de ajuda a portadores de câncer. Atualmente, refletindo sobre sua experiência, Hilda concluiu que, ter sobrevivido a uma situação adversa tão impactante como o câncer, traz um sentimento de vitória e hoje a participante compreende e integra esta situação à totalidade de sua existência. Ao revelar a consciência de que a vida humana é um processo em constante e contínua transformação, permeada por bons e maus

momentos, identifica-se o indicador de resiliência **Reflexão positiva sobre as mudanças** no relato dessa participante.

Foram identificados mecanismos de proteção relacionados às condições pessoais, familiares e de apoio/suporte do meio ambiente na vivência de Hilda (**QUADRO 5**) e esses mecanismos foram percebidos e utilizados pela participante, identificando-se indicadores de resiliência constantes nos quatro padrões de resiliência descritos por Job (2000): disposicionais, relacionais, situacionais e filosóficos e/ou de crenças. As experiências do câncer e do tratamento, no entanto, ainda se fazem presentes no cotidiano de Hilda, já que seqüelas, como a queda de cabelo e a diferença entre os seios, estão presentes e a desagradam, levando-a a oscilar entre sentimentos de vitória e alívio por ter sobrevivido e de insatisfação com essas seqüelas, predominando, porém, o sentimento de vitória.

Isabel: 54 anos; casada; dois filhos adultos; manicure, ainda trabalha na mesma atividade.

Recebeu o diagnóstico de câncer em 1996 e, após realizar a quadrantectomia para a retirada de um nódulo, precisou submeter-se à mastectomia radical, seguida de tratamento com radioterapia e quimioterapia e posterior cirurgia de reconstrução mamária. Está fora de tratamento há oito anos.

No relato dessa participante surgiram aspectos relacionados ao tratamento oncológico como uma agressão ao corpo. Ao deparar-se com as alterações físicas decorrentes do tratamento – queda de cabelo e marcações na pele para a realização da radioterapia – Isabel vivenciou intenso sofrimento, com sentimentos de “revolta” e “vergonha”, e também com a necessidade de interromper o trabalho remunerado para dar continuidade ao tratamento realizado em outra cidade. Isabel também desenvolveu, após a cirurgia de câncer de mama, erisipela no braço homolateral à cirurgia, que é o inchaço acompanhado de incômodo físico.

A análise de sua entrevista revelou a presença de mecanismos de proteção nos três conjuntos de condições categorizadas – pessoais; familiares e de apoio/suporte do meio ambiente. Destacou-se, no relato dessa participante, o mecanismo de proteção **Fé em Deus**, já que ela relatou que, com a doença, sentiu a necessidade de reaproximar-se da religião e da fé em Deus como meio de suportar a situação e auxiliar sua recuperação. Esse mecanismo, junto da **Ausência de efeitos colaterais**, relaciona-se ao indicador de resiliência **Reflexão positiva dos eventos**, pois Isabel avaliou que o câncer, apesar de ser uma situação de intenso sofrimento, propiciou-lhe vivências positivas, como a reaproximação com a religião, da qual se sentia afastada. Mesmo tendo algumas seqüelas do tratamento oncológico, Isabel não teve efeitos colaterais com a quimioterapia e, a **Ausência de efeitos colaterais indesejáveis**, permitiu que ela realizasse a cirurgia de reconstrução mamária antes do tempo previsto, tendo uma recuperação mais tranqüila.

Os mecanismos de proteção relacionados aos diversos apoios sociais recebidos – **Família, Amigos, Trabalho** e a **Convivência com outros casos de câncer dentro do hospital**, podem ser relacionados aos indicadores de resiliência **Luta ativa orientada no problema** e **Saúde**. Isabel contou em sua trajetória de adoecimento e sobrevivência ao câncer de mama, com mecanismos de proteção relacionados a diversas fontes de apoio social, tanto dentro da família, como provenientes de grupos externos, os quais contribuíram para o indicador de resiliência **saúde**, representado por um sentimento de bem-estar global, apesar do câncer. Isabel relatou durante a entrevista que se sentia bem por ela ter adoecido e não os filhos, mostrando aceitação da doença.

Lygia: 56 anos; casada; dois filhos adultos; ensino superior completo; professora de Matemática; atualmente aposentada.

Lygia recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 2000 e está há oito anos fora de tratamento. Relatou que o momento do diagnóstico foi bastante difícil e gerou sentimentos de desespero, depressão e medo intenso do futuro permeado pela doença e pela expectativa de efeitos colaterais do tratamento.

O **QUADRO 5** mostra que essa participante contou com a presença de mecanismos de proteção relacionados a condições pessoais, familiares e de apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente, bem como indicadores de resiliência em três dos quatro padrões descritos por Job (2000): disposicionais, relacionais, situacionais e filosóficos e/ou de crenças.

Os mecanismos de proteção **Fé em Deus** e **Condição sócio-econômica** favoreceram o indicador de resiliência **Crença, Fé e Esperança**. E o mecanismo de proteção, também relacionado a condições pessoais, **Busca e acesso a informações sobre o câncer de mama e o tratamento**, bem como **Apoio dos profissionais de saúde** e o **Atendimento psicológico e psiquiátrico** favoreceram os indicadores de resiliência **Aprendizagem** e **Habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudanças**.

Também estiveram disponíveis a Lygia, mecanismos de proteção relacionados ao apoio social oferecido pela **Família**, por **Amigos** e também no **Trabalho** e esses mecanismos favoreceram a construção de **Relacionamentos com significado** (indicador de resiliência relacional) que ajudaram a participante a enfrentar a situação de adoecimento e tratamento, na medida em que se sentia amparada no grupo familiar, pelos filhos, pelo marido e também por uma irmã que acompanhou sua trajetória de tratamento. Lygia também percebia que tinha amigos sinceros ao seu lado. Os mecanismos de proteção identificados também podem se relacionar ao indicador de resiliência **Saúde**.

A análise da entrevista de Lygia permitiu identificar os indicadores de resiliência relacionais **Solidariedade** e **Companheirismo**, pois ela relatou que trabalha voluntariamente na Rede Feminina de Combate ao Câncer e disse sentir grande bem-estar realizando este trabalho com portadores de câncer: “o trabalho voluntário é mais gratificante.”, utilizando sua trajetória de vida como um exemplo de que é possível vivenciar uma doença tão grave como o câncer de mama e sobreviver a ela de maneira saudável.

Ruth: 71 anos; casada; quatro filhos adultos; ensino fundamental completo; dona de casa.

Ruth recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 1973, estando há 35 anos fora de tratamento. Durante a entrevista, relatou as dificuldades vivenciadas na trajetória de tratamento do câncer, tendo em vista que a área de oncologia ainda estava em desenvolvimento na cidade, assim como em todo o país, o que gerava a necessidade de viajar para a capital paulista para realizar tratamento adequado; e também dificuldades no pós-cirúrgico, sobretudo na movimentação do braço homolateral à cirurgia, já que, naquela época não era comum a indicação de fisioterapia para auxiliar na recuperação.

A análise de sua entrevista revelou a presença de mecanismos de proteção entre as condições pessoais, familiares e relacionados ao apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente. Ruth relatou a importância da **Fé em Deus** e a **Ausência de culpa por ter tido um câncer**, mecanismos de proteção relacionados a condições pessoais, que a auxiliaram a conviver de maneira mais saudável com as sequelas e dificuldades decorrentes do adoecimento e tratamento de câncer, relacionando-se aos indicadores de resiliência pertencentes ao padrão situacional **Habilidade de adaptar-se em circunstâncias de mudanças** e **Coragem**.

A presença de mecanismos de proteção relacionados ao apoio oferecido no núcleo familiar, pelos filhos, marido e família estendida (mecanismo de proteção relacionado a condições familiares – **Família**), assim como o apoio e atenção oferecido pelos **Profissionais**

de saúde e Funcionários do hospital, amenizou suas dificuldades e o sentimento de solidão vivenciado durante o tratamento oncológico, auxiliando no enfrentamento da doença. A **Convivência com pessoas com outros tipos de câncer dentro do hospital** foi um mecanismo de proteção relacionado ao apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente, que fortaleceu Ruth para o enfrentamento da doença, na medida em que possibilitou à participante aproximar-se de vivências semelhantes à sua, auxiliando-a a ver que “não estava sozinha” nesta trajetória, e que muitas outras pessoas percorriam com ela o mesmo caminho; este mecanismo de proteção relaciona-se ao indicador de resiliência **Companheirismo**, na categoria padrão relacional (Job, 2000).

A análise da entrevista mostra que Ruth conseguiu integrar a vivência do câncer de mama em sua existência, como mais um evento entre muitos outros vivenciados, levando-a a uma postura de aceitação da vida humana como uma trajetória permeada de constantes mudanças, geradas tanto por fatores como uma doença, como pelo processo natural de envelhecimento. Essa postura é identificada com o indicador de resiliência que faz parte do padrão filosófico e/ou de crenças: **Reflexão sobre as mudanças ao longo do tempo**. Entretanto, em alguns momentos da entrevista essa aceitação da doença apresentou-se com certo conformismo e uma postura passiva diante do adoecimento e das seqüelas advindas com a cirurgia mamária, já que Ruth relatou que não realizou a cirurgia de reconstituição mamária, por exemplo, pois sentiu que esse fato não incomodava ao marido, acomodando-se à situação.

Simone: 63 anos; casada; três filhos adultos; ensino fundamental completo; dona de casa.

Simone recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 1988, realizou quadrantectomia para a retirada de nódulos e, passados alguns anos, necessitou realizar a mastectomia radical e tratamento de seguimento. Permaneceu por 15 anos em tratamento e está há seis anos em remissão controlada da doença.

A análise de sua entrevista revelou a presença de apenas um mecanismo de proteção entre as condições pessoais: **Fé em Deus**. No decorrer da entrevista, Simone referiu-se à importância de acreditar e confiar em Deus, assim como o papel das orações em seu processo de enfrentamento da doença: “encarei, com confiança, muita fé em Deus, e tinha o pessoal da minha igreja que tava em oração, rezaram muito por mim... Naquele tempo eles tavam fazendo novena do natal, né? Nossa, mas precisa de ver o que rezaram por mim! Quer dizer, aquilo foi bom pra mim, né, que me fortaleceu, né?”. Para Simone, este mecanismo de proteção foi bastante importante e a ajudou a conviver de maneira mais tranqüila com a doença e as modificações ocorridas principalmente durante o tratamento, sendo relacionado aos indicadores de resiliência **Habilidade de adaptar-se em situações de mudanças** e **Coragem** (padrão de resiliência situacional), e **Crença, Fé e Esperança** (padrão de resiliência filosófico e/ou de crenças).

Simone também contou com o mecanismo de proteção **Família**, que se refere ao apoio e relacionamento afetivo recebido dos filhos e do marido, e com mecanismos de proteção relacionados ao apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente: **Apoio dos profissionais de saúde e dos funcionários do hospital** e **a Convivência com pessoas com outros tipos de câncer dentro do hospital**, relacionados ao indicador de resiliência **Aprendizagem**.

Outro mecanismo de proteção verificado no relato da participante foi o apoio oferecido pela **Rede Feminina de Combate ao Câncer**, com ajuda financeira e apoio psicossocial por meio do grupo de artesanatos. Este mecanismo esteve relacionado ao indicador de resiliência **Solidariedade**, na medida em que Simone, após encerrar o tratamento oncológico, passou a dedicar-se semanalmente ao trabalho voluntário nesta instituição, como meio de ajudar a outros portadores de câncer.

Apesar do câncer ainda ser uma experiência que remete a vivências dolorosas, Simone foi capaz de identificar pontos positivos nessa experiência (indicador de resiliência **Reflexão positiva dos eventos**), bem como relatar um sentimento de bem-estar geral, a despeito da doença (indicador de resiliência **Saúde**).

Virginia: 69 anos; casada; três filhos adultos; ensino fundamental completo; dona de casa.

Virgínia recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 1975 e realizou a mastectomia radical bilateral sem reconstrução mamária. Mesmo estando fora de tratamento há 31 anos, o câncer de mama parece ter deixado marcas profundas em Virginia, que se emocionou em alguns momentos da entrevista ao relembrar suas experiências durante o diagnóstico e tratamento oncológico. A participante destacou as dificuldades vivenciadas, sobretudo no pós-cirúrgico, com a necessidade de interromper as atividades domésticas e o cuidado com os filhos ainda pequenos. Ela também relatou que ficou com depressão durante o tratamento oncológico e necessita de acompanhamento psiquiátrico até hoje, com o uso de calmantes.

O **Quadro 5** mostra que Virginia relatou poucos mecanismos de proteção como presentes em sua história, assim como poucos indicadores de resiliência. O único mecanismo de proteção relacionado a condições pessoais identificado no relato dessa participante foi a **Fé em Deus**, apontado por ela como um dos pilares que a ajudou a sobreviver ao câncer. Esse mecanismo de proteção relaciona-se ao indicador de resiliência **Crença, Fé e Esperança**.

Os mecanismos de proteção relacionados ao apoio social identificados no relato de Virginia foram: **Família; Apoio da Rede Feminina de Combate ao Câncer e Atendimento psicológico e psiquiátrico**. Ao longo da entrevista, Virginia relatou a colaboração dos filhos com os afazeres domésticos, assim como o apoio do marido e da mãe, que a ajudaram no cuidado com os filhos. Devido à depressão, Virginia faz acompanhamento

psiquiátrico e relatou bem-estar emocional depois que foi medicada. Com relação à Rede Feminina, relatou o apoio psicossocial e financeiro recebido durante o tratamento e, posteriormente, sua dedicação ao trabalho voluntário no grupo de artesanato, como maneira de ajudar portadores de câncer; este mecanismo de proteção relaciona-se ao indicador de resiliência **Solidariedade** (padrão relacional). Esta participante foi a única que realizou a mastectomia radical bilateral o que, durante a entrevista ficou claro ser um fato que a aborrece bastante. Ela relatou que se sente incomodada com a cicatriz resultante da cirurgia, não apenas esteticamente, mas também porque sente desconforto e coceira na cicatriz. Essas seqüelas parecem dificultar a aceitação da doença, o que apareceu em suas demonstrações de raiva e inconformismo, referindo-se à cicatriz como “uma porcaria”. Ao não buscar a reconstrução das mamas, Virginia mostra certo desalento e auto-desvalorização, convivendo com os incômodos de forma passiva e pouco saudável.

Zélia: 61 anos; casada; dois filhos adultos; ensino fundamental completo; trabalha com artigos para festa e é aposentada.

Zélia está há cinco anos fora de tratamento. Durante a entrevista, mostrou-se uma mulher alegre e bastante comunicativa, relatando toda a sua trajetória, do adoecimento ao controle da doença.

O **QUADRO 5** permite observar que Zélia contou com mecanismos de proteção nas três condições categorizadas (pessoais, familiares e relacionadas ao apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente). A análise de sua entrevista revelou que, para essa participante, os mecanismos de proteção relacionados ao apoio social proveniente tanto da família, como de grupos externos, sobretudo amigos, tiveram grande importância no enfrentamento da doença. Zélia relatou que, além do apoio/suporte oferecido pela **Família**, durante o tratamento e recuperação do câncer, ela recebeu a visita e o apoio de muitos **Amigos**: “... Quase trezentas

pessoas veio aqui me ver, então, nossa! Eu e minha filha marcava num caderno, porque eu falei ‘nossa, quanta pessoa que vem vindo, né!’”. Estes dois mecanismos de proteção disponíveis foram percebidos e utilizados por Zélia, ligando-se ao indicador de resiliência **Coragem** (padrão de resiliência situacional).

Para Zélia, o **Apoio dos profissionais de saúde e dos funcionários do hospital**, incluindo desde a equipe médica e o acompanhamento de terapeutas ocupacionais até funcionários da limpeza, no período em que necessitou ficar internada em outra cidade, foi identificado como um importante mecanismo de proteção que, em conjunto com o mecanismo **Convivência com pessoas com outros tipos de câncer dentro do hospital** (condições relacionadas ao apoio/suporte oferecido pelo meio ambiente), favoreceu os indicadores de resiliência **Aprendizagem** e **Companheirismo**, identificados como padrão de resiliência relacional (Job, 2000).

Também foram identificados no relato de Zélia os mecanismos de proteção relacionados a condições pessoais **Fé em Deus; Confiança no tratamento e Diagnóstico precoce**, que auxiliaram no enfrentamento do câncer de mama, relacionados aos indicadores de resiliência **Crença, Fé e Esperança** e **Habilidade de adaptar-se em circunstância de mudanças**.

Zélia parece ter atribuído um significado ao adoecimento em sua vida, integrando-o à totalidade existencial e, ao longo da entrevista, rememorou momentos de intenso sofrimento e solidão vivenciados no período de diagnóstico e tratamento, mas também relatou vivências positivas: sentimento de bem-estar físico e psicológico vivenciados no momento de vida presente, apresentando os indicadores de resiliência **Reflexão positiva dos eventos** e **Reflexão sobre as mudanças ao longo do tempo** (padrão filosófico e/ou de crenças) e **Saúde** (padrão de resiliência disposicional).

9. UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE A VIVÊNCIA DA MULHER SOBREVIVENTE AO CÂNCER DE MAMA

A análise fenomenológica das entrevistas possibilitou a apreensão das vivências das mulheres-colaboradoras, de modo que, a partir da aproximação intersubjetiva e reflexiva entre a pesquisadora e as colaboradoras desse estudo, os significados das vivências do adoecimento por câncer de mama puderam ser des-velados e compreendidos, de acordo com o organizado nas categorias e subcategorias temáticas surgidas ao longo dos relatos.

Retomando as características básicas do existir humano apresentadas por Forghieri (1993), tem-se que o ser-no-mundo é a estrutura básica do existente. O “mundo”, representado não apenas pelo lugar onde a existência ocorre, mas também pelos objetos e, sobretudo, pelas pessoas com as quais nos relacionamos, é parte da construção da identidade humana, ou seja, a identidade de cada pessoa está implicada no mundo e em suas circunstâncias.

Ao se deparar com o diagnóstico de um câncer de mama, a mulher sente-se abalada em sua estrutura mais fundamental, já que uma doença tão grave como o câncer, não faz parte, a princípio, do mundo cotidiano da mulher. Ao contrário, o ser humano, mesmo tendo conhecimento intuitivo de que a existência humana é permeada por paradoxos, vivencia a doença como uma situação estranha e inesperada. Do momento inicial em que ocorre a suspeita de que algo não está bem, até a confirmação do diagnóstico, a mulher experimenta uma espécie de ruptura em sua identidade, pois, sendo um evento inesperado, o câncer a coloca diante de uma nova possibilidade existencial – a de ser-no-mundo-com-câncer de mama.

Essa nova possibilidade existencial, e todo o caminho percorrido com o tratamento – cirurgia mamária; quimioterapia e radioterapia e suas implicações, como queda

do cabelo, queimaduras na pele, perda do paladar, linfedema e alterações na vida cotidiana – fazem parte do “mundo circundante”, que é definido por Forghieri (1993, p.29) como “tudo aquilo que se encontra concretamente presente nas situações vividas pela pessoa, em seu contato com o mundo”; assim, o câncer passa a fazer parte desse mundo e o corpo, síntese das relações entre o ser e o mundo, passa a ser corpo-dor, locus de restrições e temores. A doença é uma condição sobre a qual não se tem um controle efetivo, e constitui-se como uma experiência de desorganização interna, em que as mulheres sentem-se aflitas e em dúvida com relação à própria identidade e, mais do que isso, entram em contato com a facticidade da existência humana: a possibilidade do não-ser; ou seja, a mulher percebe-se nesse momento como um ser finito, um ser para-a-morte, e, essa constatação, como coloca o filósofo Tillich (1976, p. 33) produz ansiedade: “A ansiedade do destino e da morte é a mais básica, mais universal e inescapável. Todas as tentativas de negá-la são fúteis [...], pois existencialmente todo mundo tem certeza da completa perda do eu que a extinção biológica implica.”

O câncer de mama é uma situação-limite que, impregnada por simbolismos, crenças e medos, traz concretamente à mulher o paradoxo existencial mais genuíno da existência humana: somos vivos, mas também mortais. A morte é a companheira constante em todo o percurso e se faz presente até mesmo no momento de vida atual, livre da doença, como relatado pelas mulheres deste estudo, que se sentem com uma “espada pendente sobre a cabeça” (**Agatha**) mesmo sendo consideradas curadas do câncer de mama. Desse modo, a doença introduz uma dimensão desconhecida da vida, isto é, traz à mulher uma experiência adversa, uma nova existência que, diferente da vida antes do câncer, convida a mulher a entrar em contato com novas possibilidades de existir, que incluem desde mudanças na aparência física, como por exemplo, a queda do cabelo e diferentes adaptações, com perucas, chapéus e lenços, até modificações e reajustes em seu modo de ser-no-mundo, com revisão de valores e retomada ou reestruturação do projeto existencial. Assim, ser-no-mundo-com-câncer de mama

não é uma simples variação da dimensão da saúde, mas se apresenta como uma nova possibilidade existencial, uma nova dimensão da vida, em que a mulher percorre um longo caminho de luta e adaptação.

Tendo em vista que todas as mulheres entrevistadas estão em fase de remissão controlada da doença, emergiram, em seus depoimentos, aspectos que revelam o sentido da vida após o adoecimento. Evidencia-se que, ao mesmo tempo em que estando livres do tratamento, tendo retomado o projeto existencial e dado prosseguimento à vida com mais tranquilidade – permeada por vivências de bem-estar, mais do que de mal-estar – a experiência do câncer de mama significa uma marca existencial. A intensidade com que as mulheres reviveram a experiência da doença ao relatar suas vivências na situação de entrevista, mesmo estando fora de tratamento há muitos anos como nos casos de **Florabela, Ruth e Virginia**, mostra a magnitude de seu impacto na vida dessas mulheres. Revela-se que, a íntima associação do câncer com a idéia de morte, bem como todo o sofrimento físico e psíquico pelo qual passam os pacientes oncológicos, faz dos que superam a doença, verdadeiros sobreviventes.

O câncer de mama, como visto, traz a possibilidade de morte que, como coloca Cytrynowicz (2003) é uma condição constitutiva do existir, pois é a mais radical de todas as possibilidades humanas, diante da qual o homem pode deparar-se a qualquer momento e da qual não se pode fugir. Mas pode, paradoxalmente, representar um convite à abertura a novas possibilidades existenciais, permitindo a ressignificação da situação adversa, pois como aponta Forghieri (2004, p.9) “a própria coexistência de opostos é o que nos dá o verdadeiro significado de cada um dos pólos que, de certo modo, se opõem, mas que em nossa vida cotidiana constituem uma totalidade”. Assim, a vivência de uma situação-limite como o câncer de mama, pode conferir significado à vida e ser permeada de sentimentos de saúde e bem-estar.

Acolher a doença é acolher uma facticidade com a qual não se contava, entretanto, no caso das mulheres colaboradoras desse estudo, a ação dos mecanismos de proteção identificados nos relatos, propiciou a abertura a projetos possíveis e a continuidade de sua existência, apesar da doença. Os mecanismos de proteção aproximam-se do “mundo humano”, definido por Forghieri (1993) como o encontro e a convivência da pessoa com seus semelhantes, isto é, dizem respeito ao ser-com, que é o encontro de subjetividades que propicia a atualização de características peculiarmente humanas, como o amor, a liberdade e a responsabilidade. A família foi a principal fonte de apoio afetivo mencionada pelas colaboradoras e, os laços afetivos estabelecidos com amigos e colegas, bem como as relações de confiança estabelecidas com a equipe de saúde, foram mencionados e compreendidos como importantes mecanismos que auxiliaram no enfrentamento da adversidade e na retomada da vida quando da finalização do tratamento, destacando-se a importância do cuidado com o doente, especialmente na doença crônica e grave.

A ação de mecanismos de proteção facilita ou permite que capacidades resilientes possam emergir ou se desenvolver, fortalecendo as possibilidades de enfrentamento da adversidade e o potencial de saúde, mesmo na vigência da doença. Assim, os relatos das mulheres mostraram aspectos importantes referentes à existencialidade do ser-doente, porém, ao mesmo tempo, mostraram que, na medida em que a mulher compreende e aceita ativamente sua nova condição existencial, é capaz de se envolver profundamente com essa experiência, sintonizando-se com ela e assumindo o seu estar-lançada-no-mundo como ser finito. Dessa forma, pode então viver mais plenamente, abrindo-se a novas possibilidades, assumindo novos projetos e uma vivência mais autêntica. A doença, assim, apresenta-se como um fato e um fenômeno, vivenciado pelos doentes, com elementos comuns a todos e com aspectos peculiares a cada individualidade, pois pode engendrar uma aceitação passiva, depressiva e pouco auto-transformadora (como no caso de **Ruth, Isabel e Virginia**) ou

possibilitadora de novos aprendizados e, de certa maneira, enriquecedora, conforme os aspectos positivos desvelados nos relatos de outras participantes, nos quais se encontrou maior variabilidade e frequência de indicadores de resiliência.

Neste sentido, é possível aproximar o modo de ser resiliente ao modo de ser existencialmente saudável descrito por Forghieri (1993, p.53):

“Ser sadio existencialmente consiste tanto em se abrir às próprias possibilidades, como em aceitar e enfrentar paradoxos e restrições da existência. A saúde existencial está profundamente relacionada ao modo como conseguimos estabelecer articulações eficientes entre a amplitude e as restrições de nosso existir”.

O conceito de resiliência, como se apresentou neste estudo, a partir dos indicadores de resiliência identificados nos relatos das mulheres entrevistadas confirma-se como a capacidade do ser humano de, frente a uma situação adversa – como o câncer de mama, enfrentá-la e, em alguns casos, ressignificar sua experiência, transformando-a num caminho para enfrentar novas situações difíceis (JOB, 2000). Ser resiliente, portanto, não significa ser resistente ou invulnerável à situação adversa, mas sim envolver-se e sintonizar-se com ela, aceitando-a e integrando-a a totalidade de sua existência, dando prosseguimento à vida, *com* e *apesar* da adversidade. Pode-se dizer que, ser resiliente é ser sadio existencialmente; é compreender, aceitar ativamente e se envolver com as situações de sofrimento e adoecimento. Ao compreendê-las, pode abrir-se às possibilidades existenciais que, apesar das restrições provocadas pelo câncer, continuarão presentes.

Ser resiliente, conforme apareceu nos relatos das vivências das mulheres desse estudo, é ser capaz de aceitar o medo e de conviver com a angústia e a ameaça à existência, trazidas concretamente pelo câncer de mama, e assumir uma nova possibilidade existencial que se apresentou no momento do adoecimento – a possibilidade do não-ser. E, a partir da aceitação da própria finitude, caminhar, corajosamente ao encontro dos objetos nos quais a

ameaça se corporifica, isto é, adotar uma postura ativa de enfrentamento do câncer de mama. Como coloca Tillich (1976), medo e coragem fazem parte de um processo vital, em um equilíbrio essencialmente estável, equilíbrio este que permite que a vida resista ao não-ser; e ainda, medo em demasia ou coragem exaltada destroem a vida, que só é mantida por meio do equilíbrio entre medo e coragem. Assim, o modo de ser resiliente consiste em não se negar o medo ou a ameaça presentes nas situações-limite da existência, mas sim, em se aceitar o medo e a ameaça, procurando equilibrá-los com a coragem de continuar a vida, de acordo com o apontado por Forghieri (1993). A coragem de existir, por sua vez, está intimamente relacionada aos mecanismos de proteção que se apresentam na vivência da pessoa e contribuem para o desenvolvimento de indicadores de resiliência. Como destacou uma das mulheres entrevistadas, o diagnóstico de câncer é vivenciado como uma “sentença de morte”, em que sentimentos de medo e de contato com a própria finitude ficam bastante presentes. Entretanto, a sobrevivência a este diagnóstico liga-se à coragem de entregar-se de “peito aberto”, experienciando e superando cada momento de angústia e de restrição em sua totalidade. Ao sobreviver, a marca existencial do câncer de mama continua presente, mas a vida continua, permeada por situações contrárias que, se forem vivenciadas com equilíbrio, permitem à pessoa viver existencialmente saudável, num modo de ser resiliente.

... E eu escrevi uma poesia que se chama Mar adentro... E eu vou dizer pra você... Sem nenhuma vaidade, hein! [...] Esse M em minha mão é de Maria, é de mãe, é de mar, que muito bravo, bateu forte no meu peito, deixando nele vergão. Mas agora, mar sereno me convida e eu entro, com coragem e sem receio, peito aberto, mar adentro, sem medo da escuridão. (**Agatha**)

Ao participarem da entrevista para o estudo, as mulheres se entregaram à re-vivência de suas experiências com a doença, mas com o significado de quem aprendeu e venceu. Mesmo quando se emocionaram e choraram, foi possível apreender o sofrimento, que se fez presente no momento dessa re-vivência, porém, com um significado de alívio, com a

esperança e a confiança dos que sobrevivem para contar sua vitória e, com ela, ajudar quem se encontra na mesma luta e na batalha pela vida.

Em todas as colaboradoras, o sentimento de poder ajudar outras mulheres, relatando suas experiências com o câncer de mama, superou a tristeza das lembranças e, de acordo com suas falas, representou mais um marco de superação.

A perspectiva fenomenológica permitiu o estabelecimento de uma relação de abertura e proximidade entre pesquisadora e colaboradoras, capaz de desvelar suas mais íntimas vivências, muitas delas, jamais expressas ou reveladas. A pesquisadora, por sua vez, dedicou-se a confiar em cada mulher – “co-fiar: seguir junto o mesmo fio” (CANCELLO, 1991, p.43) – isto é, cada participante abriu-se à proposta da pesquisadora de compreender sua vivência com o câncer de mama e, a pesquisadora procurou seguir o fio da fala de cada participante, aceitando o desafio de mergulhar em sua vivência, buscando compreender seu significado. Em outras palavras, as vivências das mulheres sobreviventes ao câncer de mama, emergiram a no envolvimento entre a pesquisadora e a colaboradora e somente a partir dessa relação é que fez sentido e pôde ser compreendida.

A pesquisadora, num trabalho de reflexão sobre as vivências obtidas, pôde compreender que o câncer de mama é vivenciado como grande adversidade e que, mesmo superado, deixa marcas inesquecíveis. No entanto, mecanismos de proteção pessoais, interrelacionais e do ambiente, são capazes de atuar de modo significativo, amenizando o sofrimento físico e psíquico e ajudando a desenvolver ou a evidenciar aspectos identificados como capacidade resiliente, fortalecendo os recursos pessoais; trazendo aprendizagem; favorecendo a saúde e mudando a perspectiva de vida.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe subsídios para o enriquecimento de reflexões acerca da atenção ao paciente oncológico, principalmente à mulher com câncer de mama. Possibilitou um modo de olhar que se apropria da compreensão da existência humana e que inclui as situações relativas ao cotidiano do ser-no-mundo-com-câncer. Os relatos das mulheres colaboradoras constituíram-se em rico material que, aliado ao esforço interpretativo, revelaram aspectos da vivência de mulheres que estão fora do tratamento de câncer de mama ou em fase de controle da doença, assim como os mecanismos de proteção que as auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento, bem como os elementos que puderam ser compreendidos como indicadores de resiliência.

O contato com as mulheres que vivenciaram o adoecimento e o tratamento do câncer de mama e que sobreviveram a ele resultou em conhecimentos que, espera-se, possam subsidiar trabalhos interventivos junto a essa população. Ao psicólogo, o conhecimento das vivências do momento do diagnóstico e das que aparecem ao longo do tratamento e na vida após o câncer de mama, pode subsidiar a implementação de programas que atuem como mecanismos de proteção e promovam a resiliência, com conseqüente redução de danos decorrentes da doença.

Ao longo da análise fenomenológica das falas obtidas, foi possível perceber que as mulheres procuraram organizar seus relatos seguindo a seqüência temporal dos acontecimentos e, dessa maneira, suas vivências puderam ser compreendidas como uma trajetória que teve início com a identificação dos primeiros sinais da doença e a confirmação do diagnóstico, passando pelo tratamento e suas implicações, e culminando com o momento atual – a vida após o câncer de mama. Ao contar e recontar sua experiência do que é vivenciar um câncer de mama, mais do que relembrar e relatar fatos, as mulheres contaram suas

vivências, elaborando-as e reelaborando-as no decorrer da entrevista e na presença de um outro (a pesquisadora) que atestou e compartilhou as vivências relatadas, configurando-se um verdadeiro momento terapêutico.

Pesquisadora e colaboradora, juntas, por meio da linguagem – expressão mais fundamental da existência humana – puderam transcender ao momento concreto da entrevista, voltando ao passado e projetando-se no futuro para que, ao retornar ao presente, pudessem interpretá-lo. À pesquisadora, esse momento peculiar permitiu a aproximação à existencialidade da mulher que vivencia um câncer de mama e a ele sobrevive, o que possibilitou alcançar os objetivos desse estudo, e, também a transformação pessoal da pesquisadora, trazendo reflexões que, paradoxalmente, remeteram-na mais para a vida e a alegria de viver do que para a idéia de sofrimento e de morte.

As mulheres desse estudo, a despeito de suas seqüelas, não se mostraram como vítimas, mas como corajosas sobreviventes, evidenciando, assim, que os indicadores de resiliência identificados, não as tornaram invulneráveis à dor, ao sofrimento ou à doença física, mas as tornaram mais sábias e mais fortalecidas.

Mecanismos de proteção e resiliência: conceitos imbricados e co-atuantes. Embora ainda necessitem ser melhor descritos e clarificados na literatura, podem ser compreendidos, no contexto deste trabalho e à luz da Psicologia Existencial, respectivamente, como o cuidado e a saúde existencial. O ser-humano é um ser de cuidado que, ao ser lançado-no-mundo, precisa encarar sua finitude e, ao mesmo tempo, continuar vivendo e enfrentando, com coragem, as vicissitudes da vida, suas contradições e suas angustias, criando-se como um ser existencialmente saudável e, dessa forma, fazendo da vida uma grande lição.

A vida tem duas faces: Positiva e negativa. O passado foi duro, mas deixou o seu legado. Saber viver é a grande sabedoria. Que eu possa dignificar minha condição de mulher, aceitar suas limitações e me fazer pedra de segurança dos valores que vão desmoronando. Nasci em tempos rudes. Aceitei contradições, lutas e pedras como lições de vida e delas me sirvo. Aprendi a viver. (Cora Coralina)

REFERÊNCIAS

ABBY, L.; WASSERMAN, A. L. Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In: GARFINKEL, B. D; CARLSON, G. A.; WELLER, E. B. **Transtornos psiquiátricos na infância e da adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, cap. 5, p. 408-421.

AIRES, N.M. et al. Conhecimento dos métodos para diagnóstico do câncer de mama entre estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.21, n.3, p. 133-137, 1999.

ALMEIDA, R. A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista SBPH**, v.9, n.2, p.99-113, dez 2006.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica. In: BRUNS, M. A. T. ; HOLANDA, A. F. (orgs). **Psicologia e Fenomenologia Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003. p. 65-76.

ANTONI, M. H. Empirical research with the B-SMART program. Stress management intervention for women with breast cancer. **American Psychological Association**, n. 16, p. 51-81, Washington, DC, US, 2003.

ANTONI, M. H. et al. Enhancing positive adaptation: Example intervention during treatment for breast cancer. Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation? **American Psychological Association**, n.15, p.197-214, 2009.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M.M.F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, jan-fev, 2007.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão**. Petrópolis: Vozes, 1981.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, p.277-282, 2001.

BIFFI, R.G.; MAMEDE, M.V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v.38, n.3, p.262-269, 2004.

BOWEN, D. J.; MORASCA, A. A.; MEISCHKE, H. Measures and Correlates of Resilience. **Women & Health**, v.38, n. 2, p. 65-76, 2003.

BRUNS, M. A. T. A Redução Fenomenológica em Husserl e a Possibilidade de Superar Impasses da Dicotomia Subjetividade-Objetividade In: BRUNS, M. A. T. ; HOLANDA, A. F. (orgs). **Psicologia e Fenomenologia Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003. p. 65-76.

BRUNS, M. A. T.; TRINDADE, E. Metodologia Fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M. A. T. ; HOLANDA, A. F. (orgs). **Psicologia e Fenomenologia Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003. p.77-92.

CAMPONERO, R. Biologia do Câncer. In: CARVALHO, V. A. et al. (orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 32-39.

CANCELLO, L. A. G. **O fio das palavras**: um estudo de psicoterapia existencial. São Paulo: Summus, 1991.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.3, p.124-133, 2006.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CARVALHO, M. M. Psico-Oncologia: História, Características e Desafios. **Psicol. Usp**, São Paulo, v.13, n.1, 2002.

CARVALHO, M.M.M.J. Apresentação. In: PERINA, E.; NUCCI, N.G. (orgs) **As dimensões do cuidar em psiconcologia pediátrica**. Campinas: Livro Pleno, 2005, p. 11-21.

CHIOZZA, L. **Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo**. Campinas: Papirus, 1987.

COHEN, M. S. **Resourceful partners**: Patterns of attachment and depression among breast cancer patients and their partners. Dissertação (Mestrado). Howard U, US, 1998.

CORBELLINI, V.L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p. 42-68, jan,2001

CORREIA, E. Uma visão fenomenológica – existencial em Psicologia da Saúde?! **Análise Psicológica**, São Paulo, v. 24, n. 3, p.337-341, 2006.

CYTRYNOWICZ, M. B. Em busca da existência. **Viver Mente & Cérebro: Um Futuro Plural**, São Paulo, n.6, 2003.

DAMETO, C. A. **Adolescentes com Transtorno Mental: Eficácia Adaptativa de acordo com a EDAO, Fatores de Risco e Mecanismos de Proteção**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2007.

DI LIONE, F.R. Sobre as vivências do irmão da criança com câncer. In: PERINA, E.M.; NUCCI, N.G (orgs). **As dimensões do cuidar em psiconcologia pediátrica**. Campinas: Livro Pleno, 2005, p.163-182.

DONLEY, J. L. "**When she speaks...**": A heuristic study of women facing breast cancer. Dissertação (Mestrado). The Union Inst., US, 2000.

FABBRO, M.R.C.; MONTRONE, A.V.G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 532-537, out-dez, 2008.

FRIBORG, O.; SORLIE, T.; ROSENVINGE, J. H. Breast cancer: A manual for a proposed group treatment integrating evidence based resilience factors. **Psychological Reports**, v.97, n. 1, p.77-97, 2005.

FORGHIERI, Y. C. **Fenomenologia, existência e psicoterapia**. São Paulo: Cortez, 1984.

_____. Saúde Existencial: Vivência a ser periodicamente reconquistada. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v.24, n. 1, jul/abril, 2004.

_____. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 1993.

GALLI, L. M. P. **Comunicação contemporânea: uma visão da gestalt fenomenológica e da hermenêutica**. Tese (Doutorado). Faculdade de Comunicação Social. Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul, 2007.

GARÁFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.4, p.491-505, 2004.

GAUY, F. V.; COSTA JUNIOR, A. L. A natureza do desenvolvimento humano: contribuições das teorias biológicas. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. **A Ciência do Desenvolvimento Humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIMENES, M. G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003, cap.2, p.35-56.

GIORGI, A. **A Psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica**. Tradução Riva S. Schawartzman. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

GOMES, W. B. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 8, n.2, 1987.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

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.

HOFFMANN, F.S.; MULLER, M.C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Advances in Health Psychology**, v.14, n.2, p.143-150, jul-dez, 2006.

HOLANDA, A. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: BRUNS, M. A. ; HOLANDA, A. F. (orgs). **Psicologia e Fenomenologia Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, p. 41-64, 2003.

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.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. Prevenção do Câncer de Mama: normas e recomendações do INCa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p.208, 2003.

_____. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. Ministério da Saúde, 2004.

_____. (2008). Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5 Acesso em: 20 jan 2008.

_____. (2010). Disponível em:
 <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5> Acesso em: 20
 jan 2010.

JOB, J. R. P. P. **A Escritura da Resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida.** Dissertação (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

JONAS, M. R. **Footprints on the soul: Journeys from trauma to resilience.** Dissertação (Mestrado). The Fielding Inst, US, 1997.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, p.227-235, 2003.

KEATING, P. J. **Describing psychosocial risk factors in breast cancer diagnosis and survivorship.** Dissertação (Mestrado) Universidade de Chicago, 2008.

KLIGERMAN, J. O câncer como um indicador de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.45, n.3, jul-ago-set, 1999.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação.** São Paulo: Summus, 1992.

LOVE, R. R. Biologia molecular e celular do câncer. Tradução: Newton Carlos Plomeno. In: **União Internacional contra o câncer. Manual de Oncologia Clínica.** Trad da 6º ed. Original, São Paulo, 1999, cap. 1.

LUTHAR, S. S. ; CICCHET, D. ; BECKER, B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, v.71 , n. 3 , p. 543-562, may/june, 2000.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.2, p.149-154, 2005.

MALZYNER, A. ; CAMPONERO, R. ; DONATO, E. M. O. D. A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA-1. In: GIMENES, M. G. G. (org). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997, cap. 3.

MARTINS, J. ; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: EDUC, 1989.

MARTINS, L.C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Revista Assoc. Medica Brasileira**, v.55, n.2, p. 158-162, 2009.

MASSAROLLO, M. C. K. B. ; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, 2000.

MOLINA, M.A.S.; MARCONI, S.S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.4, p.154-520, jul-ago, 2006.

MOREIRA, D.A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, D. M. ; MELLO FILHO, J. Psicoimunologia Hoje. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, cap. 13.

MUNIZ, R.M.; ZAGO, M.M.F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p.25-32, jan-mar, 2009.

NEME, C. M. B. **Enfrentamento do câncer: Ganhos terapêuticos com psicoterapia num serviço de psiconcologia em hospital geral**. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.

NEME, C. M. B. ; SOLIVA, S. N. ; RIBEIRO, E. J. História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovários. In: NEME, C. M. B. ; RODRIGUES, O. M. P. R. (orgs). **Psicologia da Saúde, Perspectivas Interdisciplinares**, 2003, p. 95-123.

NEME, C. M. B. ; KATO, S. Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. In: NEME, C. M. B. ; RODRIGUES, O. M. P. R. (orgs). **Psicologia da Saúde, Perspectivas Interdisciplinares**, 2003, p. 125-147.

NEME, C. M. B. Ganhos terapêuticos com Psicoterapia Breve em serviço de psico-oncologia hospitalar. In: SIMON, C. P. ; MELO-SILVA, L. L. ; SANTOS, M. A. e cols. **Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática**, São Paulo: Vetor, 2005, p. 39-66.

NEME, C. M. B. **Stress, Enfrentamento e Resiliência na história de mulheres com e sem câncer**. Tese (Pós-doutorado). Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2005a.

_____. Ganhos terapêuticos com psicoterapia breve em serviço de psico-oncologia hospitalar. In: SIMON C.P.; MELO-SILVA, L.L.; SANTOS, M.A. e cols. **Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. São Paulo: Vetor, 2005b. p.39-68.

NUCCI, N. A. P. G. **Qualidade de Vida e Câncer: Um Estudo Compreensivo**. Tese (Doutorado). Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

OLIVIERI, D.P. **O ser-doente: dimensão humana na formação do profissional de saúde**. São Paulo: Moraes, 1985.

PADILHA, P. C.; PINHEIRO, R. L. O papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, n.3, p.251-261, 2004.

PALUDO, S. S. ; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.21, n.2, 2005.

PATTON, M. Qualitative Evaluation and Research Methods. New Burry, CA, Sage Publications, 1990.

PESCE, R. P. et al Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.20, n.2, 2004.

PINTO, F. S. Atitude fenomenológica: forma e conteúdo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.45, n.12, 1996.

PINTO, A. C.; GIÓIA-MARTINS, D. F. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. **Revista SBPH**, v.9, n.2, p.3-27, dez, 2006.

PINTO, C. A. S. ; RIBEIRO, J. L. Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, 2007.

POLK, L.V. Toward a middle-range theory of resilience. **ANS Adv Nurs Sci**, v.19, n.3, p. 1-13, mar, 1997.

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, jul-set, 2008.

RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Caderno de Saúde Pública**, v.9, p. 316-325, 1993.

RADINA, M. E.; ARMER, J. M. Surviving Breast Cancer and Living with Lymphedema: Resiliency among Women in the Context of their Families. **Journal of Family Nursing**, v.10, n. 4, p. 485-505, 2004.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5(supl), p.142-146, 2004.

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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.2, p. 75-81, 2009.

RIBEIRO, E.M.P.C.O. O paciente terminal e a família. In: CARVALHO, M.M.M.J.(org) **Introdução à psicooncologia**. Campinas: Editora Psy, 1994, p. 197-217.

ROGERS-CLARK, C. Living with breast cancer: the influence of rurality on women's suffering and resilience. A postmodern feminist inquiry. **Aust. J. Adv. Nurs**, v. 20, n. 2, p. 34-39, 2003.

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

RUTTER, M. Parent-child separation: psychological effects on the children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, n.12, p. 233-260, 1971.

_____. Stress, coping and development: some issues and some questions. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 4, n. 22, p. 323-356, 1981.

_____. Resilience in the face of adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. **British Journal of Psychiatry**, v.147, p.598-611, 1985.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, n.67, p. 316-331, 1987.

_____. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, n. 21, p. 119-144, 1999.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, p.263-272, 2001.

SALES, C.A.; MOLINA, M.A.S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, p. 720-723, nov-dez, 2004

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na História. In: GIMENES, M. G. G. (org). **A Mulher e o Câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997, cap. 2.

SANTOS, D.L.; POKLADEK, D.D. Fenomenologia e ciência da saúde. In: CASTRO, D.S.P. et al. (orgs). **Existência e Saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002, p. 163-170.

SANTOS, G. C.; GONÇALVES, L. L. C. Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.14, n.2, p.239-244, 2006.

SCHÁVELZON, J. Sobre Psicossomática e Câncer. In: MELLO FILHO. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, cap. 20.

SILVA, M. R. S. ; ELSSEN, I. ; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Revista Paidéia**, v.13, n.26, 2003.

SILVA, L. C. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.1, n.3, 2005.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, L.C. **O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer:** uma compreensão fenomenológica. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, USP, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.13, n.2, p.231-237, abr/jun, 2008.

SILVA, G.; SANTOS, M.A. Será que não vai acabar nunca? Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.3, p.561-568, jul-set, 2008.

SKERRETT, K. Couple dialogues with illness: Expanding the "we". **Families, Systems, & Health**, v.21, n. 1, p.69-80, 2003.

SOUSA, A.L. **Corpos marcados e fé na vida:** Mastectomia e Políticas Públicas de Saúde da Mulher. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

SOUZA, M. T. S. ; CERVENY, C. M. O. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, v.40, n.1, 2006.

STEIN, E. Mudança de paradigma na Filosofia: Fenomenologia existencial como dramaturgia da existência e a dramaturgia das pulsões. In: FORGHIERI, Y.C. **Fenomenologia e Psicologia**. São Paulo: Cortez, 1984, p.49-70.

TELES, S. S. **Câncer infantil e resiliência:** investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.

TILLICH, P. A. **A coragem de ser:** baseado nas Conferências Terry, pronunciadas na Yale University. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

TROMBETA, L. H. A. P.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o cotidiano adverso:** estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea, 2002.

TRUFELLI, D.C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil**: compreender e agir. São Paulo: Psy, 1997.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. C. Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: CARVALHO, V. A. et al. (orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 15-19.

VENÂNCIO, J. L. 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.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003, cap.2, p. 95-102.

YUNES, M. A. M. ; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. C. (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, n.8, 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722003000300010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 de julho de 2007.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M.(coord). **Introdução à Psiconcologia**, Campinas: Livro Pleno, 2003, cap. 1, p.21-32.

ZECCHIN, R. N. **A perda do seio**: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC, 2004.

ZIMMERMAN, M. A.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for school and policy. **Social Policy Report**, v. 8, n. 4, p. 1-17, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu....., portador do RG....., através deste documento, concordo em participar da pesquisa **Sobreviver ao câncer: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência**, desenvolvida por Mariana Forgerini, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp Bauru, sob a orientação da Prof. Dr^a Carmem Maria Bueno Neme.

Fui esclarecida de que esta pesquisa tem como objetivo investigar as vivências de mulheres que estão fora do tratamento de câncer de mama ou em fase de controle da doença, e de que serei entrevistada individualmente, tendo minha entrevista gravada em áudio para possibilitar a análise posterior.

Para participar deste projeto, fui esclarecida de que:

- a) Minha participação é voluntária;
- b) As entrevistas serão gravadas e estas ficarão em posse da pesquisadora;
- c) A pesquisadora poderá publicar os resultados deste trabalho, tendo sido garantida a não identificação das pessoas envolvidas neste processo, assim como não serão feitas referências a locais ou dados que possam me identificar;
- d) As informações serão utilizadas somente para finalidades de estudo científico, ficando a pesquisadora autorizada a publicar os dados apenas em publicações científicas;
- e) Sou livre para desistir em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo;
- f) Quaisquer dúvidas que eu tenha quanto aos procedimentos da pesquisa poderão ser esclarecidos em qualquer momento.

Considerando as questões acima, concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste documento e pude lê-lo com atenção.

Assinatura do participante:

RG:

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador:.....

Fone:

Orientador: Carmen Maria Bueno Neme

Fone:

CRP: 06/2577

APÊNDICE B – FICHA DE ENTREVISTA

Ficha de Entrevista (dados demográficos e clínicos)

- NOME:
- IDADE:
- ESCOLARIDADE:
- ESTADO CIVIL:
- FILHOS E NÚMERO:
- DATA DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER:
- MAMA AFETADA PELA DOENÇA:
- TIPOS DE TRATAMENTOS REALIZADOS:
- TEMPO TOTAL DE TRATAMENTO:
- OUTRAS DOENÇAS OU SITUAÇÕES ADVERSAS CONCOMITANTES AO TRATAMENTO:
- PERÍODO FORA DE TRATAMENTO:
- OUTROS CASOS DE CÂNCER NA FAMÍLIA ATUAL:
- OUTROS CASOS DE CÂNCER NA FAMÍLIA DE ORIGEM (TIPO, ÓRGÃO AFETADO E RESULTADOS DO TRATAMENTO):

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS (UNESP – BAURU)

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 42ª Reunião Ordinária realizada no dia 04 de junho de 2008, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Sobreviver ao câncer: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência", Processo nº 1119/46/01/08, sob responsabilidade da Professora Doutora Carmen Maria Bueno Neme.

Bauru (SP), 04 de junho de 2008

PROF. DR. PAULO NORONHA LISBOA FILHO
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrão Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-8187 - email: cellarf@fc.unesp.br