

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Mulheres com câncer de mama na meia idade:  
enfrentamento e auto-avaliação de saúde**

Gláucia Mendes de Marco

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

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Mulheres com câncer de mama na meia idade:  
enfrentamento e auto-avaliação de saúde**

Gláucia Mendes de Marco

Ricardo Gorayeb

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

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

## FICHA CATALOGRÁFICA

DE MARCO, Gláucia Mendes

Mulheres com câncer de mama na meia idade: enfrentamento e auto-avaliação de saúde. Ribeirão Preto, 2006.

149 p : il. ; 30 cm

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

Orientador: GORAYEB, Ricardo

1. Câncer de mama 2. Enfrentamento 3. Meia-idade 4. Auto-avaliação de saúde

*And in the end it's not the years in your life that count.*

*It's the life in your years.*

***(Abraham Lincoln)***

## *Dedicatória*

*Aos meus queridos pais, Pedro e Nilde,*

*Exemplos de vida!*

*As palavras sempre ficam pequenas para expressar*

*todo amor e orgulho que tenho deles;*

*Á minha irmã e amiga, Edwiges;*

*Ao meu grande amor, Fábio De Marco*

*E a todos os “pacientes”, em especial àqueles*

*que lutam contra o câncer.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que me deu a vida e coragem para realizar este trabalho;

Ao meu orientador, Dr. Ricardo Gorayeb, que me acolheu desde minha primeira vinda a Ribeirão Preto e que me estendeu a mão profissional e amiga nas dificuldades e sorriu comigo nas conquistas. Agradeço pela transmissão, de parte de sua vasta experiência e conhecimentos, através de uma orientação segura, em que o respeito, a amizade e a confiança em mim depositada foram os incentivos que me impulsionaram para a realização e conclusão deste sonho, a minha dissertação de mestrado;

À toda equipe do Serviço de Psicologia do 3º andar do Hospital das Clínicas da FMRP, em especial as secretárias Elisa, Raquel, Kátia e Marilene sempre atenciosas e solícitas e à todas psicólogas contratadas do Serviço, em especial Heloisa Matthes, por todo o apoio e auxílio;

À todas amigas que fiz durante esse período no “Hospital das Clínicas”: Ana Luisa Suguihura, Camila Rotiroti, Caroline Pavan, Cassiana Moraes, Flávia Gomes, Fernanda Bitondi, Giovana Fachini, Gisele Vinha, Marina Ceres, Mônica Soares, Naira Verceze, Renata Gorayeb e também em Ribeirão Preto: Maria Ângela Gorayeb e Ana Maria Borzan, dentre tantos, este foi mais um presente do mestrado, conhecer e conviver com vocês!

Às minhas colegas e amigas de pós-graduação Ana Roberta Montanher; Juliana Camargo e Patrícia Martins por dividirem comigo as alegrias e angústias de ser uma “pós-graduanda”.

Ao Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia por permitir a minha coleta de dados;

A Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto e todo seu corpo acadêmico, em especial ao secretário Robson, que com eficiência exerce suas atividades na Pós-graduação e com isso facilita a vida dos alunos;

À Maria Cristina Miyazaki e Alessandra Lopes pelas contribuições realizadas no exame de qualificação do mestrado;

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de pesquisa cedida;

À todos as pacientes, que contribuíram para minha pesquisa e, principalmente pela lição de vida, traduzida pela força e coragem demonstradas ao vivenciar os obstáculos da vida!

***Muito Obrigada !!!***

# SUMÁRIO

## RESUMO

## ABSTRACT

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>02</b>
1.1 Envelhecimento populacional e meia-idade feminina	02
1.2 Câncer	06
1.3 Estresse	10
1.4 Enfrentamento	11
1.5 Auto-avaliação de saúde em mulheres de meia idade com câncer de mama	19
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
3.1 Delineamento do estudo	22
3.2 Participantes	22
3.3 Materiais e Instrumentos	23
3.4 Procedimento de coleta de dados	25
3.5 Procedimento de análise dos dados	26
3.6 Tratamento estatístico	29
3.7 Aspectos éticos	30
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
4.1 Caracterização dos dados sócio-demográficos das participantes	32
4.2 Caracterização dos dados clínicos das mulheres de meia-idade em tratamento do câncer de mama, participantes do estudo	34
4.3 Análise das repostas das mulheres de meia-idade com câncer de mama, em relação ao instrumento Questionário da Saúde da Mulher	36
4.4 Análise das repostas das mulheres de meia-idade com câncer de mama, ao Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (enfrentamento)	44

4.5 Integração dos instrumentos - Correlações entre os instrumentos Questionário da Saúde da Mulher e Inventário de Estratégias de	52
--	----

4.6 Análise das Entrevistas Semi –estruturada	54
---	----

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
---------------------------------	-----

### ANEXOS

ANEXO I: Aprovação do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética	113
ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
ANEXO III: Ficha de caracterização da participante	116
ANEXO IV: Questionário da Saúde da Mulher	117
ANEXO V: Correção do Questionário da Saúde da Mulher (QSM)	119
ANEXO VI: Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (enfrentamento)	120
ANEXO VII: Correção Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	123
ANEXO VIII: Roteiro da entrevista semi-estruturada	124
ANEXO IX: Exemplo de entrevista semi estrutura com uma paciente de meia idade com câncer de mama participante deste estudo	125
ANEXO X: Dados individuais dos dados sócio-demográficos das participantes	137
ANEXO XI: Dados individuais dos dados clínicos das participantes	132
ANEXO XII: Dados individuais das participantes referente ao tratamento do câncer	133
ANEXO XIII: Dados individuais das participantes dos resultados brutos do Questionário da Saúde da Mulher	135
ANEXO XIV: Dados individuais das participantes dos resultados brutos do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	136
ANEXO XV: Dados individuais das participantes dos da avaliação das Estratégias de enfrentamento	137
ANEXO XVI: Coeficientes de correlação entre dados sócio demográficos e Questionário da Saúde da Mulher	138

ANEXO XVII: Coeficientes de correlação entre dados clínicos e Questionário da Saúde da Mulher	139
ANEXO XVIII: Coeficientes de correlação entre dados sócio demográficos e Estratégias de enfrentamento	140
ANEXO XIX: Coeficientes de correlação entre dados clínicos e Estratégias de enfrentamento	141
ANEXO XX: Coeficientes de correlação intra-instrumento -Questionário da Saúde da Mulher	142
ANEXO XXI: Coeficientes de correlação intra-instrumento - Inventário de Estratégias <i>Coping</i>	143
ANEXO XXII: Coeficientes de correlação entre - Questionário da Saúde da Mulher e Inventário de Estratégias <i>Coping</i>	144

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação das causas da não participação de mulheres de meia-idade com câncer de mama convidadas a participar do estudo	31
Tabela 2. Distribuição das 30 participantes do estudo em relação às variáveis sócio-demográficas	33
Tabela 3. Distribuição das 30 participantes do estudo com relação às variáveis clínicas	34
Tabela 4. Distribuição das 30 participantes do estudo em relação às variáveis do tratamento classificadas em frequência e porcentagem	35
Tabela 5. Distribuição das 30 mulheres participantes do estudo em relação às variáveis do tratamento classificadas em mínimo, máximo, média e desvio padrão	35
Tabela 6. Análise descritiva dos itens avaliados no Questionário da Saúde da Mulher	37
Tabela 7. Análise descritiva dos fatores de enfrentamento de acordo com os valores brutos	45
Tabela 8. Análise descritiva dos fatores de enfrentamento de acordo com os valores da classe diagnóstica	46
Tabela 9. Resumo da frequência e porcentagem das temáticas estudadas	5
Tabela 10. Categorias/sub-categorias referente à temática Câncer	55
Tabela 11. Categorias /sub-categorias referente à temática Meia-idade	76
Tabela 12. Categorias/sub-categorias referente à temática Auto-Avaliação de Saúde	83
Tabela 13. Categorias/sub-categorias referente à temática Enfrentamento	89

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Questões correspondentes aos fatores de avaliação do Questionário da Saúde da Mulher	119
Quadro 2. Questões correspondentes aos fatores de avaliação do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	123
Quadro 3. Avaliação da utilização das estratégias de enfrentamento	123
Quadro 4. Dados individuais das participantes referente aos dados sócio-demográficos	132
Quadro 5. Dados individuais das participantes referente aos dados clínicos	133
Quadro 6. Dados individuais das participantes referente ao tratamento do câncer	134
Quadro 7. Dados individuais das participantes dos resultados do Questionário da Saúde da Mulher – QSM	135
Quadro 8. Dados individuais das participantes dos resultados brutos do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	136
Quadro 9. Dados individuais das participantes dos da avaliação das Estratégias de enfrentamento	137
Quadro 10. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre dados sócio demográficos e Auto-avaliação de Saúde	138
Quadro 11. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre dados clínicos e Questionário da Saúde da Mulher	139
Quadro 12. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre dados sócio demográficos e estratégias de enfrentamento	140
Quadro 13. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre dados clínicos e estratégias de enfrentamento	141
Quadro 14. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> intra-instrumento -Questionário da Saúde da Mulher	142
Quadro 15. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> intra-instrumento- Inventário de Estratégias <i>Coping</i>	143
Quadro 16. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre - Questionário da Saúde da Mulher e Inventário de Estratégias <i>Coping</i>	144

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo de processamento de estresse e enfrentamento	14
<b>Figura 2.</b> Gráfico representativo das idades das participantes da pesquisa	32
<b>Figura 3.</b> Gráfico representativo das médias das dimensões do Questionário da Saúde da Mulher	38
<b>Figura 4.</b> Gráfico representativo das médias dos fatores do Questionário da Saúde da Mulher para cada participante	40
<b>Figura 5.</b> Representação gráfica das médias das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes	45
<b>Figura 6.</b> Representação gráfica da classe diagnóstica das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes	47

**RESUMO:** Com o crescimento na taxa de sobrevivência humana houve um aumento do número de mulheres que vivenciam a meia-idade e também um aumento das doenças crônicas, inclusive do câncer. A finalidade deste estudo é Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres de meia-idade em tratamento do câncer de mama e investigar a avaliação que estas pacientes fazem de sua saúde física e mental. A população do estudo foi constituída por 30 pacientes de um hospital público do interior do estado de São Paulo. Para a coleta de dados foram utilizados o Questionário da Saúde da Mulher, o Inventário de Estratégias de *Coping* (Enfrentamento) e uma Entrevista semi-estruturada, elaborada para este estudo. Com relação às variáveis demográficas, verificou-se que 66,7 % das pacientes são brancas; 37,9 % são casadas; 51,9% são da religião católica e 44,4% possuem o Ensino Fundamental. Com relação aos dados clínicos, 16,7 % dos tumores foram diagnosticados como estágio I, 43,3% estágio II e 40% como estágio III. Das participantes, 33,3% já tiveram algum parente com câncer de mama e 43,3% tiveram parentes com outros tipos de câncer. Em relação ao tratamento, foram realizadas em média, seis ciclos de quimioterapia por paciente. Quanto à cirurgia, 40% realizaram tumorectomia; 36,6% mastectomia e 13,3% quadrantectomia. As análises do Questionário da Saúde da Mulher indicaram que as mulheres se avaliaram com mais saúde em Sintomas vasomotores e Sintomas menstruais e com menos saúde na dimensão Comportamento sexual. Com relação às estratégias de enfrentamento, Reavaliação positiva e Suporte social foram em média, as estratégias mais utilizadas pelas pacientes deste estudo. Por outro lado os índices das estratégias de enfrentamento Aceitação da responsabilidade e Confronto foram as estratégias menos utilizadas. Através da análise de conteúdo das transcrições das entrevistas realizadas, observou-se que na temática “Câncer” a maior frequência de verbalizações foi sobre a doença em si (32,09%), sendo 63,33% destas de questões ligadas ao estigma da doença e a associação com a morte. Na temática “Meia-idade”, 38,71% das verbalizações associavam essa fase a aspectos negativos, sendo o mais freqüente a questão das perdas significativas (37,5%), principalmente a morte dos pais. Na “Auto-avaliação de saúde” a maior frequência de verbalizações foi de assuntos ligados à saúde mental e emocional (42,22%), sendo que as menções ao aumento na vontade de aproveitar a vida (42,10%) foram as mais citadas. Já em relação à temática ”Enfrentamento”, as estratégias centradas na emoção se destacam (75%), sendo o Suporte Social (27,53%) a estratégia mais utilizada. Percebeu-se neste estudo que o câncer de mama na meia-idade aparece como fator estressante, na medida em que interfere negativamente na rotina das pacientes. As participantes relataram dificuldades que enfrentam frente ao estigma da doença, ao tratamento aversivo e suas conseqüências (alteração na auto-imagem, como por exemplo queda de cabelo). Entretanto os resultados sugerem que as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o estressor estão sendo eficazes, visto que as pacientes referem possibilidade de cura devido ao avanço da medicina, aumento na vontade de viver e de aproveitar a vida. Tal afirmação pode ser confirmada ao observar que em diversas dimensões do Questionário da Saúde da Mulher as mulheres se avaliaram com escores altos. Desta forma, compreender o modo como as mulheres que estão na meia idade enfrentam o câncer de mama e avaliam a sua saúde física e emocional, pode contribuir para intervenções terapêuticas que visem promover mudanças para uma melhor adaptação ao problema e conseqüentemente uma melhor Qualidade de Vida.

**Palavra chave:** enfrentamento, câncer de mama, meia-idade, climatério, auto-avaliação da saúde.

## **COPING AND HEALTH SELF EVALUATION IN MIDDLE AGE WOMEN, DURING BREAST CANCER TREATMENT, IN BRAZIL.**

The population growth has increased the number of middle aged women and chronic diseases, including cancer. The purpose of this study is to describe the coping strategies patients use to face breast cancer and to evaluate their physical and emotional health. The sample was constituted of 30 patients from a public hospital in São Paulo State answered a semi structured interview, the Women's Health Questionnaire (WHQ) and the Ways of Coping Questionnaire (WCQ). Regarding the demographic data, 66.7 % of the patients are white; 37.9 % married; 51.9% Catholics and 44.4% had 8 years of education. Regarding the clinical data, 16.7 % were at Stage I, 43.3% Stage II and 40% Stage III ; 33.3% had relatives with breast cancer and 43.3% with other types of cancer; Regarding the treatment: on average patients had six chemotherapy cycles; Surgery: 40% had tumorectomy; 36.6% mastectomy and 13.3% quadrantectomy. WHQ: Patients presented higher scores at the dimensions Vasomotor Symptoms and Menstrual Symptoms, and lower scores at the dimension Sexual Behaviour; higher income patients presented higher scores in Anxiety/Fear dimension; patients with higher scores in the dimensions Depression and Memory/Concentration are not undergoing postmenopausal hormone therapy. WCQ: The most utilized coping strategies were Positive Reappraisal and Seeking Social Support and the less utilized ones were Accepting Responsibility and Confrontive. The higher the number of sons, the higher the income. The higher the number of year of education, the lesser the utilization of the strategies Accepting Responsibility, Planful Problem Solving and Positive Reappraisal. The higher the cancer stage, the higher the use of the strategy escape - avoidance. Based on the interview content, it was observed within cancer thematic, in the patients verbalization the predominance of cancer itself as the main subject (32.09%), with 63.33% of these verbalizations related to disease stigma and death association. In the middle age thematic, 38.71% of the verbalizations were associated with negative aspects, having significant losses as the most frequent subject (35.5%), mainly after parents' death. In the health self evaluation, the most frequent verbalizations were about aspects associated to mental and emotional health (42.22%), where 42.10% were citations about the increase in the desire to enjoy life. Regarding the Coping thematic the strategies centered in emotion were substantially predominant (75%), having Seeking Social Support as the most utilized strategy (27.53%). Breast cancer is described as a stressful factor in middle age, since it interferes negatively in patients' life routine. Patients report difficulties facing the disease stigma, the aversive aspects of the treatment and their undesired consequences, such as self image alteration and hair loss. However, the results also suggest that the coping strategies used to deal with the stressor are being efficacious, since patients envision the chances of cure, due to the science progress, and an increase in the will to enjoy life. Such view is confirmed in the high self evaluation in several dimensions of the WHQ, such as attractiveness. Since coping strategies can be taught and learned, to better understand the way how middle age women cope with breast cancer and evaluate their physical and mental health may contribute to prepare tailored therapeutic interventions to promote changes, to a better problem adaptation and better outcomes, such as Quality of Life.

**Word key:** coping; breast cancer; middle-age; climacteric; auto-evaluation of the health.

# **1. INTRODUÇÃO**

## **1.1. Envelhecimento populacional e meia-idade feminina**

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, dos países em desenvolvimento. De acordo com o IBGE (2005), o Brasil tem aproximadamente 183 milhões de habitantes e a expectativa de vida está aumentando.

A população do país vem apresentando um grande salto nos índices relativos à sobrevivência, com uma mudança significativa na composição etária e conseqüentemente o envelhecimento.

A expectativa de vida aumenta a cada ano que passa, sendo a expectativa de vida para a mulher significativamente maior do que para o sexo masculino. As repercussões de populações progressivamente mais idosas são consideráveis, pois essas projeções causarão um impacto marcante sobre as demandas sociais, particularmente no que diz respeito à saúde (KALACHE et al., 1987; RAMOS, 1993; SHIBATA, 2006).

A preocupação com o aumento da longevidade não é apenas dos países desenvolvidos mas também dos países em desenvolvimento. Em 2004 a expectativa de vida brasileira anunciada pelo IBGE atingiu a média de 71, 7 e em 2030 acredita-se que 40% dos brasileiros terão entre 30 e 60 anos (SHIBATA, 2006).

O envelhecimento populacional traz como conseqüência um aumento das doenças crônicas, por conseguinte um aumento nas internações e reinternações hospitalares. Entretanto, parte destas doenças é prevenível e curável, se tratada num tempo hábil. Uma parcela expressiva dos fatores causais poderia ser reduzida pela implementação de políticas de estratégias de promoção e prevenção à saúde nas diferentes fases do curso da vida, antes da velhice (COSTA et al., 2000).

Em decorrência desses fatores, os pesquisadores e demais profissionais ligados a essa questão estão se preocupando em ampliar os conhecimentos sobre os processos de desenvolvimento da vida adulta, sobretudo no que diz respeito à meia-idade e à velhice (VERAS,1994; UCHÔA, 2003; SHIBATA, 2006).

Aproximadamente um quinto da população feminina no Brasil pode chegar a vivenciar a chamada meia-idade (refere-se ao período do ciclo de vida humana situado entre a idade adulta e a velhice), com suas conseqüências biológicas, psicológicas e sociais (MORI et al., 2004).

A meia-idade pode ser definida por questões de ordem psicológica, social e fisiológica. No que se refere às questões psicológicas e sociais, pode-se citar fatores como “início de grandes mudanças familiares como afastamento dos filhos, dos pais idosos, irmãos, viuvez, e culmina com a adaptação à aposentadoria, senão a própria, a do marido, além de uma aterradora dificuldade, no que se refere à sobrevivência econômica e de participação no mercado de trabalho”. Em relação às questões fisiológicas, destaca-se a questão da mudança de “possibilidade de engravidar e procriar” para a impossibilidade desta (DEL PRIORE, 2000).

O período em que ocorre essa transição, entre a fase reprodutiva e aquela em que a reprodução natural não é mais possível, é chamado de Climatério. O Climatério caracteriza-se pelo declínio das funções ovarianas e conseqüentes alterações hormonais, devido à diminuição do estrógeno (hormônio feminino). A menopausa é um evento significativo e comum a todas as mulheres (NETO, 2002; FAVARATO et al., 2001; PEDRO, 2001).

A idade em que a mulher se encontra no Climatério é um assunto controverso entre os estudiosos. Alguns autores, tais como Favarato et al., (2001) o classificam entre 35 e 65 anos. Por outro lado, Kuba et al., (1998) e Ferreira (1999) consideram que o Climatério se inicia entre os 40 e 45 anos e termina por volta dos 65 anos.

Diversas mudanças e alterações fazem parte desse período, tais como: Sintomas vasomotores (ondas de calor, sudorese, palpitação e tontura), fadiga, transtornos do humor, irritabilidade, ansiedade, diminuição do sono e do interesse sexual (HALBE e FONSECA, 1993; FAVARATO et al., 2001; LORENZI et al., 2005). Apesar da depressão ser o transtorno psiquiátrico mais prevalente da metade para a última fase da vida, a correlação entre depressão e Climatério ainda é assunto controverso e complexo, pois durante esse período outras “inquietudes” tornam-se evidentes, tais como a morte dos pais, a saída dos filhos de casa e, principalmente, a questão do envelhecimento, entre outros (SCHINDLER, 1987; LORENZI et al., 2006).

Cerca de 60 a 80% das mulheres referem algum tipo de sintomatologia durante o Climatério (SPEROFF, 1989; APPOLINÁRIO et al., 2001; HAY et al., 2003). Essas mudanças variam de pessoa para pessoa e em alguns casos a mulher vivencia esse período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos (FAVARATO; ALDRIGHI, 2001).

De acordo com Fonseca e Halbe (1993), “o estrógeno tem efeito positivo sobre o psiquismo, citando, por exemplo, a questão da estabilidade emocional, segurança, autoconfiança, humor e relacionamento social”. O comportamento psicossocial da mulher climatérica depende também da personalidade e de como a mulher orientou e conduziu a sua vida até aquele momento.

Toda essa sintomatologia pode contribuir para um comprometimento da Qualidade de Vida da mulher nessa etapa da vida (LORENZI et al., 2006). Qualidade de Vida é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (OMS, 1994). Trata-se de uma noção que envolve muitos significados e diz respeito ao grau de satisfação do indivíduo nas várias esferas de sua vida (MINAYO, et al., 2000).

Melo et al. (2000), defendem que a “Qualidade de Vida” só pode ser alcançada pelo paciente na vida prática se tiverem sido sanadas todas as suas dúvidas, para que ele se torne ativo e acione os recursos físicos, psíquicos, espirituais, sociais e financeiros que tem disponível, tendo uma assistência integral e contínua.

Visando avaliar a Qualidade de Vida, foram elaborados questionários, como o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQL) e o *Medical Outcomes- Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). Embora esses questionários mereçam destaque, para Hunter (1992) as medidas de avaliação de saúde e bem-estar na faixa etária da meia - idade deveriam identificar tanto Qualidade de Vida quanto os sintomas que podem ocorrer nessa fase. Para isso ela desenvolveu o *Women's Health Questionnaire* (WHQ) que visa analisar mudanças físicas e no bem-estar de mulheres no período do Climatério e após a menopausa, entre 45 e 65 anos, sem preocupação quanto à fase do Climatério a ser avaliada, já que esta varia entre as mulheres (DIAS et al., 2002).

Estudos indicam que a incidência de câncer é muito alta na meia idade (FONSECA, 2001; TRACEY et al., 2005) e dados informam que a ocorrência de óbitos por câncer de mama aumentam à medida que a idade avança (HENDERSON,1993; GOTZCHE; OLSEN, 2000).

Estes dados, somados à questão do envelhecimento populacional e do crescimento das doenças crônicas fortalecem a importância de se estudarem mulheres de meia-idade com câncer de mama.

## **1.2. Câncer**

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2005), atualmente o câncer é a terceira causa de morte no país, vindo atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e das causas externas, como acidentes e violência. Acredita-se que no meio do século 21 o câncer seja a

principal causa de morte no país, sendo que o câncer de mama (aproximadamente 30 mil/ano) já exerce um peso importante na morbidade e mortalidade das mulheres brasileiras. A última estimativa realizada previa mais de 48.930 casos novos para o ano de 2006 no Brasil, com taxa bruta de 52,93 por 100.000 mulheres.

O câncer, também conhecido como neoplasia ou tumor maligno, compreende uma “classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células aberrantes”. Pode ocasionar a morte do indivíduo, “devido à invasão destrutiva de órgãos normais por estas células” (SASSE, 2004).

As causas das neoplasias nem sempre são conhecidas. Estudos sugerem origens variadas, endógenas e exógenas ao organismo. As duas causas estão inter-relacionadas. “As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural” (INCA, 2006).

Outros estudos realizados sobre a etiologia apontam que a personalidade, o estado emocional e a forma de lidar com os eventos estressantes da vida podem levar ao desenvolvimento de doenças, por meio do desequilíbrio do sistema imunológico. Entretanto, os resultados encontrados não produziram resultados conclusivos (SIMONTON, 1987; LESHAN, 1994; CHIATTONE, 1996; GARSSSEN, 2004; FILETTI, 2007).

Observa-se então que o câncer é uma doença multifatorial, podendo envolver fatores como questões emocionais, ambientais, sociais e questões morais e éticas (EPSTEIN, 1989).

A prevenção e diagnóstico precoce são fatores que podem contribuir para a diminuição do número de pessoas com a doença e aumentar o controle da doença (MARINHO et al., 2002). Entretanto, o acesso à assistência médica e de saúde com qualidade, constituem

problemas no tratamento efetivo, e em alguns casos, os pacientes chegam aos hospitais em estágio avançado da doença, por vezes, intratável (NUCCI, 2003).

Os pacientes com suspeita da doença passam por uma série de testes diagnósticos, variando de acordo com o tipo. No caso da mama, geralmente, são indicados a ultrassonografia mamária, a mamografia e a biópsia (GIGLIO, 1999; BARACAT et al., 2000). Após a conclusão desses exames é que se pode confirmar ou não a presença do câncer de mama e o estágio da doença, que podem variar em uma escala de 0 a IV, crescentes por ordem de tamanho do tumor e gravidade da doença (GOMES, 1987; BARACAT et al., 2000; SASSE, 2004).

O câncer possui conotações extremamente negativas para a maioria das pessoas e, mesmo com os avanços tecnológicos e o aumento da sobrevivência dos pacientes, o diagnóstico ainda é visto como “uma sentença de morte” (CHIATTONE, 1994, NEME, 1999; HALDING, 2004)

No momento em que o paciente recebe o diagnóstico, devem ser considerados desde fatores orgânicos, o estágio da doença e o tratamento, até os fatores relacionados à questão emocional, as expectativas do paciente e o suporte emocional recebido (MORAES, 2003; YAMAGUCHI, 2003; MELO, 2004).

A revelação do diagnóstico pode produzir a manifestação de raiva, pena de si, sentimento de perda de controle em relação à vida, angústia e medo, seja medo da dor, da humilhação física e mutilação, de deixar a família, de abandonar os projetos de vida e de se tornar dependente das pessoas ou do tratamento. Existe ainda o medo de sofrer e de causar sofrimento àqueles que estão à sua volta e, principalmente, de morrer (SIMONTON 1987; MORAES, 2003; YAMAGUCHI, 2003; DUARTE e ANDRADE, 2003; REUTTER et al., 2004).

Transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, podem ser identificados, sendo que estes podem continuar durante e após o tratamento. Cabe ressaltar que de acordo com estudo realizado por Burguês et al. (2005), enfocando a ocorrência da depressão e ansiedade em mulheres em fases iniciais do câncer de mama, os fatores de risco (idade jovem, problemas psicológicos prévios e dificuldades no suporte social) parecem estar mais relacionados à paciente do que à doença ou ao tratamento (CANTINELLI et al., 2006).

Após o diagnóstico, a modalidade de tratamento escolhida dependerá do tipo de câncer identificado, da localização, do tamanho do tumor, do estágio de desenvolvimento, bem como da idade, do histórico familiar e do estado geral de saúde do paciente. Os objetivos dos possíveis tratamentos podem incluir a erradicação completa da doença maligna, sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas ou alívio dos sintomas associados ao processo (SMELTZER, 2002). Os principais métodos de tratamento usados são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Mais recentemente outras modalidades de tratamento, tais como a terapia biológica, o transplante de células-tronco do sangue e do cordão umbilical passaram a ser utilizados (GIGLIO, 1999; COELHO, 2000). Em relação ao tratamento cirúrgico, sentimentos como o medo e a ansiedade são reações universais das pessoas antes do procedimento. Muitas vezes a cirurgia resulta em uma mutilação, o que gera no paciente, além de sentimentos angustiantes, dificuldades para reintegração profissional e social (CORREIA, 2000). A técnica da retirada total da mama ou mastectomia radical é considerada um procedimento cirúrgico extremamente agressivo e traumático para a mulher.

As mamas, além de seu papel na vivência e na demonstração da feminilidade e da maternidade, na cultura ocidental são consideradas um importante atributo físico e psíquico para o organismo feminino (ALMEIDA et al., 2003; CANTINELLI et al., 2006). Ao mutilá-las, corre-se o risco de alterar a auto-imagem e auto-estima da mulher, o que pode gerar

dificuldades nas relações afetivas, sociais e sexuais das pacientes (ARÁN et al., 1996; WANDERLEY, 2003).

A mastectomia vem sendo substituída por outras cirurgias, como a quadrantectomia (retirada do quadrante atingido) e tumorectomia (retirada apenas do tumor) (BOFF, 1999; BARACAT, 2000). Quando a retirada da mama é inevitável, existe a possibilidade de reconstrução da mesma, minimizando o sentimento de mutilação e melhorando a estética (LOUVEIRA et al., 2006).

A quimioterapia é comumente temida pelos pacientes, devido ao fato de causar inúmeros efeitos colaterais, como queda do cabelo, náuseas, vômitos, alteração no paladar, entre outras. Além disso, as melhoras físicas nem sempre são sentidas imediatamente, ocorrendo fantasias e desconfianças com relação à equipe médica, despertando sentimentos que podem culminar com o transtorno depressivo (CORREIA, 2000). Este tratamento pode ser administrado antes da retirada do tumor, no caso de tumores grandes, visando a sua redução (quimioterapia neoadjuvante) e depois da cirurgia (quimioterapia adjuvante).

No tratamento radioterápico, os pacientes vivenciam dificuldades de ordem emocional e física. Na questão emocional, citam-se a apreensão referente a queimaduras e o medo da solidão e do abandono na sala de aplicação. Com relação às dificuldades físicas, citam-se o desconforto pelo posicionamento e imobilidade durante as aplicações, os enjôos e problemas digestivos, a perda do paladar e a mudança da cor da pele (SOARES, 1996; SALVAJOLI e WELTMAN, 1996; LORENCETTI, 2006).

A hormonoterapia é um dos tratamentos sistêmicos adjuvantes mais eficazes no câncer de mama, mas é eficaz somente nas pacientes que têm tumores que expressam os receptores hormonais de estrógeno e/ou progesterona. Os principais efeitos colaterais são os relacionados com a menopausa. “O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrógeno e pode

causar ondas de calor, tromboembolismo, tumores de endométrio, mas, ao mesmo tempo, fornece certa proteção contra a osteoporose e a arteriosclerose” (CANTINELLI et al., 2006).

Após o tratamento quimioterápico e radioterápico as pacientes permanecem em acompanhamento durante pelo menos cinco anos, como forma de prevenção da recidiva. (KLIGERMAN, 2002).

Independente do tratamento utilizado, as dificuldades geradas decorrentes do desenvolvimento e tratamento do câncer podem ser extremamente estressantes, sendo que sua cronicidade pode produzir sérios problemas de ajustamento nas esferas psicológicas, afetivas, sexuais e sociais (GIMENES, 1986; SPIEGEL et al., 1998; BANNING, 2007) até influenciar negativamente o prognóstico (GARSSEN, 2004).

### **1.3. Estresse**

De acordo com Lipp (2003:17), até o século XVII, o termo ‘*stress*’ era utilizado na literatura inglesa com o significado de aflição e adversidade (LAZARUS e FOLKMAN, 1994). A partir daí, passou a ser no sentido de denotar o complexo fenômeno composto de tensão-angústia-desconforto. No século seguinte, houve uma mudança de enfoque e o termo passou a ser utilizado para expressar a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa, causando nela uma deformação, como um peso que faz com que uma viga se dobre.

No século XIX o termo era utilizado com o intuito de denotar “eventos emocionalmente relevantes e doenças físicas e mentais”. No século XX esta idéia foi retomada por um médico inglês, Willians Osler, que igualou o termo ‘*stress*’ (eventos estressantes) com trabalho excessivo. Anos mais tarde, Selye, estudante da Universidade de Praga, estudou situações que estavam causando angústia e tristeza em alguns pacientes e em 1926 chamou este conjunto de reações de “síndrome geral de adaptação”. Em 1936, Hans

Selye sugeriu o uso da palavra ‘*stress*’ para definir esta síndrome produzida por vários agentes aversivos e o termo entrou para literatura médica (LIPP, 2003: 17).

De acordo com Lazarus (1993) o estresse deveria ser entendido a partir da interação entre organismo e ambiente, como resultado de interpretações sobre um determinado evento, envolvendo aspectos individuais, biológicos e específicos da situação em questão. A definição com base apenas nas reações fisiológicas e emocionais do indivíduo e na “gravidade” da situação estressora foi substituída pelo modelo interativo do estresse.

A principal característica dessa definição é que leva em conta a avaliação cognitiva e o enfrentamento como possíveis mediadores do estresse. A avaliação cognitiva é desencadeada especificamente na situação estressora e é por ela influenciada, tendo então um papel fundamental na determinação do significado e das respostas apresentadas à situação (SEIDL, 2001).

O modo como as mulheres enfrentam o câncer está diretamente ligado ao seu ajustamento ou desajustamento psíquico e social (LUECKEN; COMPAS, 2002). O “enfrentamento vem sendo entendido como um dos fatores primordiais para a Qualidade de Vida das pessoas diante da adversidade” (GIMENES; QUEIROZ, 2000: 175).

#### **1.4. Enfrentamento**

Enfrentamento, ou *coping* refere-se às diferentes maneiras ou estratégias por meio das quais o indivíduo pode lidar com a situação estressora (LAZARUS, 1993).

O enfrentamento, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), é definido como "os esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa". Este se processa mediante a mobilização de

recursos naturais, com fins de administração de situações estressoras, consistindo de interação entre o organismo e o ambiente (ZAHIR, 2003).

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: (a) enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de enfrentamento pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado pelo indivíduo; (d) o processo de enfrentamento constitui-se em uma mobilização de esforço, por meio do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO, BANDEIRA, 1998).

Desta forma, os conceitos de Folkman e Lazarus (1980), que postulam o enfrentamento como um processo, diferem daqueles que trabalham com a noção de estilo de enfrentamento, entendidos como características ou maneiras típicas da pessoa confrontar ou lidar com situações estressoras, como sendo uma característica de personalidade (GIMENES, 1997; SEIDL, 2001).

No enfrentamento visto como um processo leva-se em consideração a avaliação que a pessoa faz de sua interação com o ambiente e a situação de estresse. Lazarus (1966, 1981) utilizou o termo avaliação cognitiva para referir-se a este processo avaliativo, informando que “três tipos de avaliação podem ser identificados: o dano, a ameaça e o desafio” (GIMENES 1997: 123).

Cohen e Lazarus (1979) classificaram cinco funções do enfrentamento: reduzir as condições ambientais que causam dano e aumentar as possibilidades de recuperação; tolerar ou adaptar-se a eventos ou realidades negativas; manter uma auto-imagem positiva diante da adversidade, manter o equilíbrio emocional e manter os relacionamentos satisfatórios

(GIMENES, 1997). Lazarus e Folkman (1986) classificam as Estratégias de enfrentamento em duas categorias: enfrentamento focalizado na emoção e enfrentamento focalizado no problema.

O enfrentamento focalizado na emoção tem como função “a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva” (SEIDL, 2001). De acordo com Zanin et al. (2005), as pessoas tendem a utilizar essa forma de enfrentamento quando acreditam que pouco ou nada possa ser feito para alterar a situação, assim como quando acreditam que seus recursos ou capacidade para o enfrentamento são insuficientes para atender, de alguma maneira, às demandas da situação estressante.

Já no enfrentamento focalizado no problema “a pessoa engajar-se-ia no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. São, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento” (SEIDL, 2001).

A estratégia centrada no problema e a centrada na emoção não são mutuamente excludentes. Ou seja, podem ser utilizadas ao mesmo tempo e interagir. Vários fatores, como a personalidade, saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, culturais, ambiente, religiosidade, suporte social, recursos materiais, entre outros, são decisivos no modo em que a pessoa utiliza tais estratégias (SAVOIA, 2001; SEIDL, 2001).

O modelo de processamento de estresse e enfrentamento é ilustrado por meio da Figura 1, na qual a flecha central do quadro indica a seqüência do processamento do stress, chegando até as Estratégias de enfrentamento e no resultado, onde é feita uma reavaliação

sobre o evento estressor. Se o resultado não minimizar ou superar os efeitos do estresse, uma nova avaliação é realizada (Figura 1).

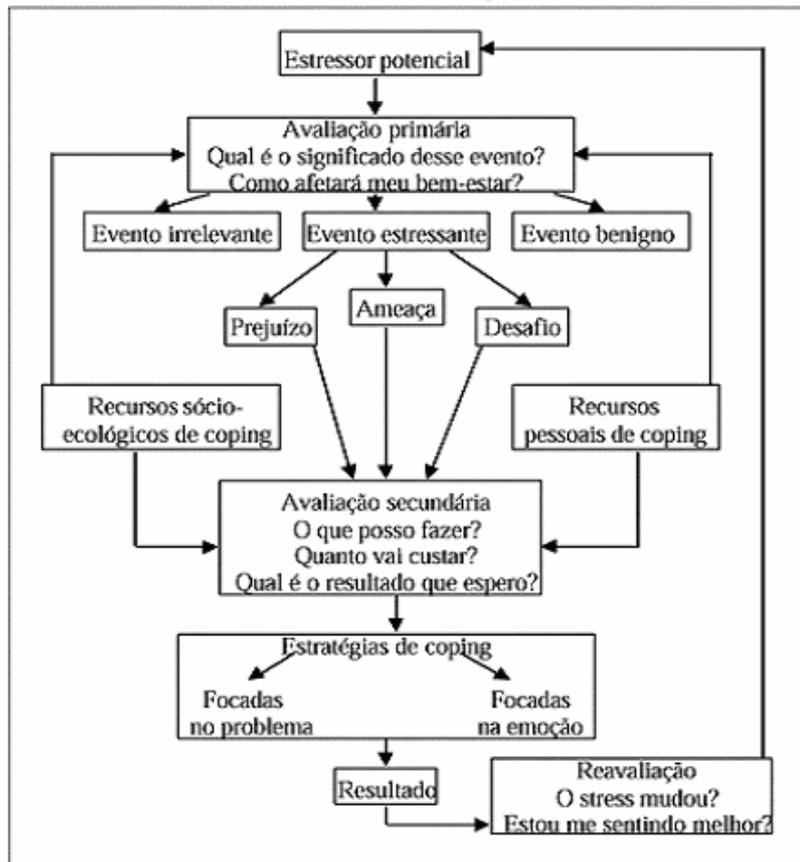


Figura 1. Modelo de processamento de estresse e enfrentamento (LAZARUS e FOLKMAN, 1980).

Além da proposta que divide enfrentamento em duas modalidades principais (focada na emoção e focada no problema), na literatura é possível encontrar referências a outros tipos de estratégias, pois há um número ilimitado destas que podem ser utilizadas em situações estressantes.

As Estratégias de enfrentamento utilizadas dependem dos recursos culturais, materiais, valores, crenças, habilidades sociais e apoio social, ou seja, são influenciadas pelas variáveis pessoais e situacionais de cada um. Além disso, esses recursos podem não estar disponíveis por restrições internas (outros valores, deficiências psicológicas, intensidade percebida do nível de ameaça) ou externas (exigências institucionais, ausência de recursos materiais etc.).

Devem ainda ser consideradas eficazes em relação ao contexto e características da pessoa, sendo avaliadas multidimensionalmente (GIMENES, 1997; CERQUEIRA, 2000).

De acordo com Seidl (2001), iniciativas no sentido de mensurar as Estratégias de enfrentamento vêm sendo desenvolvidas com alguns instrumentos construídos e validados para a utilização em diferentes contextos e em saúde, o que denota o interesse em relação ao construto, bem como sua aplicação para melhor compreensão e intervenção nos processos psicológicos. Para Zanin et al. (2006), o instrumento mais utilizado na avaliação de enfrentamento pelos pesquisadores brasileiros no âmbito de saúde e doença é o *Ways of Coping Checklist* de Folkman e Lazarus (1980) (SANTOS et al., 2006; SILVA, MULLER e BONAMIGO, 2006; RAVAGNANI, DOMINGOS e MIYAZAKI, 2006).

#### **1.4.1. Enfrentamento e câncer**

A doença é vista como uma situação estressogênica específica, na qual as Estratégias de enfrentamento são compreendidas em termos de sua funcionalidade, isto é visando manter e restaurar relacionamentos interpessoais; para obter informações; melhorar o bem-estar; manter a auto-estima e tomar decisões positivas (LAZARUS, 1993; LOPEZ, 1996).

Assim como ocorre com quaisquer outros eventos de estresse, as doenças em geral e o câncer exigem o estabelecimento de processos de enfrentamento, nos quais interferem todos os fatores considerados como determinantes deste fenômeno, além de outros específicos (NEME, 1999).

A aplicação do termo enfrentamento no estudo de pacientes com câncer começou a ser utilizada nas décadas de 40 e 50 e ao longo destes anos vem se alterando. Atualmente, oncologia pressupõe a necessidade “da observação de relações funcionais (um conjunto de relações positivas entre situações e comportamentos)”. Portanto, deve ser entendido como “um conjunto de comportamentos modificáveis, que ocorrem ao longo de um período de

tempo, durante o qual o ambiente e o paciente sofrem influências recíprocas” (COSTA JUNIOR, 2003).

Rowland (1990), ao revisar estudos realizados para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com câncer em suas diferentes fases, aponta alguns pontos significativos: a) estratégias e estilos que favorecem respostas ativas para a Resolução de Problemas são mais efetivos; b) o enfrentamento da doença deve ser sempre avaliado e considerado como um processo dinâmico que se mostra interligado às circunstâncias vivenciadas pelo paciente na doença, ao significado da sobrevivência e do futuro, aos relacionamentos interpessoais, aos recursos internos inerentes a cada paciente; c) pacientes mais flexíveis são melhores enfrentadores, possuindo melhores habilidades para o enfrentamento da doença, pois conseguem responder prontamente às mudanças na situação que demandam a utilização de novas estratégias; d) os recursos externos, definidos pela natureza e qualidade do Suporte Social disponível ao paciente, têm fundamental importância na capacidade de enfrentar a doença.

Estas estratégias são voltadas ao alívio de emoções, que segundo Lazarus e Folkman (1986), são consideradas necessárias à manutenção do autocontrole, auto-estima, auto-imagem positiva e maior grau de tolerância e aceitação frente a situações irremediáveis ou vistas como incontroláveis.

Por meio de mudanças comportamentais, de valores e atitudes, muitas pessoas modificam o rumo de suas vidas, o que em conjunto ao tratamento médico, leva muitos pacientes a uma maior sobrevida e até mesmo à cura da doença. Os trabalhos desenvolvidos por Simonton et al. (1987) e Le Shan (1992) com pacientes com câncer mostram a possibilidade de auxílio, no encontro de uma melhor forma de enfrentamento do câncer e obtenção de uma melhor Qualidade de Vida.

Segundo Neme (1999), para compreender como pacientes com câncer, selecionam estratégias de enfrentamento ao vivenciar a situação de doença, deve-se considerar dois pontos. O primeiro inclui conhecer os fatos relacionados à doença, como estágio, tratamento, prognóstico, condutas, etc. O segundo refere-se aos fatores pessoais que caracterizam o paciente, como as vivências antecedentes ao diagnóstico, a faixa etária, as habilidades, os recursos emocionais e sociais disponíveis, crenças religiosas, valores, experiências e percepções referentes à doença e ao câncer em geral.

Diversos estudos vêm sendo realizados para conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes no âmbito da saúde e doença, inclusive relacionadas ao câncer de mama (GIMENES, 1997; LOPES, 1997; HENDERSON et al., 2003; ANAGNOSTOPOULOS, 2004; SILVA, 2005a).

Giemenes e Queiroz (1997) em um estudo longitudinal sobre o papel do enfrentamento em mulheres mastectomizadas, entrevistaram 36 mulheres portadoras de câncer de mama em três momentos distintos: 48 horas, três meses e um ano pós-mastectomia. Os resultados mostraram que após a mastectomia, a mulher sente-se culpada, com raiva, envergonhada e tem medo da morte. Depois de passado três meses da cirurgia, os relatos apresentam a família como uma forte rede de apoio para o enfrentamento da doença e há uma retomada das atividades cotidianas. Passado um ano do diagnóstico, a mulher convive com o medo da recidiva do câncer. As autoras puderam observar também que o modo de enfrentamento “focalizar no problema” foi o mais utilizado.

Por meio da análise funcional<sup>1</sup>, Lopes (1997:19), avaliou mulheres em tratamento do câncer de mama e pôde inferir que as conseqüências naturais aversivas de um diagnóstico de câncer, “formam uma classe de estímulos com função discriminativa (ou sinalizadora)

---

<sup>1</sup> Procedimento de investigação, utilizado por analistas do comportamento que buscam conhecer as variáveis ambientais das quais o comportamento é função (FERSTER, 1973; MEYER, 1997; SKINNER, 1981 *apud* LOPES, 1997).

controladora sobre a emissão de comportamentos de enfrentamento” e que por outro lado “os comportamentos de enfrentamento constituem-se em uma classe de respostas (com topografias variadas) emitidas em função de conseqüências positivamente reforçadoras, por meio da remoção, posposição, minimização e evitação das estimulações aversivas já mencionadas” (LOPES, 1997: 105).

Henderson et al. (2003) estudaram mulheres americanas descendentes de africanos e, para tanto, utilizaram-se do Inventário de Estratégias de “*Coping*” para avaliá-las. No estudo não houve correlação significativa entre as estratégias de enfrentamento utilizadas e os dados sócio –demográficos. Entretanto ao compararem seus dados com os de mulheres brancas americanas verificaram que os *escore* das estratégias de enfrentamento eram maiores nas mulheres descendentes de africanos. Os autores descreveram também que as estratégias mais utilizadas pelas mulheres descendentes de africanos foram o Suporte Social e a Reavaliação Positiva.

Silva (2005a), estudou o enfrentamento em mulheres pós-tratamento do câncer de mama e observou que diversos eventos estressores relacionados ao adoecimento, como por exemplo, limitações físicas, alterações na imagem corporal e o medo da recidiva, ainda estavam presentes na vida destas mulheres. Sobretudo a autora ressalta que as estratégias com foco nos aspectos positivos da situação e a evitação das vivências, cognições e emoções negativas “cumpriram a função de angariar melhores condições emocionais para o enfrentamento do câncer” (SILVA, 2005:129). Segundo a autora, estes resultados vêm reforçar a importância da atuação dos serviços de reabilitação social, com o objetivo de fornecer espaços de reabilitação física e psicossocial para as pacientes acometidas pela doença.

### **1.5. Auto-avaliação de saúde em mulheres de meia idade com câncer de mama**

A auto-avaliação pode ser entendida como “dar valor a si mesmo”, pois o termo avaliar significa “dar valor a” e auto significa “o que é próprio de si mesmo” (GOMES, 2001:79). No contexto de ensino –aprendizagem os autores utilizam constantemente o termo auto-avaliação, mas que pode ser emprestado para a área da saúde, na medida em que relaciona auto-avaliação “a uma tomada de consciência de si próprio (meios mais adequados de desenvolvimento, aspirações, traços fundamentais de caráter), sempre com base em uma análise da realidade” (DEPRESBITERIS, 1989: 51). Neste estudo o “dar valor a si mesmo” (GOMES, 2001:79) e a “tomada de consciência de si próprio” (DEPRESBITERIS, 1989: 51) estão focados na condição de saúde, o que não deixa de ser entendida como uma auto-avaliação.

No âmbito da saúde a auto-avaliação pode ser realizada por meio de instrumento padronizado e/ou entrevista, com questões direcionadas a esse propósito.

Por meio de um instrumento quantitativo, como por exemplo, um instrumento padronizado, pode-se estabelecer relações e possíveis generalizações entre os objetivos estudados (MINAYO, 2000). Por outro lado, utilizando instrumentos, que visam a pesquisa qualitativa, por exemplo, utilizando entrevistas como método qualitativo, é possível ter acesso às verbalizações dos pacientes e realizar uma análise do conteúdo, o que propicia ter acesso a questões subjetivas desta percepção, pois a pesquisa qualitativa permite “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2000:10). A contribuição mais óbvia das pesquisas qualitativas sobre o câncer está na possibilidade de aprofundar a compreensão da produção de sentido diante das experiências reais ou potenciais da doença”(SPINK, 2000:175).

A utilização de estratégias metodológicas qualitativas e quantitativas é valiosa na medida em que pode oferecer compreensões diferenciais acerca de um mesmo fenômeno, visando melhor compreendê-lo e avaliá-lo (MINAYO, 2000; GOLDENBERG, 2000). Desta forma, para se obter resultados diferenciados sobre esses fenômenos complexos, como a auto-avaliação e o enfrentamento, a utilização combinada de estratégias metodológicas de coleta de dados pode permitir o acesso a variáveis relevantes, com o intuito de levantar ou responder problemas antes não delineados.

Com base nestas considerações o presente estudo pretende contribuir para o aumento da compreensão da mulher de meia idade com câncer de mama e se possível, oferecer dados que norteiem a promoção da saúde destas mulheres. Desta forma, o estudo busca responder as seguintes perguntas de pesquisa: Como as mulheres de meia-idade com câncer de mama percebem a própria saúde? Quais são as Estratégias de enfrentamento utilizadas por estas mulheres durante o tratamento do câncer de mama?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos gerais:**

Caracterizar mulheres de meia idade com diagnóstico de câncer de mama quanto a auto-avaliação de saúde e seus padrões de enfrentamento em relação ao câncer .

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres de meia-idade em tratamento do câncer de mama;
- Investigar a avaliação que estas pacientes fazem de sua saúde física e mental.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo clínico, prospectivo, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Para tal estudo foi utilizada a estratégia de coleta de dados, empregando uma abordagem quanti-qualitativa.

#### **3.2. Participantes**

Foram convidadas para participar deste estudo trinta<sup>2</sup> pacientes do Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP-USP, em tratamento do câncer de mama.

Os critérios utilizados para exclusão e inclusão das participantes foram os seguintes:

Critérios de Inclusão das participantes:

- ser paciente e estar em tratamento, há no mínimo 1 mês e no máximo 15 meses;
- ter entre 45 e 65 anos de idade;
- ter tido a última menstruação, ou seja ser menopausada;
- ser alfabetizada;
- ter sido diagnosticada com câncer de mama nos estágios I, II ou III;
- ter sido submetida à no mínimo uma sessão de aplicação de quimioterapia intravenosa e cirurgia da mama há pelo menos 1 mês;

---

<sup>2</sup> Para o cálculo amostral, foi realizado uma análise preliminar com 15 pacientes com diagnóstico de câncer de mama. Nesta amostra foi aplicado o Inventário de Enfrentamento detectando-se estratégia de enfrentamento mais comum (reavaliação positiva) com valores de pontuação de 13,4 para a média e 3,9 para o desvio padrão. Considerando-se estes valores, foi realizado um cálculo para alfa = 0,05; beta = 0,20 e poder discriminativo (diferença mínima detectável) de 2,0 pontos na escala, chegando-se a um tamanho amostral de 30 pacientes.

- aceitar voluntariamente participar desta pesquisa, após ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

Critérios de exclusão dos participantes:

- presença de metástase e/ou recidiva;
- presença de deficiências mentais e quadros demenciais<sup>3</sup>.

### **3.3. Materiais e Instrumentos**

#### **3.3.1. Ficha com dados Sócio-Demográficos e dados clínicos das participantes**

Esta ficha contém dados relativos às questões sócio-demográficas e questões relativas ao quadro clínico da paciente. Dados sócio-demográficos incluíram idade, cor da pele, estado civil, número de filhos; cidade de origem, religião, escolaridade<sup>3</sup>, ocupação atual, renda familiar e tabagismo. Os dados relativos ao quadro clínico incluíram data do diagnóstico, mama atingida, estágio da doença, protocolo de tratamento, data e tipo da cirurgia realizada na mama e se existem casos de câncer na família, bem como data da última menstruação e foram retirados do prontuário médico do HCFMRP-USP (ANEXO III).

#### **3.3.2. Questionário da Saúde da Mulher (QSM)**

Esse questionário visa investigar a auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade e foi validado e adaptado para a população brasileira por Dias e colaboradores em 2002. É composto de 37 questões, divididas em sete grupos, dispostos aleatoriamente, que avaliam as dimensões: Depressão, Sintomas somáticos, Memória/Concentração, Sintomas vasomotores, Ansiedade/Temores, Comportamento sexual,

---

<sup>3</sup> Informações obtidas por meio do prontuário médico da paciente.

Problemas de sono, Sintomas menstruais e Atratividade. O Questionário visa analisar mudanças físicas e do bem estar de mulheres no período do climatério e/ou perimenopausa e após a menopausa, entre 45 e 65 anos, sem preocupação exata quanto à fase, já que esta varia de mulher para mulher (DIAS et al., 2002). Para a avaliação do Questionário a correção foi realizada de acordo com os critérios proposto pelo autor (ANEXO IV).

### **3.3.3. Inventário de Estratégias de *Coping* (enfrentamento) de Lazarus e Folkman (1984)**

Este instrumento que foi adaptado e validado para a população brasileira por Savóia e colaboradores em 1996, é composto por 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas e externas de um evento estressante específico. Esses itens são divididos em oito fatores, sendo dois deles (Confronto e Resolução de Problemas) centrados no problema e seis deles (Afastamento, Autocontrole, Suporte-social, Aceitação da responsabilidade, Fuga e Esquiva e Reavaliação Positiva) associados a estratégias de enfrentamento centradas na emoção (ZANIN et al., 2006). Os participantes foram orientados a responder às questões pensando especificamente o que fizeram na situação de sua doença (câncer de mama). Para a avaliação do Questionário, a correção foi realizada de acordo com os critérios proposto pelos autores (ANEXO VI).

### **3.3.4. Entrevista semi-estruturada**

A partir de dados pesquisados na literatura o roteiro de entrevista foi composto por um grupo de questões com perguntas abertas e elaborado especificamente para este estudo. O roteiro de entrevista inclui, em primeiro lugar, perguntas referentes às características sócio-

demográficas. Em seguida foram formuladas questões que abarcavam os seguintes temas: meia-idade, Estratégias de enfrentamento utilizadas em geral e com relação ao câncer e percepção da saúde. A entrevista objetivou complementar dados informativos e qualitativos sobre os instrumentos utilizados (ANEXO VIII).

### **3.4. Procedimentos de coleta de dados**

#### **3.4.1. Abordagem das participantes**

O primeiro contato com as participantes foi realizado por telefone, a partir de uma lista com o nome das pacientes (cedidos pelo hospital) que estavam em acompanhamento de câncer de mama no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia do HCFMRP-USP. As pacientes sem telefone foi enviada uma carta solicitando que entrassem em contato com a pesquisadora. Para tanto, era informado o número de telefone do Serviço de Psicologia do HCFMP-USP. No primeiro contato via telefone, ocorria a apresentação da pesquisadora e a explicação do objetivo da pesquisa, atividades envolvidas na participação e o caráter voluntário da mesma. Caso a paciente aceitasse participar, era agendado um horário, preferencialmente no dia em que esta teria que ir ao Hospital para exames ou consultas.

#### **3.4.2. Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em uma sala privada do Serviço de Psicologia, localizado no 3º andar do Hospital das Clínicas, entre os meses de maio e dezembro de 2006.

Foi apresentado à participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entregue a ela uma cópia do mesmo (ANEXO II). Após a leitura do termo e explicações de possíveis dúvidas à paciente, colhia-se a sua assinatura, quando de acordo.

Em seguida os instrumentos foram aplicados individualmente. A pesquisadora lia todas as questões e gravava as respostas à entrevista semi-estruturada. A ordem de aplicação dos instrumentos foi: entrevista semi-estruturada, Questionário da Saúde da Mulher e por fim o Inventário de Estratégias de *Coping*. Essa forma de aplicação foi aleatória e adotada para homogeneizar o método de aplicação.

A coleta de dados ocorreu individualmente e em uma única sessão com cada paciente, com duração média de 1h00 (variando de 40 minutos a 2h00).

### **3.5. Procedimento de análise dos dados**

Os dados obtidos com o preenchimento do Questionário da Saúde da Mulher e do Inventário de Estratégias *Coping* foram cotados de acordo com as recomendações específicas de cada instrumento, conforme anexos V e VII, respectivamente.

Para análise qualitativa da pesquisa foi utilizado o método de Análise de Conteúdo Verbal proposto por Bardin (1977), por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2000).

A Análise de Conteúdo é definida por Bardin (1977:42) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção das mensagens”.

A análise de conteúdo pode ocorrer por meio de análise dos significados, utilizando-se, por exemplo, da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2000), que busca os

‘núcleos de sentido’ das verbalizações, que podem ser analisados de acordo com a presença ou frequência dos mesmos.

Para um procedimento de análise é necessário organizar os conteúdos em redor de categorias, definidas por Bardin (1977: 111), como “rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidade de registro) sob um título genérico”, sendo que o que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre o conteúdo e o *corpus* a ser analisado.

Bardin informa ainda que para que seja realizada uma boa categorização deve-se obedecer algumas regras, como a exclusão mútua: “cada elemento não pode existir em mais de uma divisão”; a homogeneidade: “um único princípio de classificação deve governar a sua organização”; a pertinência, “deve refletir as intenções da investigação”; a objetividade e a fidelidade: deve definir claramente as variáveis que trata e os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria e a produtividade: deve fornecer resultados “férteis em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos” (BARDIN, 1977: 113).

As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A **pré-análise** consiste na organização do material, tendo como objetivo tornar operacionais e sistematizadas as idéias iniciais. Esta fase é constituída por 5 etapas:

a) escolha dos documentos

Os documentos utilizados foram as transcrições das fitas da gravação das 30 entrevistas semi-estruturadas realizadas.

b) leitura flutuante;

Foram realizadas leituras deixando-se invadir por impressões e significações do texto das entrevistas, conforme sugere Bardin (1977).

c) formulação de hipóteses e objetivos

As hipóteses nem sempre são estabelecidas quando da pré-análise. Algumas análises efetuam-se às *cegas* e sem idéias pré-concebidas. A análise de conteúdo possui duas funções diferentes: a função 'heurística' e a função de 'administração da prova'. Na função de administração da prova as categorias são estabelecidas *a priori* e aplicadas ao material. A função heurística segue a análise exploratória, deixando emergir dos dados os elementos temáticos e por da organização destes temas surgem as categorias e sub-categorias.

Este estudo adotará a função de 'administração de provas' para verificar as Estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes, tendo como idéia pré-concebida a utilização por parte das pacientes de estratégias centradas no problema e na emoção (classificação de enfrentamento sugerida por Lazarus e Folkman, 1986) e adotará a análise heurística ao estudar os outros temas propostos: (Meia –idade; Doença câncer e Auto-avaliação de saúde).

d) referenciação e elaboração de indicadores

Neste momento devem ser determinadas operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e tipo de codificação para o registro dos dados. Os temas foram definidos como unidades de registro. Sendo uma medida de significado, estabeleceu-se que seriam recortadas apenas as falas que estivessem diretamente ligadas aos temas. Na dúvida o trecho não foi recortado.

e) preparação do material

Nessa fase ocorre a preparação do material e eventualmente, uma preparação formal (edição). As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e em seguida reunidas de acordo com as temáticas estabelecidas: Meia –idade; Doença câncer; Enfrentamento; Auto-avaliação de saúde. Do lado direito da folha foi inserida uma coluna para recortar os elementos

temáticos. Em seguida foram agrupados todos os temas (assuntos) por semelhança de conteúdo, o que deu origem às categorias.

A segunda etapa, **exploração do material**, que é a administração sistemática das decisões tomadas, “consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 1977: 95). Nesta fase ocorreu a contagem da frequência da presença dos elementos temáticos em cada categoria e sub-categoria.

A terceira etapa consiste no **tratamento dos resultados** obtidos e interpretação. Na fase de tratamento dos resultados serão analisadas as relações existentes entre as categorias identificadas nas verbalizações das pacientes e aspectos relacionados às seguintes questões: meia-idade; doença câncer; estratégias de enfrentamento e avaliação de saúde. A interpretação dos dados basear-se-á na relação estabelecida entre os temas identificados nas entrevistadas e aspectos levantados na literatura.

### **3.6. Tratamento estatístico dos dados**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado em duas etapas. Em um primeiro momento, foi processada a análise descritiva dos resultados em termos de frequência, porcentagem e média. Em seguida, foram realizadas análises estatísticas para verificar se há correlações significativas entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis do Questionário da Saúde da Mulher e do Inventário de Estratégias de *Coping*. Foram determinadas também correlações das variáveis clínicas com variáveis do Questionário da Saúde da Mulher e do Inventário de Estratégias de *Coping*. Determinaram-se ainda correlações entre as variáveis do

Questionário da Saúde da Mulher e do Inventário de Estratégias de *Coping*, bem como as correlações entre as variáveis de cada um destes grupos. As análises de coeficientes de correlação de *Pearson*<sup>4</sup> foram realizadas por meio do programa SPSS 13.0 for Windows. O nível de significância adotado foi de 0,05.

### **3.7. Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido no dia 10/08/2005 à Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e aprovado na reunião do dia 9/02/2006. Em seguida o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP e aprovado no dia 10/05/2006 de acordo com o processo HCRP nº 3380/2006 (ANEXO I).

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética deu-se início à coleta de dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado seguindo as orientações da Resolução 196 do CONEP/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Como descrito no Termo de Consentimento, as pacientes que apresentaram necessidade de atendimento psicoterápico foram encaminhadas à Psicóloga contratada do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas, que atua no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia, para atendimento psicológico.

---

<sup>4</sup> Tipo de coeficiente de correlação usado com dados de escalas intervalares e de razão. Além de fornecer informação sobre a força da relação entre duas variáveis, indica o sentido (positivo ou negativo) da relação linear (COZBY, 2003).

#### 4. RESULTADOS

Após delineados os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se um levantamento em aproximadamente 300 prontuários médicos de pacientes que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica e Mastologia e, com base nos critérios de inclusão e exclusão, as pacientes foram convidadas a participar da pesquisa. Nem todas as pacientes selecionadas participaram da pesquisa. Os motivos da não participação podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Relação das causas de não participação no estudo de mulheres de meia-idade com câncer de mama.

<b>Motivo da exclusão</b>	<b>Número de paciente</b>
Não foram localizadas (devido a causas variadas tais como: telefone da paciente fora de serviço; não resposta à carta solicitando entrar em contato com a pesquisadora; desencontros de horários ocorridos entre a pesquisadora e a paciente).	9
Faltaram no dia do encontro	4
Recusaram-se a participar da pesquisa	3
Problemas referentes ao dia e horário	2
Apenas receberam atendimento de suporte e apoio e foram encaminhadas para atendimento psicológico, devido ao estado emocional intensamente fragilizado	2
Solicitaram entrar em contato em outro momento	2

Quando se atingiu o número de 30 pacientes que aceitaram participar do estudo (por meio de contato telefônico) e estas compareceram ao dia marcado para o encontro, a pesquisa em prontuário foi encerrada.

Durante o encontro com as pacientes, foi possível identificar dificuldades de ordem emocional e social nas pacientes e, conseqüentemente, instruí-las a buscar ajuda e/ou encaminhá-las. Do total de participantes da pesquisa (30 pacientes), duas foram encaminhas

para atendimento com a psicóloga contratada do Serviço de Psicologia e uma para o Serviço Social do HCFMRP, sem prejuízo de sua participação no estudo.

Os dados individuais das participantes referentes às questões sócio-demográficas (ANEXO X); clínicos (ANEXO IX); Questionário da Saúde da Mulher (ANEXO XIV) e Inventário de Estratégias de *Coping* (ANEXO XV) são apresentados nos anexos para fins ilustrativos.

#### **4.1. Caracterização dos dados sócio-demográficos das mulheres de meia-idade com câncer de mama, participantes deste estudo (n=30).**

A idade das participantes variou entre 45-65 anos, com valor médio de 55 anos e sete meses (desvio padrão = 5,95). A Figura 2 mostra a distribuição das idades das participantes.

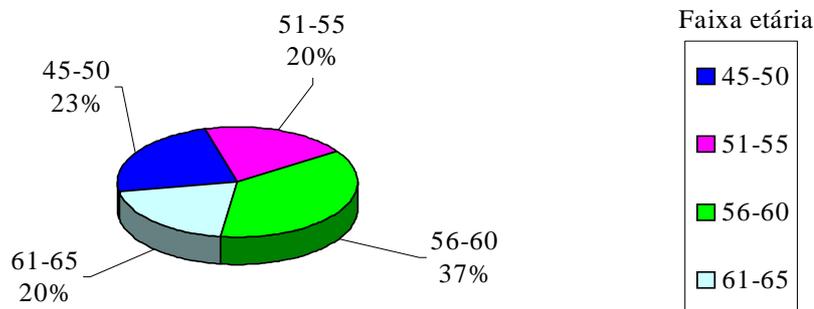


Figura 2. Divisão da faixa etária das mulheres de meia-idade com câncer de mama.

Na Tabela 2 é possível observar a caracterização das pacientes no que se refere aos dados sócio-demográficos.

Tabela 2. Descrição das variáveis demográficas das pacientes de meia-idade com câncer de mama (n=30).

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Cor da pele</b>	Branca	20	66,7
	Parda	7	23,3
	Negra	3	10,0
<b>Estado Civil</b>	Casada	11	37,9
	Viúva	9	31,0
	Solteira	7	24,1
	Desquitada/Separada	2	6,9
<b>Cidade</b>	Ribeirão Preto	24	80,0
	Região de Ribeirão Preto	5	16,7
	Minas Gerais	1	3,3
<b>Religião</b>	Católica	16	51,6
	Evangélica	8	25,8
	Espírita	2	6,5
	Outras	3	9,7
	Sem religião definida	2	6,5
<b>Escolaridade</b>	Fundamental incompleto	14	46,7
	Fundamental completo	5	16,7
	Médio incompleto	0	0
	Médio completo	9	30,0
	Superior completo	2	6,7
<b>Forma de renda</b>	Atividade remunerada	22	73,3
	Aposentada	4	13,3
	Dependente	4	13,3
<b>Mudou a forma de renda após a doença</b>	Sim	18	60,0
	Dependente do marido	2	6,7
	Dependente dos filhos	3	10,0
	Auxílio doença	13	43,3
	Não	12	40,0

A média de filhos é de 2,6 por paciente, sendo que uma paciente não tinha filhos e três pacientes tinham seis filhos cada. No que se refere à renda familiar, a mínima foi de R\$

300,00 (três pacientes) e a máxima de R\$ 5.000,00 (uma paciente), sendo a média de R\$ 1.229,00 e o desvio padrão de R\$ 1.114,84. Esta média não caracteriza adequadamente a amostra estudada, visto que 60% das pacientes recebem menos de R\$ 1.000,00. A moda é R\$ 800,00. A média de pessoas que vivem na mesma casa e dividem a renda é de três pessoas, o que equivale a R\$100,00 *per capita* por mês. Das pacientes entrevistadas que não mudaram a forma de sustento após a doença (12), quatro são aposentadas.

#### **4.2. Caracterização dos dados clínicos das mulheres de meia-idade em tratamento do câncer de mama, participantes do estudo (n=30),**

Nesse item estão incluídos os dados referentes às condições clínicas das pacientes (características da doença e do tratamento) e da menopausa. Os dados foram extraídos dos prontuários médicos das pacientes e são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Descrição das variáveis clínicas das pacientes de meia-idade com câncer de mama (n=30).

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Mama Atingida	Direita	20	66,7
	Esquerda	10	33,3
Estágio da doença	I	5	16,1
	II	13	41,9
	III	13	41,9
Câncer de mama na família	Sim	10	33,3
	Não	20	66,7
Outros tipos de câncer na família	Sim	13	43,3
	Não	17	56,7
Problemas de saúde associados	Sim	14	46,7
	Não	16	53,3
Tabagista	Sim	7	23,3
	Não	23	76,7

Observou-se uma distribuição equilibrada entre os seguintes itens analisados: mama atingida, história de câncer na família e em relação a outros problemas de saúde, que não o câncer de mama. Por outro lado, uma porcentagem menor de pacientes foi diagnosticada com estágio I e a maioria não tem história de câncer de mama na família e não são tabagistas.

Os dados referentes ao tratamento das pacientes são apresentados na Tabela 4 e na Tabela 5.

Tabela 4. Descrição das variáveis do tratamento médico das pacientes de meia-idade com câncer de mama (n=30).

Variável	Descrição	Frequência	Porcentagem (%)
Quimioterapia	Neoadjuvante	14	46,67
	Adjuvante	13	43,33
	Neoadjuvante e adjuvante	3	10,0
Cirurgia	Tumorectomia	15	50,0
	Mastectomia	11	36,7
	Quadrantectomia	4	13,3
Radioterapia	Sim	19	63,3
	Não	11	36,7
Hormonioterapia	Sim	18	60,0
	Não	12	40,0
Fase do tratamento no momento da participação na pesquisa	Quimioterapia	12	40,0
	Radioterapia	18	60,0

Tabela 5. Descrição das variáveis do tratamento médico das pacientes de meia-idade com câncer de mama (n=30).

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Total de ciclos de quimioterapia realizados	3	12	6,07	2,212
Tempo de cirurgia (em meses)	1	10	5,28	2,802
Tempo de tratamento (em meses)	2	15	7,93	3,283

Do total das pacientes, 60% fizeram quimioterapia neoadjuvante e 90% quimioterapia adjuvante, totalizando em média em seis ciclos por paciente. Quanto à cirurgia, 36,6% realizaram mastectomia; 13,3% quadrantectomia e 40% tumorectomia. A média do tempo após a cirurgia foi de 5,28 meses. No momento da realização da entrevista 60% das pacientes estavam em tratamento radioterápico. O tempo médio de tratamento foi de oito meses.

#### **4.3. Análise das repostas das mulheres de meia-idade com câncer de mama, em relação ao instrumento “Questionário da Saúde da Mulher” - (QSM)**

O Questionário da Saúde da Mulher visa analisar mudanças físicas e no bem-estar de mulheres no período do climatério e após a menopausa, entre 45 e 65 anos, e procura identificar tanto sintomas, como os seus impactos na qualidade de vida. Como o questionário visa medir a saúde, é importante destacar que quanto maior o índice da dimensão, melhor foi a avaliação que a paciente fez sobre si em tal item.

Os dados da Tabela 6 apresentam os valores médios obtidos com a aplicação do Questionário da Saúde da Mulher. Segundo Conde et al. (2006), os sintomas climatéricos em mulheres com câncer de mama relacionam-se a três possíveis situações: a menopausa induzida pela quimioterapia, a interrupção da terapia hormonal (TH) e a fase natural do climatério.

Ao comparar os dados do presente estudo com os dados de um estudo realizado por Lorenzi et al. (2006), no qual avaliou 323 mulheres com idade entre 40 e 65 anos, atendidas em um Ambulatório de Climatério, é possível verificar que o grupo de pacientes com câncer de mama teve médias mais altas (melhor avaliação) em cinco dimensões: Depressão; Sintomas somáticos; Ansiedade/Temores; Atratividade e Memória/Concentração e médias menores (ou seja, mais comprometimento) nas seguintes dimensões: Problemas de sono;

Sintomas vasomotores e Comportamento sexual. Não foi possível comparar a dimensão “Sintomas menstruais”, pois tal dimensão parece não ter sido avaliada pelo estudo de Lorenzi et al.

Em relação à avaliação total, o valor médio do Questionário de Saúde da Mulher para as mulheres de meia-idade com câncer de mama, foi de 100,93 com desvio padrão de 13,699. No estudo de Lorenzi et al. (2006), o escore geral atingiu o valor total de 75,6 ( $\pm 19,2$ ).

Tabela 6. Análise descritiva dos itens avaliados no Questionário da Saúde da Mulher, em pacientes de meia-idade com câncer de mama (n=30).

<b>Dimensão avaliada</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Pontuação mínima e máxima por item</b>
Depressão	20,08	3,5	13	26	1-28
Sintomas somáticos	21,2	4,4	13	28	1-28
Ansiedade/Temores	11,2	2,6	5	15	1-16
Sintomas menstruais	12,6	1,4	10	16	1-16
Problemas de sono	7,7	2,2	3	10	1-12
Atratividade	9,1	1,9	7	12	1-12
Sintomas vasomotores	6,2	2,1	2	8	1-8
Memória/Concentração	8,2	2,8	6	12	1-12
Comportamento sexual	3,7	3,5	0	8	1-12
<b>Avaliação Total</b>					<b>144</b>

Supõe-se que a diferença na presente avaliação, tanto em cada dimensão quanto na avaliação total, está relacionada ao fato de a amostra do estudo de Lorenzi et al. (2006), ter sido colhida em um Ambulatório de Climatério, ou seja, as pacientes que procuraram o serviço provavelmente apresentam queixas relacionadas aos sintomas avaliados no Questionário. Já a amostra deste estudo foi colhida entre pacientes que procuraram tratamento para o câncer de mama, sem ter obrigatoriamente queixas direcionadas ao Climatério.

Na visualização do gráfico na Figura 3 é possível a comparação entre todas as dimensões avaliadas nas pacientes com câncer de mama neste estudo. Escore maior indica

melhor índice da dimensão. Para a comparação entre os itens, foi realizada a transformação dos dados para igualar os resultados obtidos em cada dimensão, sendo possível assim a comparação entre eles. Neste caso foi adotada a porcentagem como forma de transformação.

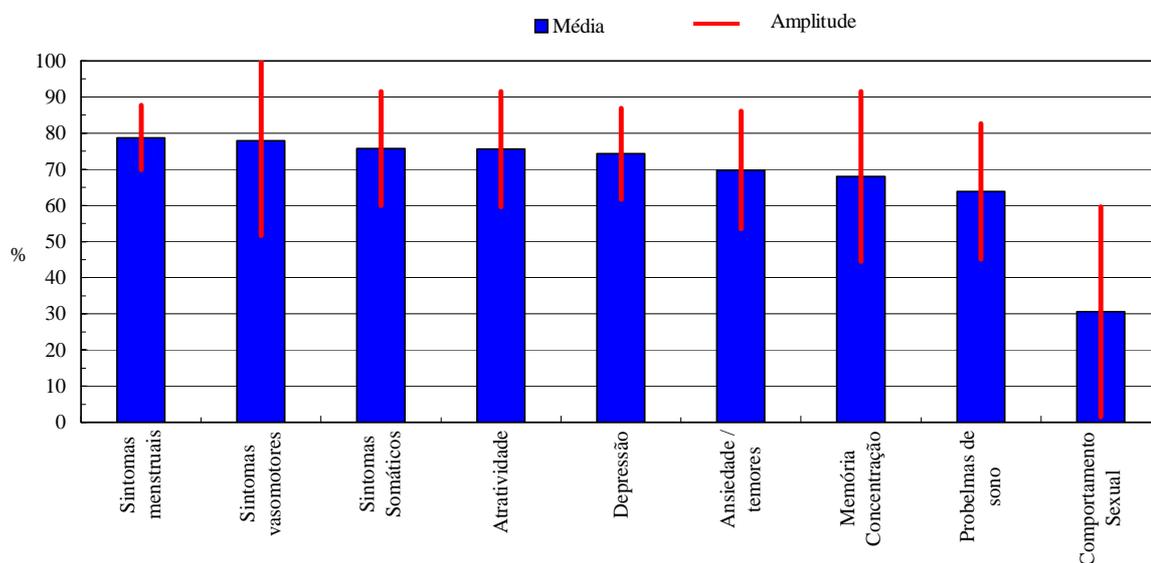


Figura 3. Resultados, em porcentagem, das dimensões avaliadas do Questionário da Saúde da Mulher em pacientes de meia-idade com câncer de mama (n=30).

Os resultados mostram pontuações menores para Comportamento Sexual, ou seja, maior dificuldade nessa dimensão. Não existe uma única explicação para se compreender porque os resultados em relação ao comportamento sexual estão comprometidos, pois este comportamento pode ser influenciado por diversos fatores psicossociais (CONDE et al., 2006). É comum que nessa fase ocorra diminuição do desejo sexual e secura vaginal, o que pode prejudicar o comportamento sexual (BALLINGER, 1990; MARTINS et al., 2002; AVIS et al., 2004).

Somada a essas questões próprias da fase em que a paciente está, têm-se as questões envolvendo o câncer de mama. Devido à alteração no seio, pela retirada da mama ou do nódulo, o que deixa cicatriz e muitas vezes deformidades, a auto-estima e a auto-imagem da paciente deste estudo podem estar afetadas. A auto-estima afetada pode levar essas mulheres a

se considerarem menos atraentes e desejáveis e acabar prejudicando o exercício da sexualidade. De acordo com Duarte e Andrade (2003), a ausência da mama, que é símbolo de feminilidade, pode contribuir com o aparecimento de dificuldades nesta esfera.

Outra questão também deve ser comentada, a que se refere aos fatores externos, como eventuais dificuldades no relacionamento conjugal ou à falta de um companheiro fixo com quem se relacionar, experiências prévias e influências sociais e culturais (FAVARATTO et al., 2001; LORENZI, et al., 2006).

Conde et al. (2005), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida em mulheres na menopausa, sendo estas divididas em dois grupos: com câncer de mama e sem câncer de mama. Os autores observaram que sintomas característicos da menopausa foram similares para os dois grupos e que a Qualidade de Vida é boa para ambos os grupos. Entretanto os dados mostraram que a atividade sexual é menos freqüente em mulheres com câncer de mama, mas que o funcionamento físico é mais alto.

Os valores mais altos encontrados foram referentes aos Sintomas vasomotores e Sintomas somáticos, indicando que foram as dimensões nos quais as pacientes melhor se avaliaram. É interessante notar que estes sintomas são os que culturalmente estão mais associados à questão da meia-idade, pois as queixas de ondas de calor, sudorese e fadiga são as queixas mais freqüentes relatadas por pacientes nesse período (MARTINS, et al., 2002; SPEER, 2005; SANTOS-SÁ et al., 2006).

No gráfico a seguir (Figura 4) pode-se observar o valor total da auto-avaliação de cada paciente estudada.

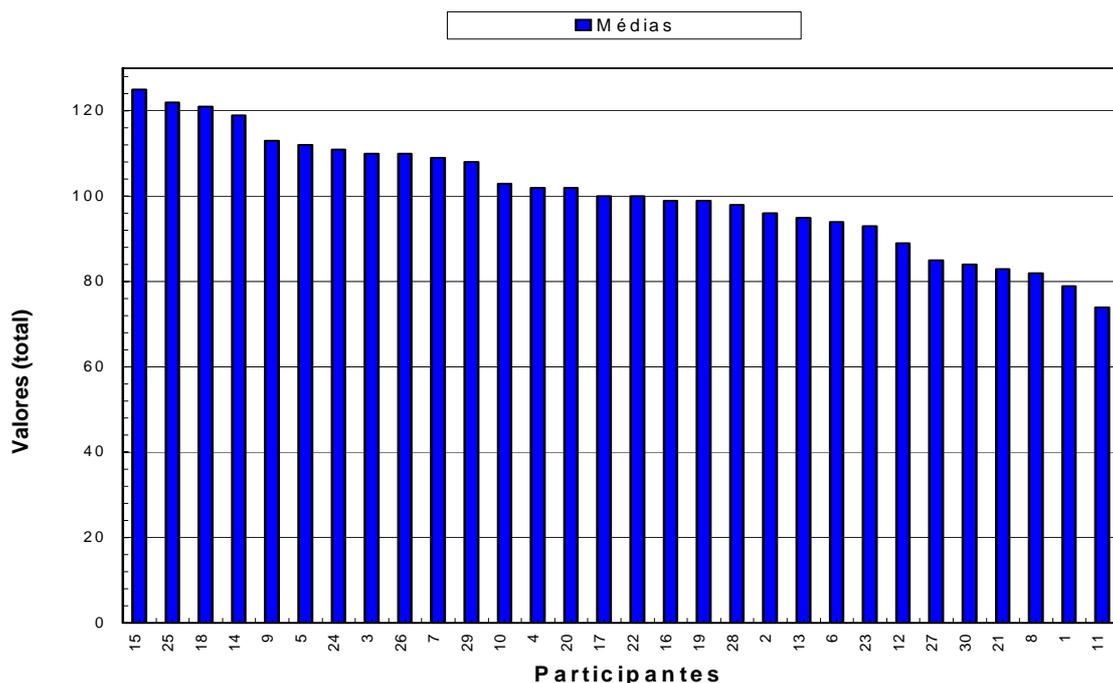


Figura 4. Médias da avaliação total das dimensões do Questionário da Saúde da Mulher para cada mulher de meia-idade com câncer de mama (n=30).

A título de exemplo, verifica-se que a menor pontuação foi de 74 (paciente 11) e a maior avaliação foi de 125 (paciente 15). A paciente que se avaliou melhor possui as seguintes características: 60 anos, parda, viúva, tem seis filhos, evangélica, primeiro grau completo, renda de 300 reais por mês. A mama atingida foi a direita, no estágio II do câncer; está menopausada há 24 meses. Em relação ao tratamento, já realizou quatro ciclos de quimioterapia, fez tumorectomia, faz uso de hormônio e está em tratamento há 12 meses.

Já a paciente que teve o mais baixo valor da avaliação geral do Questionário da Saúde, tem as seguintes características: 61 anos, branca, viúva, tem dois filhos, evangélica, primeiro grau completo, é pensionista, vive com 2.800 reais por mês. A mama direita foi atingida e o estágio III, está menopausa há 44 meses. Já realizou oito ciclos de quimioterapia, não faz uso de hormônio, fez quadrantectomia e está em tratamento há 12 meses.

Pode-se supor que uma das questões que as difere está relacionada ao enfrentamento e influência de outros determinantes, como fatores genéticos, psicológicos, sociais e culturais, incluindo estilo de vida e vivências pessoais.

A Qualidade de Vida mostrou uma tendência a uma avaliação com escore alto, sugerindo que as pacientes conseguem ter uma qualidade de vida razoável, com exceção do comportamento sexual que está comprometido. Esta fase é avaliada tanto por fatores biológicos, quanto por fatores culturais e psicossociais.

#### **4.3.1. Dados sócio-demográficos x Questionário da Saúde da Mulher**

Pelos coeficientes de correlação de *Pearson*, entre as variáveis dos dados sócio-demográficos (idade, número de filhos, renda, número de pessoas na casa e grau de escolaridade) e as variáveis das dimensões do Questionário da Saúde da Mulher, foi possível constatar correlação positiva significativa entre: **“Renda”** e **“Ansiedade/Temores”** ( $\rho^5=0,368^*$ ): quanto mais elevada a renda, maiores são os escores da dimensão ansiedade. Ou seja, quanto maior a renda melhor a paciente se avaliou no fator ansiedade.

Diante deste resultado, pode-se supor que questões financeiras podem interferir na produção da ansiedade. Ell et al. (2005), ao estudarem mulheres norte-americanas com baixo nível econômico-cultural e com diagnóstico de câncer ginecológico ou de mama, encontraram nestas pacientes uma prevalência maior de depressão com correlações de ansiedade e perda de Qualidade de vida.

---

<sup>5</sup> Letra grega utilizada como unidade convencional de medida para coeficiente de correlação (CAMPOS, 2000).

A hipótese de que a severidade ou a presença de eventos de vida estressores, neste caso a questão financeira, são preditivos da presença de sintomas de ansiedade, embora “plausível”, tem sido pouco estudada (MARGIS et al., 2003).

Houve também correlação entre “**Número de Pessoas na Casa**” e “**Comportamento Sexual**” ( $\rho = 0,545^*$ ): quanto maior o número de pessoas na casa, mais elevados os escores na dimensão Comportamento sexual, ou seja, quanto mais pessoas vivendo na casa, melhor as pacientes se avaliaram na dimensão “Comportamento Sexual”.

Pode-se pensar que o comportamento sexual da paciente é melhor quando o número de pessoas em casa é maior por que possivelmente existe uma maior rede de apoio e suporte social, o que auxilia no enfrentamento dos eventos estressantes, pois de acordo com Carvalho (1994), o suporte social pode abrandar os efeitos que as situações de estresse acarretam no indivíduo, deixando o ambiente mais propício ao bem-estar.

Em uma outra linha de raciocínio, pode-se pensar que a mulher já tinha bom relacionamento sexual anterior às questões estudadas (câncer de mama e meia-idade). O pressuposto desta questão refere-se ao fato de que se existe mais filhos, pode ter havido mais relação sexual. Em estudo realizado por Rossi e Santos (2003), os resultados indicaram que o relacionamento sexual dependeu muito de como era antes da doença. Aquelas com bom relacionamento com o parceiro continuaram da mesma forma, mas aquelas em que o relacionamento não era bom relataram piora.

Os coeficientes de correlação estimados entre dados sócio-demográficos e Questionário da Saúde da Mulher podem ser observados no Anexo XVI.

#### 4.3.2. Dados clínicos x Questionário da Saúde da Mulher

Pelos coeficientes de correlação de *Pearson*, entre os dados clínicos (menopausa, estágio do câncer, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia adjuvante, total de ciclos de quimioterapia realizados, hormonioterapia, tempo de tratamento pós cirurgia, tratamento radioterápico, tempo total de tratamento, casos de câncer de mama na família, casos de outros tipos de câncer na família) e as dimensões do Questionário da Saúde da Mulher houve correlação positiva entre o tratamento com **hormonioterapia** e duas dimensões: **“Depressão”** ( $\rho = -0.386^*$ ) e **“Memória e Concentração”** ( $\rho = -0,442^*$ ), indicando que as pacientes que se avaliaram com mais saúde nestas duas dimensões não fazem uso de hormônio.

Diversos estudos (HAYS, 2003; MORAES, 2004; MAMERI FILHO et al., 2005; COOK, BASS, BLACK, 2007) indicam que mulheres que fazem uso da terapêutica hormonal referem melhora nos sintomas climatéricos, principalmente os vasomotores. Portanto, acredita-se que o fato de as pacientes deste estudo terem se avaliado com mais saúde em Depressão e Concentração/Memória e não fazerem uso de hormônio, pode estar ligado às características prévias das pacientes. Por outro lado, a relação entre terapia hormonal e qualidade de vida é controversa. Vários autores (GANZ, 2001; GAMBACCIANI, 2003; HAYS, 2003; CONDE, 2006), concluem que não é possível encontrar diferenças significativas entre estes. De acordo com Olofsson (2000), as queixas climatéricas, em sua maioria, com exceção das urogenitais e vasomotoras, estão ligadas a estilo de vida e às atitudes da mulher em relação a esta.

Todos os coeficientes de correlação realizados entre Dados clínicos e Questionário da Saúde da Mulher podem ser verificados no Anexo XVII.

### 4.3.3. Correlação intra-instrumento Questionário da Saúde da Mulher

Pelos coeficientes de correlação de *Pearson*, entre as dimensões internas do Questionário da Saúde da Mulher houve correlação positiva entre os seguintes itens:

- Sintomas Somáticos e Depressão ( $\rho = 0,412^*$ );
- Sintomas Somáticos e Memória/Concentração ( $\rho = 0,417^*$ );
- Sintomas Somáticos e Sintomas Menstruais ( $\rho = 0,408^*$ );
- Depressão e Ansiedade/ Temores ( $\rho = 0,588^*$ );
- Problemas de Sono e Sintomas Somáticos ( $\rho = 0,501^{**}$ );
- Problemas de Sono e Sintomas Vasomotores ( $\rho = 0,639^{**}$ );
- Ansiedade/ Temores e Sintomas Menstruais ( $\rho = 0,366^*$ ).

As dimensões parecem ser preditivas entre si, ou seja, quando uma dimensão apresenta escore elevado, a outra dimensão também apresenta escore elevado. Todos os coeficientes de correlação determinados entre as dimensões internas do Questionário da Saúde da Mulher podem ser encontrados no Anexo XVIII.

### 4.4. Análise das respostas das mulheres de meia-idade com câncer de mama, ao Inventário de Estratégias de *Coping* (enfrentamento)

As análises descritivas de cada uma das modalidades de enfrentamento componente da escala são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7. Análise descritiva dos fatores de enfrentamento de acordo com os valores brutos das respostas das mulheres de meia-idade com câncer de mama (n=30).

Tipo de estratégia	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Pontuação
					mínima e máxima
<b>Reavaliação Positiva</b>	12,5	5,6	4	23	0-27
<b>Suporte Social</b>	12,4	3,6	6	18	0-16
<b>Afastamento</b>	9,0	3,0	4	12	0-21
<b>Autocontrole</b>	8,3	3,4	4	15	0-15
<b>Resolução de Problemas</b>	8,0	2,7	3	12	0-12
<b>Confronto</b>	5,5	2,5	0	11	0-18
<b>Aceitação da Responsabilidade</b>	5,0	3,4	0	14	0-21
<b>Fuga e Esquiva</b>	3,7	2,1	0	6	0-6

A Figura 5 permite a visualização da incidência geral das médias de cada estratégia utilizada. Os valores apresentados no gráfico (Figura 5) foram transformados em porcentagem a fim de possibilitar a comparação entre as médias de cada estratégia.

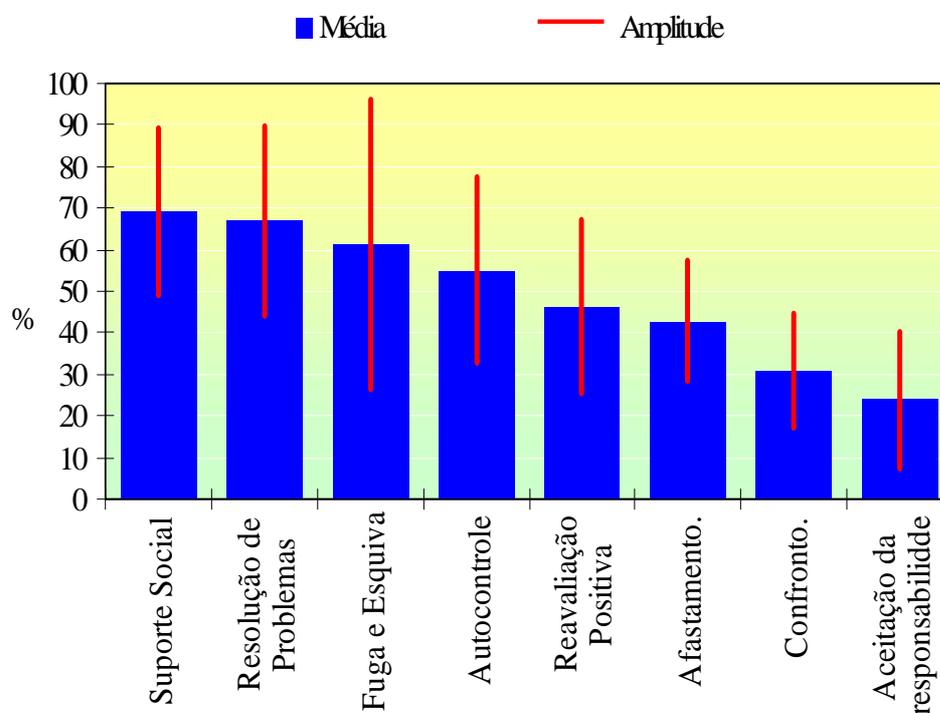


Figura 5. Média de cada fator analisado no Inventário de Estratégias de *Coping*, segundo os dados das mulheres de meia-idade com câncer de mama (n=30).

As estratégias de enfrentamento “Suporte social” e “Resolução de Problema” aparecem com os índices mais altos, ou seja, foram em média, as estratégias mais utilizadas pelas pacientes deste estudo. Por outro lado, os índices das estratégias de enfrentamento “Confronto” e “Aceitação da Responsabilidade” aparecem como as estratégias menos utilizadas.

Tais dados corroboram os achados de Henderson et al. (2003), em trabalho realizado com mulheres americanas descendentes de africanos com câncer de mama, no qual as estratégias mais utilizadas foram Suporte Social e Reavaliação Positiva.

O Suporte Social é considerado estratégia centrada na emoção e a Resolução de Problema estratégia centrada no problema. De acordo com Taylor (2003), as estratégias centradas na emoção procuram regular, através de processos cognitivos, as emoções decorrentes da interação com o evento estressor. Já as estratégias centradas no problema visam operar mudanças diretas no ambiente e aparecem como mais eficazes no controle do estresse.

A Tabela 8 apresenta a avaliação da utilização das Estratégias de enfrentamento.

Tabela 8. Análise descritiva da avaliação da utilização das estratégias de enfrentamento por mulheres de meia-idade com câncer de mama, participante deste estudo (n=30).

<b>Avaliação da utilização das estratégias de enfrentamento</b>	<b>Não utiliza ou utiliza pouco</b>	<b>Utiliza algumas vezes</b>	<b>Utiliza grande parte das vezes</b>	<b>Utiliza quase sempre</b>
Resolução de Problema	2	8	8	12
Suporte Social	0	7	13	10
Fuga e Esquiva	6	9	6	9
Autocontrole	1	11	13	5
Reavaliação Positiva	7	4	16	3
Aceitação da Responsabilidade	18	10	2	0
Afastamento	4	14	12	0
Confronto	8	20	2	0

Na visualização do gráfico na Figura 6, é possível observar as frequências da utilização de cada estratégia (Classe diagnóstica), apontadas na tabela 8. Para a comparação das frequências foi realizada transformação dos dados para padronizar os resultados obtidos em cada fator, sendo adotada a porcentagem como forma de transformação.

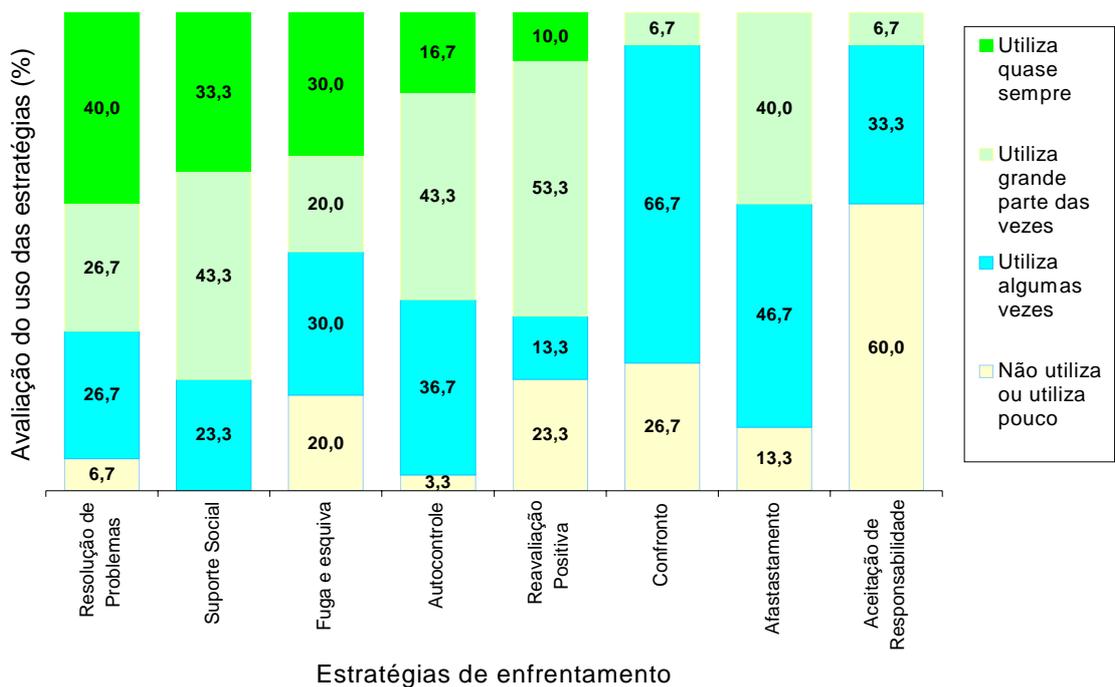


Figura 6. Classe diagnóstica de cada estratégia de enfrentamento utilizada pelas mulheres de meia-idade com câncer de mama, participantes deste estudo.

A estratégia que as pacientes utilizaram quase sempre foi a “Resolução de Problemas” (40%), seguida de Suporte Social (33,3%) e a estratégia que “não utilizaram ou utilizaram pouco” foi a estratégia “Aceitação da Responsabilidade” (60%), seguida de Confronto (26,7%).

A paciente utiliza a estratégia Resolução de Problemas visando alterar a situação que está ocasionando o estresse e resolver o problema. Uma evidência disto é que as participantes aderiram ao tratamento. Os comportamentos que sinalizam adesão ao tratamento podem ser

considerados comportamentos otimistas e que evocam outros comportamentos de enfrentamento que visem alterar/modificar o evento estressor (SAMPAIO, 2006).

A utilização do Suporte Social é possível porque a paciente com câncer de mama, apesar de todo o estigma da doença, está aberta ao contato social, mesmo que apenas aos mais próximos e desta forma a rede de apoio auxilia no enfrentamento do câncer.

Como as pacientes utilizam ao mesmo tempo tanto as estratégias centradas na emoção como no problema, é possível que as estratégias centradas na emoção permitam ao paciente dominar ou diminuir o estresse da situação, no caso do câncer sobre o seu bem-estar. Ao mesmo tempo permitem que se aproximem do evento estressor, visando sua modificação.

A pouca utilização da estratégia Confronto justifica-se pelo fato de o indivíduo estar emocionalmente fragilizado neste momento e desta forma evita confrontos com a situação estressante. Já em relação à estratégia Aceitação da Responsabilidade acredita-se que o paciente nesse momento está voltado para o tratamento e colocando suas expectativas neste. Fica, desta forma, impossibilitado de reconhecer o seu papel em resolver o problema, pois acredita que o tratamento e a cura dependem apenas dos médicos. Estes dados descrevem os estilos de enfrentamento que as pacientes de meia-idade tendem a utilizar em seu repertório individual diante da doença. Desta forma, pode-se pensar em elaborar intervenções que tenham como objetivo auxiliar estas pacientes durante e após o tratamento do câncer de mama, visando o seu bem-estar e Qualidade de Vida.

Segundo Costa Jr. (2001), na área da psicologia, os profissionais devem ser capazes de identificar os comportamentos mais adaptativos ao contexto do câncer. E devem proporcionar ao doente condições para que ele se comporte de forma mais funcional, de modo que traga benefícios à sua saúde e garanta sua qualidade de vida.

#### 4.4.1 Dados sócio-demográficos x estratégias de enfrentamento

Pelos coeficientes de correlação de *Pearson*, entre os dados sócio-demográficos (idade, número de filhos, renda, número de pessoas na casa e grau de escolaridade) e as estratégias de enfrentamento, foi possível constatar as seguintes correlações:

- **Correlação negativa entre “Número de filhos”** e as seguintes estratégias de enfrentamento: **“Aceitação da responsabilidade”** ( $\rho = -0,387^*$ ), **“Resolução de Problemas”** ( $\rho = -0,452^*$ ) e **“Reavaliação Positiva”** ( $\rho = -0,414^*$ ), ou seja, quanto maior o número de filhos, menores são os índices nestes indicadores da escala.

Pode-se pensar que quanto maior o número de filhos, mais pessoas participando das decisões do tratamento. Desta forma a paciente pode delegar importantes decisões sobre sua doença e tratamento para os filhos. Diminuem-se assim seus esforços pessoais para alterar o problema (Resolução de Problema). Participando menos de todo o processo torna-se mais difícil reconhecer o seu papel em resolver o problema (Aceitação da Responsabilidade) e em dar significado à vivência da doença (Reavaliação Positiva).

- Correlação positiva entre **“Renda”** e as seguintes estratégias de enfrentamento: **“Aceitação da Responsabilidade”** ( $\rho = 0,385^*$ ), **“Resolução de Problemas”** ( $\rho = 0,427^*$ ) e **“Reavaliação Positiva”** ( $\rho = 0,470^*$ ), ou seja, quanto maior a renda, maior são os índices nestes indicadores da escala.

Uma possível explicação para esta correlação positiva seria que quanto maior a renda, menos eventos estressores na área financeira serão concorrentes à situação de doença.

Também, a paciente com menos problemas financeiros, talvez tenha passado por menos experiências desgastantes e/ou estressantes. Desta forma conseguiriam visualizar a doença de maneira diferente, como por exemplo, dando significado ao aparecimento da mesma, como o crescimento pessoal, que poderá ocorrer em sua superação. Reconhece o papel em participar do tratamento e também concentrando esforços para resolver o problema.

- Houve também correlação positiva entre "**Grau de Escolaridade**" e "**Aceitação da Responsabilidade**" ( $\rho = 0,385^*$ ), ou seja, quanto maior o grau de escolaridade maior a utilização desta estratégia de enfrentamento.

Acredita-se que quanto maior o grau de escolaridade, mais a paciente tem condições de entender a doença e o tratamento. Desta forma consegue participar mais ativamente do processo, não deixando apenas nas "mãos de Deus" e dos médicos, como algumas pacientes relataram na parte qualitativa deste estudo. Assim, reconhecem o seu papel na resolução do problema.

Os coeficientes de correlação entre dados sócio-demográficos e estratégias de enfrentamento estão contidos no Anexo XVII.

#### **4.4.2 Dados clínicos x estratégias de enfrentamento**

Os coeficientes de correlação de *Pearson*, entre os dados clínicos (menopausa, estágio do câncer, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia adjuvante, total de ciclos de quimioterapia realizados, hormonioterapia, tempo de tratamento, tempo de tratamento pós cirurgia, tratamento radioterápico, tempo total de tratamento, casos de câncer de mama na família, casos de outros tipos de câncer na família) e estratégias de enfrentamento mostrou

que existe correlação positiva entre “Fuga e esquiva” e “Estágio do câncer” ( $\rho = 0,370^*$ ), ou seja quanto mais avançado o câncer mais uso de Fuga e esquiva.

A fuga ocorre quando um comportamento tem o objetivo de cessar um estímulo aversivo e a esquiva quer evitar que um estímulo aversivo ocorra (SIDMAN, 1989). Portanto a paciente em estágio mais avançado quer cessar ou evitar o evento aversivo e despende mais esforços comportamentais para evitar confrontar com um problema ou uma situação estressante, como por exemplo, desejar que a situação acabe ou desapareça.

Os coeficientes de correlação entre dados clínicos e estratégias de enfrentamento se encontram no Anexo XVII.

#### **4.4.3 Correlação intra-instrumento Inventário de Estratégias de *Coping***

As análises de correlação interna entre os fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* demonstraram correlação positiva nos seguintes fatores:

- “Fuga e Esquiva” e “Confronto” ( $\rho = 0,425^*$ );
- “Fuga e Esquiva” e “Suporte Social” ( $\rho = 0,379^*$ );
- “Resolução de Problemas” e “Confronto” ( $\rho = 0,463^*$ );
- “Reavaliação Positiva” e “Confronto” ( $\rho = 0,450^*$ );
- “Reavaliação Positiva” e “Fuga e Esquiva” ( $\rho = 0,422^*$ ) e
- “Reavaliação Positiva” e “Resolução de Problemas” ( $\rho = 0,567^*$ ).

Portanto as dimensões parecem ser preditivas entre si, ou seja, quando um fator apresenta escore elevado, o outro fator também apresenta escore elevado. Os coeficientes de

correlação entre as dimensões internas do Inventário de Estratégias de *Coping* podem ser vistos no Anexo XXI.

#### **4.5 Integração dos instrumentos - Correlações entre Questionário da Saúde da Mulher e o Inventário de Estratégias de *Coping***

Entre o Inventário de Estratégias de *Coping* e o Questionário da Saúde da Mulher houve correlações positivas e negativas conforme indicam os coeficientes de correlação de *Pearson*.

As correlações positivas se deram entre os seguintes itens:

- **“Sintomas menstruais” x “Confronto” ( $\rho = 0,367^*$ );**

Quanto melhor a paciente se avaliou na dimensão Sintomas menstruais, mais ela utilizou a estratégia Confronto.

Sabe-se que os sintomas menstruais podem causar dores lombares e ciáticas, perturbações no sono, agressividade, irritabilidade, tensão nervosa, humor variável, depressão, ansiedade, crises de choro, desânimo, entre outros (APPROBATO et al., 2001). Todos estes sintomas geram desconforto físico e conseqüentemente emocional. Desta forma, se pacientes se avaliaram bem nesta dimensão, é que estes sintomas não ocorrem, até pelo fato de as pacientes deste estudo serem menopausadas. Sem estes desconfortos as pacientes podem concentrar seus esforços em alterar outras situações, confrontando-se com os estressores, como por exemplo, o câncer.

- **“Sintomas Somáticos” x “Resolução de Problemas”** ( $\rho = 0,447^*$ )

Quanto melhor a paciente se avaliou na dimensão Sintomas somáticos mais ela utilizou a estratégia Resolução de problemas. Se a paciente se sente bem (sem dores de cabeça, nos membros, etc.) esta pode concentrar seus esforços no problema para alterar a situação e desta forma resolvê-lo.

- **“Ansiedade/Temores” x “Resolução de Problema”** ( $\rho = 0,366^*$ ).

Quanto melhor a paciente se avaliou na dimensão Ansiedade/Temores mais ela utilizou a estratégia Resolução de Problema. A paciente estando bem (sem sintomas ansiosos e tremores) mais condição ela tem de alterar a situação e observar sua importância na resolução do problema.

As correlações negativas ocorreram nos itens:

- **“Sintomas Vasomotores” x “Aceitação da Responsabilidade”** ( $\rho = -0,405^*$ )

Quanto mais sintomas vasomotores, na avaliação da paciente, menos capacidade de utiliza a estratégia Aceitação da Responsabilidade. A paciente com sintomas vasomotores, tais como sudorese e ondas de calor, tem menos capacidade para resolver um problema, pois fica voltada para os incômodos físicos que estão sendo sentidos.

- **“Atratividade” x “Suporte Social”** ( $\rho = -0,437^*$ )

Quanto pior a paciente se avaliou nos itens relativos à Atratividade menos ela utiliza a estratégia Suporte Social.

A meia-idade vem acompanhada de várias mudanças, inclusive na aparência, pois os sinais do envelhecimento começam a aparecer. Isto somado ao câncer de mama, produz

efeitos negativos na auto-estima e auto-imagem e conseqüentemente na atratividade. Isso pode ocasionar abalos significativos na vida pessoal e profissional das pacientes (GONÇALVES, 2005; SAMPAIO, 2006). Por outro lado, as mudanças e as suas alterações vivenciadas e sentidas são diferentes para cada mulher, o que vai depender, por exemplo, da personalidade (MINZI et al., 2005). Se a paciente se sente bem e atraente, mais facilidade ela tem de se relacionar com as pessoas e conseqüentemente de receber apoio destas em momentos de estresse.

Os coeficientes de correlação entre o Questionário da Saúde da Mulher e o Inventário de Estratégias de *Coping* são apresentados no Anexo XXII.

#### 4.6 Análise das Entrevistas Semi-estruturada

A tradução da complexidade dos temas estudados é o que se procura evidenciar por meio da análise qualitativa do relato, em entrevistas individualmente, de mulheres de meia-idade acometidas pelo câncer de mama. Quatro temas foram analisados e categorizados: 1. Doença câncer; 2. Meia-idade; 3. Auto-avaliação de saúde e 4. Enfrentamento. A tabela 9 apresenta a freqüência e porcentagem de cada temática estudada.

Tabela 9. Resumo da freqüência e porcentagem das temáticas estudadas.

<b>TEMÁTICA</b>	<b>Freqüência de ocorrência de verbalizações</b>	<b>Porcentagem de ocorrência de verbalizações (%)</b>
Doença câncer	187	48,44
Enfrentamento	92	23,83
Meia-idade	62	16,06
Auto-avaliação de saúde	45	11,66

## TEMÁTICA 1: Doença Câncer

Esta temática refere-se à opinião que as mulheres em tratamento do câncer têm sobre a meia-idade. Ao falar sobre os aspectos do câncer, as mulheres neste estudo citaram: questões ligadas propriamente à doença, bem como ao diagnóstico, tratamento, conseqüências físicas e as conseqüências psicossociais destas. Para tratar deste assunto foram elaboradas cinco categorias e 24 sub-categorias, conforme descrito na Tabela 10.

Tabela 10: Categorias/sub-categorias referentes à temática “Câncer”.

<b>Categoria</b> <b>Sub-categoria</b>	<b>Frequência de</b> <b>ocorrência de</b> <b>verbalizações</b>	<b>Porcentagem de</b> <b>ocorrência de</b> <b>verbalizações na</b> <b>temática (%)</b>
<b>1.1 A doença câncer</b>		
1.1.1 Sentimentos e pensamentos negativos em relação à doença e associação com morte	38	19,8
1.1.2 Questões ligadas à possibilidade de cura e esperança	12	6,3
1.1.3 Questões ligadas à fé e religião	10	5,2
1.1.4 Como qualquer outra doença	5	2,6
<b>1.2 Conseqüências físicas decorrentes do tratamento</b>		
1.2.1 Queda do cabelo	21	10,9
1.2.2 Alteração no seio	9	4,7
1.2.3 Aumento de peso	6	3,1
1.2.4 Outras alterações no físico	3	1,6
1.2.5 Problemas no braço (linfedema)	2	1,0
1.2.6 Identificadas como Positivas	2	1,0

<b>1.3 Diagnóstico</b>		
1.3.1 Normal/Já esperava o resultado positivo	16	8,3
1.3.2 Reações emocionais ligadas à tristeza	12	6,3
1.3.3 Não esperava	3	1,6
1.3.4 Questionamentos	2	1,0
<b>1.4 Tratamento</b>		
1.4.1 Dificuldade com a quimioterapia	14	7,3
1.4.2 Sem sofrimento	8	4,2
1.4.3 Ruim ter que vir sempre ao hospital	4	2,1
1.4.4 Cirurgia e complicações	2	1,0
<b>1.5 Conseqüências psicológicas e sociais</b>		
1.5.1 Mudanças nas atividades	9	4,7
1.5.2 Releitura da vida	7	3,6
1.5.3 Preocupações com a doença e recidiva	5	2,6
1.5.4 Tristeza/desânimo	2	1,0

As categorias/sub-categorias referentes à temática câncer serão explicadas e exemplificadas a seguir:

### **1.1. Categoria “A doença câncer” (32,09%)**

Esta categoria refere-se às crenças e estigmas que as participantes têm em relação ao câncer.

**1.1.1. Sub-categoria "Sentimentos e pensamentos negativos em relação à doença e associação com morte”:** englobam-se aqui as verbalizações relacionadas a: dificuldades em lidar com o estigma da doença; eventos negativos; lembranças de parentes e/ou amigos ao comentarem sobre o câncer; as verbalizações relacionadas à morte e ainda verbalizações em que o câncer foi comparado à Doença AIDS.

Pode-se perceber que o estigma da doença é grande e algumas pacientes demonstram dificuldades até em citar o nome da doença, conforme os exemplos a seguir.

*“Quando a gente falava essa palavra a gente falava ‘Ave Maria’ três vezes antes de falar o nome né?!”*. (P.6, 51 anos)

De acordo com Silva (2005b) ocultar a palavra câncer é uma forma de tentar afastar o símbolo da doença e tornar menos próxima e pesada a carga que é atribuída. Por isso alguns pacientes preferem não citá-la e a substituem por eufemismos como “tumor”, “aquela doença”, “caroço” e no caso deste estudo inclui-se a abreviação da palavra, chamando o câncer de “C-A” (*leia-se cê a*), conforme exemplo abaixo:

*“Eu não dizia câncer, eu falava cê - a, mas hoje como eu tenho que lidar com ela, hoje já consigo pronunciar a palavra e tudo, porque eu tenho que lidar com ela, mas é difícil”*. (P.23, 54 anos)

Muitos sentimentos negativos são vivenciados ao falar sobre câncer, conforme os relatos a seguir.

*“Dá impressão de um ‘trem’ muito ruim, né?. O pior de todos né?! Que é horrível é, não é fácil não”!* (P.26, 50 anos)

*“Uia minha fia! Câncer é uma doença braba né?!”*. (P.22, 56 anos)

As pessoas trazem uma série de associações simbólicas que muitas vezes interferem na maneira como percebem a sua própria condição (HELMAN, 2003).

Algumas pacientes relataram o câncer como uma doença que devora, que invade o corpo (exemplo da paciente P.9). Os resultados obtidos neste trabalho são semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Skott (2002).

*“Uma doença que ataca a gente, que vai comendo. Se você não der jeito, ela acaba com você. Então eu entendo isso ...”*. (P.29, 56 anos)

Outro fator que chama atenção e que também foi encontrado no estudo de Almeida (2000), é que muitos pacientes ao falarem sobre o câncer comparam-no à doença AIDS.

*“Uma AIDS também é ... essas doenças que eu tinha medo, muito medo. Porque Aids até hoje não tem cura.”* (P.3, 53 anos)

*“O pior de todos né...antes da Aids né, que eu nunca queria ter. Ai cruz credo, Ave-Maria (benzendo-se)”*. (P.26, 50 anos)

Tal associação parece estar relacionada ao fato de a AIDS ainda não ter cura, assim como o câncer. Almeida (2000), complementa ao informar que, simbolicamente as imagens suscitadas tanto pela AIDS como pelo câncer revelam o seu caráter de finitude, pois ambas evoluem em estágios, deixando evidente a fragilidade do sistema imunológico do indivíduo para combatê-las e a ineficácia das armas terapêuticas, podendo levar o indivíduo a morte.

A associação entre câncer e morte está presente nas verbalizações das participantes, principalmente antes e após o diagnóstico. Tais afirmações podem ser observadas pelas verbalizações das pacientes, exemplificadas a seguir.

*“Antes pra mim era a morte, assim ... você vai fazer o tratamento mas já está condenado pra morrer. A palavra câncer era o fim da vida”*. (P.24, 64 anos).

O câncer tem um impacto enorme no paciente, provocando medo de sofrer, da inabilidade e da morte (VASLAMATZIS et al., 2004). Cestari (2005), acrescenta que uma das crenças mais relacionadas à doença é o da sua fatalidade.

Um dos fatores que contribuem para essa associação são as mortes que ocorrem em virtude da doença com pessoas próximas ou conhecidas dos participantes, conforme pode ser observado nas falas seguintes:

*“Uma coisa que me marcou muito dessa doença foi uma colega minha que morreu dessa doença e eu ainda fui lá. Eu me coloquei no lugar dela”*. (P.24, 64 anos)

*“Que nem meu irmão que teve no pâncreas (...) dentro de um mês e meio ele faleceu. Não deu tempo nem dele fazer quimioterapia.” (P.3, 53 anos)*

*“Que a minha mãe morreu disso, tadinha ... foi um sofrimento. Ela tratou e depois voltou”.*  
(P.8, 65 anos)

**1.1.2 Sub-categoria “Questões ligadas à possibilidade de cura e esperança”:** classificam-se aqui as respostas das participantes que identificam a doença como algo que antigamente significava morte, doença sem cura e que hoje, em função dos avanços da Medicina, existe a possibilidade de maior sobrevida.

*“A gente conhece como uma doença que, se tratada no começo, dá certo em muitas pessoas.”*  
(P.28, 59 anos)

Como se pode perceber, pelo relato da paciente P. 28, as informações sobre a doença nos tempos atuais orientam sobre a prevenção e auto-exame e informam sobre a importância em se diagnosticar a doença logo no seu início. Somado a isso, o fato de ter esperança também está ligado à divulgação sobre os avanços tecnológicos da ciência no combate ao câncer e conseqüentemente aumento na sobrevida, como observa a paciente P.6.

*“Câncer, no começo, no tempo da minha mãe (...) era uma doença maligna né?! Não tinha cura...mas eu tô com esperança que eu tenho cura que a medicina está muito avançada”.* (P.6, 51 anos)

Faz-se necessário destacar que as expectativas positivas são apontadas como benéficas ao tratamento e favoráveis à auto-recuperação do paciente oncológico (OLIVEIRA, 2001). De acordo com Blumberg et al. (1954), os pacientes de boa evolução e sobrevida são exatamente aqueles que conseguem se manter esperançosos diante de suas enfermidades. Além do mais, indivíduos confiantes têm poderes de dominar o ambiente sem se deixarem abater (GOLDSTEIN, 1995).

A esperança de voltar à normalidade é um importante fator facilitador no enfrentamento de situações de crise (BERGASMASCO, 2001).

**1.1.3 Sub-categoria “Questões ligadas a fé e religião”:** aqui são encontradas as verbalizações que citaram a fé e a religião ao se falar sobre a doença.

“Precisa ter muita fé e cabeça fria pra sair livre e a gente vai indo né, com muita fé”. (P.29, 56 anos)

A fé, compreendida por Lazarus e Folkman (1986) como um tipo de crença existencial, parece ser importante aliada no processo de enfrentamento. Desta forma pode auxiliar o indivíduo a obter ou conservar a esperança, além de ajudá-lo a encontrar um sentido para a vida e para a doença e de facilitar a emergência de recursos psicológicos importantes para combater a enfermidade.

*“Eu acredito muito em Deus e acho que Deus pode me curar”.* (P.16, 60 anos)

Estudo realizado por Torbjorsen et al. (2000), revela que a maioria dos pacientes com câncer acredita em Deus. Os dados de sua pesquisa indicam que: 23% crêem em Deus como força suprema; 38% mudaram sua crença religiosa depois da doença, e destes, aproximadamente 31% tornaram-se mais religiosos; 58% oravam e pediam a Deus.

A religião e a espiritualidade são aspectos que merecem destaque, pois é muito comum o paciente se apegar a sua crença no momento de doença. Corroboram com essa opinião Rabello (1999) e Freund (2003). Os dados da literatura indicam que a fé, a espiritualidade, a religiosidade e a atividade religiosa podem ajudar os pacientes a enfrentarem a doença (GALANTE-NASSIF, 2000; NORUN et al., 2000; HORTA et al., 2003).

Gall e Cornblat (2002), concluíram que a prática religiosa e a espiritualidade ajudam as mulheres a encontrarem um sentido para o câncer, relacionando ao crescimento pessoal. Por outro lado, a crença de que Deus é quem controla o destino, conforme estudos realizados

por (GRANDA-CAMERON, 1999; SILVA, 2005b) pode minimizar a responsabilidade que o paciente tem no tratamento, pois este desloca para o poder de Deus em controlar o destino. Caso isso aconteça é importante que o paciente seja incentivado a assumir uma postura mais ativa em seu processo de saúde e doença ().

*“ (...) nunca me revoltei com o superior, com Deus. Ele sabe o porquê, não me interessa saber porque.” (P.19, 61 anos)*

**1.1.4 Sub-categoria “Como qualquer outra doença”:** encontram-se aqui as verbalizações em que as participantes definem o câncer como uma doença qualquer.

*“Sei lá, praticamente eu não sinto assim algo, eu acho que é praticamente nada. É uma doença como outra qualquer que tem que ser tratada”.* (P.1, 52 anos).

*“Câncer? Câncer pra mim é uma gripe, um resfriado. Pra mim é a mesma coisa de uma dor de barriga”.* (P.2, 56 anos)

*“Mas eu acho como qualquer uma outra, desde a hora em que a pessoa deixou passar, igual a uma unha inflamada se deixou passar mata. Então eu penso assim.”* (P.22, 56 anos)

As pacientes que relacionaram a doença como qualquer outra doença, possivelmente estão se esquivando. E de certa forma, estão negando as possíveis complicações e conseqüências deste diagnóstico, visto que o tratamento é dispendioso e exige participação ativa do paciente.

## **1.2 Categoria “Conseqüências físicas decorrentes do tratamento” (22,99%)**

Esta categoria refere-se às verbalizações em que as participantes relatam as conseqüências físicas da vivência do câncer e do tratamento.

Após a revelação do diagnóstico e passado o primeiro impacto, outras preocupações como com a imagem corporal vêm à tona. A maioria (96,1%) das conseqüências físicas

relatadas pelas participantes foi negativa com exceção da sub-categoria 1.4.6 Melhora na paciência (4,65%). Tais conseqüências, como por exemplo, alteração no seio e queda de cabelo, comprometem a auto-imagem da mulher e conseqüentemente sua auto-estima.

A auto-imagem refere-se ao auto-conceito e aos “conhecimentos e sentimentos que se tem a respeito de si mesmo (DORSCH, 98:2001). O componente subjetivo da imagem corporal se refere à satisfação de uma pessoa com seu tamanho corporal ou partes específicas de seu corpo (KAKESHITA, et al., 2006). Assim, a imagem corporal envolve diversos fatores que se inter-relacionam, como os emocionais e de percepção.

**1.2.1 Sub-categoria “Queda do cabelo”:** todas as verbalizações sobre a conseqüência física do tratamento, como queda de cabelo são reunidas nessa sub-categoria.

A queda do cabelo marcou as participantes da pesquisa, pois era prova concreta da doença, conforme o relato a seguir:

*“Deu uma baqueada porque eu já tinha assistido aquela novela lá que a menina perdeu o cabelo então eu fiquei um pouco baqueada porque foi comigo, então é outra coisa”. (P.29, 56 anos)*

Outra questão referente a queda do cabelo relaciona-se ao estigma da doença. Sem o cabelo as evidências de um câncer são maiores, pois culturalmente o câncer está associado à falta de cabelo. Esta visibilidade gera curiosidades nas pessoas e o paciente passa a ser, muitas vezes, o centro das atenções, o que abala a auto-estima da paciente.

*“Me caiu o cabelo (choro). Ah, eu não gostava nem de me olhar no espelho. Foi o que mais me traumatizou, foi a queda do cabelo”. (P.25, 65 anos)*

O câncer produz a modificação na imagem corporal e ameaça a identidade corporal e a própria existência do indivíduo. As preocupações com a perda do cabelo pela quimioterapia são expressas em outros estudos (SILVA, 2005).

A reação a essa queda também chama a atenção, pois algumas pacientes sentem muito a falta do cabelo e mesmo que utilizem peruca e/ou lenço, sentem-se incompletas fisicamente e, portanto, abaladas emocionalmente. Estudo realizado por Silva (2005a) indica que a queda de cabelo foi vinculada ao comprometimento da imagem corporal e ao medo da rejeição social.

*“Eu vinha internar pro hospital, e não tirava a peruca nem pra dormir. É horrível.” (P.30, 58 anos)*

Possivelmente essa diferença na forma de lidar com a queda de cabelo, deva-se a uma série de fatores, como o momento da vida desta paciente, o meio social na qual está inserida, a relação antecedente consigo mesma, entre outras. Para Helman (2003), a imagem corporal é adquirida de diferentes maneiras para cada indivíduo, portanto deve-se levar em conta a educação, a família, a cultura e sociedade da qual a paciente faz parte.

**1.2.2 Sub-categoria “Alteração no seio”:** englobam-se aqui as respostas em que as participantes referem como conseqüências físicas as alterações no seio ou mesmo a falta dele, no caso da mastectomia.

*[...] Você olha no espelho, você vê que você tá sem a mama, você tá deformada totalmente. Acho que é o que mais mexe com a mulher, essas coisas. Acaba um pouco da sua vida, você não vive mais não. Comigo eu encarei dessa maneira, eu acho que eu deixei de viver. (P.30, 58 anos)*

No exemplo descrito anteriormente a paciente realizou mastectomia, que é considerada um procedimento cirúrgico extremamente agressivo e traumático para a mulher. Neste estudo foi possível observar que, tanto as pacientes mastectomizadas quanto as que retiraram um quadrante do seio ou apenas o tumor, incomodam-se com a alteração no seio. Contudo,

segundo Krauss (2001), quanto mais invasivo for o processo cirúrgico do câncer de mama, maior será o grau de alteração vivenciado na imagem corporal.

De acordo com Schover (1994) “o tratamento conservador está claramente associado com melhor Qualidade de Vida. Na mastectomia, as mulheres sentiam-se menos atraentes, não gostavam de sua aparência geral, não se sentiam inteiras, estavam infelizes com a cicatriz, tinham limitações no trabalho, no lazer e em outras atividades do dia-a-dia, ficavam inseguras e chegavam a evitar o contato com outras pacientes. O autor indica que mesmo em mulheres com mais de 70 anos, havia a perda na Qualidade de Vida por não se sentirem mais "inteiras" e propensas às suas atividades habituais.”

*[...] No dia a dia, tem hora que eu fico pra baixo, você vai por um sutiã uma blusa, porque não é normal, não é igual, mas olha aqui (paciente mostra a mama pra a pesquisadora). Eu ganhei uma prótese, mas não é igual, fica desigual, então agora não é qualquer blusa que a gente pode por, tira um pouco do lazer da mulher sim. Falar que não tira a gente tá mentindo porque tira, só de você deitar pensando eu tenho isso. (P.16, 60 anos)*

*[...] Rancou foi os meu peito fora. Sei lá ... é chato olhar pra baixo e não ver, eu falo assim que se eu fosse o médico eu queria que tirasse o outro, ficar reto, porque eu não sei se eu tenho coragem de fazer de novo (reconstrução), sei lá cortar, para por no lugar, mexer tudo de novo?! (P.26, 50 anos)*

**1.2.3 Sub-categoria “Aumento de peso”:** agregam-se aqui as respostas em que a questão central é o aumento de peso. Pacientes recebendo quimioterapia adjuvante por câncer de mama têm tendência a ganhar peso (DEMARK-WAHNEFRIED et al., 2001; GIGLIO, 2004).

*“Engordei um pouco né? Gordura incomoda, põe uma roupa não entra, põe uma outra não entra, gordura me incomoda. Nunca fui gorda igual eu tô agora. A roupa não serve, eu joga ela fora.” (P.12, 45 anos)*

Assim como as alterações ocorridas com a queda de cabelo e alteração no seio, o aumento de gordura também gera alteração na imagem corporal das pacientes, o que pode causar reações de baixa auto-estima. Giglio (2004), acrescenta que esta consequência indesejável da quimioterapia é extremamente preocupante para as mulheres, principalmente após o tratamento, pois muitas delas acreditam que logo após o término voltarão ao peso anterior, conforme o relato a seguir.

*[...] Engordei né, igual a uma égua 'véia', depois que eu fiz esse negócio aqui, a quimioterapia, engordei né (...) mas eu vou voltar naquele tamanho. Fui lá e comprei uma calça maior, tô vestindo esses 'trem' que estica. (P.2, 56 anos)*

**1.2.4 Sub-categoria “Outras alterações no físico”:** foram agrupadas aqui outras alterações no físico, com menor frequência, como problema dentário e emagrecimento.

*[...] Eu emagreci muito mais do que eu já estava. O médico falou que eu fujo dos padrões. O que mais me entristeceu, foi me ver muito magra no espelho. Isso me chocou muito. Até quando o cabelo caiu, eu me via como aquelas pessoas do nazismo”. (P.13, 45 anos)*

*“Eu achei que a minha pele tá manchada e tá aparecendo uma broterinha.” (P.1, 52 anos)*

Como podem ser observadas, por meio, dos relatos das pacientes P.13 e P.1 as alterações não são referentes apenas, as esperadas (queda do cabelo, alteração no seio) e outras mudanças no físico podem ocorrer e comprometer o bem-estar da mulher.

**1.2.5 Sub-categoria “Problemas no braço (linfedema<sup>6</sup>)”:** as respostas em que as participantes referem problemas no braço em função do tratamento, são encontradas nessa sub-categoria.

---

<sup>6</sup> Inchaço no braço por acúmulo de linfa não drenado.

Uma das complicações da cirurgia é o desenvolvimento de linfedema, pois além de a paciente sentir-se mutilada pela cirurgia, o linfedema causa alterações importantes no cotidiano das mulheres (CANTINELLI, 2006). A diminuição da mobilidade e do linfedema do membro superior pode comprometer a Qualidade de Vida (RIDNER, 2005). O incômodo trazido pelo linfedema nas pacientes estudadas pode ser exemplificado pelos relatos seguintes.

*“Tá muito difícil...esse braço tá muito pesado...eu não sei nem como eles vão fazer para dar a quimio hoje.”* (P.30, 58 anos)

*“O braço que incomoda, meu braço que não estica e não abaixa mais direito depois da cirurgia.”* (P.3, 53 anos)

Desta forma, além das questões emocionais como, por exemplo, as relacionadas à auto-imagem, o linfedema prejudica o físico, visto que as mulheres perdem e/ou diminuem a mobilidade com o braço afetado, o que provoca prejuízos.

**1.2.6 Sub-categoria “Identificadas como Positivas”:** aqui são identificadas as verbalizações em que as pacientes referem melhora na aparência em função do tratamento.

*“Parece que eu achei que eu fiquei até mais corada, né?”*. (P.5, 50 anos)

*“Estou me sentindo melhor porque eu emagreci um pouco.”* (P.23, 54 anos)

Acredita-se que as pacientes com uma postura mais positiva consigam visualizar alterações positivas ocorridas, durante o tratamento. Tomich e Helgeson (2004), desenvolveram um estudo com 364 mulheres com câncer de mama, nos diferentes estágios da doença e entre os diversos resultados, encontraram pacientes que relatam os benefícios advindos da doença. Contudo, os autores acreditam que encontrar algo de positivo pode ser uma forma de amenizar as informações negativas.

### 1.3 Categoria “Diagnóstico” (17,65%)

Esta categoria refere-se a questões envolvendo o momento do diagnóstico.

**1.3.1 Sub-categoria “Normal/Já esperava o resultado positivo”:** reúnem-se aqui as respostas em que as participantes relataram como um fato normal o fato de ter câncer e/ou já esperavam o diagnóstico do câncer, devido a casos na família ou a sinais, como exemplo o “nódulo” no seio.

*[...] Porque eu já sabia que tinha na família, então já era pra esperar (...). Quando a minha mãe morreu, foram descobrir depois que ela faleceu (...) Agora a minha irmã já foi internada e na hora que internaram ela, já teve o diagnóstico (...). A minha sobrinha tirou a mama inteira. Então eu já estava preparada pra isso”. (P.21, 56 anos)*

*“Eu tinha certeza porque nasceu o carocinho, cresceu rápido, inchou, tudo vermelho, doía muito. Quando eu fui, eu já estava esperando a resposta.” (P.9, 56 anos)*

Como os sintomas do câncer de mama são conhecidos por grande parte da população, ao observarem nódulos ou alterações nas mamas ou por ter casos na família (NAHAS, 2006) a paciente pensa na possibilidade da doença. Ao receberem o diagnóstico a reação pode ser de aceitação ou pode ser de surpresa, mesmo esperando o resultado positivo, existe a esperança.

*“Normal, porque basicamente eu esperava.” (P.1, 52 anos)*

Conforme este comportamento não é comum, pois um paciente com câncer não irá comportar-se como se nada tivesse ocorrido (SALTO, 2000).

**1.3.2 Sub-categoria “Reações emocionais ligadas à tristeza”:** todas as verbalizações contendo emoções negativas (tristeza, dor, choro) ao receber o diagnóstico, foram classificadas nessa sub-categoria.

A literatura indica que é comum o indivíduo com câncer apresentar sentimentos de tristeza e desânimo. As crenças relacionadas ao câncer, como a certeza da morte, causam grande impacto sobre o emocional do indivíduo (HELMAN, 2003; BERGAMASCO, 2001).

*“Eu fiquei muito chateada, muito triste”*. (P.10, 45 anos).

*“Eu chorei muito, muito (...)”* . (P.14, 51 anos)

Outras pacientes preferem não dividir suas aflições e ficam introspectivas, conforme o relato da paciente P.24:

*[...] Quando me falaram que eu estava com câncer eu falei: - Nossa gente! Acabou! Nossa, acabou minha vida! Sabe... eu fiquei meio assim. Eu fiquei deprimida (...) assim eu fiquei fechada, eu não falava nada, não queria conversar, eu não queria conversar mais”*. (P.24, 64 anos)

De acordo com Moraes (2003), o paciente oncológico, angustiado pelo medo da morte fica voltado para si mesmo ou utiliza mecanismos psicológicos de defesa. Neste caso, estes mecanismos têm duas finalidades: “lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e estabelecer uma nova maneira de relacionamento da pessoa doente com o meio e consigo mesma (MORAES, 2003: 57).”

**1.3.3 Sub-categoria “Não esperava”:** incluem-se aqui as respostas em que as participantes referem como tendo levado um susto, um “baque”, como sendo uma surpresa.

*“Ah! Quando o médico falou na ‘bucha’ que era câncer de mama, foi muito assustador.”*  
(P.27, 57 anos)

Algumas pacientes descobrem o câncer por meio de exames de rotinas ou mesmo quando observam algum nódulo ou alteração no seio e acreditam que este seja um tumor

benigno, o diagnóstico é surpresa. Estas pacientes necessitam de um momento seguinte ao diagnóstico para “digerirem” a informação e se organizarem em relação ao tratamento e as mudanças que poderão ocorrer em suas vidas. De acordo com Ferreira et al. (2005), “o doente demonstra certa resistência em aceitar o fato de estar com uma doença marcada por muitos mitos e tabu”. Essa resistência pode levar o paciente a não entender o que está acontecendo, prejudicando o enfrentamento da situação.

**1.3.4 Sub-categoria “Questionamentos”:** terem feitos questionamentos, especialmente a Deus sobre o motivo que tiveram a doença.

Este momento pode ser entendido por um dos estágios (raiva) descritos por Kluber-Ross (1969) em seu clássico livro “Sobre a morte e o morrer” A autora estudou pacientes desde o diagnóstico até a morte e dividiu esta “jornada” em cinco estágios: 1. **Negação (e isolamento):** a pessoa recusa-se a acreditar no diagnóstico ou nega que algo esteja errado; 2. **Raiva:** nesse estágio a pergunta é “Por que comigo?” 3. **Barganha:** o paciente tenta negociar com Deus, médicos, parentes e amigos, no sentido de, em troca da cura, cumprir promessas; 4. **Depressão:** acontece quando o paciente é tomado por um sentimento de grande perda e experimenta sintomas clínicos de depressão; 5. **Aceitação:** neste estágio o paciente descobre que a morte é inevitável e aceita a universalidade da experiência.

Neste estudo algumas pacientes relataram que a reação ao diagnóstico foi essa descrita por Kubler-Ross (1962) como o estágio 2. Raiva, conforme pode ser observado nos relatos seguintes:

*“Passei por aquela fase: -Por que isso aconteceu comigo? Mas aí passou essa fase. Acho que eu acostumei com a idéia”.* (P.13, 45 anos)

*“Tinha dia que eu falava: - Deus, por que comigo? Eu sempre fiz tudo pra todo mundo por que comigo?”.* (P.23, 54 anos)

Pode-se supor que esses questionamentos ajudam a paciente a ressignificar a experiência de ter câncer e que essa busca de significado pode torná-la apta a conhecer melhor sua situação, propiciando-lhe domínio e controle emocional sobre a doença e o tratamento.

Outro motivo que pode levar o indivíduo a esses questionamentos é referido por Queiroz (2004). Ele informa que, na situação do câncer, o indivíduo sente-se a mais perseguida das criaturas. Isto porque, na realidade, a saúde e a felicidade são bens que todos se sentem no direito de ter e a idéia da morte é muito difícil de ser aceita.

#### **1.4 Categoria “Tratamento” (14,97 %)**

Esta categoria refere-se às questões envolvendo as verbalizações a respeito do tratamento e aos fatores a ele relacionados.

**1.4.1 Sub-categoria “Dificuldade com a quimioterapia”:** agregam-se aqui as respostas sobre as dificuldades envolvendo os efeitos colaterais da quimioterapia como enjoos, fraqueza, mal-estar, etc.

A quimioterapia é um ponto de convergência de grandes aflições das pacientes, pois além de ser um tratamento agressivo e invasivo, traz conseqüências físicas, como queda do cabelo, náuseas, vômitos, alteração no paladar, entre outras (CORREIA, 2000).

*[...] É muito difícil os sintomas da quimio. Começa com aquela língua grossa, aí tudo o que eu vou comer... eu fico assim, dois, três dias de cama, sem vontade de levantar, sem vontade de conversar com ninguém (...) mal estar, a sensibilidade à flor da pele, tudo vai me irritando. (P.13, 45 anos).*

*[...] A quimio é pior que tirar o seio. Se falasse: olha você tem que tirar o outro seio e não fazer a quimioterapia, eu preferia. Deus me livre!...eu vomitei uma vez aqui, mas é um mal estar muito grande. Eu principalmente, eu fiquei na cama sete dias, não posso com cheiro, nem com sabonete, com nada.” (P.14, 51 anos)*

Embora a quimioterapia seja relatada como um dos momentos mais difíceis do tratamento, Bensi et al. (2006), demonstraram, em um estudo com mulheres com câncer de mama, que a maioria das pacientes estudadas aceitaria um novo procedimento quimioterápico mesmo com poucos/nulos benefícios. As autoras informam ainda que para pacientes de maior idade, uma menor taxa de remissão da doença bastaria para que aceitassem uma nova quimioterapia. É possível pensar que isso pode ocorrer pelo fato de a mulher acreditar que aceitando as regras e condições impostas pelo tratamento alcançará a cura.

Visto que a quimioterapia proporciona aumento da sobrevida livre de doença e da sobrevida global de mulheres com câncer de mama (EBCTCG, 2005) é importante saber que gera esquivas e ansiedade nos pacientes. De acordo com Bensi et al. (2006), o modo como a paciente encara uma quimioterapia influencia futuramente a adesão ao tratamento e a aceitação ou não, de um segundo procedimento quimioterápico.

**1.4.2 Sub-categoria “Sem sofrimento”:** encontram-se aqui as respostas em que as participantes referem que não tiveram os efeitos colaterais da quimioterapia e/ou que o tratamento foi melhor do que esperavam. Tal fato é possível devido à comparação ou as fantasias existentes em relação ao tratamento.

*“A quimioterapia foi difícil, mas não foi das piores, eu não tive vômito, não tive diarreia”.*  
(P.1, 52 anos)

*“Nada, não senti nada, não tive diarreia, não tive vômito não tive mal-estar, não tive dor.”*  
(P.23, 54 anos)

*“Muitas pessoas já começavam a vomitar e outras ficavam internadas. Eu via aquilo e já ficava...sabe?! Ai será que eu vou ficar desse jeito? Mas nunca tive nada”.* (P.3, 53 anos)

Outras participantes surpreenderam-se por não sentirem os sintomas da quimioterapia, dor e outras dificuldades e relatam este como sendo sem sofrimento. Estas pacientes provam

que os efeitos da quimioterapia não são os mesmos para todas as pacientes e que existe a possibilidade de passar por esse tratamento sem os efeitos colaterais ou ainda sem mesmo que tenham alguns dos efeitos colaterais, que não sofram. De acordo com Silva (2005b) o tratamento do câncer é visto como um sofrimento assustador, o qual está embasado em uma construção sócio-cultural a respeito das reações que advêm do seu uso.

**1.4.3 Sub-categoria “Ruim ter que vir sempre ao hospital”:** localizam-se aqui as verbalizações sobre ter que vir ao hospital muitas vezes.

*“Estou de licença, tenho que ficar vindo ao hospital quase todo dia...cansa”.* (P.27, 57 anos).

O relato desta participante parece indicar que algumas pacientes deslocam a atenção do fato de terem câncer à questão da vinda constante ao hospital. Tal mecanismo pode servir de proteção à paciente, desde que não prejudique sua adesão ao tratamento.

**1.4.4 Sub-categoria “Cirurgia e complicações”:** reúnem-se nesta sub-categoria respostas ligadas às dificuldades encontradas referentes ao processo cirúrgico e às complicações ocorridas, como por exemplo, com a abertura de abscesso e deslocamento do dreno.

A cirurgia aparece como um fator de destaque ao falar sobre o tratamento e cabe lembrar que todas as pacientes entrevistadas tinham se submetido a no mínimo uma intervenção cirúrgica antes da participação neste estudo. Em geral as pacientes demonstraram ansiedade, medo e preocupação de que “alguma coisa ruim” acontecesse durante a cirurgia, o que de acordo com Correia (2000), são reações universais das pessoas antes do procedimento. O relato da paciente P.28, mesmo utilizando-se de figura de linguagem, demonstra a preocupação com a morte antes da cirurgia.

*“Quando eu fui fazer a cirurgia, parecia a vaca que vai para o matadouro. Eu falei lá que estava parecendo a vaca indo para o matadouro...foi muito ruim”.* (P.28, 59 anos)

### **1.5 Categoria “Conseqüências psicológicas e sociais” (12,30%)**

Nesta categoria estão agrupadas as respostas em que as pacientes descrevem as conseqüências físicas e psicológicas do desenvolvimento do câncer.

**1.5.1 Sub-categoria “Mudanças nas atividades”:** nesta categoria são encontradas as verbalizações sobre mudanças na rotina, como parada ou diminuição nas atividades que faziam antes da doença, trabalhar e/ou cuidar dos netos e passar a depender das pessoas para atividades antes executadas por elas mesmas.

As pacientes necessitam enfrentar situações diferentes e ter que se adaptar às novas exigências. Dados como este podem ser encontrados em diversos estudos realizados com mulheres com câncer de mama (NUCCI, 2003; SILVA, 2005; SAMPAIO, 2006).

*[...] A pior coisa pra mim é que agora eu não posso cuidar mais da minha netinha pequenininha. Isso pra mim foi a minha cacetada. Quando eu não podia olhar minha neta mais, eu me derrubei. Eu tenho vontade de cuidar dela, mas eu não posso (choro). (...). O serviço me derrubou também, porque eu gosto muito de trabalhar lá (...)*. (P.16, 60 anos)

*“Depois dessas quimio eu vou arrumar serviço, eu vou procurar serviço e vou trabalhar. Não quero nem saber”.* (P.18, 65 anos)

Estes relatos evidenciam uma mudança negativa ocorrida na vida destas mulheres relacionada à falta do trabalho. Embora a amostra deste estudo seja de mulheres na meia-idade, a maioria (73,3%) ainda exerce atividade remunerada e mais da metade (60%) destas tiveram que mudar a forma de renda após o diagnóstico da doença. Em recente avaliação de mulheres com média de idade de 43 anos, Avis et al. (2005), verificaram que a ausência ao trabalho associou-se negativamente à Qualidade de Vida das pacientes estudadas.

O fato de depender das pessoas também foi citado, conforme pode ser observado no relato da paciente P.14. Esta questão da dependência marca as mulheres e segundo Bergamasco et al. (2001), uma das condições apontada pela mulher com câncer para adaptar-se à nova identidade é não ser dependente.

*[...] O mais difícil pra mim é pedir pros outros fazer as coisas, depender...tem coisa no alto.... Por exemplo tá com a panela no fogo tem que ficar esperando alguém, ou você desliga o fogo ou tem que ficar esperando a boa vontade de alguém vir mexer.” (P.14, 51 anos)*

Evidencia-se, portanto a dificuldade existente no processo de aceitação do câncer de mama e conseqüentemente dificuldade em serem mais flexíveis em relação ao cotidiano, procurando e aceitando novas maneiras de viver.

**1.5.2 Sub-categoria “Releitura da vida”:** relacionam-se aqui as respostas referentes a verbalizações das mulheres sobre a saúde emocional definindo-as como vontade em aproveitar a vida, crescimento pessoal, fazer mais passeios e dar menos importância aos problemas pequenos.

*“Sinto vontade de viver, de sair, de passear”.* (P.25, 65 anos)

*“A gente não sabe o dia de amanhã, então vamos aproveitar a vida e bem”.* (P.12, 45 anos)

Por meio destes relatos pode-se observar que o câncer de mama não significa só perdas e desestrutura. As participantes parecem ter ressignificado as suas vidas após a doença, procurando novas formas de lidar com a vida e com os problemas desta. De acordo com Amaral (2003), o câncer não significa só perdas e morte, ele pode significar a abertura de novas possibilidades e caminhos. Portanto, em alguns casos, o paciente fica “melhor que

antes”, por haver desenvolvido uma força psicológica, um auto-conceito positivo e uma sensação de controle da sua vida (SIMONTON, 1987).

**1.5.3 Sub-categoria “Preocupações com a doença e recidiva”:** foram agrupadas aqui as respostas em que as pacientes relaram sobre preocupações com a doença câncer e recidiva desta.

Segundo o National Cancer Policy Board dos Estados Unidos (2004), a preocupação com a recidiva está presente desde o início do tratamento e até pós tratamento, segundo estudo de Silva (2005a). No presente estudo também se evidencia esta preocupação, como pode ser observados nos relatos das pacientes: P.11; P.3 e P.27.

*“Tenho medo assim de voltar. Quando eu vou no médico eu fico assim pensando ‘Ai! Será que vai voltar? ... Com medo né?!’”. (P.11, 60 anos)*

*“Agora eu já tô meio assim ... se um dia voltar, dependendo do lugar eu sei que eu não tenho chance, aí me assusta mais, porque como deu na mama eu mesma tô bem, mas se um dia voltar?!”. (P.3, 53 anos)*

*“Parece que a operação tá dando problema, necrosou. O médico que vai ver hoje. É igual eu te falei; às vezes não é nada, mas já fico com aquilo na cabeça.” (P.27, 57 anos)*

A presença constante da incerteza aparece como elemento importante nas vidas dessas mulheres e se manifesta, muitas vezes, através do medo de uma recorrência da doença.

**1.5.4 Sub-categoria “Tristeza/desânimo”:** aqui estão reunidas as verbalizações em que as participantes informaram se sentirem tristes e desanimadas em relação à vida, após o diagnóstico e com a realização do tratamento. De acordo com Ballone (2003), basicamente todos os pacientes com câncer sentem tristeza e pesar de forma periódica durante alguma fase da doença.

“A gente fica assim com o astral meio baixo, desanimada (...)”. (P.21, 56 anos)

“Tem hora que eu desânimo, choro (...) a gente fica assim mais desanimada (choro)”. (P.17, 50 anos)

O câncer tem uma influência psicológica e psicossocial no bem estar das mulheres (BANNING, 2007) e transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, podem surgir, inclusive após o tratamento.

## **TEMÁTICA 2: Meia-idade**

Esta temática refere-se à opinião que as mulheres em tratamento do câncer têm sobre a meia-idade. Ao falar sobre dos aspectos da meia-idade as mulheres neste estudo citaram questões negativas e positivas. Outras não viram alteração e outras relataram vivências e fatos ocorridos no passado. Para tratar deste assunto, foram elaboradas, a partir das transcrições das entrevistas, três categorias de acordo com a sua similaridade de conteúdo e 19 sub-categorias, conforme descrito na Tabela 11.

Tabela 11. Categorias /sub-categorias referente à temática Meia-idade.

<b>Categoria</b> <b>Sub-categoria</b>	<b>Frequência de</b> <b>ocorrência de</b> <b>verbalizações</b>	<b>Porcentagem de</b> <b>ocorrência de</b> <b>verbalizações (%)</b>
2.1 Aspectos negativos		
2.1.1 Perdas significativas	9	37,5
2.1.2 Doença câncer	7	29,2
2.1.3 Problemas e dificuldades de ordem física e emocional	5	20,8
2.1.4 Velhice	3	12,5

2.2 Outras percepções		
2.2.1 Normal/Apenas na idade	15	68,2
2.2.2 Remete a lembranças do passado	7	31,8
<hr/>		
2.3 Aspectos positivos		
2.3.1 Fase boa / Benefícios	13	81,2
2.3.2 Conquista	3	18,8
<hr/>		

As categorias/sub-categorias referentes à temática Meia-idade são explicadas e exemplificadas a seguir:

### **Categoria 2.1 Aspectos negativos (38,71%)**

Nesta categoria estão presentes as relações de verbalizações referentes às questões negativas da meia-idade.

**2.1.1 Sub-categoria “Perdas significativas”:** Incluem-se aqui respostas referentes às perdas ocorridas nessa fase, meia-idade. As perdas citadas pelas pacientes foram a morte de pai, mãe ou marido e a saída dos filhos de casa para casar ou estudar, conforme ilustram os relatos a seguir.

*“Teve uma época difícil que eu fiquei com depressão, a separação (...) a minha filha mais velha foi pra fora fazer faculdade (...) e de repente eu fiquei sozinha”. (P.4, 51 anos)*

*“Perdi a minha mãe em 99, de lá para cá parece que a minha cabeça deu uma mudada, sabe?! Eu fiquei muito sofrida quando perdi a minha mãe”. (P.3, 53 anos)*

*“Eu perdi meu marido, daí dois dias que eu perdi ele, eu enterrei minha mãe (choro). Eu perdi as duas pessoas que eu mais amei na minha vida”. (P.25, 65 anos)*

A literatura indica que uma das características dessa fase é a vivência de perdas, pois é o início de grandes mudanças familiares, como afastamento dos filhos, perda das gerações mais velhas ou pais idosos, viuvez e preocupações com o próprio processo de envelhecimento (CERVENY, 1997; DEL PRIORE, 2000).

**2.1.2 Sub-categoria “Doença Câncer”:** abarcam respostas que associaram a doença vivida, câncer, com a meia-idade. A reflexão sobre estar na meia-idade para muitas mulheres foi direcionada ao fato de ter câncer e as verbalizações foram referentes ao desenvolvimento da doença.

*”Depois que veio essa doença eu dei uma boa baqueada”.* (P.27, 57 anos)

*“Se eu não tivesse passando por esse problema eu estaria maravilhada, né?!”.* (P.30, 58 anos)

*“Antes de eu saber dessa doença eu estava bem. Agora deu uma parada, minha vida parou”.* (P.17, 50 anos).

Pode-se supor que isso ocorreu por o câncer possuir conotações extremamente negativas e relacionadas à morte (CHIATTONE, 1994, NEME, 1999; HALDING, 2004), desviando atenção das pacientes de outros conteúdos.

**2.1.3 Sub-categoria “Problemas e dificuldades de ordem física”:** dificuldades encontradas com o físico e com aspectos emocionais. Foram relatadas percepções de ordem físicas, como a fadiga, as ondas de calor, a agilidade física. Segundo Ciechanowski et al. (2000), quanto mais a idade vai avançando, maior número de complicações e comorbidades vão aparecendo. Tais observações podem ser observadas por meio do relato a seguir.

*“A única coisa que eu sinto é que eu não consigo ter tanta agilidade física, eu não consigo fazer algumas coisas (...)”.* (P.4, 51 anos)

*“Eu tô sentindo que eu tô cansando mais, eu não tô conseguindo andar muito”. (P.1, 52 anos)*

**2.1.4 Sub-categoria “Velhice”:** aqui são encontradas as respostas que relacionaram a velhice à meia-idade. Algumas pacientes relacionaram por enxergar sinais de velhice, mesmo estando na meia-idade e outras por acreditar que ainda não tem sinais da “velhice”, mesmo estando na meia-idade.

*“Aí você percebe que tá ficando velha...eu olho no espelho e não acredito” (P.28, 59 anos)*

*“Não é bom porque a gente vai envelhecendo”. (P.8, 65 anos)*

*“Eu acho ruim porque passou o tempo, a idade vai chegando”. (P.8, 65 anos)*

A associação negativa entre meia-idade e velhice preocupa, visto que os sentimentos como medo de envelhecer e a percepção de proximidade da morte somados à sensação de inutilidade ou carência afetiva podem levar à depressão (DENNERSTEIN, 2002).

Outras pacientes, associam a meia-idade à questão da velhice. Acreditam que apesar de estar na meia-idade ainda não estão “naquela idade” (velhice), como é o caso da paciente P. 26.

*“Sei lá...eu acho que eu não cheguei naquela idade não (risos) na velhice não”. (P.26, 50 anos)*

De acordo com Shibata (2006), é difícil falar sobre algo que não se sente, sendo que geralmente a pessoa não sabe identificar quando começou a envelhecer.

Segundo Lima (2004), o nível de consciência do indivíduo em relação ao seu processo de envelhecimento é o que o mobilizará a construir o seu estilo de vida no futuro como velho e para isso o indivíduo deve começar a olhar para as suas necessidades desde a idade adulta.

## **Categoria 2.2 Outras percepções (24,19%)**

Nesta categoria estão presentes as verbalizações em que não foram incluídas em nenhuma das outras categorias, pois algumas verbalizações demonstram que as pacientes não vêem alterações por estar na meia-idade e outras que nessa temática relatam fatos e vivências passadas.

**2.2.1 Sub-categoria : “Normal/Apenas na idade”:** sentem-se bem e não se definem como na meia-idade no que se refere a questões sociais, condições de força física e emocional, exceto na aparência e na idade em si. A paciente define a meia-idade sem se aprofundar na questão, apenas relatando-a como uma fase normal e/ou como não tendo mudado nada.

*“Você acha que eu estou na meia idade? Pode estar na matéria, na cabeça eu não tô não”*  
(P.2, 56 anos)

*“Eu não me sinto com essa idade. Até nem gosto muito quando vem conversar e me chama de senhora. Aí eu penso: - Será que para as pessoas eu já estou assim, uma senhora?”* (P.13, 45 anos)

*“Tudo o que eu fazia antes, eu estou fazendo agora então, por idade assim...pra mim normal”.* (P.3, 53 anos)

As reações emocionais no climatério são variáveis. De fato, muitas mulheres vivenciam esse período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos (FAVARATTO et al., 2001; BIFFI, 2003).

**2.2.2 Sub categoria “Remete a lembranças do passado”:** enquadram-se aqui as verbalizações onde a paciente faz uma releitura do que já viveu, sendo esta positiva ou negativa.

*“Ah! Passei por muitas coisas sabe?! Morei em São Paulo muitos anos (...). Meu marido me deixou e arrumou outra (...) criei os quatro filhos sozinha (...).” (P.6, 51 anos.)*

*[...] E eu sou viúva né? Meu marido quando bebia ficava agressivo, fazia as coisas pra fora, teve filho com outra pra fora...então dificuldade eu tive muita assim. Eu trabalhava né, para os meus filhos terem as coisas. (P.5, 50 anos).*

Abordar a temática meia-idade para algumas pacientes faz com que elas pensem no passado e comentem experiências que já viveram. Pode-se pensar que desta forma elas buscam encontrar um entendimento sobre o momento atual.

### **Categoria 2.3 Aspectos Positivos (25,81%)**

Nesta categoria encontram-se presentes questões referentes às verbalizações positivas da vivência da meia-idade.

**2.3.1 Sub-categoria “Fase boa/benefícios”:** verbalizações que indicam que a meia-idade é uma fase boa e que ela apresenta benefícios. Aqui as participantes relataram como sendo uma fase de vivências e acontecimentos bons e felizes.

*“Eu acho que é a coisa melhor do mundo é a idade que eu estou ... me sinto bem, pessoa assim...sei lá...tranqüila..então sei lá, é bacana” . (P.30, 58 anos)*

*“Ah eu acho legal...ser vó, ter os netos” (P.16, 60 anos)*

*“Ah! Pra mim é ótimo. Eu acredito que se todas as pessoas na minha idade tivesse a vida que eu tenho...muita gente queria ter a vida que eu tenho”. (P.25, 65 anos)*

A literatura aponta que para algumas mulheres as alterações ocorridas nessa fase são dramáticas, mas para outras é o começo de relações mais satisfatórias e o envolvimento em novos desafios entendendo-o como o início de uma nova etapa (BALLINGER, 1990; RAMOS, 1998; FAVARATTO et al., 2001).

**2.3.2 Sub-categoria “Conquista”:** refere às questões de entendimento da meia-idade como se fosse uma vitória, uma conquista ter vivido até essa idade.

*“Eu acho assim ... uma vitória”*. (P.30, 58 anos)

*“Eu acho bom, já consegui viver meio século”*. (P.14, 51 anos)

Algumas pacientes conseguem olhar por outro ângulo a questão da meia-idade. Observam de forma positiva o que já viveram, o tempo de vida que tiveram. De acordo com Gonçalves (2005), isto ocorre porque a mulher pode ver esse momento como uma oportunidade de exercitar a reciprocidade consigo mesma nesse momento pode ser tocada novas sensações, sentimentos.

### **TEMÁTICA 3: Auto-avaliação de saúde**

Esta temática refere-se à percepção da saúde que as pacientes têm sobre si mesmas. A forma como a mulher avalia a sua saúde é importante para conhecer as representações que estas têm da saúde, mesmo tendo desenvolvido o câncer e estando na meia-idade. Para tratar deste assunto fora

Foram elaboradas três categorias e oito sub-categorias, conforme descrito na Tabela 12.

Tabela 12. Categorias/sub-categorias referente á temática Auto-Avaliação de Saúde.

<b>Categoria</b> <b>Sub-categoria</b>	<b>Frequência de ocorrência de verbalizações</b>	<b>Porcentagem de ocorrência de verbalizações na temática (%)</b>
<b>3.1 Saúde mental e emocional</b>		
3.1.1 Alterações positivas após doença/meia-idade	8	42,1
3.1.2 Outros estressores que não a doença câncer e a meia -idade	7	36,8
3.1.3 Dificuldades de ordem emocional	4	21,1
<b>3.2 Âmbito geral</b>		
3.2.1 Boa	11	68,8
3.2.2 Normal / Não mudou nada	3	18,8
3.2.3 Ruim	2	12,5
<b>3.3 Saúde física</b>		
3.3.1 Pequenas dores e problemas de saúde	7	70,00
3.3.2 Não sente dor e sem outros problemas de saúde	3	30,00

As categorias/sub-categorias referentes à temática Auto-avaliação da Saúde serão explicadas e exemplificadas a seguir:

### **3.1 Categoria Saúde mental e emocional (42,22%)**

**3.1.1 Alterações positivas após doença/meia-idade:** aqui estão descritas as verbalizações em que as pacientes relatam o aumento na vontade de aproveitar a vida, o que foi desencadeado pelo fato de ter entrado na meia idade e/ou ter desenvolvido o câncer.

*“Pra mim ficar doente foi assim um crescimento muitos grande, você cresce, amadurece muito”* (P.1, 52 anos)

*“Sinto vontade de viver, de sair, de passear.”* (P.25, 65 anos)

Pode-se supor que a doença /ou a vivência da meia-idade faz com que as pacientes percebam a possibilidade de finitude, mas de uma forma saudável e assim começam a enxergar novas possibilidades, ocorrendo uma melhora no estado geral da saúde emocional.

Em relação a essa mudança ocasionada pela doença, Simonton et al. (1987), comentam que a doença, muitas vezes, funciona como permissão para mudar e recursos psicológicos antes inacessíveis tornam-se disponíveis. O novo estado mental vindo desta mudança facilita processos físicos do organismo para que reajam aos sentimentos de esperança e ao renovado desejo de viver.

Já as alterações ocorridas no plano emocional em decorrência da meia-idade também são comuns e trazem benefícios à saúde psicológica das pacientes (BALLINGER, 1990; RAMOS, 1998; FAVARATTO et al., 2001).

### **3.1.2 Sub-categoria “outros estressores que não a doença câncer e a meia -idade”:**

relacionam-se aqui as questões que demonstram a saúde emocional comprometida, devido às preocupações vividas pelas pacientes, conforme exemplificado no relato a seguir.

*“A gente fica meio assim, mas ... a gente fica aborrecida, mas não é só por conta da doença, mas também por conta dos problemas de família”. (P.15, 50 anos)*

Estas alterações podem ser decorrentes de outros fatores que não relacionados à doença, a fatores desencadeados pelo desenvolvimento do câncer, conforme o exemplo a seguir.

*[...] O meu pagamento tá bloqueado, porque no mês passado foi quando o meu menino morreu, tinha que fazer perícia e eu não vi no papel, aí eu fui no banco e meu dinheiro estava bloqueado, aí meu aluguel está atrasado, conversei com a dona da casa e expliquei a situação pra ela. Aí pra comer mistura, as pessoas tá dando ... no varejão lá perto de casa, as pessoas dão verdura, legume. (P.6, 51 anos)*

Outros problemas são anteriores ao desenvolvimento da doença, mas que também mudam o foco do tratamento, conforme o relato que segue:

*“Ah!... Eu choro muito pela falta dos meus filhos, que morreram! (choro)”* (P.6, 51 anos)

**3.1.3 Sub-categoria “Dificuldades de ordem emocional”:** encontram-se aqui as respostas relacionadas às questões em que as mulheres referem que a sua saúde está comprometida, pois se encontram mais sensíveis e carentes.

*[...]Emocionalmente eu acho assim que eu sou uma pessoa meio desequilibrada. Eu acho assim que estou chorando muito ... falar alguma coisa que me ofende, e eu não sei se é defesa, se é pra fazer ficarem com dó. Eu não sei, não entendo..* (P.14, 51 anos)

Pode-se supor que as pacientes encontram-se com tais dificuldades em função do período que estão vivenciando, meia-idade e principalmente o câncer de mama, sobretudo, destaca-se que a doença faz sobressair comportamentos que já eram da paciente anteriormente, conforme o exemplo a seguir.

*“Emocionalmente eu sou carente de tudo e tenho tudo (...) eu sou carente, eu acho que é de infância (...) eu quando encontro uma barreira eu me desespero”* . (P.23, 54 anos)

A paciente relata que já era carente e dá dicas de como lida com as situações de sua vida *“quando encontro uma barreira eu me desespero”*. Tais “dicas”, oferecidas pelas participantes, são importantes, pois conhecer o modo como cada paciente lida com a doença faz com que se tenha elementos para ajudá-la a se fortalecer naquilo que têm de deficiente e que prejudicam a forma de lidar com a doença.

### 3.2 Categoria âmbito geral (35,56 %)

Nesta categoria estão as respostas mais objetivas, sem aprofundamento das respostas. A paciente apenas fez uma avaliação de como ela se encontra.

**3.2.1 Sub-categoria “Boa”:** essa sub-categoria envolve as respostas em que a paciente avalia sua saúde como boa, positiva, sem problemas, mesmo em decorrência da doença.

*“Eu me sinto bem. Eu me sinto como se não tivesse acontecido nada! Eu nem lembro. Só lembro quando alguém pergunta ou quando venho aqui.” (P.28, 59 anos)*

*“Tô ótima. Parece que eu não tenho a doença. Tem hora que eu falo: - Será que eu não tinha nada?” (risos). (P.25, 65 anos)*

*“Tô bem. Eu não tenho barreira, mesmo com a minha doença (...), eu não admito que fale que eu tô doente. Eu tive um câncer, ta!? Tirei de letra isso aí, como se diz, mandei bem”. (P.2, 56 anos)*

Algumas pacientes mostram que superaram o diagnóstico do câncer e mesmo ainda estando em tratamento do câncer sentem-se “curadas” e bem fisicamente e emocionalmente. Cloud-Gorr et al. (2007), estudaram mulheres acima dos 65 anos sobreviventes do câncer de mama durante cinco anos, após o diagnóstico, e concluíram que as mulheres que acreditavam que não estavam curadas, tiveram maiores mudanças negativas em todos os resultados analisados (inventário mental; saúde emocional avaliação da reabilitação do câncer). Inversamente, aquelas que fizeram avaliações positivas a respeito da qualidade de interações médicas na linha de base, eram menos prováveis de ter saúde emocional pobre.

**3.2.2 Sub-categoria “Normal/Não mudou nada”:** as respostas para as quais as pacientes referiram a saúde emocional e física como normal/sem alterações estão nessa sub-categoria.

*“Normal, porque se eu tiver que ir a algum lugar passear eu vou então pra mim não faz diferença” (P.7, 48 anos)*

*“Eu me sinto como se não tivesse acontecido nada” (P.1, 62 anos)*

Observa-se que as pacientes mesmo tendo sido diagnosticadas com câncer de mama, não sentem grandes mudanças na saúde. Portanto, nem sempre a saúde emocional geral muda substancialmente após um diagnóstico de câncer de mama. Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Cloud-Gorr et al. (2007), que foi realizada com mulheres acima de 65 anos. Os autores concluíram que entre aquelas nas quais a mudança ocorre, os fatores de risco são similares e podem ser relacionados a outras doenças relacionadas à idade.

**3.2.3 Sub-categoria “Ruim”:** respostas em que, ao avaliar a sua saúde, a participante relata que a saúde não está bem.

*“Eu não tô bem porque eu não consigo fazer nada.” (P.9, 56 anos)*

Por meio do relato exemplificado (P.30 e P.9) é possível observar que algumas participantes não se sentem bem de saúde. No caso deste exemplo a paciente informa que ela não consegue fazer nada, apesar de não ser mais específica, pode-se supor que a dificuldade em realizar tarefas antes realizadas, compromete a avaliação da saúde.

### **3.3 Categoria Saúde física (22,22%)**

Nesta categoria foram incluídas as respostas relacionadas à auto-avaliação da saúde, citando as condições físicas.

**3.3.1 Sub-categoria “Pequenas dores e problemas de saúde”:** quando as pacientes referiam à saúde prejudicada.

*“Eu quero fazer as coisas igual eu fazia...eu era pau pra toda obra. Agora eu quero fazer e não consigo, estou me sentindo debilitada”.* (P.6, 51 anos).

*“Sinto uma dor no joelho, porque eu tenho artrose né?!”.* (P.23, 54 anos)

Com a chegada da meia-idade, alguns sinais de transformação no corpo, nem sempre desejável ou previsível, vão aparecendo (GONÇALVES, 2005). Os desconfortos e dificuldades que se iniciam nessa fase, acrescido do câncer de mama geram mudanças significativas no bem-estar físico destas mulheres e assim comprometem a Qualidade de Vida como um todo.

**3.3.2 Sub-categoria “Não sente dor e sem outros problemas de saúde”:** quando a paciente referia à saúde positiva em função de não ter dor nem outros problemas de saúde, além do câncer.

*“Eu sou a pessoa mais saudável doente. Eu estou com 51 anos eu não uso óculos, eu não tenho pressão alta não tenho diabetes, não tenho colesterol (...)”.* (P.14, 51 anos)

*“Eu não sinto dor. (...) Eu não sinto nada, eu não tenho insônia, eu não sou nervosa (...)”.* (P.26, 50 anos)

Observa-se que algumas pacientes, mesmo com o advento do câncer, relatam que se sentem bem fisicamente. Pode-se supor que essas pacientes além de não sentirem dores, focam nos aspectos positivos da sua vida e conseguem fazer apontamentos sobre o que está bem, em vez de se preocuparem com o que podem vir a ter.

## TEMÁTICA 4: ENFRENTAMENTO

Esta temática refere-se ao tipo de enfrentamento adotado pelas pacientes para lidar com a doença câncer. O enfrentamento, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), é definido como "os esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa". A formulação destas categorias foi pré-determinada, baseando-se em Lazarus e Folkman (1980), formando duas categorias e oito sub-categorias, conforme descrito na Tabela.13.

Tabela 13. Categorias/sub-categorias referente a temática Enfrentamento.

<b>Categoria</b> <b>Sub-categoria</b>	<b>Frequência de</b> <b>ocorrência de</b> <b>verbalizações</b>	<b>Porcentagem de</b> <b>ocorrência de</b> <b>verbalizações na</b> <b>temática (%)</b>
<b>4.1 Enfrentamento centrado na emoção (75%)</b>		
4.1.1 Suporte social	19	20,7
4.1.2 Reavaliação Positiva	14	15,2
4.1.3 Afastamento	13	14,1
4.1.4 Autocontrole	10	10,9
4.1.5 Aceitação da Responsabilidade	8	8,7
4.1.6 Fuga e Esquiva	5	5,4
<b>4.2 Enfrentamento centrado no problema (25%)</b>		
4.2.1 Resolução de Problema	12	13,0
4.2.2 Confronto	11	12,0

As categorias/sub-categorias referente à temática “Enfrentamento” serão explicadas e exemplificadas a seguir:

#### **4.1 Categoria “Enfrentamento centrado na emoção” (75%)**

**4.1.1 Sub-categoria “Suporte-Social”:** são os esforços usados para obter a sustentação informativa, tangível, e/ou emocional (HENDERSON et al., 2003) através do contato com outras pessoas.

O conteúdo expresso pelas mulheres entrevistadas possibilitou identificar os elementos da rede de apoio. Neste estudo foram citados como suporte social para as participantes: a família, amigos, equipe médica e dois grupos de apoio direcionados ao paciente com câncer. A seguir exemplos destas verbalizações.

a) Família

*[...] Meu marido que é muito bom pra mim, me ajudou muito, me deu banho, tirava dreno, levantava de madrugada pra tirar o ar do dreno sabe?! Coisa assim que eu não esperava né, porque eu não tive coragem assim de mexer no dreno. Ele veio na cirurgia, ficou o tempo inteiro comigo, o dia inteiro, vem na quimio. (P.14, 51 anos).*

b) Amigos

*[...] Eu percebi o quanto de amizades eu tenho. Muitas assim...então alunos antigos que souberam. Que me escreveram, visitaram; pessoas que se reaproximaram e os presentes também que não me deixaram sozinha por nenhum momento. (P.4, 51 anos)*

c) Grupo de apoio -Instituição

*“Eu vou no REMA<sup>7</sup> pra ficar no meio das mulheres, pra conversar.”  
(P.9, 56 anos)*

d) Equipe de saúde

*“(...) até quando eu recebi o diagnóstico era a Dra V. e eu chorei muito lá com ela” . (P.14, 51 anos)*

---

<sup>7</sup> Núcleo de Ensino e Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mulheres mastectomizadas do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP).

Estudo realizado por Wolff (1996), sobre a rede de apoio utilizada por mulheres com câncer de mama, identificou que no período antes da cirurgia o elemento mais referido pelas mulheres foi o médico, seguido da equipe de enfermagem, marido, filhos e outros familiares. Após a alta hospitalar, foram mais citados o marido e um grupo de apoio especializado, seguido de outros familiares, destacando-se os do sexo feminino.

**4.1.2 Sub-categoria “Reavaliação positiva”:** inclui dar significado positivo a uma situação focalizando em um crescimento pessoal, incluindo uma dimensão religiosa (HENDERSON et al., 2003), conforme exemplo a seguir.

*“Eu fiquei mais feliz. Foi onde que eu fiz uma releitura da minha vida (...) foi nela (doença) que eu aprendi que eu sou feliz, então eu falo, tem gente que eu falo que eu sou feliz que não acredita”. (P.2, 56 anos)*

**4.1.3. Sub-categoria “Afastamento”:** esta estratégia indica a utilização de distanciamento ou afastamento. Uma estratégia para minimizar o significado da situação (HENDERSON et al., 2003).

*“Quando eu soube que eu tinha esse nódulo eu não me interessei em saber o tamanho, o que era...nada. Eu disse ao Doutor: -Não quero saber, não me interessa., eu só perguntei: - O que eu tenho que fazer?” (P.19, 61 anos)*

*“Pra te falar a verdade, eu até esqueço. Eu não me lembro. Quando alguém pergunta que eu me lembro.” (P.15, 61 anos)*

*“Eu acho que é praticamente nada. É uma doença como outra qualquer que tem que ser tratada (...)”. (P.1, 52 anos)*

Estes relatos demonstram que algumas pacientes preferem se afastar e/ou se distanciar do evento estressor. Desta forma se o indivíduo utiliza a estratégia Afastamento é porque ele já fez uma avaliação dos riscos e possibilidades que ele percebe para lidar com o estresse

(LAZARUS, 1999). Se esta estratégia comprometer o tratamento a paciente deve ser incentivada a participar da situação de doença e tratamento.

**4.1.4 Sub-categoria “Autocontrole”:** esforços que são usados por indivíduos para regular seus sentimentos e ações, como ansiedade e medo (HENDERSON et al., 2003).

*“Eu falei: -Agora a medicina está adiantada. De primeiro as pessoas morriam com esse problema. Então a gente acudiu antes, igual eu, acudi a tempo”.* (P.22, 56 anos)

Em outros casos, conforme os relatos das pacientes P.9 e P.27 o auto-controle impede que as pacientes dividam seus medos e aflições com outras pessoas.

*“Porque eu não posso contar com a família. Porque eu sei que eles vão ficar desesperados em casa. Seguro tudo pra mim”.* (P.9, 56 anos)

*[...] Aparentemente eu falava pra todo mundo que não era nada (choro). Que eu ia superar! Mas isso era só da boca pra fora, sabe?! Por dentro eu me sentia arrasada (choro). Falava pra todo mundo que isso aí eu ia tirar de letra, mas por dentro eu estava sofrendo muito mesmo, mas me controlava.* (P.27, 57 anos)

De acordo com Gimenes (1997), o auto-controle pode incluir ainda, lembranças de êxitos anteriores e envolve uma reflexão sobre conseqüências positivas ou negativas da realização da conduta não desejada.

**4.1.5 Sub-categoria “Aceitação da Responsabilidade”:** procura reconhecer o seu papel em resolver um problema (HENDERSON et al., 2003) e entende a sua responsabilidade na causa da ameaça.

*[...] Câncer é uma falta de cuidado, porque câncer a gente se faz. A gente se deixa acontecer o câncer, porque são células que começam a se multiplicar porque ela deixa de atender a um comando central e esse comando só acontece quando eu perco as rédeas da minha vida. Então aquelas que não conseguem voltar continuam perdidas.”(P.4, 51 anos)*

Por meio do relato acima, pode-se observar que a paciente tenta reconhecer o seu papel no desenvolvimento da doença. Entretanto este pensamento só contribui se esta, a partir desta crença, reunir esforços para participar ativamente do processo saúde-doença, contribuindo assim com a busca do bem-estar e enfrentamento da condição estressante.

**4.1.6 Sub-categoria “Fuga e Esquiva”:** são os esforços comportamentais para evitar confrontar um problema ou uma situação estressante (HENDERSON et al., 2003).

Os relatos a seguir indicam o modo como esta estratégia pode ser utilizada pelas pacientes com câncer de mama.

*[...] Eu sabia, porque eu tinha um nódulo. Estava grande. Mas eu não sei te dizer o quanto é da consciência da minha parte que eu tinha o câncer e não queria tratar, mas eu não ia mais...eu sempre fui religiosamente na ginecologista e eu comecei a evitar de ir na ginecologista. Marcava não ia. Foi bem um ano isso. Aí, na primeira caminhada do câncer de mama eu participei da caminhada, e na hora de fazer os exames eu não fui fazer porque eu tinha ... porque eu não conseguia dar o passo de procurar o tratamento. (P.4, 51 anos)*

*[...] Um dia eu falando pra minha nora: eu tô tomando banho e tô vendo um carocinho. Aí ela falou que eu precisava ver isso. Aí como o meu filho tava doente, eu falei que ia esperar ele sarar e ela falou: não a senhora vai já no médico. (...) A doutora me deu a notícia (...) e eu falei: -Não fala nada não. Aí ela falo: -Tudo bem. Tem alguém da família que eu posso conversar?. Aí eu cheguei em casa e falei com a minha nora. (P.6, 51 anos)*

As estratégias Fuga e Esquiva quando utilizadas para evitar um contato com o diagnóstico e o tratamento, podem ser prejudiciais ao paciente. Isto porque é sabido que quanto mais rápido o câncer for diagnosticado, maiores são as chances de cura. Esta

preocupação é reforçada por Bish et al. (2006), num estudo realizado sobre os fatores de risco envolvidos no atraso para procurar ajuda, após localizarem os sintomas do câncer. Os autores identificaram que um dos fatores de risco está relacionado ao não contar a alguém próximo sobre o problema e ao medo.

Diante destas considerações ressalta-se a necessidade de ações visando a importância em se procurar um médico aos primeiros sinais de alterações, bem como campanhas que visem corrigir as crenças errôneas sobre o tratamento do câncer, visando o manejo adequado do estresse.

#### **4.2 Categoria “Enfrentamento centrado no Problema” (25%)**

Esta categoria contempla as respostas em que se observa que a estratégia de enfrentamento utilizada pelas pacientes foi centrada no problema, visando controlar ou lidar com a ameaça, no caso a doença. “São, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento” (SEIDL, 2001).

**4.2.1 Sub-categoria “Resolução de Problema”:** esforços focalizados no problema para alterar a situação, incluindo uma aproximação analítica de resolver o problema (HENDERSON et al., 2003). De acordo com Gimenes (1997) esta estratégia implica num esforço para atuar diretamente sobre a situação que ameaça a pessoa e implica na busca de informações relevantes, na avaliação das alternativas de ação e na decisão por uma conduta específica. Os relatos a seguir, indicam que as algumas das pacientes deste estudo procuram alternativas para enfrentar a situação, não apenas da doença, mas como das conseqüências desta e de seu tratamento.

*“Difícil, você fica sem cabelo, você fica sem o seio. Eu ponho peruca e eu me sinto melhor. E pro seio eu comprei isso aqui pra por (prótese) e ah, para dar uma disfarçada. E eu tô levando a vida”.* (P.17, 50 anos).

*[...] Eu segui em frente. Nunca desanimei (...). Passava muito mal nas quimio. Sentia mal, não comia, tinha a boca ruim. Saía do serviço, vinha fazer a quimio, no outro dia passando mal eu ia trabalhar do mesmo jeito. Mesmo com a quimio e agora com a radio eu estou trabalhando”.* (P.21, 56 anos)

“O mais ficar vindo aqui todo dia, marca pra vir, mas eu levanto e venho”. (P.26, 50 anos)

**4.2.2 Sub-categoria “Confronto”:** refere-se aos esforços usados para alterar uma situação; descreve o indivíduo como usando algum grau de hostilidade e fazendo exame do comportamento de risco (HENDERSON et al., 2003).

*[...] O Doutor veio me falar que ainda faltava quatro quimio. Aí eu queria morrer na hora que ele falou isso. Imagina, eu falei: -Você tá louco?. Até hoje eu não me conformo que eu enfrentei ele desse jeito...eu falei: - Você não olhou direito (...) eu não aceito a quimio”.* (P.24, 64 anos).

*[...] Eu acho que em um ponto é uma prova muito grande. É um teste de vida né!? você testar a sua vida com a sua própria vida. Se a gente não quiser viver mais a gente se entrega e vai sofrer com a doença, né! Tem gente que fica com depressão; não quer nada. Eu quero voltar a trabalhar (...)*. (P.1, 52 anos).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres de meia-idade em tratamento do câncer de mama e investigou a avaliação que estas pacientes fazem de sua saúde física e mental.

Na metodologia adotaram-se duas formas de coleta: a quantitativa, que permite a sistematização e comparação dos dados e a qualitativa que permite o acesso a fenômenos psicológicos subjetivos. Para tanto os instrumentos utilizados foram: Questionário da Saúde da Mulher e o Inventário de Estratégias de *Coping* e uma Entrevista semi-estruturada, onde foram investigadas as seguintes temáticas: Câncer, Meia-idade, Auto-Avaliação da Saúde e Enfrentamento.

O diagnóstico de câncer tem significativo impacto emocional e social. Foram destacadas dificuldades referentes ao estigma da doença, tratamento aversivo e suas conseqüências (alteração na auto-imagem, como, por exemplo, queda de cabelo). Todas essas questões interferem negativamente na rotina das pacientes e podem prejudicar a Qualidade de Vida. Entretanto, durante o estudo foi possível perceber que as questões ligadas à possibilidade de sobrevida da doença também estão presentes no discurso das pacientes.

Os dados qualitativos, em relação a meia-idade, evidenciaram fatos que corroboram com os achados da literatura. Algumas mulheres vivenciam esta fase com tranquilidade e de forma assintomática e outras apresentam sintomas típicos do climatério embora não estejam vivenciando esta fase. Os resultados mostraram que a meia-idade, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma fase benéfica, por outro lado, impõe a vivência de acontecimentos estressantes, como perdas significativas que ocorrem nesse período, tais como, morte de pais e marido, problemas de ordem física e emocional, a proximidade da velhice, e especialmente no caso das pacientes deste estudo, a associação da meia-idade ao câncer.

Os resultados encontrados no Questionário da Saúde da Mulher sugerem que as pacientes avaliam bem a sua saúde em quase todas as dimensões estudadas (Depressão, Sintomas somáticos, Ansiedade/Temores, Sintomas menstruais, Problemas de Sono, Atratividade, Sintomas Vasomotores, Memória/Concentração) com exceção apenas do Comportamento Sexual. A dificuldade na esfera sexual pode ser influenciada por diversos fatores, tais como diminuição do desejo sexual e secura vaginal devido ao climatério; dificuldades ligadas à alteração da auto-estima e auto-imagem devidas ao câncer de mama e também a eventuais dificuldades no relacionamento conjugal ou à falta de um companheiro fixo com quem se relacionar.

Tais resultados, de alguma forma se assemelham aos encontrados na análise de conteúdo das entrevistas, visto que grande parte das pacientes, referiu sua saúde como boa ou normal, sem mudanças e citou aumento na vontade de aproveitar a vida. As queixas relacionadas a essa temática foram referentes a outros estressores que não a meia-idade e à doença câncer, às dificuldades de ordem emocional e pequenas dores e problemas de saúde.

A análise quantitativa indicou correlação positiva entre alguns dados sócio demográficos e dimensões do Questionário (“Renda” e “Ansiedade/Temores”; “Número de Pessoas na Casa” e “Comportamento Sexual”) e também entre o dado clínico hormonioterapia (Depressão” e hormonioterapia; “Memória e Concentração” e hormonioterapia). A ampliação de investigação envolvendo estes dados pode fornecer identificação de comportamentos similares entre as pacientes, em função de algumas características, e desta forma identificar aspectos que possam interferir na adaptação da paciente de meia-idade frente a situação de estresse.

Em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes de meia-idade com câncer de mama, o Inventário de Estratégias de *Coping* indicou que as estratégias Suporte Social e Resolução de Problemas foram as mais utilizadas e Aceitação da

responsabilidade e Confronto foram as estratégias menos utilizadas. Segundo a análise de conteúdo, as estratégias Suporte Social e a Reavaliação Positiva foram as que mais apareceram nas verbalizações das pacientes e as estratégias Aceitação da Responsabilidade e Fuga e Esquiva as menos utilizadas. Pode-se perceber que o Suporte Social foi o mais utilizado e que a Aceitação da Responsabilidade foi a menos utilizada em ambas as análises. Isto mostra a importância desta estratégia de pesquisa, com a utilização desta triangulação para comprovação de dados obtidos com duas metodologias diferentes, a quantitativa e a qualitativa, aumentando o grau de confiabilidade nos dados obtidos.

As pacientes utilizam a estratégia Resolução de Problemas visando alterar a situação que está ocasionando o estresse e resolver o problema. A utilização do Suporte Social é usada para obter a sustentação e apoio através do contato com outras pessoas. Ambas as estratégias se mostraram benéficas à adaptação das pacientes à situação estressora.

Estes dados descrevem os estilos de enfrentamento que as pacientes de meia-idade tendem a utilizar em seu repertório individual diante da doença. As análises apresentaram aspectos complementares e as estratégias adotadas estão tanto centradas no Problema como na Emoção. As estratégias centradas no Problema procuram fazer o indivíduo sentir-se melhor, aproximando-o do evento estressor e foi dirigida para uma melhor compreensão da paciente em relação a sua doença, visando sua modificação. Já as centradas na emoção permite ao paciente dominar ou diminuir o estresse da situação e foram utilizadas principalmente para o controle emocional. É fundamental entender que apesar das diferenças nas frequências de ocorrência, no seu cotidiano as pacientes utiliza diversas estratégias enfrentamento.

A análise quantitativa indicou possíveis associações entre alguns dados sócio demográficos e itens do Inventário de Estratégias *Coping* (“Número de filhos” e as seguintes estratégias de enfrentamento: “Aceitação da responsabilidade”, “Resolução de Problemas” e “Reavaliação Positiva”. “Renda” e as seguintes estratégias de enfrentamento: “Aceitação da

Responsabilidade”, “Resolução de Problemas” e “Reavaliação Positiva”; "Grau de Escolaridade” e “Aceitação da Responsabilidade; “Fuga e esquiva” e “Estágio do câncer”). Essa análise ajuda a definir e conhecer os tipos de estratégias que são utilizadas pelas pacientes, considerando suas características pessoais e relacionadas ao contexto da doença, visto que o enfrentamento é visto como um processo, que para ser entendido deve considerar características relacionadas ao indivíduo e ao ambiente.

A integração dos resultados possibilita o entendimento de um estado específico que as pacientes de meia-idade com câncer de mama vivenciam no enfrentamento da doença, o que facilita intervenções terapêuticas.

Julga-se necessário a realização de estudos com amostras maiores para um melhor aprofundamento dos dados e, ainda que estes achados não possam ser extrapolados para a população em geral, espera-se que estes estimulem novas pesquisas voltadas a aprofundar o conhecimento sobre o impacto do câncer na mulher de meia-idade, contribuindo com a Qualidade de Vida destas mulheres.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V.; PANOBIANCO, M. S.; PRADO, M. A. S.; CLAPIS, M. J. construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.9 n.5, Ribeirão Preto, set. 2001.

ANAGNOSTOPOULOS, F.; VASLAMATZIS, G.; MARKIDIS, M. Coping Strategies of Women with Breast Cancer: A Comparison of Patients with Healthy and Benign Controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*. v. 73, n.1, 2004.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín.*, v.33 n.2, São Paulo, 2006.

ANJOS, A.C.Y.; ZAGO, M.M.F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.14 n.1 Ribeirão Preto jan./fev. 2006

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. Psicol*, Natal, v..3, n.2, July/Dec.1998.

APPOLINÁRIO, J.C. MEIRELLE, R. M. R.COUTINHO, W. PÓVOA, L. C.Associação Entre Traços de Personalidade e Sintomas Depressivos em Mulheres com Síndrome do Climatério Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com Síndrome do climatério. *Arq Bras Endocrinol Metab* v.45 n.4., São Paulo. ago. 2001.

APPROBATO, A. S.; SILVA, C. D. A.; PERINI, G. F.; MIRANDA, T. G.; FONSECA, T. D.; FREITAS, V. C. Síndrome Pré-Menstrual e Desempenho Escolar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.23 n.7 Rio de Janeiro ago. 2001.

ARAN, M. R.; ZAHAR, S.; SOUZA, C.M.; CABRAL, C. P. S.; VIEGAS, M. Representação de pacientes mastectomizada sobre doença, mutilação e seu impacto no diagnóstico. *J. Brás. Psiq.*, v.45, n.11, p. 633-639, 1996.

ARAÚJO, L. T. **A relação do paciente leucêmico com o tratamento quimioterápico.** Trabalho de conclusão de curso-especialização em Psicologia Hospitalar-Nêmeton-. São Paulo, 1997.

AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology.*, v.13, n.5, 295-308. 2004.

BALLINGER, C. B. Psychiatric Aspects of the Menopause. *British Journal of Psychiatric* 156: 773-87. 1990.

BALLONE, G. J. Depressão e câncer. Disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br). Acessado em dezembro de 2003.

BANNING, M. Advanced breast cancer: etiology, treatment and psychosocial features. *Br J Nurs.*, v.16, n.2., Jan –Feb. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENSI, C. G.; CAMPOS, H.; ARINILDA, S.; OLIANI, R. M. KARINA RAGAZZO; RANZATTI, RODRIGO PEREZ; SAMANO ELIANA SUECO TIBANA; GONÇALVES MARINA SAHADE; GIGLIO, AURO DEL . **Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.52, n.1, São Paulo jan./fev. 2006.

BERGAMASCO, R. B. **O sofrimento de descobri-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher**. 1999. 119. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, RB, 1999.

BIFFI, E. F. A. **Saúde mental e climatério na perspectiva de mulheres profissionais de saúde**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - USP, 2003.

BISH, A.; RAMIREZ, A.; BURGESS, C.; HUNTER, M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *J.Psychosom.* v.60, n. 3, 309-311, mar. 2006.

BOFF, A. R. **Repercussões associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo (SP): Atheneu: 1998.

BURGESS, C.; CORNELIUS, V.; LOVE, S.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.; RAMIREZ, A. **Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study**. *BMJ* 330: 702, 2005.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, G. M. **Estatística Prática para Docentes e Pós-Graduandos**. Disponível em: [http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc\\_livro/gmc\\_livro\\_cap16.html](http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro_cap16.html). Acessado em janeiro de 2007.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. E.P.U: São Paulo: 1995.

CANESQUI, A. M. Os estudos e antropologia da Saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p.109-124, 2003.

CANTINELLI, F. C.; CAMACHO, R. S.; SMALETZ, O; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, É.; RENNO, J. A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. psiquiatr. clín.**v.33, n.3, São Paulo, 2006.

CARTER, B. J. Womens experiences of lymphedema. **Oncol. Nur.** Fórum, v.24, n.5, p.875-882, jun, 1997.

CARVALHO, M. .M. J. **Introdução a Psicologia**. São Paulo:Psy, 1994.

CERQUEIRA, A. T. A. R. O conceito e metodologia de coping. Existe consenso e necessidade? In: KERBAUY, R. R. (org). **Sobre comportamento e cognição**. Conceitos, pesquisa e aplicação: a ênfase no ensino, na pesquisa e no questionamento clínico. Santo André: Arbytes, 2000. p. 89-279.

CERVENY C.; BERTHOUD, C. **Família e ciclo vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CESTARI, M. E. W. **Influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - USP, 2004.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 0000.

CHIATTONE, H. B. C.; Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI-CAMON, A. CHIATTONE, H. B. C.; NICOLETTI, E. A. (Orgs). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.110 p.

CIAPONI, M.; CAPPAGLI, B.; MONTELEONE, P.; BENUSSI, C.; BEVILACQUA, G.; GENAZZANI, A. R. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisteron acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. **Maturitas**. v.44, p.p. 157-63, 2003.

CIECHANOWSKI, P. S.; KATON, W. J.; RUSSO, J. E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Arch Intern Med**. v. 160:3278-85. 2000.

CLOUGH-GORR, K. M; GANZ, P. A; SILLIMAN, R. A. Older breast cancer survivors: factors associated with change in emotional well-being. **J Clin Oncol**. v.10, n.25. Apr. 2007.

COELHO, F. R. G., **Câncer**: manual de orientação para pacientes internados. São Paulo: Março editorial, 2000.

COHEN, F.; LAZARUS, R. S. **Coping with the stresses of illness**. In: STONE, G. C., COHEN, F.; ADLER, N. E. (Org). Health Psychology: a handbook. San Francisco: Josy Bass, 1979.

CONDE, D. M.; PINTO-NETTO, A. M.; FREITAS., R. F.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3., 2006.

CONDE, M. D.; PINTO-NETO, A. M.; CABELLO, C.; SOUZA-SÁ, D. PAIVA, L.C.; MARTINEZ, E.Z. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45-65 years and without breast cancer. *Menopause*, v. 12, n.4, 2005.

COOK, J. L.; BASS, S. L.; BLACK, J. E. Hormone therapy is associated with smaller Achilles tendon diameter in active post-menopausal women. **Scand J Med Sci Sports**. v 17. n.2. 32-128, Apr. 2007.

CORREIA, E. S. **Câncer:** entre sofrimento físico e emocional a importância de uma assistência psicológica. Edições Bagaço, Recife/PE, 2000. 84 p.

COSTA JÚNIOR, A. L. Uma análise conceitual de enfrentamento: aplicações a psico-oncologia **Psicol. Argum;** v. 21, n.32. 23-26, jan. 2003.

COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento.** São Paulo:Atlas, 2003.

DAMASCENO, V. O.; VIANNA, V. R. A.; VIANNA, J. M.; LIMA, J.R.P.; NOVAES, J. Imagem corporal e imagem ideal. **R. Brás.** v.14, n. 1.;p. 87-96. 2006.

DE LORENZI, D. R. S, DANELON, C; SACILOTO, B.; PADILHA-JÚNIOR, I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.** 2005;27(1):12-9.

DEL PRIORE, M. **Corpo a corpo com a mulher:** Pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Senac, 2000.

DEMARK-WAHNEFRIED, W.; PETERSON, B. L.; WINER, E. P.; MARKS, L.; AZIZ, N.; MARCOM, P. K. Changes in weight, body composition, and factors influencing energy balance among premenopausal breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. **J Clin Oncol.** v.19, n.9. 2001.

DENNERSTEIN, L.; LEHERT P.; GUTHRIE J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. **Arch. Women Ment Health.** v.5, n.15.2002.

DIAS, R. S.; RAMOS, C. C.; CORRÊA, F. K.; TRINCA, L. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; DALBEN, I.; MORENO, R. A. Adaptação para o português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia idade –Questionário da Saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v. 29, n. 4, 2002.

DORSCH, F. et al. **Dicionário de Psicologia.** Dorsch. Petrópolis: Vozes, 2001.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade **Estud. Psicol.,** Natal, v.8, n.1, jan./abr. 2003.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. **Lancet.** v., 365, n. 9472. 1687-717, 2005.

ELL, K.; SANCHEZ, K; VOURLEKIS, B.; LEE, P. J, DWIGHT-JOHNSON, M.; LAGOMASINO, I. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. **J. Clin. Oncol.** v. 23, n. 13, p. 602-3052,2005.

EPSTEIN, M. D. G. **Imagens que curam:** Guia completo para a terapia pela imagem. Campinas: Livro Pleno, 1989.

FAVARATTO, M. E. C. S.; ALDRIGHI, J. M. A mulher coronariopata no Climatério após a menopausa: implicações na Qualidade de Vida. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, 2001.

FERNANDES, J. H. J. Introdução ao estudo das neoplasias. In: BARACT, F. F. (org) **Cancerologia atual**. Roca: 2000.

FERREIRA, C. B. **Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização a cirurgia por câncer de mama**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - USP, 2003.

FERREIRA, J. A. S. **A Perimenopausa**. Disponível em: <http://www.vicnet.com.Br/stafire/sobrac>. Acesso em março de 2005.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.3, Ribeirão Preto, maio/jun. 2003.

FERREIRA, N. M. L.; Buscando compreender a experiência do doente com câncer. **Rev. Cien. Méd.** v.14, n.3; p. 239-242, maio-jun. Campinas, 2005.

FILETI, M. **Análise do comportamento de eventos históricos em mulheres com câncer de mama**. Universidade Pontifícia Católica. Campinas, 2007.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. Manual for the ways of coping questionnaire. Redewood City. Canada: Mind Grade, 1988.

FONSECA, A. M.; HALBE, H. W. Fisiologia do climatério. In: HALBE, H. W., editor. **Tratado de ginecologia**. 2a. edição. São Paulo:Roca, 1993;1236-42.

FONSECA, A. M.; JUNQUEIRA, P. A. A.; POLAK, J.O. M. Tabagismo e Climatério.**Rev Assoc. Méd. Brás.** São Paulo, v.47, n.3, p. 172-176, 2001.

FREUND, P. E. S.; MCGUIRE, M. B.; PODHURST, L. S. **Health, illness, and the social body: a critical sociology**. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall; 2003.

GALANTE-NASSIF, M. R. **Qualidade de vida em pacientes com câncer, sob tratamento homeopático**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GALANTE-NASSIF, M.R. **Vínculos afetivos e respostas ao estresse em pacientes com câncer de mama**. Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

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

GAMBACCIANI, M.; CIAPONI, M; CAPPAGLI, B.; MONTELEONE, P; BENUSSI, C.; BEVILACQUA, G.; GENAZZANI, A. R. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. **Maturitas**. v.44, p.157-63. 2003.

GANZ, P. A. Impact of tamoxifen adjuvant therapy on symptoms, functioning, and quality of life. **J. Natl. Cancer**.,v.30,130-4, 2001.

GANZ, P.A.; DESMOND, K.A.; LEEDHAM, B.; ROWLAND, J.H.; MEYEROWITZ, B.E.; BELIN, T. R. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. **J. Natl. Cancer.. Inst**.v.94, n. 1.,p.p. 39-49. 2002

GARSSSEN, B. Pschicological factors and cancer: development: evidence after 30 years of research. **Clinical Psychological Review**, v.24, n.1, p.315-338, 2004.

GIGLIO, A. **Câncer**: introdução ao seu estudo e tratamento. São Paulo: Pioneira. 1999.151p.

GIMENES, M. G. G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucesso em Psiconcologia. In: GIMENES, M. G. G; FAVERO, M. H. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 1997. 325p.

GIMENES, M. G.; QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G; FAVERO, M. H. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 1997. 325p.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Record: São Paulo/Rio de Janeiro, 2000.

GOMES, R. **Manual de oncologia básica**. Campinas: Revinter, 1987.

GONÇALVES. R. **Vivenciando o climatério**: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - USP, 2005.

GOTSCHE, P. C. OLSEN, O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? **Lancet**. v.3, n.55., p. 129-134. 2000.

GRANDA-CAMERON, C. The experience of having cancer in Latin America. **Cancer Nurs.**, New York, v. 22, n. 1, p. 51-57, 1999.

HALBE, H. W.; FONSECA, A. M. Síndrome do Climatério. In: \_\_\_\_\_. **Tratado de ginecologia**. 2a. edição. São Paulo: Roca, **1993**;1243-58.

HAYS, A. G.; BANCKROFT, J.; JOHNSTONE, E. C. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. **British Journal of Psychiatry**. 164:513-6, 2003.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre:Artemed, 2003.

HENDERSON, F. D.; JOSHUA FOGEL, J.; QUANNETTA, T. E. Coping Strategies Among African American Women with Breast Cancer **Southern Online Journal of Nursing Research.**, v.4, n. 3, may. 2003.

HORTA, C. R. NEME, C.M.B. CAPOTE, P. S. O. GIBRAN, V. M. O papel de fá no enfrentamento do câncer. In: NEME, C. M. B. N; RODRIGUES, O. M. R. (Org). **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares.** São Carlos Rima, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Estimativa Da População. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 de março de 2006.

INSTITUTO NACIONAL COMBATE AO CÂNCER-INCA-Ministério da Saúde. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**, 2005. Disponível em: <http://www.inca.org.br/câncer>. Acesso em 3 de fevereiro de 2005.

JANNI, W.; RJOSK, D.; DIMPFL, T. H.; HAERTL, K.; STROBL, B.; HEPP, F. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. **Ann Surg Oncol.** v. 8, n.6. 2001.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários **Rev. Saúde Pública.**, v.40 n.3, São Paulo, jun. 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia.**, n. XLVIII, N. 2, p. 72-175, 2002.

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

KUBA, V. M.; ATHAYDE, A.; FONTES, R. G. Tratamento não hormonal da menopausa. **Femina.**, São Paulo, v.26, n.2, p.99-104, 1998.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LAZARUS, R. S. **Psychological stress and the coping process.** New York: McGraw Hill, 1966.

LAZARUS, R. S. Coping theory and research: Past, present and future. **Psychosomatic Medicine**, v. 55, p. 234-247, 1993.

LESHAN, L. **Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer.** São Paulo: Summus, 1994. 139p.

LIMA, R. S. A. **A construção do envelhecimento.** São Paulo, Puc, 2004.

LIPP, M. O modelo quadrifásico do stress. In: \_\_\_\_\_. (Org). **Mecanismos Neuropsicológicos do Stress: teoria e aplicações clínicas.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.227p

LOPES, A. A. **Uma análise funcional de comportamentos de enfrentamento de mulheres com câncer da mama.** (1997). Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1997.

LOPEZ, D. F.; LITTLE, T. D. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. **Developmental Psychology**, v.32, n. 2, 299-312., 1996.

LORENCETTI, A. ; SIMONETTI, J. P. As Estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.944-950, Dez 2005.

LORENZI, D. R. S.; DANELON, C.; SACIOTO, B.; PADILHA, J. R. I.. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.27, n.1, Rio de Janeiro, jan.2005.

LORENZI, D. R. S; BARACAT, E. C.; PADILHA JR., I. Fatores associados à Qualidade de Vida após menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.52, n.5, São Paulo, set./out., 2006.

LOUVEIRA, M. H.; KEMP, C.; VILAR, V. V.; MARTINELLI, S. E.; SPADONI, C. G. P.B.; GRACINO, A.; SZEJNFELD, J. Contribuição da mamografia e da ultra-sonografia na avaliação da mama reconstruída com retalho miocutâneo. **Radiol. Brás.**, São Paulo, v.39, n.1, jan./fev. 2006

LUECKEN, L. J.; COMPAS, B. E. Stress, coping and immune function in breast cancer. **Ann Behav Med.**, v. 24, n. 4, p. 336-344, 2002.

MAGALHÃES FILHO, L. L.; SEGURADO, A.; MARCOLINO, J. A. M.; MATHIAS, L. A. S. T. Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão dos pacientes cirúrgicos com câncer **Rev. Bras. Anesthesiol.**,v.56, n.2, Campinas, mar./abr.2006

MALZYNER, A. Metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1. In: GIMENES, M. G. G; FAVERO, M. H. **A mulher e o câncer.** Campinas: Psy, 1997. 325p.

MAMERI FILHO, J.; HAIDA, M. A.; J SOARES, J. R. J. M.; BARACAT, E. C. Efeitos da associação estro-androgênica em mulheres na pós-menopausa **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.27 n.3, Rio de Janeiro, mar. 2005

MANSON, J. E.; PATTERSON, R. E.; ARAGAKI, A. K.; SHUMAKER, S. A.; BRZYSKI, R. G.; LACROIX, A. Z.; GRANER, I. A.; VALANIS, B. G. Effects of Estrogen/Progestin on Health-Related Quality of Life. **N Engl J Med**; 348:1839-54, 2003.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr.**, v.25, supl. 1 Porto Alegre abr. 2003.

MARINHO, L.A. B.; COSTA-GURGEL, C.S.; CECATTI, J. G. ; OSIS, J. M. O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Rev. Cien. Méd.** v.11, n.3; p. 233-242, set-dez. Campinas, 2002.

MARRACCINI, E. M. **Mulher significados no meio da vida**. Dissertação. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.

MARTINS .G. L.; TANAKA M.R; CAMPOS N. B.; DALBOSCO, I. S. Prevalência de depressão em mulheres com diabetes mellitus tipo 2 na pós-menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.46 n.6 São Paulo dez. 2002.

MEDEIROS, R. H. A; Nunes, M. L. T. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. **Psicol. estud.** v.6 n.2, Maringá jul./dez. 2001.

MENDONÇA, G. A. S. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde Pública.**, v.27, n.1, São Paulo, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000. 269 p.

MINZZI, R.; SACCHI, C. **Stressful situations and coping strategies in relation to age**. **Psychol Rep.** v.97, n.2, pp.405-18. 2005.

MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução á Psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003. 285p.

MORAES, V. M. **Humor, atenção concentrada e qualidade de vida em mulheres climatéricas**. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia. Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2004.

MOSE, S.; BUDISCHEWSKI, K. W.; RAHN, A. N.; ZANDER-HEINZ, A.C.; BORMETH, S.; BOTTCHER, H. D. influence of irradiation on therapy –associated psychological distress. **J. Clin. Oncol.**, v.20, n.4, p. 1017-1025, Feb. 2002.

NAHAS, E. A . P. ; LINDSEY, S. C.; UEMURA, G.; NAHAS-NETO, J. DALBEN, I. VÉSPOLI, H. L. ; Influência da terapêutica hormonal prévia sobre os indicadores de prognóstico do câncer de mama em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.27 n.3. Rio de Janeiro mar. 2005

NEME, C. M. B. **Enfrentamento do câncer: ganhos terapêuticos com psicoterapia em Serviço de Psiconcologia em Hospital Geral**. Dissertação de doutorado em Psicologia Clínica, não publicado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

NETTO, J. R. C. **Mulheres no Climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, Qualidade de Vida e resultados de uma intervenção psicológica**. 2002. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2002.130 p.

NORUN, J. RISBERG, T. SOLBERG, E. **Faith among patients with advanced cancer: a pilot study on patients offered no more than palliation support care cancer**. v.8, n.2, p. 110-114, mar., 2000.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de Vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. Tese de doutorado em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.225p.

OLOFSSON, A. S.; COLLINS, A. Psychosocial factors, attitude towards menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. **Climacteric**. 3:33-42, 2000.

PEDRO, A. O.; PINTO-NETO, A. M.; PAIVA, L. C.; OSIS, M. J.; HARDY, E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Rev. Saúde Pública.**, v.36 n.4, São Paulo, 2002.

RABELLO, M. C. M.; CUNHA, L. A.; SCHAEPPPI, P. B. Religião, imagens e experiências da aflição: alguns elementos para reflexão. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. organizadoras. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 1999.

RAMOS, D. **Viva a menopausa naturalmente**. São Paulo: Augustus, 1998.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de Vida e Estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. In: MIYAZAKI, M. C.; DOMINGOS, N. A. M.; VALÉRIO, N. I. (Orgs.). **Psicologia da Saúde**. Pesquisa e prática. São José do Rio Preto: THS Arantes, 2006 p. 227-251.

REUTTER, K.; RANGUSUT, S.; BENGEL, H. M. Depressive symptom pattern and their consequences for diagnoses of affective disorders in cancer patients. **Support care cancer**, v. 12, p. 864-870, Canada, 2004.

RIDNER, S.H. Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. **Support Care Cancer**. v.13, n.11., p.904-11. 2005.

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.

ROWLAND, J. H. Intrapersonal resources: coping. In: J. C. Holland & J. H. Rowland (orgs.) **Handbook of psychology**: Psychological care of the patients with cancer. pp. 44-57. New York: Oxford University Press, 1990.

SALVAJOLI, J. V.; WELTMAN, E. **Princípios da radioterapia**. In: MURAD, A. M.; KATZ, A. Oncologia- Bases Clínicas do tratamento. Rio de Janeiro, Guanbara Koogan, 1996.

SAMPAIO, A. C. P. **Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica. Campinas, 2006.

SANCHEZ, M.; ROEL, I. El proceso de envejecimiento en la mujer. **Revista Tiempo**, 2001.

SANTOS, A. F.; SANTOS, L. S.; MELO, D. O.; ALVES, JR., A. Estresse e Estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. **Interação em Psicologia**, V. 10, n.1, p. 63-73. 2006.

SANTOS-SÁ, D.; PINTO-NETO, A. M.; CONDE, D. M.; ADRIANA ORCESI PEDRO; DE OLIVEIRA, S. C. M.; COSTA-PAIVA, L. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.52 n.6, São Paulo, nov./dez 2006.

SASSE, A. **Câncer: conceitos Básicos.** Disponível em : [www.andresasse.com](http://www.andresasse.com). Acessado em março de 2004.

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de Estratégias de enfrentamento (Coping). **Rev. Psiq. Clin.**, v.26, n.2 Edição especial, 1999. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>. Acesso em 5 de fevereiro de 2004.

SAVOIA, M. G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de Estratégias de enfrentamento (*coping*) em situações de estresse. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos editorial, 2000.

SCHARLOO, M.; KAPTEIN, A.; WEINMAN, J.; HAZES, J.; WILLEMS, L.; BERGMAN, W. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. **J Psychosom Res.** v.44, n.573. 1998.

SCHINDLER, B. A. The psychiatric disorders of midlife. **Med Clin North Am.** v. 71, pp.127-34, 1987.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 3, 2001.

SELIGMAN, M. E. P. Aprenda a ser otimista: Nova era: Rio de Janeiro, 2005.

SHIBATA, L. H. Em busca de um novo caminho: **O pós-carreira como oportunidade de realização de potencialidades.** Pontifca Universidade Católica, São Paulo, 2006.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós tratamento do câncer de mama.** (2005). Tese de mestrado em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. 150p.

SILVA, J.D.T; MÜLLER, M. C.; BONAMIGO, R. R. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. **An Bras Dermatol.**; v.81,n.2:14, 2006.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente.** Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005b.

SIMONTON, O. C. S.; SIMONTON, S. M.; CREIGHTOJ, J. L. **Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer.** São Paulo: Summus, 1987. 238p.

SKOTT, C. Expressive metahporhoras in caner narratives. **Cancer Nurs.** New York, v. 25, n.3, p. 35-42, jan-mar.1998.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: \_\_\_\_\_ (org) **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2002. p. 251-301.

SMITH, I. E.; DOWSETT, M.; EBBS, S. R.; DIXON, J. M.; SKENE, A.; BLOHMER, J. U., Neoadjuvant treatment of postmenopausal breast cancer with anastrozole, tamoxifen, or both in combination: the Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen, or Combined with Tamoxifen (IMPACT) multicenter double-blind randomized trial. **J Clin Oncol**. v.23, n.22 2005.

SOARES, B. C. Princípios de radioterapia. In: LEITE, M. P. C. **Câncer: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Art Plus, 1996.

SPEER, J.J; HILLENBERG, B.; SUGRUE, D.P; BLACKER, C.; KRESGE, C. L, DECKER, V.B. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. **Breast J**. 11(6):440-7, 2005.

SPEROFF, L; GLASS, R.H; KASE, N. G. **Clinical gynecologic endocrinology and infertility**. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. p. 134-55.

SPIEGEL, D.; DIAMONDS, S. Psychosocial interventions. In: **America Society of clinical oncology**. Educational Book. Third-Fourth Annual Meeting, Los Angeles, California, 1998.

SPINA, L. A. R.; MARANA, H. R. C.; ANDRADE, J. M.; CARRARA, H. A.; MATHES, A. C. S.; BIGHETTI, S. Análise dos Resultados Estéticos da Cirurgia Conservadora para Câncer de Mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.22 n.2 Rio de Janeiro, 2000.

SPINK, M. J. P. O sentido da doença: a contribuição dos métodos qualitativos na pesquisa sobre câncer. In: GIMENES, M. G. G; FAVERO, M. H.. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000. 325p.

STRUB, R. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: casa da qualidade, 2001.

THOMPSON, P. D.; BUCHNER, D.; PINA, I. L. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). **Circulation**. v.107, n.3109, 2003.

TORBJORSEN, T. **Câncer and religiosity**: a follow up of patients with Hodking's disease. Tidsskr Nor Taegefore, v.120, n.3, p. 346-348, jan., 2000.

UCHOA, E. VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 497-504, out-dez. 1994.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema integrado de bibliotecas. **Diretrizes para a apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico ou impresso (em versão preliminar). São Paulo: SIBi/USP, 2001.

VERAS, A. B.; RASSI, A.; VALENÇA, A. M.; NARD, A. E. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Rev. psiquiatr.**, v.28 n.2 , Porto Alegre, maio/ago. 2006.

VERAS, R. P. A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos. In:\_\_\_\_\_. **País Jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). **Introdução à Psicologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

WOLFF, L.R. **A rede de suporte social das mulheres mastectomizadas**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - USP, 1995.

WOLOSKI-WRUBLE A.; KADMON, I. Breast cancer: reactions of Israeli men to their wives' diagnosis. **J Oncol Nurs**, v. 6, n.2. 93-9. 2002

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003. 325p.

YOON, J; MALIN, J. L.; TAO, M. L.; TISNADO, D. M.; ADAMS, J. L.; TIMMER, M. J.; GANZ, P. A.; KAHN, K. L. Symptoms after breast cancer treatment: are they influenced by patient characteristics?. **Breast Cancer Res Treat**. v.10, May. 2007.

ZAHIR, N. S. Mecanismos de coping. In: LIPP, M. E. N. (Org). **Mecanismos Neuropsicológicos do Stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.227p.

ZANIN, C. R.; TOZATI, L. P.; WAETEMAN, C. M.; BERNADO, A. P. A.; MACEDO, P. S. L.; FERNANDES, C. S. E. Ansiedade, estresse e enfrentamento em pacientes internados em Unidade coronariana. In: MIYAZAKI, M. C.; DOMINGOS, N. A. M.; VALÉRIO, N. I.. (Orgs.). **Psicologia da Saúde**. Pesquisa e prática. São José do Rio Preto: THS Arantes, 2006..p. 271-295.

ANEXO I – Aprovação do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</b> <i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>	 2005/2006
Fone: (16) 3602-2228 / Fax: (16) 3633-1144 cep@hcrp.fmrp.usp.br    www.hcrp.fmrp.usp.br		Campus Universitário - Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

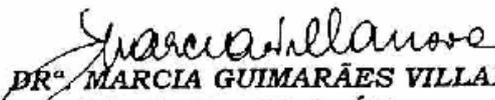
Ribeirão Preto, 10 de maio de 2006

Ofício nº 1233/2006  
CEP/MGV

**Prezada Senhora:**

O trabalho intitulado  
**“ENFRENTAMENTO E AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE EM  
MULHERES COM CÂNCER DE MAMA”**, foi analisado pelo Comitê de  
Ética em Pesquisa, em sua 224ª Reunião Ordinária realizada em  
08/05/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o  
Processo HCRP nº 3380/2006.

Aproveito a oportunidade para apresentar  
a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

  
**DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do  
HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora  
**GLÁUCIA MENDES DOS SANTOS**  
**PROF. DR. RICARDO GORAYEB (Orientador)**  
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica  
Área de Psicologia  
Em mãos

## **ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada paciente, a senhora está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “*Enfrentamento e auto-avaliação de saúde em mulheres de meia-idade com câncer de mama*”, conduzido por mim, Gláucia Mendes dos Santos, psicóloga, aluna da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto em nível de mestrado, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Gorayeb.

Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar mulheres com diagnóstico de câncer de mama quanto à avaliação que fazem da sua saúde física e mental e de como enfrenta a doença câncer de mama.

Antes de decidir se quer participar do presente estudo, precisa saber que você responderá aos seguintes instrumentos:

***Inventário de Estratégias de Coping (enfrentamento):*** As habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptação a elas são denominadas coping (enfrentamento). Este instrumento visa verificar os pensamentos e ações que você utiliza para lidar com o evento estressante (Câncer de mama).

***Questionário da Saúde da Mulher (QSM):*** consta de 37 questões que avaliam: depressão, Sintomas somáticos, memória/concentração, ansiedade/temores, Comportamento sexual, Problemas de sono, Sintomas menstruais e atratividade.

***Entrevista semi-estruturada:*** A entrevista consta de 14 questões e objetiva complementar dados informativos sobre os temas abordados nos instrumentos utilizados. Serão realizadas perguntas sobre você, sua saúde e sua rotina.

A participação no estudo prevê um único encontro para a aplicação dos instrumentos e terá uma média de duração de 1 hora e 20 minutos.

Este estudo não exigirá nenhuma despesa financeira, como também não prevê risco à sua saúde, mas caso seja necessário acompanhamento psicológico em decorrência da aplicação dos instrumentos, você será, se quiser, encaminhada ao Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP.

EU, \_\_\_\_\_ li e entendi toda a informação que me foi fornecida sobre a minha participação no estudo “*Enfrentamento e auto-avaliação de saúde em mulheres de meia-idade com câncer de mama*” e entendo que esta pesquisa não prevê riscos a minha saúde. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, autorizo a gravação da entrevista e a publicação para propósitos científicos.

Eu entendo ainda que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento, sem que eu tenha qualquer prejuízo nessa recusa e que uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida.

Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

***Nome da paciente:***

Ass.

*Data:*

***Nome da pesquisadora:*** Gláucia Mendes dos Santos

*CRP:* 06/08034

*Contato com a pesquisadora:* (16) 3602-2547 (Serviço de Psicologia do HCFMRP)

## **ANEXO III- Ficha de Caracterização da participante**

### **Dados de Identificação**

Nome:

Data de nascimento:

Cor:

Estado Civil:

N. Filhos:

Residência:

Religião:

Escolaridade:

Ocupação atual:

Renda familiar:

### **Dados clínicos (Retirados do Prontuário)**

Data da biópsia:

Mama Atingida:

Estadio da doença:

Tipo de Tratamento:

Cirurgia realizada:

Tempo de tratamento:

Fuma:

Menopausa:

Câncer de mama família:

Outros cânceres na família:

**ANEXO IV -Questionário da Saúde da Mulher**

		1 Sim sempre	2 Sim, algumas vezes	3 Não, Não muito	4 Não, nunca
1.	Você acorda no meio da noite e então dorme mal o resto dela?				
2.	Você tem muito medo ou sensação de pânico sem nenhuma razão aparente?				
3.	Você se sente triste e infeliz?				
4.	Você se sente ansiosa quando sai de casa sozinha?				
5.	Você perdeu o interesse pelas coisas?				
6.	Você tem palpitações ou sensação de “aperto” no estômago ou no peito?				
7.	Você ainda gosta das coisas que costumava gostar?				
8.	Você sente que a vida não vale a pena?				
9.	Você se sente tensa ou muito nervosa?				
10.	Você tem bom apetite?				
11.	Você está impaciente e não consegue ficar calmo?				
12.	Você está mais irritada do que o normal?				
13.	Você está preocupada com o envelhecimento?				
14.	Você tem dores de cabeça?				
15.	Você se sente mais cansada do que o normal?				
16.	Você tem tontura?				
17.	Você tem a sensação de que seus seios estão doloridos ou desconfortáveis?				
18.	Você sofre de dor nas costas ou nos membros (braços/pernas)?				
19.	Você tem fogachos (ondas de calor)?				
20.	Você está mais chata/implicante que o normal?				
21.	Você se sente cheia de vida?				

22.	Você tem cólicas ou desconfortos abdominais?				
23.	Você se sente nauseada ou com mal estar constante?				
24.	Você perdeu o interesse pelas atividades sexuais?				
25.	Você tem sensação de bem-estar?				
26.	Você tem hemorragia (útero)?				
27.	Você tem suores noturnos?				
28.	Você tem sensação de empachamento (estômago) ?				
29.	Você tem sonolência?				
30.	Você freqüentemente sente formigamento nas mãos e nos pés?				
31.	Você se sente satisfeita com a sua vida sexual?				
32.	Você se sente fisicamente atraente?				
33.	Você tem dificuldades para se concentrar?				
34.	Você acha que suas relações sexuais tornaram-se desconfortáveis em razão da secura vaginal?				
35.	Você precisa urinar/beber água mais que antigamente?				
36.	Você acha que sua memória está ruim?				

## **ANEXO V:-Correção- Questionário da Saúde da Mulher**

Os escore de cada grupo devem ser somados de acordo com os escore informados no questionário (1 á 4), mas estabelece que nas questões (7, 10, 21, 25, 31 e 32) a gravidade aparece em ordem inversa à ordem das outras questões e essas questões devem ter seus resultados transformados (1-4;2-3; 3-2, 4-1) para que seja feita a análise de um escore geral. Quanto maior o escore do paciente, melhor a condição do paciente.

<b>Itens avaliados</b>	<b>Questões</b>
Depressão	3; 5; 7; 8; 10; 12; 25
Sintomas somáticos	14; 15; 16; 18; 23; 30; 35
Memória/concentração	20; 33; 36
Sintomas vasomotores	19; 27
Ansiedade/temores	2; 4; 6; 9
Comportamento sexual	24; 31; 34
Problemas de sono	1; 11;29
Sintomas menstruais	17; 22; 26; 28
Atratividade	13,21; 32.

**Quadro 1. Questões correspondentes as dimensões de avaliação do Questionário da Saúde da Mulher**

## ANEXO VI: Inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação **doença câncer de mama**, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei essa estratégia
1. usei um pouco
2. usei bastante
3. usei em grande quantidade

Frases:

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0 1 2 3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0 1 2 3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0 1 2 3
4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0 1 2 3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0 1 2 3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0 1 2 3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0 1 2 3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0 1 2 3
9. Me critiquei, me repreendi .	0 1 2 3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0 1 2 3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0 1 2 3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0 1 2 3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0 1 2 3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0 1 2 3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0 1 2 3
16. Dormi mais que o normal.	0 1 2 3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0 1 2 3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0 1 2 3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem.	0 1 2 3

20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0 1 2 3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0 1 2 3
22. Procurei ajuda profissional.	0 1 2 3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0 1 2 3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0 1 2 3
25. Desculpei ou fia alguma coisa para repor os danos.	0 1 2 3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0 1 2 3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0 1 2 3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0 1 2 3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0 1 2 3
30. Saí da experiência melhor do que eu estava.	0 1 2 3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0 1 2 3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0 1 2 3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0 1 2 3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0 1 2 3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0 1 2 3
36. Encontrei novas crenças.	0 1 2 3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0 1 2 3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0 1 2 3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0 1 2 3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0 1 2 3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0 1 2 3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0 1 2 3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0 1 2 3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0 1 2 3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0 1 2 3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0 1 2 3
47. Descontei minha raiva em outras pessoas.	0 1 2 3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0 1 2 3

49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0 1 2 3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0 1 2 3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0 1 2 3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0 1 2 3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0 1 2 3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0 1 2 3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti.	0 1 2 3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0 1 2 3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0 1 2 3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0 1 2 3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0 1 2 3
60. Rezei.	0 1 2 3
61. Me preparei para o pior.	0 1 2 3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0 1 2 3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0 1 2 3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0 1 2 3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0 1 2 3
66. Corri ou fiz exercícios.	0 1 2 3

## ANEXO VII - Correção Inventário de Estratégias de *Coping*

Para aferir os resultados da aplicação do Inventário de Estratégias de enfrentamento, deve-se somar os itens de cada fator que correspondem a um determinado tipo de estratégia (tabela 1) e em seguida verificar na tabela se a estratégia de enfrentamento avaliada (tabela 2), sendo que *escore* mais altos indicam maior utilização de uma estratégia. (SAVOIA, , 2000).

Fator	Questões
Confronto	47, 17, 40, 34, 07, 28
Afastamento	41, 13, 44, 21, 06, 16, 10
Autocontrole	15, 14, 43, 54, 35
Suporte social	42, 45, 08, 31, 18, 22
Aceitação de responsabilidade	09, 52, 29, 48, 25, 62
Fuga e esquiva	58, 59
Resolução de problemas	49, 26, 46, 01
Reavaliação positiva	38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23

**Quadro 2. Questões correspondentes aos fatores de avaliação do Inventário de Estratégias de *Coping***

Estratégias de enfrentamento	Não utiliza ou utiliza pouco	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes	Utiliza quase sempre
Confronto	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Afastamento	0 a 5	6 a 10	11 a 16	17 a 21
Autocontrole	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
Suporte social	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Aceitação da responsabilidade	0 a 5	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Fuga e esquiva	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
Resolução de problemas	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Reavaliação positiva	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27

**Quadro 3. Avaliação da utilização das Estratégias de enfrentamento**

## **ANEXO VIII-** Roteiro da entrevista semi-estruturada

1. Para você o que significa estar na meia –idade?
2. Quais foram os acontecimentos mais importantes positivos que aconteceram em sua vida antes da doença? Como lidou com eles?
3. Quais foram os acontecimentos mais importantes negativos que aconteceram em sua vida? Como lidou com eles?
4. Conte-me como foi descoberto o câncer e as primeiras providências que você tomou.
5. Como enfrentou o diagnóstico “câncer de mama”?
6. Como você vem enfrentando o tratamento da doença?
7. Percebeu alguma modificação física em você após o diagnóstico e início do tratamento ? Se sim, quais e como lidou com essas modificações?
8. O que a palavra câncer significa para você?
9. Como você lida com a doença hoje?
10. O que mudou em sua vida da data do diagnóstico até hoje? Como você lida com essas mudanças?
11. Teve algum momento que julgou ser o mais difícil? Se sim, qual foi esse momento?
12. Onde encontra apoio para enfrentar a atual situação de doença ?
13. Modificaria algo na forma de enfrentar a doença?
14. Como você se sente (fisicamente e emocionalmente)?

## ANEXO IX - Exemplo de uma entrevista

### **Para você o que significa estar na meia –idade?**

*Na meia idade? Na verdade eu não vejo muita diferença a única coisa que eu sinto é que eu não consigo ter tanta agilidade física, eu não consigo fazer algumas coisas, mas outras coisas normal. Teve uma época difícil, que eu fiquei com depressão , que foi uma época bastante tumultuada, foi quando eu estava me separando do meu ex marido e eu acho que a depressão veio em função dessa separação, A filha mais velha foi pra fora fazer universidade a filha mais nova também sentiu muito e não quis ficar comigo quis morar com a irmã e de repente eu fiquei sozinha. Tinha três cachorros, um marido, um e duas filhas e me vi sozinha, então isso me desestruturo um pouquinho, um pouquinho não bastante. Eu chorava muito, mas continuei trabalhando. Então eu fui na minha ginecologista porque eu estava com uma anemia muito forte e ela achou que fosse por conta dessa depressão ai eu comecei a fazer reposição hormonal e fui nessa época que eu parei de fazer ginástica, um descuido mesmo com o físico. Ai quando comecei a fazer a reposição hormonal eu tive uma melhora e a atividade profissional que não é fácil que é de uma responsabilidade muito grande. E a minha filha mais nova está dando muito trabalho , muito desgosto não está querendo estudar, de eu levar na escola, ela querer voltar. Foram quatro anos muito difíceis, muitos difíceis. Fiquei sozinha, me acostumei sozinha. Perdi todo um ciclo de amizades, porque já não eram as mesma de quando eu era casada e de repente as filhas voltaram e elas queria a mãe que elas deixaram e eu queria continuar a minha vida diferentemente então elas faziam cobranças e u achava ruim eu achava elas infantis demais, mas ao mesmo tempo uma já era formada e querendo a independência emocional porém ainda dependia de mim financeiramente , até eu me acostumar novamente, até nós nos acostumarmos a sermos 3 adultas numa casa então fui muito difícil Foi uma fase muito difícil.*

**Quais foram os acontecimentos mais importantes positivos que aconteceram em sua vida antes da doença? Como lidou com eles?**

*Foi minhas filhas né? Porque é difícil mas é bom tê-las (risos) e eu acho assim que é trabalhar no que eu realmente eu gosto, porque é uma união entre a profissão e a minha maneira de ser assim como pessoa, porque é um a pedagogia antroposófica então tem todo um auto-conhecimento, fazemos meditação. Um trabalho com gente mesmo pra poder trabalhar com as grandes. E um ciclo de amizades muito grande, eu fico 8 anos com as crianças então forma um grupo de crianças e pais então isso me deu sustentação e me deixa feliz, me deixa tranqüila... Eu sou sozinha aqui, mesmo tendo uma família grande eles não são daqui assim Mesmo antes e depois de ter ficado doente foram esses ciclos de amigos que me deram apoio, se não tivesse eu tinha morrido, eu acho.*

**Quais foram os acontecimentos mais importantes negativos que aconteceram em sua vida? Como lidou com eles?**

*Foi isso que eu te contei, meu casamento foi sempre muito 'tumultuado', marido muito dependente, assim sem muita responsabilidade, eu sempre fui arrimo de família então até quando eu me separei a condição financeira não foi um problema porque eu já tinha uma estrutura assim estabelecida, mas a auto-estima mexe muito com a gente. Apesar de já ter uma relação desgastada, apesar de... e até pra mim ser bom a separação, estava consciente disso, mas quando ela aconteceu a minha auto estima caiu muito e eu me senti assim muito desgastada.*

**Conte-me como foi descoberto o câncer e as primeiras providências que você tomou.**

*Eu sabia, porque eu tinha um nódulo, estava grande. Mas eu não sei te dizer o quanto é da consciência da minha parte que eu tinha o câncer e não queria tratar, mas eu não ia mais...eu sempre fui religiosamente na ginecologista e eu comecei a evitar de ir na ginecologista. Marcava não ia, foi bem um ano isso. Ai na primeira caminhada do câncer de mama eu participei da caminhada, até na hora de fazer os exames eu não fui fazer porque eu tinha..porque eu não conseguia dar o passo de procurar o tratamento. câncer de mama eu tenho caso de câncer na família é uma coisa que eu não sei te dizer porque é uma coisa muito estranha . Daí um dia eu estava numa festa de uns amigos ai começou a beliscar assim, ai eu falei eu preciso ver o que é isso, dai eu marquei na minha ginecologista , daí ela queria me matar (risos) e me mandou fazer os exames e falou olha antes de fazer mamografia não dá pra te dar certeza, mas tem tudo para ser um câncer. Você vai fazer a mamografia porque se você não for eu vou te buscar lá na sua casa. Ai eu falei não eu não vou fugir, não tô fugindo. Ai eu fiz!*

### **Como enfrentou o diagnóstico “câncer de mama”?**

*No dia em que a médica me contou eu fiquei, não sei, eu senti assim... eu chorei bastante, mas eu me senti um pouco aliviada porque parece assim que eu enfrentei, sei lá, não sei te explicar, é uma coisa que não me é consciente, não tem nome. Mas eu sai de lá e fui pagar meu IPVA foi a primeira coisa que eu lembrei (risos), eu estava com a minha filha e ela falou mãe depois você vai , a gente precisa marcar um oncologista pra você, ai eu falei você vai ligando que eu preciso passar no banco porque eu Preciso pagar meu IPVA e ela falou você vai passar no banco e eu falei claro vence hoje. Entrei paguei e depois fui pra casa. Foi assim uma procura de uma coisa fora de mim pra eu ficar talvez, assim mais dentro*

*de mim, si lá. . Foi uma busca fora. Ai comecei todo um processo, um médico falava que precisava tirar a mama toda porque estava com 5cm já, daí eu fiz a cirurgia Ai onde eu trabalhei eu falei que eu ia fazer a cirurgia e eles me deram um ano, pra mim realmente me curar, porque lá é realmente uma família e foi assim. E como eu sou sozinha eles se revezavam em ficar comigo.*

### **Como você vem enfrentando o tratamento da doença?**

*Eu ainda me sinto um pouco cansada, não tenho toda aquela agilidade física e eu tenho necessidade realmente de dormir de deitar e isso é outra coisa que pega em casa, porque eu chego do trabalho muito cansada e falo eu vou deitar e minhas filhas falam que eu faço tipo (risos) , porque eu me acostumei a ficar doente então. Apesar que eu já não quero provar mais nada eu já não nem ligo mais... mas é porque eu acostumei elas muito mal então eu estou colhendo aquilo o que plantei. Elas se acostumaram comigo assim, assumindo tudo, protegendo, então, apesar da idade elas tem a capacidade de cobrar roupa lavada, passada, mesmo eu trabalhando fora. Elas acham que uma mãe tem que ser isso, mas eu faço ainda , porque não está em mim não fazer e também pra não ouvir muito.*

### **Percebeu alguma modificação física em você após o diagnóstico e início do tratamento ? Se sim, quais e como lidou com essas modificações?**

*Eu engordei muito e não consigo emagrecer, estou acima do peso. O médico falou que pela quimioterapia até que eu engordei pouco porque tem pacientes que engordam até 20 kg e eu engordei menos, engordei mais no final, mas não consigo perder, sabe?!.*

*Caiu todo o cabelo, eu me senti muito desprotegida, Esteticamente eu não tive inibição , mas eu me sentia desprotegida, eu tinha frio, mais um frio imenso eu tinha que dormir coberta, tudo a cabeça de tanto frio. Esteticamente não, porque logo eu comecei a usar*

*echarpe, cada um me dava uma echarpe de uma cor e eu comecei a me distrair com essas echarpes. Ah, eu tive um dente que caiu tive que fazer implante.*

### **O que a palavra câncer significa para você?**

*Câncer é uma falta de cuidado, porque p câncer agente se faz, a gente se deixa acontecer o câncer, porque são as células que começam a se multiplicar porque ela deixa de atender a um comando central e esse comando só acontece quando eu perco as rédeas da minha vida, então aquelas que não conseguem voltar continuam perdidas. Eu não me sinto culpada mas me sinto um pouco responsável, porque é hereditário e também as depressões vieram porque eu realmente não estava me segurando , eu não falei ah quero ficar depressiva. .Minhas filhas falavam vc é muito irresponsável e eu dizia “quem disse que eu passar por isso, como irresponsável ?”*

### **Como você lida com a doença hoje?**

*Bem, quero terminar logo (risos). Quando eu ouço a palavra, ou quando alguém fica sabendo e vem, eu também em assunto, mas agora passado a quimio, faltando uma radio porque o tratamento é terrível, terrível, eu não sei se agora se eu tivesse uma metástase eu faria tudo de novo, às vezes faria né, porque a gente se sente mais forte, mas falar assim eu vou enfrentar uma quimioterapia eu acho que eu não tenho coragem, porque nas ultimas quimioterapia eu enrolava, eles ligavam em casa atrás de mim.*

### **O que mudou em sua vida da data do diagnóstico até hoje? Como você lida com essas mudanças?**

*Bom sentimento foi uma coisa para eu parar e repensar algumas coisas assim, minhas e familiar também. Eu fiquei muito fora, eu achei que eu precisava, foi bom. É incrível mas eu falo que foi bom esse ano. Foi bom, aumentou a minha auto-estima, eu percebi o quanto de amizades eu tenho, muitas assim... Eu acho que às vezes é isso que deixa as minhas filhas*

*com raiva, porque elas falam que eu sou muito mimada, que o pessoal lá do trabalho me mima demais.*

**Teve algum momento que julgou ser o mais difícil? Se sim, qual foi esse momento?**

*A quimio, a primeira quimio . Eu fui no médico e ele me falou que eu ia fazer a quimio e que iam aproximadamente 3 dias de reação e que ele não podia falar pra mim quando eu ia ficar bem porque é diferente de pessoa pra pessoa. Eu achei que ia fazer aquilo e daí três dias eu já estava boa e já ia até voltar a participar do grupo de estudo lá da escola. Nossa!! Na primeira quimio me deixou dormindo e acordando uma semana. Fui muito forte, então nesse estado de dormência eu não me alimentava eu não conseguia, eu só vai as milhas filhas entrando no quarto perguntando se eu queria alguma coisa e só comia um mamão ou uma pêra amassadinha e naquela sonolência , um mal estar muito grande e vinha muito uma retrospectiva de vida, muitas lfechas, coisas boas coisas ruins eram horríveis. Ai o médico me receitou fluoxetina porque ele achou que podia ser uma depressão medicamentos, porque eu não conseguia me alimentar, ai as outras não foram fáceis mas também não foram tão difíceis. Eu tive que voltar a tomar uns hormônios de crescimento porque os glóbulos não votava a produzir né? E eu acaba ficando com diarreia e fora assim que é muita invasão. Até hoje assim, eu acordo á noite e sinto , é muita injeção, tirar sangue, aquela aplicação da quimio que dura 4hs então é muita invasão e muita exposição também .*

**Onde encontra apoio para enfrentar a atual situação de doença ?**

*Ah nos amigos, então alunos antigos que souberam que me escreveram, visitaram; pessoas que se reaproximaram e os presentes também que não me deixaram sozinhas por nenhum momento.*

**Modificaria algo na forma de enfrentar a doença?**

*Ah sim, eu teria agido mais rapidamente porque se eu tivesse agido mais rapidamente talvez a quimioterapia não teria sido assim tão forte, porque foi uma quimio bem forte, então eu acho que eu deveria ter enfrentado mais rapidamente.*

**Como você se sente (fisicamente e emocionalmente)?**

*Bem. Eu acho que eu to bem, to feliz, com uma auto-estima muito boa. Sempre que eu me pego pensando eu tenho mais pra agradecer. Eu acho que as pessoas aqui me ajudaram muito porque eu vi que e tenho muito e muitas facilidades. Então é bom olhar um pouco pra esse lado e mais agradecer.*

**ANEXO X- Dados individuais das participantes referente aos dados sócio-demográficos**

<i>I.I</i>	Idade	Cor	Estado Civil	N. filhos	Religião	Escolaridade	Exerce atividade	Mudou forma de sustento	Renda	N. de pessoas na casa
1	52	Branca	Casada	2	Outras	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-(depende. marido)	900	2
2	56	Branca	Solteira	1	Espírita	Segundo grau completo	Sim	Sim-auxílio doença	1.200	2
3	53	Negra	Casada	3	Outras	Segundo grau completo	Sim	Não	800	3
4	51	Parda	Separada	2	Outras	Terceiro grau completo	Sim	Sim- auxílio saúde	5.000	4
5	50	Parda	Viúva	3	Católica	Primeiro grau completo	Sim	Sim-auxílio doença	1.100	3
6	51	Negra	Solteira	3	Católica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-auxílio doença	450	3
7	48	Branca	Solteira	1	Católica	Segundo grau completo	Sim	Sim-auxílio doença	700	2
8	65	Branca	Casada	6	Evangélica	Primeiro grau incompleto	Não-Aposentada	Não	700	3
9	56	Branca	Casada	3	Católica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim- (depende marido)	800	5
10	45	Branca	Casada	2	Católica	Primeiro grau completo	Não	Não	800	4
11	60	Parda	Viúva	6	Evangélica	Primeiro grau incompleto	Não	Não	300	1
12	45	Branca	Solteira	2	Evangélica	Segundo grau completo	Sim	Sim-auxílio doença	800	3
13	45	Branca	Casada	2	Espírita	Segundo grau completo	Sim	Não	4.000	5
14	51	Branca	Casada	2	S/definida	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim- auxílio saúde	1.500	4
15	61	Branca	Viúva	2	Evangélica	Primeiro grau completo	Não	Não (pensão)	2.800	4
16	60	Branca	Casada	3	Evangélica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-auxílio doença	700	2
17	50	Branca	Solteira	2	Católica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-auxílio doença	514	3
18	65	Parda	Casada	6	Evangélica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-filhos	300	5
19	61	Branca	Viúva	1	S/definida	Segundo grau completo	Não	Não (pensão)	800	1
20	58	Parda	Viúva	2	Católica	Primeiro grau incompleto	Não-Aposentada	Não	300	1
21	56	Parda	Solteira	1	Católica	Segundo grau completo	Sim	Sim-auxílio doença	1.000	2
22	56	Branca	Viúva	3	Católica	Primeiro grau completo	Sim	Sim (depende. Filhos)	1.000	3
23	54	Branca	Casada	2	Católica	Primeiro grau completo	Sim	Não	1.500	3
24	64	Branca	Casada	1	Católica	Primeiro grau completo	Aposentada	Não	1.300	2
25	65	Branca	Viúva	3	Católica	Segundo grau completo	Não-Aposentada	Não	3.000	2
26	50	Branca	Casada	5	Católica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-auxílio doença	600	5
27	57	Branca	Separada	3	Católica	Terceiro grau completo	Sim	Sim-auxílio doença	2.000	4
28	59	Branca	Casada	4	Católica	Primeiro grau incompleto	Sim	Sim-auxílio doença	1.000	5
29	56	Negra	Viúva	0	Católica	Primeiro grau incompleto	Sim	Não (pensão)	320	1
30	58	Branca	Viúva	4	Evangélica	Primeiro grau completo	Sim	Sim (depende filhos)	320	2

**Quadro 4: Dados individuais das participantes referente aos dados sócio-demográficos**

**ANEXO XI- Dados individuais das participantes referente aos dados clínicos**

Indivíduo	Menopausa (em meses)	Outros problemas de saúde-	Mama Atingida	Estágio do câncer	Já realizou quimioterapia neoadjuvante	Já realizou quimioterapia adjuvante
1	10	Sim	Esquerda	2	Sim	Sim
2	60	Sim	Direita	2	Não	Sim
3	9	Sim	Direita	2	Sim	Sim
4	72	Não	Direita	2	Não	Sim
5	5	Não	Direita	2	Não	Sim
6	84	Não	Esquerda	2	Sim	Sim
7	60	Não	Direita	3	Sim	Sim
8	48	Sim	Direita	3	Sim	Sim
9	60	Sim	Direita	3	Sim	Sim
10	11	Não	Direita	3	Sim	Sim
11	24	Sim	Direita	2	Não	Sim
12	3	Não	Direita	3	Sim	Não
13	36	Sim	Direita	2	Não	Sim
14	18	Não	Direita	1	Não	Sim
15	44	Sim	Direita	3	Sim	Sim
16	52	Sim	Esquerda	2	Não	Sim
17	60	Não	Esquerda	3	Sim	Sim
18	120	Não	Esquerda	1	Sim	Não
19	60	Não	Esquerda	2	Sim	Sim
20	132	Não	Direita	3	Sim	Sim
21	144	Não	Esquerda	1	Não	Sim
22	36	Sim	Direita	2	Não	Sim
23	144	Sim	Direita	2	Não	Sim
24	36	Sim	Direita	3	Sim	Sim
25	120	Sim	Direita	1	Não	Sim
26	5	Não	Direita	2	Sim	Sim
27	120	Sim	Esquerda	3	Sim	Não
28	12	Não	Esquerda	1	Não	Sim
29	24	Não	Esquerda	3	Sim	Sim
30	132	Não	Direita	3	Sim	Sim

**Quadro 5: Dados individuais das participantes referente aos dados clínicos (prontuário médico)**

**ANEXO XII - Dados individuais das participantes referente ao tratamento do Câncer**

<i>Participante</i>	Total de ciclos de quimioterapia realizados	Hormonioterapia	Tratamento Cirúrgico	Tempo da cirurgia (em meses )	Tratamento Radioterápico	Fase do tratamento	Tempo de tratamento (em meses)	Ca mama Família	Outros Cânceres família	Fuma
1	6	Sim	Mastectomia	7	Não	Quimioterapia	10	Sim	Não	Não
2	5	Não	Quadrantectomia	7	Sim	Quimioterapia	10	Sim	Não	Sim
3	7	Sim	Tumorectomia	6	Sim	Radioterapia	10	Sim	Sim	Sim
4	6	Não	Quadrantectomia	10	Sim	Radioterapia	11	Não	Não	Não
5	4	Sim	Mastectomia	5	Sim	Radioterapia	8	Não	Não	Não
6	7	Sim	Tumorectomia	4	Não	Quimioterapia e	10	Sim	Não	Não
7	9	Sim	Quadrantectomia	8	Não	Quimioterapia	10	Não	Sim	Sim
8	4	Sim	Mastectomia	10	Sim	Radioterapia	15	Sim	Sim	Não
9	8	Não	Mastectomia	8	Sim	Radioterapia	11	Sim	Não	Não
10	8	Sim	Tumorectomia	6	Sim	Quimioterapia	10	Não	Sim	Não
11	4	Não	Tumorectomia	10	Sim	Radioterapia	12	Não	Não	Não
12	4	Não	Tumorectomia	1	Não	Quimioterapia	5	Sim	Sim	Não
13	7	Não	Mastectomia	2	Não	Quimioterapia	7	Não	Sim	Não
14	3	Sim	Mastectomia	5	Não	Quimioterapia	5	Sim	Não	Não
15	8	Sim	Quadrantectomia	7	Sim	Radioterapia	12	Não	Sim	Não
16	6	Não	Tumorectomia	4	Não	Quimioterapia	5	Não	Sim	Não
17	8	Não	Mastectomia	3	Sim	Radioterapia	7	Não	Não	Não
18	3	Sim	Tumorectomia	1	Não	Quimioterapia	4	Não	Sim	Não
19	8	Sim	Tumorectomia	8	Sim	Radioterapia	10	Não	Sim	Não
20	8	Sim	Mastectomia	6	Sim	Radioterapia	2	Não	Não	Sim
21	6	Sim	Tumorectomia	5	Sim	Radioterapia	6	Não	Não	Não
22	3	Não	Tumorectomia	1	Sim	Radioterapia	3	Não	Não	Não
23	4	Sim	Tumorectomia	6	Sim	Radioterapia	7	Não	Sim	Não
24	7	Sim	Tumorectomia	9	Não	Radioterapia	12	Não	Não	Não
25	4	Sim	Tumorectomia	6	Sim	Radioterapia	7	Sim	Sim	Não
26	6	Sim	Mastectomia	1	Não	Quimioterapia	5	Não	Não	Sim
27	4	Não	Tumorectomia	1	Não	Quimioterapia	3	Não	Sim	Sim
28	4	Sim	Tumorectomia	3	Sim	Radioterapia	4	Sim	Não	Não
29	12	Não	Mastectomia	5	Sim	Radioterapia	11	Não	Não	Sim
30	9	Não	Mastectomia	7	Sim	Radioterapia	10	Não	Não	Não

**Quadro 6: Dados individuais das participantes referente ao tratamento do Câncer**

**ANEXO XIII. Dados individuais das participantes dos resultados do Questionário da Saúde da Mulher – QSM**

Participante	Depressão	Sintomas Somáticos	Memória Concentração	Sintomas vasomotores	Ansiedade temores	Comportamento Sexual	Problemas de sono	Sintomas menstruais	Atratividade	Pontuação total da auto-avaliação
1	13	14	11	2	7	8	5	10	9	79
2	23	16	6	8	12	1	7	13	10	96
3	26	21	12	5	10	8	8	10	10	110
4	23	20	6	2	13	10	6	12	10	102
5	23	22	12	8	12	4	8	13	10	112
6	18	20	8	8	10	0	7	13	10	94
7	25	23	12	5	14	0	10	13	7	109
8	19	18	3	6	6	4	8	13	5	82
9	18	25	10	8	12	8	9	13	10	113
10	20	23	11	5	8	8	6	13	9	103
11	12	17	3	8	5	0	9	13	7	74
12	19	20	6	4	9	4	5	10	12	89
13	18	15	7	8	15	1	9	13	9	95
14	25	26	9	8	13	7	12	13	6	119
15	27	27	12	6	14	7	9	11	12	125
16	21	18	10	8	11	1	7	13	10	99
17	20	27	5	5	13	4	7	13	6	100
18	25	23	8	8	15	8	11	14	9	121
19	17	21	8	5	11	8	4	14	11	99
20	24	22	6	8	11	1	8	13	9	102
21	22	13	8	3	11	0	3	13	10	83
22	19	24	7	8	10	0	11	12	9	100
23	21	25	8	2	9	1	5	12	10	93
24	24	28	8	8	13	0	9	13	8	111
25	23	28	12	8	13	0	10	16	12	122
26	21	22	11	5	15	5	5	14	12	110
27	20	14	4	8	12	4	5	10	8	85
28	21	20	6	8	8	8	9	12	6	98
29	18	27	11	7	11	0	10	15	9	119
30	19	17	5	5	12	0	8	11	7	84

**Quadro 7: Dados individuais das participantes dos resultados do Questionário da Saúde da Mulher**

**ANEXO XIV- Dados individuais das participantes dos resultados brutos do Inventário de estratégias de *Coping***

Participante	Confronto.	Afastamento.	Auto-controle	Suporte Social.	Aceitação da Responsabilidade	Fuga e Esquiva	Resolução de Problema.	Reavaliação. Positiva.
1	0	6	11	8	7	0	5	16
2	6	5	5	7	9	1	6	17
3	6	10	9	12	8	5	10	14
4	9	11	8	17	12	5	12	23
5	5	5	9	10	1	4	6	5
6	5	10	5	12	5	0	6	6
7	3	12	6	8	6	3	11	14
8	5	14	5	16	0	3	6	6
9	6	7	9	18	2	5	8	6
10	10	5	4	15	5	6	7	19
11	5	11	10	16	2	5	4	12
12	3	11	2	6	3	6	9	14
13	6	12	14	13	4	2	12	21
14	6	7	10	12	5	3	11	9
15	4	7	4	14	3	2	7	14
16	6	6	4	15	1	3	9	14
17	5	6	4	15	2	3	11	17
18	1	15	6	13	1	1	4	4
19	5	10	12	6	4	1	10	14
20	8	8	7	12	0	6	7	15
21	5	12	13	10	4	0	8	9
22	5	7	7	14	4	6	10	7
23	7	11	9	17	14	4	11	17
24	9	8	15	18	8	6	10	23
25	9	10	6	7	7	3	11	15
26	11	12	12	8	4	6	10	13
27	5	5	11	14	6	6	3	4
28	4	11	10	15	9	6	6	15
29	4	12	10	11	8	3	8	7
30	3	4	11	14	6	6	3	4

**Quadro 8: Dados individuais das participantes dos resultados brutos do Inventário de estratégias de *Coping***



ANEXO XVI - Coeficientes de correlação dados sócio demográficos e Questionário de Saúde da Mulher

		Depressão	Sintomas Somáticos	Memória Concentração	Sintomas vasomotores	Ansiedade / temores	Comportamento Sexual	Problemas de sono	Sintomas menstruais	Atratividade	TOTAL QSM
<b>Idade</b>	Pearson Correlation	0,100	0,127	-0,190	0,343	-0,074	-0,110	0,246	0,272	-0,095	0,097
	Sig. (2-tailed)	0,600	0,505	0,315	0,064	0,697	0,563	0,190	0,146	0,616	0,612
<b>Número de Filhos</b>	Pearson Correlation	-0,178	-0,178	-0,329	0,239	-0,236	0,139	0,196	0,000	-0,238	-0,192
	Sig. (2-tailed)	0,346	0,347	0,076	0,204	0,210	0,463	0,299	10,000	0,204	0,308
<b>Renda</b>	Pearson Correlation	0,226	-0,016	0,030	-0,133	<b>0,368(*)</b>	0,183	0,003	-0,050	0,251	0,163
	Sig. (2-tailed)	0,229	0,932	0,873	0,483	<b>0,046</b>	0,334	0,986	0,794	0,180	0,389
<b>Número de pessoas na casa</b>	Pearson Correlation	0,225	0,061	0,058	0,079	0,328	<b>0,545(**)</b>	0,126	-0,156	0,015	0,267
	Sig. (2-tailed)	0,232	0,747	0,760	0,678	0,077	<b>0,002</b>	0,507	0,410	0,938	0,153
<b>Grau de Escolaridade</b>	Pearson Correlation	0,243	-0,257	-0,022	-0,276	0,254	-0,003	-0,327	-0,251	0,326	-0,081
	Sig. (2-tailed)	0,195	0,171	0,906	0,140	0,175	0,986	0,077	0,181	0,078	0,671

Quadro 10: Coeficientes de correlação de Pearson entre dados sócio demográficos e Auto-avaliação de Saúde obtidos em 30 pacientes

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO XVII- Coeficientes de correlação entre dados clínicos e Questionário da Saúde da Mulher

		Menopausa (em meses)	Estágio do câncer	Quimioterapia Neoadjuvante	Quimioadjuvante	Total de ciclos de quimioterapia realizados	Hormioterapia	Tempo da cirurgia (em meses)	Tratamento radio	Tempo de tratamento (em meses)	CA mama na Família	Outro CA não Mama na Família	Fuma
<b>Depressão</b>	Pearson Correlation	0,178	-0,116	0,028	0,051	-0,043	<b>-0,386(*)</b>	-0,103	0,004	-0,239	0,061	-0,206	-0,260
	Sig. (2-tailed)	0,348	0,542	0,885	0,787	0,823	<b>0,035</b>	0,595	0,983	0,211	0,747	0,274	0,166
<b>Sintomas Somáticos</b>	Pearson Correlation	-0,106	0,135	-0,163	-0,169	0,179	-0,226	-0,023	-0,163	-0,008	0,065	-0,006	0,062
	Sig. (2-tailed)	0,578	0,475	0,388	0,371	0,344	0,229	0,906	0,390	0,968	0,732	0,974	0,745
<b>Memória Concentração</b>	Pearson Correlation	-0,264	-0,121	-0,098	-0,261	0,297	<b>-0,442(*)</b>	-0,015	0,104	0,081	-0,034	-0,166	-0,138
	Sig. (2-tailed)	0,159	0,526	0,605	0,164	0,111	<b>0,014</b>	0,938	0,584	0,676	0,858	0,381	0,469
<b>Sintomas vasomotores</b>	Pearson Correlation	-0,083	-0,082	0,139	0,070	-0,160	0,139	-0,263	0,115	-0,251	-0,092	0,099	-0,091
	Sig. (2-tailed)	0,664	0,666	0,465	0,713	0,399	0,465	0,169	0,544	0,188	0,631	0,603	0,634
<b>Ansiedade / temores</b>	Pearson Correlation	0,213	-0,058	-0,053	0,109	0,202	0,027	-0,334	0,302	-0,281	0,323	-0,048	-0,211
	Sig. (2-tailed)	0,259	0,762	0,780	0,568	0,285	0,889	0,076	0,105	0,140	0,082	0,800	0,264
<b>Comportamento Sexual</b>	Pearson Correlation	-0,339	-0,118	-0,218	0,162	-0,100	-0,218	0,094	-0,047	0,114	-0,234	-0,124	0,153
	Sig. (2-tailed)	0,067	0,536	0,247	0,392	0,600	0,247	0,628	0,805	0,555	0,214	0,513	0,419
<b>Problemas de sono</b>	Pearson Correlation	-0,162	-0,098	0,123	-0,101	-0,065	0,031	-0,017	0,021	-0,018	-0,107	0,081	0,024
	Sig. (2-tailed)	0,391	0,605	0,517	0,597	0,734	0,872	0,932	0,913	0,926	0,575	0,670	0,901
<b>Sintomas menstruais</b>	Pearson Correlation	0,130	-0,272	0,184	-0,301	0,129	-0,155	0,073	-0,128	0,031	0,151	0,086	0,011
	Sig. (2-tailed)	0,495	0,146	0,330	0,107	0,498	0,413	0,707	0,500	0,872	0,426	0,651	0,953
<b>Atratividade</b>	Pearson Correlation	0,039	-0,111	0,007	0,106	0,056	-0,065	-0,157	0,010	-0,078	0,025	-0,220	-0,064
	Sig. (2-tailed)	0,837	0,560	0,970	0,576	0,769	0,732	0,416	0,959	0,689	0,895	0,244	0,736

Quadro 11: Coeficientes de correlação de Pearson entre dados clínicos e Questionário da Saúde da Mulher

**ANEXO XVIII- Coeficientes de correlação intra-instrumento -Questionário da Saúde da Mulher**

		<b>Depressão</b>	<b>Sintomas Somáticos</b>	<b>Memória Concentração</b>	<b>Sintomas vasomotores</b>	<b>Ansiedade / temores</b>	<b>Comportamento Sexual</b>	<b>Probelmas de sono</b>	<b>Sintomas menstruais</b>	<b>Atratividade</b>	<b>TOTAL QSM</b>
<b>Depressão</b>	Pearson Correlation	1	<b>0,412(*)</b>	0,355	0,095	<b>0,588(**)</b>	0,118	0,279	0,052	0,141	<b>0,667(**)</b>
	Sig. (2-tailed)		<b>0,024</b>	0,054	0,616	<b>0,001</b>	0,534	0,135	0,784	0,459	<b>0,000</b>
<b>Sintomas Somáticos</b>	Pearson Correlation		1	<b>0,417(*)</b>	0,170	0,313	0,056	<b>0,501(**)</b>	<b>0,408(*)</b>	0,097	<b>0,788(**)</b>
	Sig. (2-tailed)			<b>0,022</b>	0,368	0,092	0,768	<b>0,005</b>	<b>0,025</b>	0,611	<b>0,000</b>
<b>Memória Concentração</b>	Pearson Correlation			1	-0,083	0,326	0,171	0,129	0,197	0,504(*)	<b>0,663(**)</b>
	Sig. (2-tailed)				0,664	0,079	0,367	0,498	0,297	0,005	<b>0,000</b>
<b>Sintomas vasomotores</b>	Pearson Correlation				1	0,170	-0,267	<b>0,639(**)</b>	<b>0,366(*)</b>	-0,176	0,308
	Sig. (2-tailed)					0,370	0,153	<b>0,000</b>	<b>0,047</b>	0,351	0,098
<b>Ansiedade / temores</b>	Pearson Correlation					1	-0,001	0,228	0,278	0,275	<b>0,637(**)</b>
	Sig. (2-tailed)						0,995	0,226	0,136	0,141	<b>0,000</b>
<b>Comportamento Sexual</b>	Pearson Correlation						1	-0,120	-0,277	0,066	0,228
	Sig. (2-tailed)							0,527	0,139	0,731	0,225
<b>Probelmas de sono</b>	Pearson Correlation							1	0,300	-0,356	<b>0,544(**)</b>
	Sig. (2-tailed)								0,107	0,054	<b>0,002</b>
<b>Sintomas menstruais</b>	Pearson Correlation								1	0,061	<b>0,432(*)</b>
	Sig. (2-tailed)									0,750	<b>0,017</b>
<b>Atratividade</b>	Pearson Correlation									1	0,299
	Sig. (2-tailed)										0,108
<b>TOTAL QSM</b>	Pearson Correlation										1
	Sig. (2-tailed)										

**Quadro14: Coeficientes de correlação de Pearson intra-instrumento -Questionário da Saúde da Mulher**

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**ANEXO XIX -** Coeficientes de correlação entre dados sócio demográficos e estratégias de enfrentamento

		<b>Confronto</b>	<b>Afastamento</b>	<b>Autocontrole</b>	<b>Suporte Social</b>	<b>Aceitação da responsabilidade</b>	<b>Fuga e esquiva</b>	<b>Resolução de problemas</b>	<b>Reavaliação positiva</b>
<b>Idade</b>	Pearson Correlation	-0,081	0,134	0,079	0,213	-0,125	-0,090	-0,323	-0,237
	Sig. (2-tailed)	0,672	0,479	0,678	0,258	0,509	0,638	0,082	0,207
<b>Número de Filhos</b>	Pearson Correlation	-0,079	0,260	-0,096	0,274	<b>-0,387(*)</b>	0,211	<b>-0,452(*)</b>	<b>-0,414(*)</b>
	Sig. (2-tailed)	0,678	0,165	0,616	0,143	<b>0,034</b>	0,263	<b>0,012</b>	<b>0,023</b>
<b>Renda</b>	Pearson Correlation	0,311	0,054	0,126	0,127	<b>0,385(*)</b>	-0,030	<b>0,427(*)</b>	<b>0,470(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	0,094	0,777	0,508	0,502	<b>0,035</b>	0,875	<b>0,019</b>	<b>0,009</b>
<b>Número de pessoas na casa</b>	Pearson Correlation	0,114	0,114	-0,014	0,303	0,000	0,174	0,069	-0,040
	Sig. (2-tailed)	0,550	0,547	0,943	0,103	10,000	0,359	0,718	0,833
<b>Grau de escolaridade</b>	Pearson Correlation	0,148	-0,023	0,105	-0,262	<b>0,404(*)</b>	0,044	0,255	0,272
	Sig. (2-tailed)	0,436	0,905	0,580	0,161	<b>0,027</b>	0,817	0,174	30

**Quadro 12: Coeficientes de correlação de Pearson entre dados sócio demográficos e estratégias de enfrentamento**

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO XX . Coeficientes de correlação entre dados clínicos e estratégias de enfrentamento

		Menopausa (em meses)	Estágio do câncer	Quimio terapia Neoadj uvante	Quim io_adj uvant e	Total de ciclos de quimiot erapia realizad os	Horm oniote rapia	Te mp o da ciru rgia (em mes es)	Trat _Ra dio	Te mp o de trat ame nto (em mes es)	CA Mam a na Fami lia	Outro CA não Mama na Familia	1.1.1.1.1.1
<b>Confronto</b>	Pearson Correlation	-0,004	0,024	0,186	-0,349	0,031	-0,096	0,067	-0,168	-0,082	0,156	0,054	-0,139
	Sig. (2-tailed)	0,984	0,898	0,326	0,059	0,870	0,615	0,730	0,375	0,673	0,411	0,778	0,464
<b>Afastamento</b>	Pearson Correlation	0,064	-0,298	0,000	0,150	-0,103	-0,252	-0,014	0,117	0,068	-0,024	-0,249	-0,027
	Sig. (2-tailed)	0,739	0,109	10,000	0,429	0,587	0,179	0,944	0,540	0,727	0,901	0,184	0,889
<b>Autocontrole</b>	Pearson Correlation	0,025	-0,209	0,119	-0,195	0,090	-0,086	-0,009	0,106	-0,086	0,228	0,315	-0,051
	Sig. (2-tailed)	0,894	0,267	0,530	0,302	0,635	0,650	0,962	0,577	0,659	0,225	0,090	0,790
<b>Suporte Social</b>	Pearson Correlation	0,106	0,222	0,073	-0,134	-0,017	0,206	0,166	-0,189	0,122	0,225	0,106	0,332
	Sig. (2-tailed)	0,576	0,239	0,703	0,480	0,931	0,275	0,389	0,316	0,530	0,232	0,576	0,073
<b>Aceitação da responsabilidade</b>	Pearson Correlation	0,099	-0,167	0,243	-0,166	0,037	-0,020	0,144	-0,103	0,101	-0,105	0,060	-0,141
	Sig. (2-tailed)	0,602	0,379	0,195	0,382	0,848	0,915	0,455	0,588	0,602	0,580	0,752	0,458
<b>Fuga e esquiva</b>	Pearson Correlation	-0,177	<b>0,370(*)</b>	-0,066	0,108	-0,062	0,232	-0,133	-0,146	-0,266	0,161	0,087	-0,166
	Sig. (2-tailed)	0,349	<b>0,044</b>	0,728	0,569	0,744	0,218	0,492	0,442	0,163	0,397	0,646	0,380
<b>Resolução de problemas</b>	Pearson Correlation	-0,150	-0,109	0,245	-0,338	0,109	-0,036	-0,036	0,042	-0,092	0,062	-0,141	0,036
	Sig. (2-tailed)	0,428	0,567	0,192	0,068	0,567	0,851	0,853	0,824	0,636	0,745	0,459	0,848
<b>Reavaliação positiva</b>	Pearson Correlation	-0,207	0,031	0,176	-0,308	0,144	-0,044	0,183	0,011	0,055	0,085	-0,096	0,046
	Sig. (2-tailed)	0,273	0,870	0,351	0,098	0,449	0,817	0,342	0,955	0,777	0,656	0,614	0,808

Quadro 13: Coeficientes de correlação de Pearson entre dados clínicos e estratégias de enfrentamento

ANEXO XXI- Coeficientes de correlação intra-instrumento- Inventário de estratégias *Coping*

		<b>Confronto</b>	<b>Afastamento</b>	<b>Autocontrole</b>	<b>Suporte Social</b>	<b>Aceitação da responsabilidade</b>	<b>Fuga e esquiva</b>	<b>Resolução de problemas</b>	<b>Reavaliação positiva</b>
<b>Confronto</b>	Pearson Correlation	1	-0,056	0,103	0,197	0,185	<b>0,425(*)</b>	<b>0,463(*)</b>	<b>0,450(*)</b>
	Sig. (2-tailed)		0,770	0,588	0,296	0,328	<b>0,019</b>	<b>0,010</b>	<b>0,012</b>
<b>Afastamento</b>	Pearson Correlation		1	0,088	-0,085	0,027	-0,197	0,232	0,012
	Sig. (2-tailed)			0,642	0,655	0,888	0,297	0,217	0,949
<b>Autocontrole</b>	Pearson Correlation			1	0,069	0,258	0,052	0,041	0,046
	Sig. (2-tailed)				0,716	0,168	0,784	0,831	0,810
<b>Suporte Social</b>	Pearson Correlation				1	0,053	<b>0,379(*)</b>	-0,068	0,045
	Sig. (2-tailed)					0,781	<b>0,039</b>	0,720	0,812
<b>Aceitação da responsabilidade</b>	Pearson Correlation					1	0,072	0,268	<b>0,422(*)</b>
	Sig. (2-tailed)						0,703	0,152	<b>0,020</b>
<b>Fuga e esquiva</b>	Pearson Correlation						1	0,020	0,078
	Sig. (2-tailed)							0,915	0,682
<b>Resolução de problemas</b>	Pearson Correlation							1	<b>0,567(**)</b>
	Sig. (2-tailed)								<b>0,001</b>
<b>Reavaliação positiva</b>	Pearson Correlation								1
	Sig. (2-tailed)								

Quadro 15: Coeficientes de correlação de Pearson intra-instrumento- Inventário de estratégias *Coping*

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**ANEXO XXII- Coeficientes de correlação entre - Questionário da Saúde da Mulher e Inventário de estratégias *coping***

		Confronto	Afastamento	Auto- controle	Suporte Social	Aceitação da responsabilidade	Fuga e esquiva	Resolução de problemas	Reavaliação positiva
<b>Depressão</b>	Pearson Correlation	0,244	0,019	-0,197	-0,015	0,103	0,061	0,283	0,114
	Sig. (2-tailed)	0,194	0,919	0,298	0,939	0,587	0,749	0,130	0,548
<b>Sintomas Somáticos</b>	Pearson Correlation	0,295	0,016	-0,220	0,161	0,062	0,210	<b>0,447(*)</b>	0,110
	Sig. (2-tailed)	0,113	0,935	0,242	0,397	0,745	0,266	<b>0,013</b>	0,564
<b>Memória Concentração</b>	Pearson Correlation	0,101	-0,069	-0,027	-0,331	0,093	-0,195	0,311	0,075
	Sig. (2-tailed)	0,595	0,717	0,889	0,074	0,624	0,301	0,094	0,693
<b>Sintomas vasomotores</b>	Pearson Correlation	0,062	-0,142	-0,024	0,127	<b>-0,405(*)</b>	0,105	-0,232	-0,315
	Sig. (2-tailed)	0,745	0,455	0,901	0,504	<b>0,026</b>	0,581	0,217	0,090
<b>Ansiedade / temores</b>	Pearson Correlation	0,180	-0,004	0,133	-0,151	-0,012	-0,110	<b>0,366(*)</b>	0,063
	Sig. (2-tailed)	0,342	0,982	0,484	0,427	0,951	0,563	<b>0,047</b>	0,742
<b>Comportamento Sexual</b>	Pearson Correlation	-0,051	-0,013	-0,060	0,077	0,029	0,036	-0,010	0,099
	Sig. (2-tailed)	0,789	0,945	0,754	0,685	0,879	0,849	0,959	0,602
<b>Problemas de sono</b>	Pearson Correlation	-0,123	0,071	-0,102	0,226	-0,153	0,108	0,053	-0,202
	Sig. (2-tailed)	0,519	0,709	0,592	0,231	0,420	0,571	0,782	0,285
<b>Sintomas menstruais</b>	Pearson Correlation	<b>0,367(*)</b>	0,328	0,030	-0,132	-0,163	-0,243	0,262	-0,010
	Sig. (2-tailed)	<b>0,046</b>	0,077	0,874	0,488	0,391	0,197	0,162	0,957
<b>Atratividade</b>	Pearson Correlation	0,249	0,024	-0,116	<b>-0,437(*)</b>	0,079	-0,132	0,226	0,154
	Sig. (2-tailed)	0,185	0,900	0,543	<b>0,016</b>	0,677	0,485	0,230	0,418

**Quadro 16: Coeficientes de correlação de Pearson entre - Questionário da Saúde da Mulher e Inventário de estratégias *coping***

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)