

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA

Larissa de Oliveira Resende

**AUTOCUIDADO:  
percepção das mulheres acometidas por câncer de mama**

Juiz de Fora  
2018

Larissa de Oliveira Resende

**AUTOCUIDADO:  
percepção das mulheres acometidas por câncer de mama**

Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms Simone Meira Carvalho

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Rayla Amaral Lemos

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Resende, Larissa de Oliveira.  
Autocuidado : Percepção das mulheres acometidas por câncer de mama / Larissa de Oliveira Resende. -- 2018.  
66 p.

Orientadora: Simone Meira Carvalho  
Coorientadora: Rayla Lemos Amaral  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2018.

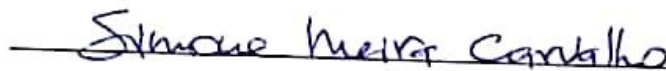
1. Autocuidado. 2. Câncer de mama. 3. Saúde da Mulher. I. Carvalho, Simone Meira, orient. II. Amaral, Rayla Lemos, coorient. III. Título.

Larissa de Oliveira Resende

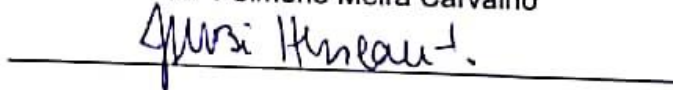
## **"AUTOCUIDADO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA"**

O presente trabalho apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina "Trabalho de Conclusão de Curso II", da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública à banca examinadora e **aprovado** no dia 30 de novembro de 2018.

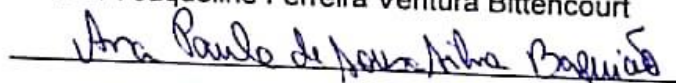
BANCA EXAMINADORA:



Prof<sup>ª</sup>. Simone Meira Carvalho



Prof<sup>ª</sup>. Jaqueline Ferreira Ventura Bittencourt



Mestre Ana Paula de Sousa Silva Baquião



## DEDICATÓRIA

Com muita admiração e amor dedico esse "diamante" a todas as mulheres guerreiras, entre elas, minhas avós Ivani e Lucy, e tia Marcela, que com tamanha generosidade e sinceridade, compartilharam alguns capítulos de suas vidas, repletas de superação e resiliência, permitindo que eu lapidasse esse trabalho precioso.

## AGRADECIMENTOS

A Deus com todo amor e devoção, por ter me sustentado frente as dificuldades que contribuem para nos tornarmos seres humanos mais fortes, permitindo que eu concretizasse mais esse objetivo em minha vida.

Aos meus pais, Marcos e Ângela, por segurarem firme em minhas mãos, sempre demonstrando através de palavras repletas de generosidade e amor, a confiança em mim. A abnegação e o empenho de vocês, provendo oportunidades em minha vida, foi crucial para que eu chegasse ao fim dessa caminhada.

A meu irmão, Felipe, por ter sido o meu melhor amigo, oferecendo sempre um abraço nos momentos de desespero, e ser o meu exemplo de dedicação nos estudos.

Agradeço a todos os meus familiares, especialmente, a meu avô Geraldino (*in memorian*), por todas as preces dedicadas a Deus em prol do meu bem-estar, proteção e sucesso. As gargalhadas que vocês todos me proporcionam ao longo dos anos, foi o meu "respirar" nos momentos de tensão.

Meus sinceros agradecimentos aos meus amados avós, Ady e Lucy, por enxergarem em mim capacidades que eu mesma desconhecia. O incentivo de vocês foi meu combustível!

A todos os meus professores, por terem sido fonte de tanto conhecimento.

Em especial, à minha orientadora Simone, por ter sido minha fiel escudeira, provendo ensinamentos que vão muito além dessa belíssima monografia. Obrigada por todo carinho, paciência, generosidade e orações. Você é um ser humano sensacional!

A coorientadora Rayla, por todo suporte disponibilizado.

Por fim, agradeço aos novos amigos da Faculdade de Fisioterapia e da Sociedade São Vicente de Paulo; e aos velhos amigos, que permitiram que os anos de faculdade e em Juiz de Fora fossem menos desgastantes, com conversas pautadas no bom-humor e encontros marcados por situações divertidíssimas! Sem o apoio de vocês, verdadeiros amigos, escutando os meus medos e auxiliando em momentos tristes, essa trajetória teria sido insuportável.

A todos vocês a minha gratidão por terem sido asas que permitiram que eu voasse mais alto.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AC</b>	Autocuidado
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>HU</b>	Hospital Universitário
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFJF</b>	Universidade Federal de Juiz de Fora



## RESUMO

O câncer é uma doença estigmatizada e acarreta desfechos biopsicossociais que envolvem a mulher, inclusive questões acerca do autocuidado. A presente pesquisa propôs compreender como as mulheres acometidas por câncer de mama entendem o autocuidado e os fatores que facilitam e dificultam o exercício do mesmo. Participaram do estudo 10 mulheres acometidas pelo câncer de mama, submetidas à mastectomia, com ou sem reconstrução, atendidas no ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF. Para análise qualitativa foi realizada a Análise de Conteúdo, de onde surgiram as categorias: "Incertezas: o nascer do sol vira ou não?", "Autocuidado" e "Motivação para a vida". A neoplasia mamária desencadeia incertezas na vida da mulher quanto a finitude da vida, perspectivas de futuro e o diagnóstico e terapias propostas pelos profissionais. Efeitos adversos surgem oriundos da abordagem terapêutica, acarretando sintomas como fadiga, depressão, limitação na movimentação do braço e na funcionalidade, causando sentimento de incapacidade. A fragilidade em todos os segmentos da vida mulher podem gerar desânimo para realizar as ações de autocuidado, em parte, fundamental para sucesso do tratamento. É importante a rede de apoio com o intuito de fornecer motivação e suporte, incentivando a realização das práticas de autocuidado. Os grupos de apoio constituem uma ferramenta de aceitação do diagnóstico, compreensão acerca do tratamento e acolhimento que, associados à perseverança, resiliência e otimismo atrelados à fé, à religiosidade e à espiritualidade, configuram estratégias de enfrentamento que influenciam na adesão ao tratamento. Conclui-se que as estratégias de enfrentamento representadas pela rede de apoio, religiosidade/espiritualidade, ações de autocuidado e alteração da percepção e estilo de vida foram fundamentais para as mulheres prosseguirem nessa trajetória de combate ao câncer.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Neoplasias mamárias, Saúde da mulher.

## ABSTRACT

Cancer is a stigmatized disease and entails biopsychosocial outcomes involving women, including questions about self-care. The present study proposed to understand how the women affected by breast cancer understand the self care and the factors that facilitate and make difficult the exercise of the same. Ten women with breast cancer who underwent mastectomy, with or without reconstruction, attended the HU / UFJF Physiotherapy outpatient clinic. For qualitative analysis, Content Analysis was performed, from which the following categories emerged: "Uncertainties: sunrise turns or not?", "Self care" and "Motivation for life". Mammary neoplasia triggers uncertainties in the life of women regarding the finitude of life, future perspectives and the diagnosis and therapies proposed by the professionals. Adverse effects arise from the therapeutic approach, leading to symptoms such as fatigue, depression, limited movement of the arm and functionality, causing a feeling of incapacity. The fragility in all segments of the woman's life can generate discouragement to perform the actions of self-care, in part, fundamental to the success of the treatment. The support network is important in order to provide motivation and support, encouraging the implementation of self-care practices. Support groups are a tool for accepting diagnosis, understanding about the treatment and care that, together with the perseverance, resilience and optimism provided by faith and religiosity / spirituality, constitute coping strategies that influence adherence to treatment. It was concluded that the coping strategies represented by the support network, religiosity / spirituality, self-care actions and alteration of perception and lifestyle were fundamental for women to continue in this path to combat cancer.

**Key words:** Self- care, Breast cancer, Women's Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Geral .....	17
2.2 Específicos .....	17
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	18
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	18
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	18
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	18
3.4 COLETA DOS DADOS .....	19
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	20
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	21
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	23
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES .....	23
4.2 PERFIL CLÍNICO DAS PARTICIPANTES .....	24
4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	25
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	58
<b>APÊNDICE II – Roteiro de entrevista</b> .....	60
<b>ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	63

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde em nível mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, sendo o câncer de mama o tipo com maior incidência e mortalidade no sexo feminino, em todo mundo. Direcionando o olhar para o cenário brasileiro, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o biênio 2018-2019 espera-se a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer por ano, com estimativa de 59.700 casos de mama (BRASIL, 2017).

Dentre os fatores de risco, destacam-se o etilismo, o tabagismo, o sedentarismo, a nuliparidade, a não amamentação, o sobrepeso, a obesidade após a menopausa ou ganho de peso após os 18 anos, a menarca precoce ou a menopausa tardia, a reposição hormonal, sendo todos esses fatores considerados modificáveis (CESAR et al., 2012). Entretanto, cabe mencionar a existência de fatores que não podem ser modificados, como história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, a presença de uma maior quantidade de tecido mamário, bem como à exposição das mulheres ao estrogênio (GONÇALVES et al., 2009).

Nesse sentido, foram desenvolvidas diretrizes com o propósito de reduzir as taxas de neoplasias da mama, reunidas no Pacto pela Saúde apresentado pelo Ministério da Saúde, em 2006. Todavia, notam-se falhas como falta de conhecimento acerca dos aspectos da doença por parte das usuárias, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e estratégias de rastreamento ineficazes, bem como atrasos na tomada de providências pelos profissionais de saúde e desestruturação da rede de sistema, dificultando a concretização dessas metas e acarretando atraso no diagnóstico do câncer de mama (TOMAZELLI et al., 2017; PAIVA; CESSE, 2015).

Assis e Mamede (2016) destacam que tanto o diagnóstico quanto o início do tratamento tardios são frutos de fatores como baixa escolaridade e nível socioeconômico, educação em saúde precária, pouco conhecimento sobre o processo de rastreamento entre as mulheres assintomáticas e programas de prevenção primários ao câncer de mama efetivos, principalmente aqueles focados na adoção de hábitos de vida saudáveis e no autocuidado (AC). Estes achados são corroborados pelo estudo realizado por McLaughlin et al. (2012), os quais evidenciaram que mulheres com baixa renda aguardaram um intervalo maior ou igual a meses para iniciar o tratamento logo após o diagnóstico, tendo sido associado à diminuição da sobrevida por câncer em 85% em pacientes com estado avançado. Ademais, a literatura

(MCLAUGHLIN et al., 2012; HOFFMAN, MULLER, FRASSON, 2006; ROSSI, SANTOS, 2003) descreve que o retardo do início do tratamento resulta num desgaste físico e emocional.

A partir disso, ocorre prejuízo na execução das estratégias de controle do câncer de mama implementadas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir não somente a incidência, mas também, a mortalidade e a morbidade provocada pelo câncer de mama, sendo essas a prevenção primária, detecção precoce, tratamento, reabilitação e, por fim, cuidados paliativos, agrupadas nos programas dedicados a doença (BRASIL, 2015).

Alguns estudos (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017; PINTO et al., 2015; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2013; FERREIRA; ALMEIDA; RASERA, 2008) apontam que o momento em que a mulher se vê diante do diagnóstico de uma doença mistificada pela sociedade como sinônimo de morte ocorrem sentimentos como negação da doença, decepção, tristeza, dor, pânico, descrença, perda da feminilidade, sexualidade e beleza, provocando um estremecimento de sua própria identidade, com consequente instalação de quadros de depressão na maioria dos casos, afetando negativamente aspectos como AC e prognóstico. O momento do diagnóstico do câncer confronta a mulher com a possibilidade das limitações, da finitude e da morte. Como toda doença grave, o câncer traz “a perda do corpo saudável, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida” (ROSSI; SANTOS, 2003, p. 33).

Gobatto e Araújo (2013) declaram que, somado à ideia de morte e finitude, as limitações corporais, as dores e os sofrimentos acarretados pelos tratamentos costumam irromper questionamentos sobre os projetos de vida. E, nesta etapa de ressignificação, a espiritualidade e a religiosidade fazem parte de um alicerce para o indivíduo, colaborando na diminuição das vivências negativas e na melhoria do enfrentamento do adoecimento e da qualidade de vida.

Carvalho et al. (2018) sublinham a importância da crença religiosa como suporte diante de situações-limite, ajudando às mulheres em como lidar com o câncer, proporcionando-lhes esperança para viver e lutarem por suas vidas. Também destacam a fé como um facilitador na aceitação da retirada da mama, a qual tem um significado social e individual. O corpo é um fator de pertença à sociedade importante para o indivíduo, representando inclusão ou exclusão. Frente a esse pensamento, as mamas são caracterizadas como fonte de feminilidade, diferenciação do masculino, atratividade sexual, sinônimo de beleza, e vínculo com a maternidade. A alteração desta região do corpo gera um sentimento angustiante, visto que são responsáveis pelas altas expectativas de beleza física experimentada

pelas mulheres e seus parceiros, no caso daquelas que foram submetidas à mastectomia e, a partir desse tratamento, sentiram-se mutiladas e apresentaram redução da autoestima, perdendo a sensação de feminilidade e atração sexual (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2013).

Parkes (1998 apud ROSSI; SANTOS, 2003) concluiu que perdas de um órgão ou parte do corpo podem se comparar a perdas de entes queridos, provocando um sentimento de luto. O autor descreveu três patamares relevantes relacionados à sensação de luto: a reação traumática (culpa ou raiva); a resposta de pesar (necessidade de procurar os seios); e a transição psicossocial (sensação de mutilação ou vazio).

A retirada da mama e as alterações biopsicossociais provenientes de todo esse processo afetam a imagem corporal que a mulher tem de si. Posta esta questão, a imagem corporal é multifacetada (aspectos sociais, emocionais e fisiológicos) e dinâmica (modificável), envolvendo a maneira como a pessoa entende o mundo e a si mesmo, bem como as experiências agregadas ao longo da vida (OLIVEIRA, 2016; BARROS, 2005).

À luz das mudanças fisiológicas, há uma alteração da biomecânica, gerando movimentos compensatórios que podem levar a distúrbios secundários ao câncer de mama, como limitações na amplitude de movimento e funcionalidade no braço homolateral à cirurgia, ou, em caso de esvaziamento axilar, os linfedemas (inchaço). Esse quadro, ainda, limita a participação da mulher em atividades realizadas anteriormente à cirurgia (OLIVEIRA, 2016).

As alterações provocadas pelos tratamentos oncológicos geram um déficit na funcionalidade que, como consequência, resulta no abandono de algumas atividades diárias a respeito das dimensões do AC, atividades domésticas, entretenimento, lazer, trabalho e participação social, afetando a qualidade de vida. Isso pode gerar um sentimento de incapacidade bem como distúrbios emocionais, que afetam a qualidade de vida (RECCHIA et al., 2017; DIAS et al., 2017).

A desfiguração da mama e consequente alteração da imagem corporal, bem como os efeitos adversos dos tratamentos acarretam sentimentos de perda da identidade feminina, diminuição da autoestima e ansiedade que, associados à depressão, podem repercutir na vida afetiva, familiar e social (ADORNA; MORARI-CASSOL; FERRAZ, 2017; BARBOSA et al., 2017; DIAS et al., 2017).

Um dos fatores que influenciam o surgimento de doenças ou o prognóstico delas é o estado mental da pessoa, visto que o estresse e os sentimentos negativos afetam diretamente o sistema imunológico. Por isso é necessário a visão da mente e do corpo como um só, não focando apenas no tratamento das alterações no corpo. É também importante que se leve em conta o quanto a doença afeta as pessoas próximas da mulher, haja vista que a forma que elas apoiam a mulher com câncer é importante para o tratamento. Esse apoio que elas recebem de pessoas próximas, durante o enfrentamento da doença, é chamado de Rede de Apoio Social (BITTENCOURT, 2018; HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

A Rede de Apoio Social, conforme descrevem Hoffmann, Muller e Rubin (2006), está presente desde o momento do nascimento e, conforme os acontecimentos da vida, a rede vai se remodelando. Na vida adulta, essa rede de apoio é formada por familiares, amigos, profissionais de saúde e outros, dependendo das experiências agregadas ao longo da vida. Sendo assim, essa rede, de um modo geral, é constituída por indivíduos com quem a mulher se relaciona e que auxiliam no enfrentamento da doença. Entretanto, segundo Pinto et al. (2015) e Geronasso e Coelho (2012), a rede de apoio sofre influências diretas diante do cenário de crise criado pela doença neoplásica, podendo acarretar mudanças positivas e negativas como o estreitamento ou o definhamento dos laços familiares/sociais e, ainda, a adesão ou o abandono do tratamento.

Outro importante fator de suporte às mulheres diagnosticadas com câncer de mama refere-se à espiritualidade. As mulheres que vivenciam o adoecimento provocado pelo câncer incessantemente buscam na espiritualidade consolo e forças para seu sofrimento, o que tem sido relatado na literatura, salientando a influência da espiritualidade e da religiosidade sobre a saúde e prevenção de doenças, bem como qualidade de vida e comportamento de AC (GERONASSO; COELHO, 2015; GOBATTO; ARAÚJO, 2013; PINTO et al., 2012).

Para o apoio emocional e psicológico da mulher com câncer de mama, também se destaca a necessidade do conhecimento sobre a doença, as morbidades e os tratamentos, bem como sobre os fatores de proteção, elencados anteriormente, para conferir a ela autonomia e permitir uma atitude mais ativa diante do cenário de adoecimento. Por isso, é relevante que os profissionais de saúde elucidem as dúvidas e compartilhem seus conhecimentos, possibilitando um enfrentamento compartilhado da doença, mais robusto e focado à reabilitação e recuperação (BORDALLO; TEIXEIRA, 2013).

A educação em saúde coloca-se, então, como uma estratégia direcionada para a conscientização do indivíduo em relação às suas responsabilidades e direitos e, a partir disso,

ele pode iniciar um processo de transformação no meio em que vive, norteado por modificações voltadas para a sua saúde e que ocorrem de acordo com sua vontade, segundo Silva et al. (2011). Para esses autores,

esse universo subjetivo renova-se nas vivências do real; entre desejos e aspirações, o ser humano percebe-se em um cenário que exige sua atitude diante dos fatos, deixando de ser mero espectador para se assumir como protagonista de sua história de vida. Contudo, o fortalecimento de mulheres por meio do aprendizado é capaz de fazer com que elas se sintam acolhidas e que tenham participação ativa no exercício de sua cidadania em espaços que considerem significativos (SILVA et al., 2011, p. 954)

A realização de grupos de mulheres que tiveram câncer de mama tem sido uma ferramenta cada vez mais empregada no processo de educação e saúde, pois permite uma troca de experiências e um ambiente de “desabafo” e aceitação. O grupo é um lugar no qual elas podem se expressar, sem medo de represálias, e com pessoas que entendem o que elas estão sentindo e passando naquele momento. É importante que os profissionais responsáveis pelo grupo adaptem o foco de acordo com a necessidade, que geralmente são: déficit de informações sobre o adoecer e os tratamentos para a doença, estresse, apoio psicossocial e enfrentamento de situações tais como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, aceitação de retirada da mama e afastamento ou abandono das atividades laborais (LOYOLA et al., 2017; FARIAS et al., 2015; GOMES et al., 2003).

Junto aos grupos, comumente é formulado um material educativo, que pode ser consultado sempre que necessário pela usuária. Para a formulação desse material é importante que sejam avaliadas as principais dúvidas e sugestões das participantes, para que complemente o que é refletido nos grupos (GOZZO et al., 2012).

Nessa perspectiva, o cenário construído pelo grupo permite uma constante troca de saberes, contribuindo para o reconhecimento, por parte das participantes de situações, em que há negligência com a própria saúde. Assim, a descoberta das falhas enquanto sujeito ativo e corresponsável pela manutenção da sua saúde constitui o primeiro passo para o AC. Considerado uma atividade que se aprende ao longo da vida, o AC sofre influência do processo de construção da identidade do indivíduo, somando percepções sobre autoestima e cultura. E, no ambiente do grupo, é possível estimular nas participantes a construção de saberes baseados em reflexões acerca da compreensão da vida segundo a experiência de cada uma delas, respeitando o posicionamento e as impressões de todos os envolvidos, auxiliando, portanto, na aquisição de apoio e suporte para desenvolver as ações de AC (VASCONCELOS et al., 2013).



Autocuidado pode ser explicado como ações desempenhadas com o intuito de manter a vida, o bem-estar e a saúde, a partir do conhecimento do efeito positivo dessas ações (SILVA et al., 2010). É um conceito que não se limita apenas as atividades instrumentais - cuidado de outras pessoas, gerenciamento financeiro, mobilidade na comunidade na qual reside e manutenção da saúde - e de vida diária, mas também engloba todos os aspectos inerentes à vida, tais como, ingestão suficiente de água, ar e comida; preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso; socialização e prática de atividades físicas (QUEIRÓZ; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014).

Tomando por base essas características, a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem formulou a Teoria do Déficit do Autocuidado, em que o indivíduo adulto é considerado responsável pela sua saúde e de seus dependentes, de maneira consciente, controlada, intencional e, por fim, efetiva (PACHECO, 2012).

Essa teoria é formada por três pilares teóricos: autocuidado - descrição e explicação das ações de cuidado realizadas pelo indivíduo com alguma necessidade para manutenção do bem-estar e da saúde; déficit de autocuidado - trata-se do foco da Teoria do Déficit de Autocuidado uma vez que expõe a necessidade da assistência da enfermagem; e sistema de enfermagem - descrição de como as pessoas são auxiliadas através dos cuidados da enfermagem (BUB et al., 2006).

Por esse ângulo, o Modelo de Orem defende que o indivíduo tende a cuidar de si, identificando as necessidades do seu corpo e, a partir desse reconhecimento, promover modificações nos seus hábitos de vida a fim de suprir suas demandas (PACHECO, 2012; BUB et al., 2006). Para tanto, as condições para exercer o AC, segundo Diógenes e Pagliuca (2003, p. 288), seriam:

manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal.

Além de ações no dia-a-dia, o Modelo de Orem descreve que, a partir do conhecimento que se tem do próprio corpo, o indivíduo quando percebe qualquer alteração que possa ser indício de algum processo patológico, procura por diagnóstico e, por conseguinte, tratamento, compreendendo o que de fato está ocorrendo com seu corpo e sua

saúde. Esse processo, então, proporciona aprendizado e adaptação da vida por conta da doença (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003). Por fim, a Teoria de Orem propõe que as ações de autocuidado ocorram em três momentos distintos, que podem ou não ser vivenciados por todos os indivíduos: o primeiro está relacionado à manutenção da integridade e do funcionamento do corpo ao longo da vida; o segundo foca nas adaptações a mudanças que possam surgir; e, o terceiro, traz situações em que as pessoas se deparam com o processo de adoecimento e, diante dele, são induzidas a adaptarem-se (BUB et al., 2006).

Portanto, para que o AC seja executado, é necessário despertar o indivíduo para a necessidade de realização de atividades voltadas para o cuidado de si e que, em situações de fragilidade da saúde, a doença poderá modificar alguns aspectos em sua rotina, sem impedi-lo de viver. Nesse ponto de vista, uma medida que pode auxiliar na promoção do cuidado de si mesmo é o desenvolvimento de motivações e estratégias, realizadas pelos profissionais de saúde, voltadas para a conscientização de que cada indivíduo é responsável por conhecer as suas necessidades, mudando seus hábitos. A partir dessa premissa, ocorre uma adaptação até que o AC passa a ser parte da rotina (PACHECO, 2012).

Como o AC depende da percepção de si, a pessoa pode apresentar dificuldades como, por exemplo, colocar a saúde em primeiro plano, por não compreender as demandas do próprio corpo e a situação de adoecimento, como no caso das doenças crônicas, nas quais se pode pensar que não há mais solução. Por isso, é importante a compreensão do processo do cuidado de si e em casos de patologias crônicas, em que os profissionais de saúde possam contribuir na concepção de que adaptações na rotina são bem vindas e serão benéficas, assim como, adicionar ao tratamento pontos como o cuidado espiritual, contribuindo para uma assistência humanizada (PINTO et al., 2015; COELHO; GERONASSO, 2012; PACHECO, 2012).

Desta forma, almeja-se compreender como as mulheres acometidas por câncer de mama entendem o AC e os fatores que facilitam e os que dificultam o exercício do AC, bem como identificar as práticas/ações que essas desenvolvem para promovê-lo, buscando apreender a percepção delas sobre os fatores motivacionais e os impeditivos nesse processo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender o AC na perspectiva das mulheres acometidas pelo câncer de mama atendidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF, bem como os fatores que facilitam e dificultam o exercício do mesmo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as práticas/ações que essas desenvolvem para promover o AC;
- Aprender a percepção delas sobre os fatores motivacionais e os impeditivos para o AC.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Com o propósito de alcançar os objetivos traçados para esta pesquisa, optamos por um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, pois entendemos que o objeto de estudo está imerso em um cenário que envolve não somente um corpo biológico, mas também subjetividades influenciadas pelo contexto sociocultural no qual está inserido.

Nesse sentido, o estudo qualitativo se torna apropriado, pois engloba abordagens diversas que têm como eixo a análise de casos sólidos em sua temporalidade e localização, sendo moldados através de significados e expressões que os indivíduos adotam a partir de suas vivências e experiências. Assim, a pesquisa qualitativa reconhece a subjetividade, o simbólico, bem como a intersubjetividade nas relações, considerando em suas análises o sujeito e o objeto, os atores sociais e investigadores, os fatos e significados e, por fim, as estruturas e representações, todas essas indissociáveis (MINAYO, 2014).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Fisioterapia da Unidade Dom Bosco, uma das unidades integrantes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), localizado em Juiz de Fora, Minas Gerais. O HU/UFJF mantém atendimento exclusivo para indivíduos que usam o Sistema Único de Saúde, além disso, conta com uma equipe multidisciplinar composta por professores, técnicos, residentes e alunos de diversas áreas da saúde, oferecendo atendimento humanizado e contribuindo na produção de conhecimento.

#### 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra do estudo foi por intencionalidade, ou seja, aquelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF.

Para inclusão no estudo, foram abordadas mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama, independentemente do tipo de cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora), com ou sem reconstrução mamária (imediate ou tardia), com idade acima de 18 anos. Não foram incluídas as participantes que apresentaram algum tipo de

comprometimento cognitivo, neurológico, visual ou auditivo que possa interferir na compreensão durante a coleta de dados; e que estiveram com a doença ativa, ou seja, aquelas com metástases da doença.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

#### 3.4.1 Instrumentos

Os dados foram colhidos através de uma entrevista individual, a qual foi direcionada por um roteiro semiestruturado (Apêndice II). As entrevistas foram gravadas em dispositivo móvel, modelo Samsung Galaxy J5 Metal, e transcritas em seguida, para apreender com fidedignidade as informações emergidas nos eventos do processo de pesquisa. Cabe destacar que logo após a análise das transcrições, o conteúdo foi apagado, com o propósito de fornecer sigilo das informações.

O roteiro da entrevista passou pelo crivo de quatro profissionais da área da saúde, a saber fisioterapeutas e psicólogas, e de algumas pessoas da comunidade, para adequação das perguntas. Com o objetivo de treinamento para a realização das entrevistas, o roteiro foi aplicado previamente com quatro pessoas, sendo que destas, duas já haviam tido câncer mamário, mas não poderiam participar do estudo por possuírem a doença ativa e comprometimento cognitivo.

#### 3.4.2 Procedimentos

O contato inicial foi realizado por meio de visitas ao ambulatório para conversa pessoal e convite para participar da pesquisa, ao longo do mês de abril de 2018. Como nem sempre foi possível estar presente nos dias e horários dos atendimentos, e também, pelo fato das participantes possuírem atividades sociais, terapêuticas e exames de rotina, algumas foram contatadas por meio telefônico, através das fisioterapeutas do serviço. Após explicação dos objetivos do estudo, foi agendado um segundo momento, para realização da entrevista individual nas dependências do HU/UFJF.

Também, enfrentou-se dificuldades no que tange ao local para realizar os encontros, já que as dependências do ambulatório de fisioterapia nem sempre estavam disponíveis e devido ao grande trânsito de usuários na instituição, o ambiente tornava-se ruidoso e agitado, inviabilizando tanto a qualidade sonora dos áudios quanto o diálogo com as participantes.

Para sanar tal problema, algumas entrevistadas foram convidadas a fazer a entrevista em sala adequada, situada no prédio ao lado, a saber a faculdade de Fisioterapia. Por ocasião da entrevista individual, esclarecendo as dúvidas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cada participante foi informada sobre os objetivos da mesma e o destino dos dados fornecidos, podendo optar por participar ou não, sem nenhum prejuízo na assistência. Tais esclarecimentos foram pautados nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Mediante a assinatura do TCLE (Apêndice I), iniciou-se a coleta dos dados.

Após estes procedimentos, finalizou-se a coleta com um total de 10 entrevistas, onde encerrou-se a coleta, já que o número de mulheres atendidas no ambulatório é limitado e o prazo da pesquisa estava se esgotando. Contudo, o rigor metodológico foi mantido e observou-se a reincidência e complementaridade das experiências e informações, alcançando um critério de saturação com o entendimento de que os dados poderiam responder os objetivos da pesquisa.

Este número de participantes é aceitável para uma pesquisa com caráter qualitativo, pois que este desenho não vislumbra a quantificação para representatividade numérica, mas a qualidade das respostas com profundidade para compreensão das dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2014).

### 3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A partir da coleta dos dados, foi aplicada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), que é um conjunto de procedimentos sistematizados visando à análise das comunicações, ou seja, o conteúdo de mensagens. Essa metodologia é constituída por procedimentos sistemáticos realizados de modo sequencial, sendo organizada em três pólos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O primeiro pólo, a pré-análise, corresponde à fase de organização do conteúdo, em que se tece intuições com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais do conteúdo, ou seja, a organização do material. Nesse sentido, para a sistematização das ideias, temos algumas etapas a seguir: a leitura flutuante e a escolha de documentos. A leitura flutuante compreende o momento de contato com o conteúdo, em que se analisa e conhece o texto, nesse caso, as entrevistas, levando em consideração os objetivos estipulados no trabalho, tornando a leitura

mais precisa. Já a escolha de documentos, corresponde à formação do *corpus*, ou seja, o material organizado e, para a sua composição é preciso aplicar cinco regras: exaustividade (trabalhar todo o tema, sem deixar de fora qualquer elemento); representatividade (formação de amostras que representem um universo homogêneo; homogeneidade (o material selecionado deve ser obtido a partir de técnicas semelhantes e pelos mesmos indivíduos, além disso, deve apresentar o mesmo tema); pertinência (correspondência entre os objetivos do estudo e o material organizado, envolvendo a (re)formulação de objetivos e hipóteses da pesquisa, referenciação dos índices e desenvolvimento de indicadores, e por fim, a formulação do material, por exemplo, a gravação e transcrição de entrevistas na íntegra, ou mesmo, a edição dos textos que compõem o material) e exclusividade (cada elemento deve ser classificado em apenas uma categoria) (BARDIN, 2016; SANTOS, 2012).

O segundo pólo, exploração do material, seria a administração sistemática das decisões tomadas anteriormente na pré-análise. Essa fase é extensa e consiste na transformação dos elementos da pesquisa e, por conseguinte, a separação desses em unidades - codificação dos dados (BARDIN, 2016; SANTOS, 2012).

Por fim, o terceiro pólo, tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação -, busca tratar os resultados brutos de modo que se tornem válidos e significativos. Para tal, utiliza-se desde operações estatísticas simples até a formulação de quadros de resultados. Sendo assim, dando relevância às informações obtidas, o pesquisador pode propor inferências e interpretações, considerando os objetivos previstos assim como descobertas inesperadas (BARDIN, 2016).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este trabalho atende um dos objetivos propostos no Projeto de Pesquisa “DE PEITO ABERTO: percepção das usuárias e da equipe sobre o adoecimento, o tratamento e assistência no câncer de mama”, já aprovado pelo Comitê de Ética pelo parecer 1.047.539, de 04 de maio de 2015 (Anexo I).

A pesquisa proposta apresentou risco mínimo, ou seja, os riscos a que as participantes estão expostas no seu cotidiano, havendo a preocupação e atenção da pesquisadora no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, interação interpessoal e respeito humano. E, em caso de relato de desconforto por parte de alguma das participantes, foi esclarecido que poderia ser encaminhada ao serviço de psicologia do HU/UFJF. Vale

ressaltar que foram observados os aspectos éticos em todo o processo de investigação, de acordo com a Resolução CNS nº 510, de 27 de maio de 2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.



## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

Em relação aos dados sociodemográficos referentes às participantes da pesquisa, constatou-se que a faixa etária variou de 39 a 70 anos, com predomínio da cor/raça branca, correspondendo a 70% das mulheres, e uma pequena parcela (30%) se considerou mulata, negra e amarela.

No que tange à escolaridade, 60% das participantes apresentaram ensino médio completo, 20% ensino fundamental incompleto e 20% ensino fundamental completo.

Quanto à situação conjugal, 30% eram casadas, 20% divorciadas, 20% viúvas, 20% em união estável, e 10% solteira.

Ademais, quanto a ter ou não filhos, apenas uma das mulheres alegou não ter filhos (10%), ao passo que as demais (90%) alegaram ter de um a três filhos, com variação de idade de 14 a 45 anos.

Evidenciou-se, também, que a maioria das mulheres (60%) integravam um grupo familiar composto por três pessoas, e as demais com duas pessoas (10%) e uma pessoa (30%) na composição familiar.

Além disso, a respeito da renda familiar, 50% das participantes apresentaram renda em torno de três salários mínimos, 10% dois salários mínimos e meio, 10% um salário mínimo e meio e 30% um salário mínimo.

Por fim, quanto à religião, 90% das mulheres relataram praticar alguma religião, com a prevalência da religião católica (70%), sendo que, destas, 40% se consideram frequentes, e 30% pouco frequentes. A religião evangélica compreendeu 20% das entrevistadas, todas frequentes. Apenas uma das mulheres (10%) relatou não ter religião.

Estes dados serão demonstrados na tabela abaixo ((Tabela 1).

**Tabela 1. Perfil sociodemográfico das participantes**

	<b>Idade</b>	<b>Escolari- dade</b>	<b>Cor/Raça</b>	<b>Filhos: Idade</b>	<b>Situação Conjugal</b>	<b>Composição Familiar</b>	<b>Renda*</b>	<b>Religião</b>
<b>E1</b>	62	Fundamental incompleto	Branca	Três: 40/40/36 anos	Viúva	1 pessoa	1 sal. mínimo	Católica praticante
<b>E2</b>	53	Fundamental completo	Branca	Um: 26 anos	Solteira	2 pessoas	3 sal. mínimos	Católica praticante
<b>E2</b>	49	Fundamental incompleto	Preta	Duas: 21/14 anos	Casada	3 pessoas	3 sal. mínimos	Católica praticante
<b>E4</b>	60	Ensino médio completo	Mulata	Um: 16 anos	Casada	3 pessoas	3 sal. mínimos	Evangélica Praticante
<b>E5</b>	48	Ensino médio completo	Branca	Um: 23 anos	Casada	3 pessoas	3 sal. mínimos	Evangélica Praticante
<b>E6</b>	48	Ensino fundamental completo	Amarela	Um: 18 anos	Divorciada	3 pessoas	1 sal. mínimo	Católica não praticante
<b>E7</b>	70	Ensino médio completo	Branca	Dois: 45/35 anos	Divorciada	1 pessoa	1,5 sal. mínimo	Católica praticante
<b>E8</b>	47	Ensino médio completo	Branca	Dois: 25/20 anos	União estável	3 pessoas	3 sal mínimos	Católica Praticante
<b>E9</b>	58	Ensino médio Completo	Branca	Dois: 34/28 anos	Viúva	3 pessoas	1 sal. mínimo	Católica Praticante
<b>E10</b>	39	Ensino médio Completo	Branca	Nenhum	União Estável	1 pessoa	2,5 sal. mínimos	Não tem religião

\*Sal. mínimo = salário mínimo vigente em novembro de 2018.

Fonte: próprio autor.

#### 4.2 PERFIL CLÍNICO DAS PARTICIPANTES

No que diz respeito ao perfil clínico das participantes da pesquisa, em relação ao tempo de cirurgia, houve uma variação de 1 a 20 anos, com o predomínio da mastectomia total (90%), sendo que apenas uma delas fez uma quadrantectomia (10%). Todas as participantes realizaram esvaziamento axilar e apenas 30% relataram não ter feito reconstrução mamária. Por fim, constatou-se que todas as entrevistadas necessitaram de terapias complementares à cirurgia: quimioterapia (70%); radioterapia (40%); e hormonioterapia (90%). Cabe ressaltar que quase a totalidade das mulheres, necessitou realizar mais de uma terapia adjuvante: 30% realizou quimioterapia e hormonioterapia; 30%

realizou quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia; 30% somente hormonioterapia e apenas 10% quimioterapia e radioterapia (Tabela 2).

**Tabela 2. Perfil clínico das participantes**

	<b>Tipo de cirurgia</b>	<b>Tempo de cirurgia</b>	<b>Reconstrução Mamária</b>	<b>Terapias Complementares à cirurgia</b>
<b>E1</b>	Mastectomia Total	8 anos	Não	Quimioterapia / Hormonioterapia
<b>E2</b>	Mastectomia Total	5 anos	Sim	Quimioterapia / Hormonioterapia
<b>E2</b>	Mastectomia Total	5 anos	Sim	Hormonioterapia
<b>E4</b>	Mastectomia Total	7 anos	Sim	Quimioterapia / Radioterapia
<b>E5</b>	Mastectomia Total	10 anos	Sim	Quimioterapia / Hormonioterapia
<b>E6</b>	Mastectomia Total	5 anos	Sim	Hormonioterapia
<b>E7</b>	Quadrantectomia	20 anos	Não	Quimioterapia / Radioterapia / Hormonioterapia
<b>E8</b>	Mastectomia Total	5 anos	Sim	Hormonioterapia
<b>E9</b>	Mastectomia Total	5 anos	Não	Quimioterapia / Radioterapia / Hormonioterapia
<b>E10</b>	Mastectomia Total	1 ano	Sim	Quimioterapia / Radioterapia / Hormonioterapia

*Fonte: próprio autor.*

Segundo o estudo de Haddad, Carvalho e Novaes (2015), houve predominância do diagnóstico da neoplasia mamária em mulheres com idade a partir de 50 anos, apresentando consonância, em parte, com os dados reunidos no presente estudo, já que foi observado o diagnóstico do câncer de mama em 50% das participantes com idade acima de 50 anos e em 50% com idade abaixo dos 50 anos. Em contrapartida, outras constatações levantadas pelos autores estão em consonância com as evidências apontadas na presente pesquisa, em que se observa predomínio de abordagens terapêuticas que englobam a cirurgia de mastectomia radical, esvaziamento axilar e, por fim, terapias neoadjuvantes, conforme demonstrado na Tabela 2.

#### 4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Com o propósito de facilitar o processo e, também, a compreensão da análise minuciosa dos resultados, distribuímos as unidades de registro oriundas da análise do conteúdo das falas, em três grandes categorias, sendo elas: "Incertezas: o nascer do sol virá ou

não?"; "Autocuidado"; e "Motivação para a vida". Ao longo da discussão dos resultados, cada unidade de registro será exposta, conforme suas respectivas categorias, sendo utilizados recortes das falas das entrevistas das mulheres, identificadas por E1 até E10, conforme a ordem de entrevista de cada participante, com o objetivo de ilustrar os temas elencados no decorrer da análise.

#### 4.3.1 Incertezas: o nascer do sol virá ou não?

As unidades de registro que resultaram nessa categoria maior foram as seguintes: "Incertezas"; "Medo"; e "Depressão".

O diagnóstico do câncer vinculado a toda trajetória desgastante de cuidados direcionados ao combate dessa doença transforma a mulher em protagonista de um filme de sua própria vida baseado em incertezas e temores variados, no qual a perda da identidade feminina, assim como a recidiva da doença e a possibilidade da morte, assumem o papel de vilões, gerando um cenário pautado por instabilidade física, emocional e social (BARBOSA et al., 2017; BATISTA et al., 2017; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; ROSSI; SANTOS, 2003).

Posto isso, a subcategoria "incertezas" emergiu nas falas de metade das participantes (50%), cujos relatos mostram que, embora nos últimos anos tenha havido uma vigorosa modernização tanto dos mecanismos de rastreamento quanto das abordagens terapêuticas, por sua vez, aumentando a sobrevivência das mulheres acometidas pela neoplasia mamária, ainda permanecem vestígios de incertezas, atrelados ao estigma presente no câncer de mama, trazendo à tona, reflexões angustiantes para a mulher, como a finitude da vida, corroborando os resultados dos estudos de Batista et al. (2017), Almeida, Guerra e Filgueiras (2012), Hoffmann, Muller e Frasson (2006) e Rossi e Santos (2003). Essa questão foi um dos achados do presente estudo, sendo representada através dos trechos a seguir:

E5 - *Aí, a gente faz uma reflexão da vida. Aí, eu falei: - "Meu Deus! E, agora? Ou eu enfrento ou morre"*.

E7 - *Ah você fica triste. Você fica imaginando: - "Será que eu vou sobreviver isso"?*

E8 - *Pode tudo... pode tudo mudar, né? Pode mudar o tratamento. Pode parar. Pode dar certo, pode não dar. É incerto. Eu achei isso.*

Ainda sob essa ótica, uma das participantes (E9) demonstrou desconfiança, particularmente, a respeito da existência de medicamentos considerados por ela mais eficientes e que permitiriam, de fato, segundo ela, a cura do câncer:

*E9 - Eu penso assim: os médicos até tentam ajudar a gente o máximo que eles podem. A fisioterapia, em tudo, porque vocês, aqui, com suas pesquisas, motivam a gente. Mas eu acho que na verdade, é... uma máscara, sabe. Porque, o que a gente lê, é que já foi descoberta, como é que fala? A cura. Só que tem uma máfia por trás disso tudo, que não deixa chegar os remédios melhores para a gente. Então, eu acho que é isso.*

Além disso, uma outra forma de incerteza foi notada no discurso de E3 e E8, marcada de certa insegurança em relação ao diagnóstico e ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde:

*E8 - Eu penso o seguinte: que não dá nada certo. Que a gente não tem garantia, né? (...) Que eles [profissionais de saúde] olham o exame e veem qual é a melhor forma [de tratamento]. (...) Qual que vai ser melhor, né?*

O relato acima gera reflexões sobre as formas como os profissionais de saúde conduzem o processo de tratamento do câncer, desde o diagnóstico, passando pelas terapias, até alcançar a reabilitação. A abordagem com as mulheres acometidas pelo câncer mamário é impregnada por termos técnicos, com tempo reduzido de explicação mais detalhada e o próprio distanciamento dos médicos, provavelmente devido ao modelo biomédico que desconsidera a complexidade do ser humano e das diversas facetas que envolvem a saúde. Esta situação gera, segundo elas, certa confusão quanto aos tratamentos que serão aplicados, seus efeitos colaterais e possíveis complicações, o que desencadeia incompreensão, insegurança e desânimo, podendo também influenciar na adesão ao tratamento por parte da mulher, sendo essa, o sujeito principal para alcançar bons resultados, no que diz respeito ao prognóstico. Percebe-se que as orientações não são compreendidas pelas mulheres e, portanto, há baixa adesão aos tratamentos e/ou orientações oferecidas, o que vai de encontro aos achados de Batista et al. (2017), Loyola et al. (2017) e Gonçalves et al. (2009).

Uma vez que a mulher não compreende ou entende apenas parcialmente as terapêuticas para combate ao câncer, seus efeitos adversos e as orientações acerca dos cuidados com a saúde em geral, e, portanto, não sente segurança no que é proposto, elas tendem a negligenciar as ações de autocuidado, ou exercê-las de forma automática, sem compreender o propósito das mesmas. Conforme apontam Batista et al. (2017), Loyola et al.

(2017) e Cesse e Paiva (2015), frequentemente, diversas informações são transmitidas através das falas dos profissionais de saúde para as mulheres, porém, permanecem dúvidas acerca desses cuidados, como demonstrou E7:

*E7 - Mas, assim, você não... tinha quase explicação do que estava acontecendo. Não sabia o que ia fazer, não. Praticamente, nenhuma.*

Batista et al. (2017) destacam que há a necessidade de sistematização da assistência, oportunizando um espaço de escuta e acolhimento, com a possibilidade de consultas compartilhadas por profissionais de diversas áreas, visando a redução de fatores estressores e a melhoria no bem-estar físico e emocional das mulheres assistidas. Os autores destacam que, a despeito das inseguranças e sentimentos negativos diante do diagnóstico e dos tratamentos, as mulheres se utilizam da religiosidade como importante ferramenta de suporte perante o sofrimento ocasionado pela doença. Diante da ameaça da vida, as mulheres relatam que a fé em Deus traz otimismo, equilíbrio emocional e esperança.

Com o propósito de acolher essa população de mulheres, Dias et al. (2017), Loyola et al. (2017), Farias et al. (2015) e Vasconcelos et al. (2013) discorrem acerca dos benefícios dos grupos de apoio, com a criação de ambiente que foca na escuta e no diálogo sobre as questões que envolvem o adoecimento, as possibilidades de tratamento e o processo de enfrentamento, gerando uma rede de apoio social, na qual, se destaca a educação em saúde e a troca de informações. Acrescenta-se a isso, a possibilidade de compartilhamento das trajetórias e experiências de enfrentamento, fortalecendo os laços de confiança entre as participantes e dessas com os profissionais de saúde. As constatações apontadas pelos autores mencionados corroboram os achados observados nos trechos a seguir:

*E2 - ... se uma está com problema aqui, entra no “whatsapp”, a gente discute aquele problema porque a gente já tem um grupinho nosso, entendeu?*

*E8 - Participar do grupo Vitoriosas lá no (...) [cita o hospital ...], eu gosto, também. Acho que faz parte. É fundamental. Lá eu aprendo bastante! Muita coisa!*

*E9 - (...) a conversa das meninas do grupo [do “whatsapp”], todas, quer dizer, a convivência com o grupo, porque cada uma tem uma coisa para contar. Eu acho muito importante o grupo.*

Nessa perspectiva, a educação em saúde surge como uma ferramenta interessante enquanto elemento de motivação à implementação de atitudes que contribuem para a saúde física e, também, no âmbito mental, através de atividades de lazer bem como atividades

sociais (RADINA; ARMER; STEWART, 2014; BORDALLO; TEIXEIRA, 2013). Se faz necessário frisar que todas as orientações veiculadas no momento da educação em saúde devem levar em consideração o contexto social, no qual, a mulher está inserida, respeitando as características socioculturais. Posto isso, a adequação dos comportamentos de vida saudável, favorece a reinserção da mulher acometida pelo câncer de mama na sociedade, permitindo que percepções negativas, tais como a vergonha, desânimo, angústia, sejam, aos poucos, dissipadas e superadas (BORDALLO; TEIXEIRA, 2013). Dias et al. (2017) reforçam que a crença religiosa pode interferir positivamente no impacto e no enfrentamento do câncer de mama na vida da mulher, servindo como motivador para adesão ao tratamento e colaborando também nos aspectos gerais de saúde e na qualidade de vida.

Além do mais, essa população de mulheres pode ser tomada por um onda de incertezas quanto ao tratamento selecionado pelos profissionais de saúde, incertezas essas desencadeadas pela escassa, ou mesmo, nenhuma compreensão sobre as terapêuticas empregadas para tratar a neoplasia associada ao posicionamento por parte da maioria dos profissionais que foca na doença e suas consequências fisiológicas, esquecendo dos prejuízos em outros segmentos, a saber o domínio psicológico. E, também, incertezas sobre os efeitos adversos do tratamento e aquelas que envolvem o temor da recidiva do câncer, influenciado nas perspectivas de futuro e nos projetos os quais a mulher tem expectativas de concretizar, pois esta se encontra frente ao desconhecido, como foi colocado por Barbosa et al. (2017), Furtado et al. (2016), Pinto et al. (2015) e Pacheco (2012).

*E8 - Eles [profissionais de saúde], na parte prática, que eu digo. Que eles olham o exame e veem qual é a melhor forma. O que é melhor, né? Qual que vai ser melhor [tratamento], né? Pode tudo... pode tudo mudar, né? Pode mudar o tratamento. Pode parar. Pode dar certo; pode não dar. É incerto. Eu achei isso.*

*E10 - Estou um pouco assustada, ainda. Assim, poxa, eu estou um pouco confusa. A cabeça está um pouco confusa, ainda, né? Sobre a situação.*

Logo, o medo surge como fruto dessas incertezas que foram, aos poucos, semeadas e assumindo as faces do receio de recidiva do câncer, fracasso das terapias de combate à neoplasia, negação da doença, insatisfação com o corpo, insegurança e ansiedade frente ao desconhecido representado pelo futuro, frustração por abandonar os cuidados dedicados à família, afastando-se da identidade feminina imposta pela sociedade no que concerne à figura de mãe e esposa, tristeza diante da falta de empatia dos indivíduos que compõem suas redes sociais, temor frente a possibilidade de abandono por parte da família, e reclusão, muitas

vezes, gerada pela vergonha de ter sido mais uma vítima do câncer. Enfim, diversas máscaras que, uma a uma, são desvendadas neste novo capítulo de suas vidas e puderam ser percebidas pelos autores Machado, Soares e Oliveira (2017), Furtado et al. (2016) e Almeida, Guerra e Filgueiras (2012). Os trechos abaixo, assemelham-se ao que foi concluído pelos autores supracitados:

*E2 - Não, não pretendo mesmo... porque seria recomeçar uma coisa [reconstrução mamária] que eu não estou preparada... eu não tenho psicológico pra passar por isso.*

*E10 - Mas falar que eu estou satisfeita com o corpo, isso, eu não estou. Isso é fato. Porque daí, assim, eu acho que eu sempre tive o meu corpo de um jeito, e de repente, vê de outro. E você não pode muda nada. Isso daí é meio complicado.*

O temor de recidiva do câncer assume o papel de fantasma na vida das mulheres que vivenciaram o câncer de mama e, a cada novo exame de rotina para controle da doença, tais mulheres são assombradas, despertando os medos mais profundos, como expostos pelos recortes dos discursos transcritos abaixo:

*E3 - Então, o que me desanima, assim, igual, eu fiz um exame agora, tirei um raio x do fêmur, aí deu um probleminha. Aí você, já pensa lá na frente, entendeu? Como que vai ser. Quê que vai ser. O quê que é. Está na mão da minha oncologista.*

*E5 - Mas, isso, com o passar do tempo que você vai fazendo os exames, vai vindo como está. Se tem metástase. E, aquela angústia de ficar esperando biópsia, e... aí... é dar tempo ao tempo, não é?*

*E8 - O câncer, não. O câncer é todo dia. Está marcado. É um fantasminha que está ali. Você faz um exame e pensa assim: - 'Ah meu Deus! Lá vem o resultado'. (...) Igual você sente uma dor de cabeça e pensa: - 'Ah meu Deus, será que...?' E é bobeira, né? Estou vendo que é bobeira porque ele [câncer] vem sem sintoma, né? Aliás, o corpo avisa, mas, né? Mas, aí, a gente fica com esse fantasma.*

Não obstante, o medo da morte descrito por Barbosa et al. (2017), Furtado et al. (2016) e Almeida, Guerra e Filgueiras (2012) em suas respectivas pesquisas, permanece assolando as mulheres, infligindo um sofrimento psicológico que pode se materializar em acontecimentos como o falecimento de indivíduos que compõem o círculo social dessa mulher, principalmente se a razão do óbito for o câncer.

*E2 - Quando terminou o tratamento [da quimioterapia], aí faleceu uma amiga minha, que estava tratando junto comigo, aí eu entrei em síndrome do pânico da noite.*

*E5 - "Eu vou morrer! Todo mundo morre com câncer!" É a primeira coisa que vem à cabeça da gente (...).*



Nessa perspectiva, a depressão pode se manifestar, dificultando a caminhada das mulheres em busca da cura do câncer, como relatam Machado, Soares e Oliveira (2017), Furtado et al. (2016), Brito, Portela e Vasconcellos (2014) e Almeida, Guerra e Filgueiras (2012), e pode-se observar nos relatos de 50% das participantes. A tristeza e o abatimento psíquico que surgem vinculados às mudanças acarretadas pelo adoecimento, entre elas, a aceitação do diagnóstico, o afastamento do convívio social e a destruição de vínculos afetivos, podem atuar como fatores desmotivadores para a mulher, acarretando prejuízos tanto na adesão às terapêuticas quanto na realização dos cuidados com a própria saúde, determinante imprescindível para se obter o sucesso do tratamento.

*E1 - Quando eu estava nessa angústia eu não conseguia sair de casa não. Eu queria ficar só presa!*

*E2 - Agora psiquiátrico, porque eu... eu tive uma depressão assim que eu terminei o tratamento eu tive uma reversão (...).*

*E6 - Eu era uma pessoa muito animada. Trabalhava, mas... passeava... saía com os amigos. Depois do câncer, não. Ai, foi aos poucos, o casamento acabou... o marido não apoiava... fiquei assim, muito caseira... sou muito sedentária, entendeu? Tudo eu vejo dificuldade... então, assim, foi muito difícil.*

*E7 - Eu ficava chorando muito. Chorava e chorava... chorava muito. Eu ficava chorando debaixo do chuveiro. Eu chorava debaixo do chuveiro porque daí eu saía e ninguém sabia que eu tinha chorado (...) é muito, mas é muito, muito, muito difícil escutar. Dói, a gente fica, assim, meio baqueada (...).*

A mulher que vivencia o câncer de mama é tomada por incertezas nos âmbitos físico-biológico e psicossocial, incluindo o medo da recidiva da doença, e que podem influenciar de maneira significativa na postura com a qual enfrentará todas as mudanças, sejam essas positivas - adoção de estilo de vida mais saudável -, sejam essas negativas - reclusão social e depressão. Para sobreviver e superar as adversidades impostas por essa enfermidade, a mulher lança mão de estratégias para enfrentamento de acordo com seus conhecimentos e experiências prévias acerca da vida, tais como, práticas religiosas, o apoio da família e dos profissionais e/ou participação em grupos de apoio.

#### 4.3.2 Autocuidado

Esta categoria foi construída a partir das seguintes unidades de registro que se revelaram na análise temática: "efeitos adversos", "fatores de limitação/barreiras", "fatores de proteção" e "fatores de motivação".

A partir do momento em que a mulher recebe o diagnóstico do câncer de mama e se vê diante de um processo de adoecimento inevitável, muitas reflexões emergem a respeito das mudanças oriundas desse acontecimento em sua vida. Dessa forma, a compreensão dessa nova situação, bem como o amadurecimento das ponderações que surgem nesse contexto de modificações nas atividades cotidianas da mulher podem assumir faces negativas, pautadas pela persistência do sentimento de negação, de desânimo diante das terapias agressivas propostas pelos profissionais envolvidos, pelo sentimento de abandono e pela possibilidade de morte ou, por outro lado, faces positivas, refletindo no entendimento de que, parte do processo de enfrentamento, engloba as ações que a mulher assume frente ao tratamento (ADORNA; MORARI-CASSOL; FERRAZ, 2017; FURTADO et al., 2016; PACHECO, 2012).

Nesse sentido, o AC surge como resultado da aceitação e amadurecimento do novo cenário imposto pela doença, compreendendo estratégias adquiridas pelas mulheres direcionadas ao viver de modo saudável, adotando atitudes de proteção da saúde, desde alimentar-se de maneira saudável e manter o bem-estar mental até praticar atividades físicas regularmente e evitar hábitos de vida considerados nocivos à saúde (FERREIRA, 2018; VAN-DIJCK et al., 2016; PACHECO, 2012; SILVA et al., 2010), como se observa nas falas a seguir:

*E2 - Cuidados com a alimentação, exercícios físicos, e o que eu acho que é mais importante, é o exercício psicológico. Manter sempre em alta, sempre em dia porque senão tudo tende a cair.*

*E4 - Eu nunca fumei. Bebida alcoólica eu usei em uma época, assim, socialmente, e era cerveja, mas, mesmo antes de eu ter o câncer, eu já tinha parado, e hoje, eu não uso. Nem o cigarro... Não sou de fazer extravagâncias, assim, em termos de alimentação, perder noites de sono, por causa disso ou daquilo. Eu sou ansiosa, sou preocupada, sou muito ansiosa, mas assim, tento me controlar o máximo que eu posso.*

*E9 - Tomar muita água, que eu tomo demais. E me alimentar. Eu como comida que eu faço. Eu não como fora. É muito difícil eu comer fora. Então eu considero isso saudável. Gosto de legumes. Gosto de frutas (...)*

Tendo em vista o fato de que muitos são os efeitos colaterais desencadeados pela cirurgia em si e os demais tratamentos adjuvantes empregados no combate à neoplasia da mama, conforme apontaram Dias et al. (2017) e Farias et al. (2015), e considerando, ainda, os depoimentos das entrevistadas, foi criada a subcategoria "efeitos adversos".

Com base nas falas das depoentes, constatou-se a presença marcante da sensação de mutilação devido à retirada da mama, órgão de suma importância no sentido de identificação com o universo feminino, fazendo emergir a questão da alteração da imagem corporal e, conseqüentemente, prejuízo da autoestima, provocado por essa enfermidade, assemelhando-se com o que foi evidenciado por Carvalho et al. (2018), Machado, Soares e Oliveira (2015), Almeida, Guerra e Filgueiras (2013) e Rossi e Santos (2003).

*E1 - Ah, mudou porque eu fiquei sem a mama, não é?*

*E8 - Por exemplo, a mastectomia, né? A mastectomia é... você não tem noção até ficar sem a mama. Muda muito. A mama não tem mais sensibilidade, é rígida. É como se tivesse a sensação de ter uma carne no dente. Fica essa sensação. No meu caso, é. Porque, no meu caso, não tem músculo. É só a prótese e a pele.*

*E10 - (...) não deixa de ser uma mutilação, né? Porque você, seu corpo, fica alterado. Agora, assim, você olha assim e vê que aquilo ali, não é o que você tinha.*

Carvalho et al. (2018) destacam que, com as transformações acarretadas pela retirada da mama, a mulher necessita reestruturar uma nova imagem corporal, criando uma forma diferente de ver e conviver com seu corpo modificado. As autoras relatam que, neste processo de adaptação e ressignificação da vida, muitas mulheres passam a ver a cirurgia da mama como a solução para o problema - a retirada do câncer.

Outras repercussões puderam ser observadas no presente estudo, desencadeadas, principalmente, pela quimioterapia, que, por ser um tratamento sistêmico, gera diversos incômodos, como descritos por Cunha (2018) e Van-Dijck et al. (2016). A fadiga secundária à quimioterapia gera desânimo, cansaço e limitações às mulheres, comprometendo as atividades cotidianas e seu cuidado com a saúde. Ademais, pode manifestar alterações de humor, angústia, intolerância e impaciência.

Se faz relevante destacar o fato de que a fadiga foi citada como uma das reações à quimioterapia que mais trazem perturbações, acompanhada pela dor, náuseas e modificações na imagem corporal. Segundo as participantes do estudo, a fadiga reduz o desempenho físico, desencadeia fraqueza e cansaço extremo, peso e lentidão, deficiência na concentração e na habilidade para resolver problemas. Esses pontos mencionados encontram-se em consonância com os achados descritos por Cunha (2018), Barbosa et al. (2017) e Dias et al. (2017) em seus estudos.

*E2 - Teve que adiar uma [quimioterapia] porque a minha imunidade baixou. Eu passava muito mal. Eu ficava, assim, 10 dias, de cama, mesmo, sem conseguir, levantar a cabeça da cama. Era banho e cama. Cama e banho.*

*E6 - Varrer casa... eu tenho dificuldade... que eu sinto que eu vou varrendo e parece que eu canso. Aí eu tenho que parar para depois começar de novo.*

Van-Dijck et al. (2016) referem que a fadiga, associada à dor, disfunção sexual, ondas de calor, dores nas articulações e outras morbidades causadas pelo tratamento do câncer mamário, podem perdurar por vários anos mesmo após o término das terapêuticas, produzindo efeitos negativos na funcionalidade e na qualidade de vida das mulheres por longo período. Para manejo dos efeitos físicos da fadiga, as mulheres adotaram algumas práticas de AC: descanso, enquanto repouso físico; conservação de energia, como a realização das tarefas segundo sua disposição, limites e prioridades; e cuidado alimentar, como o consumo de determinadas frutas e outros alimentos que aliviavam as reações indesejáveis. Estas práticas também foram citadas nos estudos de Cunha (2018), Dias et al. (2017) e Farias et al. (2015).

*E1 - Agora, tudo que eu fazia, não posso fazer mais igual eu fazia. Eu tenho que fazer mais 'maneirado' e poucas coisas. Capinar eu não posso, né?*

*E8 - Olha, eu tento descansar, né? Procuo fazer as coisas devagar. Descansar. Eu faço... se é dia de fazer atividade física, organizo tudo direitinho, pra chegar em casa é... tomar um banho, deitar, colocar minhas pernas para cima, relaxar. Procurar sempre estar relaxada porque se eu tenho alguma tensão, meu corpo dói, aí, eu procuro isso. Eu mesmo falo que estou tendo esse cuidado comigo. Ir no meu limite."*

Vale frisar que, na presente pesquisa, a maioria das mulheres relatou ainda estar em tratamento, especificamente, a hormonioterapia, apontando os sintomas que, segundo elas, são resultados desse tipo de terapia adjuvante. Sabe-se que essa modalidade terapêutica, assim como as outras, acarretam efeitos colaterais que provocam modificações no corpo da mulher como a perda do cabelo, ganho de peso corporal, ondas de calor e retenção de líquido. Mas não se limitam à esfera física, pois alteram também o comportamento e o humor, desencadeando isolamento social, falta de libido, vergonha e depressão. Dessa forma, a autoimagem, a autoestima e os relacionamentos conjugais, familiares e sociais ficam comprometidos (FERREIRA et al., 2018; SOUZA et al., 2014).

*E8 - Agora, o Tamoxifeno [hormonioterapia], foi o que mais trouxe por conta dos hormônios, né? Primeira coisa: o libido, acabou, né?*

*E10 - Então, porque não é fácil você se olhar no espelho, você ver uma cirurgia, e não agradar daquilo, não é fácil. Falar que é fácil, não é, entendeu? Isso que acontece.*

De um modo geral, é como se a mulher não enxergasse mais sentido na vida, tendo dificuldade de perceber o seu papel enquanto mulher tanto no seio familiar quanto na sociedade. O papel de cuidadora do lar e da família assumido pela mulher em termos socioculturais é, muitas vezes, invertido devido à fragilidade na qual ela se encontra pela situação de adoecimento e dos tratamentos. Ou seja, a cuidadora agora passa a ser a que necessita de cuidados (CARVALHO et al., 2018; RECCHIA et al., 2017; DIAS et al., 2017). Esta mudança no papel das mulheres pode ocasionar sentimentos de incapacidade e de frustração.

Segundo Carvalho et al. (2018), Pinto et al. (2015) e Geronasso e Coelho (2012), a espiritualidade é a base fundamental para enfrentamento do câncer, servindo de ferramenta para aliviar as angústias e os medos e, ainda, como agente motivador para adesão aos tratamentos e adaptação ao novo cenário de vida que as mulheres acometidas pela doença enfrentam.

No presente estudo, a limitação mais frequente no discurso das entrevistadas foram as disfunções nos braços, principalmente, no lado da cirurgia, indo ao encontro com o que foi descrito por Recchia et al. (2017), que expuseram as alterações no âmbito da funcionalidade dos membros superiores a longo prazo em mulheres que sofreram intervenção cirúrgica e terapias focadas no tratamento do câncer. Neste estudo foi observado que as consequências na função do membro superior, como parestesia e edema, poderiam ter tido mais influência dos procedimentos de esvaziamento axilar e terapias adjuvantes, a saber a radioterapia e a quimioterapia.

Outras comorbidades oriundas das intervenções propostas para o combate ao câncer de mama, especificamente, a cirurgia, foram expostas por Farias et al. (2015) e Radina et al. (2014) cujos estudos mostraram que a intervenção cirúrgica acarreta diversas consequências, como por exemplo a limitação nos movimentos do braço, o linfedema e aderência da cicatriz.

*E4 - Dá cirurgia foi o braço porque, assim, eu levanto o meu braço, mas, hoje em dia, eu não consigo trocar uma lâmpada. Eu até troco mas com dificuldade. E eu varro a casa, eu não deixo de varrer (...) mas e depois fico com o braço todo pesado(...) e, tem mais coisas assim como colocar ou pegar as coisas no alto. Eu tenho que pegar com o braço esquerdo, pois com o braço direito eu não consigo. Ele [braço] suspende mas eu não consigo ir com os dois braços para pegar, não é?!*

*E8 - O esvaziamento da axila me trouxe várias limitações, por conta de fraqueza nos braços. Eu não consigo torcer um pano. Não consigo, igual eu falei, limpar uma geladeira. Trouxe muitas limitações.*

Considerando o que foi exposto pelas entrevistadas, pode-se concluir que as limitações provocadas pelo tratamento como um todo interferem na qualidade de vida dessas mulheres, visto que muitas atividades cotidianas que antes eram executadas com destreza e sem maiores dificuldades por elas, atualmente, precisam ser desenvolvidas com esforço e, muitas vezes, abandonadas ou realizadas com a ajuda de outras pessoas. Neste sentido, cabe frisar a importância da rede social nesse momento de adaptação frente às dificuldades, ou mesmo, suporte diante das frustrações acarretadas pelo déficit funcional. Achados semelhantes foram percebidos por Cunha et al. (2018), Barbosa et al. (2017), Dias et al. (2017), Ambrósio e Santos (2014) e Radina, Armer e Stewart (2014).

*E4 - Olha, o peso eu não pego porque quando eu faço compras, por exemplo, é meu marido quem trás.*

*E5 - Minha filha é... eu não faço faxina, mais.... igual eu fazia... arrastava as coisas igual eu fazia. Eu não faço mais. Quando vai arrastar, é minha filha e meu marido que arrastam. Eles não deixam. Quando eu vou ao mercado, eles não deixam eu pegar nada.*

A despeito das limitações, Carvalho et al. (2018), Cunha et al. (2018) e Dias et al. (2017) descrevem o processo de adaptação dessas mulheres à nova situação, procurando rearranjar a rotina da casa e seus afazeres, contando, para isto, com a ajuda e apoio de familiares. Para lidar com esta reação adversa, Cunha et al. (2018) e Dias et al. (2017) identificaram diferentes práticas complementares e estratégias não farmacológicas, destacando o AC e o cuidado oferecido pelo outro.

Dias et al. (2017), Machado, Soares e Oliveira (2014) e Pisoni et al. (2013) advogam que a rede de apoio composta pelos familiares, amigos e profissionais da saúde se mostra relevante no processo de enfrentamento da doença. Radina, Armer e Stewart (2014), Pisoni et al. (2013) e Geronasso e Coelho (2010) realçam que essa rede funciona como um fator motivador, auxiliando a mulher na confrontação e aceitação de sua nova condição, tornando-a participativa no AC e na prevenção de possíveis agravos ocasionados pelos tratamentos. Desta feita, a assistência se torna mais complexa, já que envolve a necessidade de compreensão dos aspectos espirituais, físico-biológicos, psicológicos e socioculturais das mulheres com câncer.

A remoção cirúrgica da mama bem como a dificuldade para a realização dessas atividades, gera constrangimento e o sentimento de vergonha nessas mulheres, pelo fato de não se sentirem capazes de cuidar da casa e da família. Além disso, muitas tiveram que se afastar ou mesmo abandonar as suas atividades laborais, trazendo prejuízo financeiro atrelado

aos sentimentos de desvalorização e incapacidade, como também apontam Carvalho et al. (2018) e Dias et al. (2017). Ainda nesse contexto, Dias et al. (2017) defendem que há uma redução na diversidade de relacionamentos interpessoais, considerando o trabalho um ambiente em que se pode criar condições de socialização. Portanto, o impacto da mastectomia não se delimita à esfera física, mas em diversos aspectos da vidas das mulheres acometidas pelo câncer de mama.

*E6 - Na... por exemplo, na mastectomia, a dificuldade do braço é muito grande. Para mexer, fazer o serviço do dia a dia, ainda, é muito grande. É assim... varrer casa, às vezes, eu varro, tenho que parar um pouquinho... igual eu falei a questão de levantar o braço... ainda não é 100%, entendeu?*

A singularidade da vivência da mastectomia e todos os efeitos adversos inerentes ao tratamento criam um ambiente hostil, no qual é preciso que ocorra uma readaptação reunindo tanto fatores internos - adaptabilidade, crenças e valores - quanto fatores externos - acessibilidade aos serviços de saúde, continuidade nos tratamentos, rede de apoio e o contexto no qual a mulher está inserida (DIAS et al., 2017).

Apesar das limitações físicas reais, para Radina, Armer e Stewart (2014), a percepção das barreiras na participação de atividades podem ser reais ou percebidas, o que vai interferir no gerenciamento do AC, fazendo com que a mulher tome as decisões de mudança no comportamento e no estilo de vida baseada na expectativa dos benefícios que tais ações possam representar em sua saúde.

De acordo com Pacheco (2012), é necessário que as mulheres com câncer de mama compreendam o processo de adoecimento, a situação de fragilidade gerada pelos tratamentos e a importância e benefícios das ações de AC, desenvolvendo mudanças e adaptações em sua rotina com vistas ao cuidado com a saúde, objetivos para os quais os profissionais de saúde podem colaborar com estratégias de conscientização e motivação para favorecer a adoção de novos hábitos de vida.

Diante disso, a mulher adota diversas estratégias de enfrentamento, tais como crença religiosa e a fé, ou mesmo, a inserção de uma rotina de exercícios físicos ou terapêuticos, a saber a fisioterapia e a participação em grupos de apoio, fatores esses que demonstram o surgimento de disposição e capacidade que, por conseguinte, contribuem para a realização das atividades de vida diárias e redução das limitações funcionais, favorecendo o cuidado com a própria saúde (CARVALHO et al., 2018; DIAS et al., 2017).

Outra dimensão dos benefícios percebidos na participação do grupo foi a dedicação maior ao AC. Conforme Loyola et al. (2017) e Vasconcelos et. al (2013), isto se deve ao fato de que as mulheres, além de conhecerem mais sobre a doença e seu corpo, concentram maior cuidado em si mesmas, dando prioridade à sua própria vida, mudando o foco anterior, que era o cuidado com os outros. Elas se tornam mais disciplinadas no cuidar da própria saúde, considerando-a essencial.

*E2 - Fritura, evito, não como fritura. Eu não como carne gordurosa. Eu como muita fruta, coisa que eu não comia. Como muita salada, entendeu? Coisa que eu não tinha tempo, porque eu trabalhava, hoje eu paro, eu fiz esse tempo pra mim.*

*E4 - Porque tudo aquilo que eu vejo, que é para o meu benefício, eu vou atrás.*

Para mais, segundo Farias et al. (2015), mesmo sabendo dos benefícios da atividade física, a maioria das mulheres não adere a esta prática. Os autores destacam o apoio dos familiares, a presença de profissionais especializados nos grupos de reabilitação, o uso de música na realização dos exercícios e o reforço das orientações por meio de um manual, são fatores motivadores para adesão à prática de exercícios físicos, além de proporcionar momentos lúdicos que favorecem uma distração da situação de adoecimento.

*E7 - Ah, eu precisava de ficar menos preguiçosa. Estou precisando, urgentemente, de fazer uma caminhada. Começar a animar a fazer a caminhada de manhã.*

Nessa perspectiva, a educação em saúde surge como uma ferramenta interessante enquanto elemento de motivação à implementação de atitudes que contribuem tanto para prevenção quanto para manutenção de boas condições de saúde (BORDALHO; TEIXEIRA, 2013).

Os efeitos desencadeados pela terapêutica de combate ao câncer representam o ápice de uma pirâmide de limitações que ao longo da caminhada em busca da cura dessa enfermidade, constituem barreiras para realização do autocuidado e para a própria recuperação e reinserção social. Em situações variadas, barreiras como o acesso as instituições de saúde e seus serviços prestados, aquisição de medicamentos e alimentos saudáveis, ou participação de atividades de lazer e interação social, tornam o percurso cada vez mais frustrante e cansativo, desenvolvendo na mulher uma miscelânea de percepções acerca desse novo capítulo em suas vidas (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017;



BARBOSA et. al, 2017; ASSIS; MAMEDE, 2016; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2013).

Nesse sentido, elementos essenciais para realizar ações de autocuidado podem sofrer comprometimentos relevantes, como, por exemplo, o preparo de refeições saudáveis e obtenção de fármacos, se pensarmos que, a maioria das mulheres, devido a neoplasia mamária, afastam-se do mercado de trabalho, acarretando baixas no âmbito financeiro, impossibilitando, por sua vez, que adquiram alimentos de qualidade ou os medicamentos prescritos pelo médico devido aos altos custos, segundo relatos das próprias entrevistadas.

*E6 - Ah... a minha dificuldade, mesmo, diária, é uma renda que eu não tenho e dificulta, muito, em tudo. Porque, em tudo, você precisa de uma renda. Então, assim, aí eu tenho que pedir ajuda para minha mãe. Então, é medicamento, é minha mãe. É uma roupa, é minha mãe. Então, assim, é muito difícil.*

*E9 - O que dificulta o cuidado da gente, muitas vezes, é o dinheiro. Falta de dinheiro para a gente comprar tudo que, a gente, às vezes, precisa.*

Além disso, a burocracia ainda latente em nossos serviços de saúde, percebidas por muitas dessas mulheres enquanto usuárias dos serviços de saúde pública e, no momento em que precisam de usufruir dos benefícios prestados, sentem-se lesadas e desmotivadas, por causa da demora na resolução. Ademais, até mesmo, questões como transporte coletivo que interferem no acesso aos atendimentos médicos, tornam-se fatores significantes nesse contexto, pois estressam a mulher que já se encontra fragilizada (BARBOSA et al., 2017; ASSIS; MAMEDE, 2016; PAIVA; CESSE, 2015)

*E5 - Ah... as dificuldades que a gente enfrenta com exames... a demora... a gente tem que ficar... a fisioterapia tem que ficar aguardando vaga... você tem que ficar ali, arrumando papelada para você resolver. Ao invés de darem 30 sessões, dão 10 sessões, aí você tem que ir lá no médico de novo. Vai ao posto, espera... espera ligarem para você, aí depois de seis meses, ligam para você. Aí, tem que vir, trazer aqui no lugar. Espera não sei mais quanto tempo. Isso aí estressa.*

Até mesmo as funções exercidas pela mulher imposta pelas características socioculturais vigentes ainda em tempos contemporâneos, como o papel de integrante da família que assume as atividades domésticas e de cuidado, podem manifestar-se como barreiras, uma vez que, em certas composições familiares, a mulher prioriza as necessidades dos demais integrantes da família em detrimento das próprias necessidades, entre elas, ações de cuidado com a própria saúde, com o objeto de resolver todas os problemas de cunho

familiar, demonstrando um comportamento de altruísmo admirável (FURTADO et al., 2016; AMBRÓSIO; SANTOS, 2014). Esta atitude imbuída de abnegação, pode ser observada no trecho extraído da fala de uma das entrevistadas:

*E6 - Eu preciso de um pouco mais de tempo para cuidar de mim e da minha saúde... me dedicar mais... então, assim, como no caso da minha mãe... como eu vivo para ela, então meu tempo vai todo para ela. Então, nesse período eu vou esquecendo de mim. Então, quando eu vejo que está acontecendo alguma coisa, quando eu percebo mesmo, já aconteceu. Então, fica muito difícil.*

Contudo, essa atitude de preocupação desinteressada pelo próximo, pode adotar a postura de motivação, sendo um dos fatores que incentiva a mulher acometida pelo câncer de mama, a vestir-se com uma capa de bravura e força diante dessa tempestade provocada pela enfermidade em questão. Nessa perspectiva, a mulher se torna destemida e reconhece motivos pelos quais precisa persistir adiante pelos caminhos criados pelo diagnóstico do câncer, sendo muitas vezes, os familiares a fonte desse manancial de esperança, como pode ser constatado a partir das falas abaixo:

*E1 - A minha presença é tudo pra elas [filhas]... Na minha família só tem minhas três filhas, os netos e o genro, só. Eles precisam de muita força."*

*E4 - Primeiro eu, assim, o meu bem-estar porque eu ficando bem eu posso ajudar a minha família. Eu tenho a meu marido e meu filho com 16 anos, e, a minha motivação, é o meu filho porque eu acho que ele, com seus 16 anos, já é mais coisa e tudo, mas ainda precisa de mim.*

*E6 - Porque eu tenho que cuidar da minha mãe. É dela que eu tiro forças para seguir em frente. Então, eu tenho que cuidar dela e cuidar de mim para eu poder cuidar dela.*

Dependendo da profundidade dos vínculos criados, a mulher que vivencia esse tipo de adoecimento ainda assumindo o papel de cuidadora com o propósito de poupar aqueles com quem convive em seu círculo familiar e social. Ela omite suas aflições e lágrimas, pois percebe que os seus familiares e amigos foram afetados, também, por essa enfermidade, enfrentando a tristeza com outras ferramentas nas quais confia e acredita serem tão eficientes quanto o afeto daqueles que a cercam, como a fé, as crenças e práticas religiosas e os grupos de apoio dos quais participa (CUNHA, 2018; LOYOLA et al., 2017; ADORNA; MORARI-CASSOL; FERRAZ, 2017; AMBRÓSIO; SANTOS, 2014). Carvalho et al. (2018) ainda ressaltam que a família, além de ser fonte de apoio, pode ser a fonte de motivação para que a mulher enfrente todo o processo de adoecimento e os efeitos adversos dos tratamentos.

*E8 - Minha família, meus filhos, né? Meus pais, né? Porque não deve ser fácil para uma mãe e um pai saber que a filha passa por um tratamento de câncer. Imagina a cabeça deles? Então, eu tenho que estar bem emocionalmente.*

Entretanto, mostrar-se sempre disposta e impetuosa, adquirindo cada vez mais obrigações e deixando de lado questões como reorganização das tarefas existentes no ambiente familiar, pode fazer emergir sentimento de tristeza ao notar que as pessoas com quem apresenta grande proximidade, por exemplo, familiares ou amigos de longa data, não contribuem de alguma maneira na inserção dessa mulher em uma nova fase de sua vida. Nesse momento, a mulher tece reflexões e percebe que esse tipo de adoecimento, frequentemente, pode não ser compreendido pelas pessoas ao seu redor, semeando em sua mente sementes de constrangimento, vergonha e decepção. Essa evidência entra em discordância com o que foi apontado por Adorna, Morasi-Cassol e Ferraz (2017), que constataram em sua pesquisa uma reorganização da estrutura familiar em prol da mulher, mas concorda com os achados de Oliveira (2016), a qual relata que nem sempre a família propicia o apoio e a ajuda necessários.

*E9 - O mal humor das pessoas (...) Não, até dos próprios filhos. Às vezes fala assim alguma coisa e eles não fazem. Entendeu? Não te ajudam dentro de casa. Porque eu não tenho ajuda nenhuma. Eu faço meu serviço toda sozinha. Então, quer dizer, isso aí, dificulta a gente. É... machuca a gente. As pessoas não entenderem... às vezes, as pessoas acham que você deveria fazer mais do que você já está fazendo. Sendo que, você sabe que não pode. Que eu sou muito atirada, então, eu acabo fazendo. Mas eu sei que tem mulheres aqui que não conseguem.*

A falta de suporte por parte da família constitui uma das arestas que precisa ser aparada, junto à falta de empatia ou, simplesmente, compreensão por parte de outros indivíduos com quem a mulher estabelece algum relacionamento interpessoal. Com o intuito de se esquivar de possíveis agravantes dessa situação de fragilidade física e emocional, muitas vezes a mulher dissolve os vínculos afastando-se de pessoas que considera serem "negativas", conforme relato da entrevistada:

*E2 - Ah é isso. Eu preciso estar sempre com pessoas que me fazem bem. Sempre pessoas positivas. Sempre pessoas do bem. Pessoas que são mal humoradas eu (...).*

Nessa conjuntura, destaca-se a necessidade da mulher estar na maior parte do tempo próxima de indivíduos que, sensibilizados por essa trajetória marcada por superação e

redescoberta do ser mulher, exaltem suas características mais marcantes assim como motivem sua caminhada e tomem a figura dessa mulher, sobrevivente, exemplo de superação e resiliência.

*E8 - O que me motiva é estar junto de outras pessoas participando de atividades físicas. É estar na minha comunidade, sempre trabalhando, ajudando, sendo amiga, passando a minha experiência, positiva, né? Se eu posso passar uma experiência positiva sobre a minha doença, principalmente, para minha comunidade, minha família, é bom.*

Além disso, acrescenta-se a mudança no estilo de vida como estratégia de proteção por parte dessas mulheres, uma vez que se faz necessário agregar à rotina atitudes comprovadamente consideradas saudáveis, tais como, a prática de atividade física, alimentação balanceada e socialização, ou seja, ações direcionadas ao cuidado com a própria saúde, como destacam Van-Dijck et al. (2016) e Pacheco (2012).

*E3 - Cuidados com a alimentação, exercícios físicos, e, o que eu acho que é mais importante, é o exercício psicológico. Manter sempre em alta, sempre em dia porque senão tudo tende a cair.*

Nesse sentido, a atuação do profissional de saúde adquire um status de suma importância enquanto veiculador de informações pertinentes a respeito das ações de autocuidado que a mulher acometida pelo câncer mamário deve adotar, desde de cuidados básicos com o lado homolateral à cirurgia, como não depilar as axilas, até a sugestão de participação de grupos de apoio, contemplando todas as castas de cuidado com a saúde e que, de alguma maneira, foram comprometidas pelo câncer.

Ferreira (2018) aponta, dentre as estratégias de enfrentamento utilizadas, o AC, representado pela adesão às orientações profissionais e adoção de hábitos de alimentação saudável e a prática de exercícios físicos; o pensamento positivo, como um olhar positivo acerca das situações; e o trabalho, representado tanto na realização de tarefas domiciliares como no exercício de uma profissão. Essa evidência vai ao encontro do que Cunha (2018) e Loyola et al. (2017) destacam em seus estudos, reforçando que o vínculo estabelecido nas relações entre as mulheres e delas com os profissionais favorece a adesão ao tratamento. Nos recortes abaixo observa-se que as mulheres buscam aderir às orientações passadas pelos profissionais e consideram a realização de exames e consultas como parte das ações de autocuidado.

E2 - *Então, aqui [hospital] quando a gente tem alguma dúvida, a gente tira com vocês [profissionais da saúde]. Vocês [profissionais da saúde] estão sempre prontos para atender a gente.*

E5 - *Não, eu faço todas [as orientações] que me passam. Nesse tempo todo, tudo que me ensinam, eu faço. Tenho cuidado com o meu braço, com o meu corpo... não pego peso, mais. Não faço nada que vai me prejudicar.*

E8 - *Ir ao médico, regularmente. Eu vou em todos que eles me encaminham, eu vou e faço todos exames que mandam eu fazer e levo. Tomo os remédios, direito.*

E10 - *Na área da saúde, quando eu estava fazendo fisioterapia, estava direto em contato com a médica, e ela me orientava muita coisa, também.*

Sendo assim, os grupos funcionam como uma ferramenta em potencial para esclarecimento de dúvidas acerca de todas as fases do tratamento do câncer, desde o diagnóstico até a reabilitação. Segundo Loyola et al. (2017), Dias et al. (2017) e Farias et al. (2015), o ambiente do grupo é favorável para essa população de mulheres no que tange aos benefícios psicossociais como a identificação com outras pessoas que passavam por experiências semelhantes de uma doença carregada de estigma, gerando uma sensação de conforto, além de possibilitar o compartilhamento de suas vivências numa troca positiva. Desta forma, o compartilhar de experiências motivava sua superação e a vontade de ajudar às demais. Portanto, o grupo serve de impulsionador que auxilia sua recuperação física, social e psicológica assim como sua ressocialização.

Outra dimensão dos benefícios percebidos na participação do grupo foi a dedicação maior ao autocuidado. Conforme Loyola et al. (2017) e Radina, Armer e Stewart (2014), isto se deve ao fato de que as mulheres, além de conhecerem mais sobre a doença e seu corpo, concentram maior cuidado em si mesmas, dando prioridade à sua própria vida, mudando o foco anterior, que era o cuidado com os outros. Elas se tornam mais disciplinadas no cuidar da própria saúde, considerando-a essencial e evidenciando a percepção dos benefícios do autocuidado.

E4 - *Porque tudo aquilo que eu vejo, que é para o meu benefício, eu vou atrás.*

E10 - *Olha, assim, eu tenho monitorado a minha alimentação. Mas, assim, tem algumas coisas em casa que eu já estou fazendo, assim, com mais cuidado, mas tenho feito, né? Porque eu sempre fui agitada. Sempre tive muita coisa para fazer. Aí, depois dessa cirurgia, eu fiquei um pouco de mão atada. Eu até fiquei preocupada com relação ao meu psicológico, porque eu estava ficando muito parada. Agora, estou voltando dentro do meu limite, a fazer as coisas.*

As repercussões do diagnóstico e das terapias agressivas para o câncer de mama acarretam modificações em todos os âmbitos da vida das mulheres acometidas, que por sua vez, apesar do sofrimento e tristeza, compreende as mudanças impostas pela enfermidade em questão, dentre as quais, destacamos a fadiga e as limitações do movimento do braço, alterando o papel delas enquanto mulher no contexto familiar, deixando de ser cuidadora para ser cuidada. A assistência em saúde nem sempre dá conta de toda a complexidade desse processo de adoecimento e recuperação. Diante deste quadro, as mulheres acometidas utilizam de diversas formas de adaptação e enfrentamento, usando desde a espiritualidade e a rede de apoio, até a redefinição de crenças e valores, como motivadores para modificar as suas ações de autocuidado, tais como alteração dos hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e participação em grupos de apoio, para recuperação da saúde e reinserção social, ressignificando sua própria vida.

#### 4.3.3 Motivação para a vida

A presente categoria, "Motivação para a vida", foi construída a partir da imersão na leitura e análise das entrevistas, de onde emergiram as seguintes unidades de registro: "Rede de apoio", "Religiosidade/Espiritualidade: cinco minutos com Deus" e "Crescimento pós-traumático: vale da sombra da morte".

O câncer de mama é um manancial profundo que atinge diversos domínios da existência da mulher, acarretando repercussões físicas, provocadas pela mutilação da mama e limitações no movimento do braço; emocionais, marcadas pela fragilidade psicológica diante da possibilidade da morte; sociais, acarretando alterações nos relacionamentos familiares e sociais. Perante esse quadro, as mulheres acometidas por essa doença embebida em estigma, buscam estratégias de enfrentamento variadas, com o objetivo de planejar um futuro e de motivação para a vida (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2013; HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006).

Nesse sentido, segundo Bittencourt (2018), Adorna, Morari-Cassol e Ferraz (2017), Dias et al. (2017), Oliveira (2016) e Hoffmann, Muller e Rubin (2006) a rede social surge como uma dessas estratégias pois confere suporte para a mulher frente a esse turbilhão de sentimentos e mudanças em sua vida, contemplando desde serviços específicos prestados, até o apoio recebido pelos entes familiares, englobando, também, demais pessoas de seu relacionamento. Além disso, a mulher recebe esclarecimentos a respeito da doença e todo o

processo de cura por parte da equipe de saúde (HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006). Esse aspecto foi evidenciado no presente estudo, no qual 80% das participantes relataram a relevância da rede de apoio social, bem como a diversidade de indivíduos que formaram essa rede ao longo da trajetória de combate ao câncer, como pode ser observado nos trechos a seguir:

*E2 - Então, aqui [no hospital] quando a gente tem alguma dúvida, a gente tira com vocês [profissionais da saúde]. Vocês estão sempre prontos para atender a gente. Em casa, a minha família me apoia muito. A minha filha está sempre... se eu tenho que fazer alguma coisa, ela diz: - “não mãe não faz isso não! Depois a gente a faz”.*

*E8 - Olha, o meu marido me ajuda de todas as formas. Ele me ajuda no trabalho de casa. (...) me leva para passear. (...) Agora, os meus filhos, me ajudam não levando problemas para mim. Eles evitam. O que eles podem evitar, eles evitam. Eles, nas tarefas de casa, me ajudam. Não estavam acostumados, mas aprenderam. Eu tenho muito apoio. De profissional, eu tenho apoio. Participo (...) [grupo de apoio]. Tem a psicóloga e a assistente social. Elas são um bônus na minha vida.*

*E10 - Ah, na família sempre tem, né? E tem a pessoa que está sempre te monitorando. E, também, na área da saúde, quando eu estava fazendo fisioterapia, estava direto em contato com a médica, e ela me orientava muita coisa, também.*

As bases da rede de apoio podem estremecer devido ao ambiente massacrante criado pela enfermidade neoplásica, acarretando prejuízos nos relacionamentos devido a atitudes de isolamento que, muitas vezes, as próprias mulheres assumem, com medo da discriminação por parte de familiares e amigos. Entretanto, mesmo com este movimento de afastamento, a aproximação se faz presente, criando laços familiares mais fortes no enfrentamento da doença, e gerando, inclusive, novos laços de amizade, corroborando os estudos de Adorna; Morari-Cassol e Ferraz (2017), Machado, Soares e Oliveira (2017), Dias et al. (2017) e Ferreira, Almeida e Rasera (2008). Nessas pesquisas, os autores observaram estreitamento das relações interpessoais, refletindo na aceitação da nova realidade, e, reorganização da estrutura familiar com o propósito de fornecer acolhimento e bem-estar a mulher nesse momento, superando as adversidades impostas pelo adoecimento.

*E4 - Lá em casa, eu já te falei. O meu marido até que me ajuda bastante, no caso, do peso. Tem coisas que eu vou fazer e ele me alerta sobre o braço, dizendo que eu não posso fazer devido ao braço. O meu menino, meu filho, também me ajuda bastante nesse ponto. Os profissionais no aspecto de dar explicações sobre o que evitar e outras formas de realizar.*

*E6 - Aí, foi aos poucos, o casamento acabou... o marido não apoiava... Ele como marido, como ser humano... uma pessoa, assim, descobriu uma doença... a pessoa vir chamar de doente... nossa... é o pior baque... é pior que a doença. É uma coisa muito difícil.*

E9 - (...) *agora, quanto À família... não... cada um faz o que tem que fazer mesmo, afinal de contas, são quatro irmãos que têm câncer. Cada um de um tipo.*

Contudo, como relataram Adorna, Morassi-Cassol e Ferraz (2017), a qualidade dos vínculos afetivos pode influenciar nos desfechos criados pelo adoecimento, uma vez que o companheiro pode ser um fator estressor - quando tem dificuldades de compreender o novo contexto -, ou, por outro lado, suporte - quando investiga os pontos fracos do relacionamento e a fragilidade de sua companheira por conta do adoecimento, e se esforça para fortalecer a relação e dar o apoio necessário à mulher.

E6 - *É assim... igual quando eu descobri a doença eu não tive apoio do marido... foi aonde surgiu o divórcio porque ele não me apoiou. Aí eu tive apoio, assim, só das minhas irmãs, da minha filha, entendeu?*

E7 - *Eu cheguei em casa, contei para o (...) [ex-marido], eu lembro direitinho... ele ficou meio assim. Aí contei para a minha menina. Meu menino era pequeno, então, ele não teve muita participação, não. Mas a (...) [filha] e o (...) [ex-marido] não foram muito participativos, não (...) então, aí depois, felizmente ou infelizmente, eu não sei, veio a separação.*

Nesse sentido, conforme apontou Bittencourt (2018) é de suma importância que os profissionais de saúde se atentem para os prejuízos que a neoplasia mamária acarreta nos relacionamentos, não limitando o cuidado apenas à mulher, mas também, alcançando toda a sua rede social, que se abala e se entristece diante do temor de perda do ente querido. Envolvendo a rede familiar e social na assistência, o suporte oferecido à mulher é fortalecido, criando-se um ambiente mais acolhedor e carregado de otimismo e esperança, contribuindo para ela prosseguir nessa caminhada.

E8 - *Olha, o meu marido (...) me ajuda no emocional, na minha autoestima (...) Ele me ajuda muito nisso. (...) Procura me ajudar em tudo. Eu nem sei o que seria de mim sem ele.*

Os grupos de apoio, na maioria das vezes interdisciplinares, demonstram bons resultados enquanto relevante instrumento de educação em saúde e apoio social. O grupo favorece um ambiente propício e acolhedor para as mulheres compartilharem suas experiências acerca do tratamento, estabelecerem novos vínculos de afeto, elucidarem informações sobre a neoplasia mamária e seus tratamentos e adquirirem confiança junto aos profissionais de saúde, encorajando-as a lutar contra o estigma da doença. Constitui-se, assim,



um cenário repleto de fatores motivacionais para a mulher desenvolver o autocuidado e superar os desafios, fortalecendo-se por meio da recuperação da autoestima, da adoção de um novo estilo de vida e, até mesmo, da reinserção no mercado de trabalho, conforme os pressupostos de Dias et al. (2017), Loyola et al. (2017), Farias et al. (2015), Vasconcelos et al. (2013), Gozzo et al. (2012), Gomes et al. (2003).

As falas de duas participantes estão em consonância com esses autores, pois reconheceram o grupo como uma fonte de alívio em meio ao sofrimento, bem como uma oportunidade de expor e agregar saberes tanto em relação aos profissionais de saúde quanto em relação às demais participantes do grupo, estreitando os laços afetivos e adquirindo mais confiança em relação ao próprio profissional de e à terapia ali realizada.

*E1- Mais ainda com o jeito que eles [profissionais da saúde] me tratam. Isso me faz bem. E a fisioterapia é muito legal. O jeito que te tratam te faz bem."*

*E2 - E a gente, igual eu, as meninas do grupo, a gente se ajuda. Se tiver dúvida, um a tira com a outra. E se uma está com problema (...) a gente discute (...)*

*E9 - (...) a convivência com o grupo (...)Uma hora, você chega triste e alguém te anima. Outra hora, a pessoa chega e você anima ela. Eu acho muito importante o grupo. E, a fisioterapeuta, porque está sempre colocando a gente para cima, né?*

Ainda sobre as ferramentas de enfrentamento empregadas pelas mulheres acometidas pelo câncer de mama, temos a religiosidade e espiritualidade que, de acordo com Pinto et al. (2015), Geronasso e Coelho (2013) e Gobatto e Araújo (2013), compreende uma gama de atitudes adotadas pelo indivíduo oriundas de reflexões influenciadas por contextos socioculturais, aplicadas nas interações com as pessoas e o mundo que cerca. Esse termo, de modo geral, engloba saberes intrínsecos, referentes à espiritualidade, e extrínsecos, representando a religiosidade, podendo ou não, coexistir ou correlacionar-se.

A fé foi considerada por quase a totalidade (90%) das participantes da pesquisa, uma alternativa valiosa, e, muitas vezes, resolutiva, diante do ambiente avassalador gerado pelo diagnóstico de câncer e o tratamento. Ademais, a fé, por vezes, torna-se um auxílio robusto frente às incertezas e medos, tanto para a família quanto para as mulheres. Cabe ressaltar, ainda, a influência positiva dessa vertente no dia-a-dia dessas mulheres, visto que assume a função de agente motivador, amenizando o desânimo frente ao autocuidado necessário, como exploram Carvalho et al. (2018), Dias et al. (2017), Pinto et al. (2015), Geronasso e Coelho (2013), Gobatto e Araújo (2013) e Hoffmann, Muller e Rubin (2006).

Semelhante ao que foi observado pelos autores supracitados, com base nos relatos das participantes, evidenciou-se que a grande maioria das mulheres inseridas nessa situação lançam mão sobre a religiosidade e espiritualidade para se adaptarem às mudanças provocadas pela neoplasia mamária de maneira mais resiliente, sendo também fonte de esperança e motivação para a vida.

*E3 - A minha religião, assim, religião, seja ela o que for, de quem for, ajuda muito! Muito, muito, muito! Eu acho que vem até antes do cuidado psicológico, sabe. Você manter a sua fé sempre viva, emana tudo de bom.*

*E4 - Olha, eu tenho muita fé em Deus. E, quando eu estou com alguma dificuldade, eu procuro ver o lado melhor. Se eu não posso resolver, então, eu coloco Deus em primeiro lugar. E tento resolver aquilo. Eu não fico com aquilo me perturbando.*

*E5 - Oração. Confiar em Deus. Fé! Primeiro lugar, fé! Vai dar certo. Já deu certo!*

*E7 - Não sou muito de ir à igreja, mas a gente tem um grupo de oração na nossa comunidade, no nosso bairro, que a gente participa toda semana.*

*E8 - Se você tiver a fé em Deus, que tudo vai dar certo, sabe? Que a vontade dEle é o principal, que tudo a gente aprende e é uma lição, entendeu? A gente precisa das arestas para poder melhorar.*

Embora 20% das participantes (E6 e E10) desse estudo tenham relatado não serem participantes ativas em atividades religiosas, sua crença em Deus favoreceu o processo de enfrentamento dos impactos da situação de adoecimento, corroborando os estudos de Pinto et al. (2015) e Geronasso e Coelho (2012).

Para Gobbato e Araújo (2013), a religiosidade e espiritualidade apresentam tanto uma face positiva, enquanto agente de atenuação da aceitação do diagnóstico e do tratamento, por sua vez, contribuindo para a adesão às terapias, quanto uma face negativa, no momento em que o indivíduo considera o adoecimento com uma determinação de Deus para pagar por um pecado cometido. Apesar dessa dualidade, especificamente no presente estudo, a contribuição positiva foi destacada nas entrevistas, indo ao encontro do que foi evidenciado por Carvalho et al. (2018) e Pinto et al. (2015).

*E3 - O ato de rezar me ajuda. A todo momento você tem dificuldades. Sempre tem alguma dificuldade que aparece. Se você tirar 5 minutos, ficar sozinha com Deus, sabe? Não questionar. Você pedir suporte para determinada situação, resolve.*

*E5 - Assim... bem, espiritualmente. Eu tenho fé. Dá ânimo. E... não acabou... que... vai dar certo.*

Assim como nos estudos de Geronasso e Coelho (2013) e Gerrero et al. (2010), nas entrevistas das participantes da presente pesquisa, foi averiguada a relação criada entre o câncer e um Ser Superior, considerando que as situações que ocorrem em suas vidas seriam permissão de Deus, segundo suas crenças. Ou seja, o que Ele decidir para suas vidas, seja cura da doença ou não, elas estarão resilientes, pois entendem como uma missão delegada com o propósito de gerar aprendizado.

*E8 - A minha fé. A minha religião. Estar sempre na presença de Deus, confiando nEle. Confiando na vontade dEle. Se Deus quiser, Ele cura. Se Ele não quiser... Ele cura do jeito dEle, sabe? Eu acho que isso é o principal.*

*E5 - Dou graças a Deus, pelo câncer, porque a minha vida é outra agora. Eu cuido mais de mim. Eu sou mais feliz. Hoje eu vivo, não vegeto.*

Além disso, a partir desses relatos e de outros que traziam consigo sentido semelhante e foram recorrentes ao longo do discurso dessa população de mulheres, emergiu mais uma subcategoria, "Crescimento pós-traumático: vale da sombra da morte". O crescimento pós-traumático, segundo Ramos (2016), Domingues (2014) e Araújo (2013), abrange um série de fenômenos, traumáticos ou não, que provocam no indivíduo transformações no âmbito cognitivo, contribuindo com os processos de adaptação frente a situações que exigem mais do indivíduo, tais como a descoberta de alguma doença. Esse conceito contempla, de um modo geral, três grandes domínios, sendo estes, as alterações na compreensão sobre si próprio, as alterações no entendimento sobre os vínculos afetivos e, por fim, as alterações sobre os valores e convicções de vida adotados.

Estes autores, ainda, discorrem a respeito da presença frequente desse recurso de aprendizado na trajetória experimentada por mulheres acometidas pelo câncer de mama, indo ao encontro do que foi revelado nos discursos reunidos no presente estudo. Notou-se que, de maneira unânime, as participantes demonstraram o aspecto positivo do surgimento de uma doença que colocasse sua vida em risco, para alterarem a percepção e o estilo de vida adotada até o diagnóstico da neoplasia mamária, tanto para a mulher quanto para aqueles que formam o seu círculo social, priorizando outros aspectos na rotina e a ressignificação de seus valores:

*E5 - (...) dou graças a Deus pelo câncer na minha vida porque eu... eu aprendi a cuidar de mim.*

*E6 - Ah... hoje eu já estou sabendo controlar melhor porque antes eu era, assim, muito explosiva, então, tudo eu colocava desculpa na doença. Mas não é assim que funciona. Então, agora, eu estou aceitando melhor as coisas.*

*E8 - Precisou de uma doença dessas, para eu ver que todo mundo tem que ajudar. E foi bom para todo mundo. Um aprendizado muito bom. Tiramos um proveito muito bom disso.*

O aprimoramento da percepção das mulheres acerca das ações realizadas por elas no dia-a-dia trouxe a conclusão de que todo esse processo traumatizante desencadeado pelo câncer permitiu a identificação de fatores nocivos à qualidade de vida, tais como rotinas laborais e domésticas exaustivas em detrimento das práticas de autocuidado, essenciais para uma saúde física e mental de qualidade, dentre essas, a práticas de exercícios e atividades sociais, como pode ser percebido nos discursos a seguir:

*E2 - (...) descobri outro lado que eu não tinha. Que antes era só trabalho e cuidar de casa. Hoje, pra chegar lá em casa, tem que marcar hora, praticamente, entendeu? Eu não paro em casa! Mas, agora esse mês de agosto, é apresentação de coral direto, dos pais. Então assim, eu não paro, a gente assim, a minha qualidade de vida melhorou exatamente aí (...)*

*E3 - Então, assim, o câncer, apesar de ser algo muito chato, muito chato mesmo, me trouxe infinitas coisas maravilhosas, sabe, que depois que eu tive o câncer, eu descobri o que é fazer uma fisioterapia, uma hidroginástica, um exercício físico. O câncer me deu a oportunidade de estar no meio de pessoas bacanas.*

*E8 - Pensa bem: a pessoa teve um câncer e não morreu com ele, não... é... eu estou bem... graças a Deus! Eu aprendi tanta coisa! Ganhei tanta coisa! Tanta vida. Tanta qualidade de vida!*

Além disso, comprova-se por meio dos relatos das participantes E2, E3, E4, E5 e E7, a redescoberta da vida, a ressignificação da existência, percebida através da modificação da visão do mundo e dos acontecimentos, bem como o autoconhecimento, aprimorado frente às reflexões suscitadas pelos desafios levantados pelo tratamento contra câncer:

*E2 - Eu acho que minha vida é muito mais importante, do que qualquer coisa.*

*E3 - Porque eu passei pelo vale da sombra da morte! Não é?! Então, por isso. Quando a gente bate de frente, vemos que a vida é muito curta, e os problemas são tão pequenos diante da vida da gente, diante do que a gente passa, que a gente começa a encarar de outra forma.*

*E5 - Porque eu vi a morte de frente. E, quando a gente vê a morte de frente, a gente começa a dar valor à vida.*

*E7 - Nós que passamos por essas dificuldades, vemos a vida com muito mais alegria... muito mais satisfação, então, se é uma coisa negativa... chega uma pessoa e diz que está com câncer de mama, eu não ponho essa pessoa para baixo. Tento elevar a moral dela o máximo possível. Mostrar para ela que, hoje em dia, é tudo mais fácil, tudo*

*muito bom... que a gente consegue superar com facilidade... a gente tem que tentar superar. Lógico. Na medida do possível, você vai...*

O diagnóstico da neoplasia mamária afeta diversos segmentos da vida da mulher, desde físico-biológicos até sociais e psicológicos, provocando prejuízos significativos, influenciando nas relações interpessoais, que podem se estremecer devido a complexidade dessa enfermidade, ou se fortalecer, em resultado do processo de amadurecimento frente as adversidades e readaptação do dia-a-dia da mulher e seus familiares e amigos.

Posto isso, a mulher desenvolve estratégias de enfrentamento a partir dos fatores motivacionais proporcionados pela rede de apoio, a saber o diálogo com familiares, participação em grupos de apoio e convivência com os profissionais de saúde, pela religiosidade e espiritualidade enquanto fonte de fé, resiliência, otimismo e perseverança, e por fim, modificação de sua visão de mundo, envolvendo percepções e crenças, configurando crescimento pós-traumático, em parte, importante, para a mulher aceitar de maneira mais atenuada todas as repercussões oriundas do adoecimento.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu um melhor entendimento sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres frente às repercussões biopsicossociais desencadeadas pelo diagnóstico e tratamentos do câncer de mama e a as influências - negativas ou positivas - sobre as ações de autocuidado.

Tanto o diagnóstico quanto as terapias propostas para o combate à neoplasia mamária são devastadoras e acarretam efeitos adversos como alteração da imagem corporal, fadiga, depressão, prejuízo na movimentação do braço, com limitações para a realização das atividades cotidianas e de autocuidado, dentre outros, alterando o papel da mulher nas relações familiares, laborais e sociais.

O temor da morte e recidiva da doença despertam insegurança e medo frente ao futuro, tanto para a mulher quanto para aqueles que são próximos a ela, semeando incertezas quanto o diagnóstico e terapias propostas, as quais muitas vezes focam na doença e suas consequências físico-biológicas, dedicando menos atenção aos demais segmentos que envolvem o processo de saúde-adoecimento.

O processo de enfrentamento é individual, fruto das características socioculturais e vivências de cada mulher, sendo a espiritualidade, em específico, e a religiosidade, manifestada pela fala das participantes - fonte de fé, otimismo e resiliência -, e a rede de apoio - grupos de apoio, familiares e profissionais -, ambos fatores motivacionais que favorecem a ressignificação de suas crenças e valores.

Os grupos de apoio surgem como uma ferramenta significativa, enquanto ambiente de escuta, aprendizado e acolhimento através do compartilhamento de experiências e sentimentos, gerando suporte e a criação de novos laços afetivos. Desta forma, o grupo favorecendo as estratégias de enfrentamento e adoção de práticas de autocuidado, pois permitem que a mulher compreenda os caminhos e benefícios dessa jornada.

Concluiu-se que embora o câncer de mama seja uma doença estigmatizada e as terapêuticas de combate sejam agressivas, as mulheres redescobriram suas próprias vidas, adquirindo crescimento pessoal frente às mudanças, ressignificando sua visão de mundo e de si próprias, fortificando os vínculos afetivos e escrevendo novos capítulos em suas vidas.

## REFERÊNCIAS

- ADORNA, E. da L.; MORARI-CASSOL, E. G.; FERRAZ, N. M. S. A mastectomia e suas repercussões na vida afetiva, familiar e social da mulher. **Saúde** (Santa Maria), v. 43, n.1, p.163-168. 2017.
- ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, jul./set. 2013.
- ASSIS, C. F; MAMEDE, M. A mamografia e seus desafios: fatores socioeducacionais associados ao diagnóstico tardio do câncer de mama. **Iniciação Científica Cesumar**. v. 18, n. 1, p. 63-72. jan/jun. 2016.
- AMBRÓSIO, D. C. M; SANTOS, M. A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n. 3, p. 851-864. 2015
- ARAÚJO, L. T. (2013). **Crescimento pós- traumático em mulheres acometidas por câncer de mama: revisão sistemática da literatura**. Dissertação de mestrado, Programa de pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
- BATISTA, K. A. et al. Sentimentos de mulheres com câncer de mama após mastectomia. **Revista de enfermagem UFPE online**. Recife. v. 11, n. 7, p. 2788-94. jul. 2017.
- BARBOSA, P. A. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. v. 17, n. 2, p. 401-416. abr./ jun. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad.: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BITTENCOURT, J. F V. A mulher submetida à mastectomia e as fontes de apoio que estabelece com a sua rede social primária. In: FILGUEIRAS, M. S. T.; FARIA, H. M. C.; ALMEIDA, T. R. de. **Câncer de mama: interlocuções e práticas interdisciplinares**. Curitiba: Editora Appris, 2018. p. 157-170.
- BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 547-54, maio/ago. 2005.
- BORDALLO, F. R.; TEIXEIRA, E. R. Educação em saúde em um grupo de orientação para alta de mulheres mastectomizadas. **Rev. Enferm UFPE online**, Recife, v. 7. n. esp., 4304-4307, maio 2013.
- BRITO, C; PORTELA, M. C; VASCONCELLOS, M. T. L. de. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Revista Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 284-295. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CARVALHO, S. M. et al. Corpo, funcionalidade, espiritualidade e câncer de mama. In: FILGUEIRAS, M. S. T.; FARIA, H. M. C.; ALMEIDA, T. R. de. **Câncer de mama: interlocuções e práticas interdisciplinares**. Curitiba: Editora Appris, 2018. p. 137-156.

CESAR, P. G. C. et al. Utilização de plataforma gênica no prognóstico do câncer de mama. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 3, p. 154-161, set./dez. 2012.

CUNHA, N. F. Experiências de mulheres com câncer de mama no manejo da fadiga secundária à quimioterapia. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil. 2018.

DIAS, L. V. et al. Mulher mastectomizada por câncer de mama: vivência das atividades cotidianas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Online**. v. 9, n.4, p.1074-1080. 2017.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 3, n. 24, dez. 2003.

DOMINGUES, C. I. G. *Vinculação, regulação emocional e crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama*. Dissertação de mestrado, Mestrado integrado de psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. 2014.

FARIAS, L. M. A. et al. Grupo de mulheres mastectomizadas: construindo estratégias de cuidado. **Revista Sanare**. Sobral. v. 14. n. 2. p. 91-97. 2015.

FERREIRA, C. B.; ALMEIDA, A. M.; RASERA, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu: SP, v. 12, n. 27, p. 863-871, out./dez. 2008.

FERREIRA, M. B. L. S. *Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-operatório do câncer de mama*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. 2018.

GERONASSO, M. C. H; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Revista Saúde e Meio Ambiente**. v. 1, n. 1, jun. 2012.



- GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Bras. Enfermagem**. v. 64, n. 1, p. 53-59, jan./fev. 2011.
- GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 575-80, out/dez. 2009.
- GOMES, F. A. et al. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 292-295, set./dez. 2003.
- GOBATTO, C. A.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais de saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, abr. 2013.
- GOZZO, T. O. et al. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado a mulheres com câncer de mama. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 306-311, jun. 2012.
- HADDAD, N. C; CARVALHO, A. C. de. A; NOVAES, C. de. O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Revista Hupe**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 28-35. 2015.
- HOFFMAN, F. S.; MÜLLER, M. C.; FRASSON, A. L. Repercussões psicossociais, apoio social e bem estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde e Doenças**. Lisboa: Portugal, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006.
- HOFFMANN, F. S.; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 2, P. 143-150, jul./dez, 2006.
- LOYOLA, E. A. C. de. et al. Grupo de reabilitação: benefícios e barreiras sob a ótica de mulheres com câncer de mama. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 26, n. 1, p. 1-10. 2017.
- MCLAUGHLIN, J. M. et al. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**. v. 30, n. 36, p. 4493-4500, dec. 2012. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2012.39.7695>>. Acesso em 13 nov. 2017.
- MACHADO, M. X; SOARES, D. A; OLIVEIRA, S. B. *Significados do câncer de mama* 433 para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 2, n.3, p. 433-451. 2017.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC. 2014.
- OLIVEIRA, T. R. **Câncer de mama e imagem corporal**: a percepção da imagem corporal e do impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia)-Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016.

PAIVA, C. J. K; CESSÉ, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 61, n. 1, p. 23-30. 2015.

PINTO, A. C. et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista Saúde.Com**. v.11, n.2, p. 114-122. 2015.

PISONI, A. C.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; SCARTON, J.; LORO, M. M.; SOUZA, M. M. DE; ROSANELLI, C. de L. S. P. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Online**. v. 5, n. 3, p. 194-201. 2013.

PACHECO, A. E. Motivação para o autocuidado na atenção primária em Saúde. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-Universidade Federal de Minas Gerais. Formiga, 2012.

QUEIRÓS, P. J. P; VIDINHA, T. S. S; ALMEIDA FILHO, A. J. de. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. v.4, n.2, p. 157-164, nov./dez. 2014.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.63, n.5, p.727-734, set./out., 2010.

SILVA, A. R. S. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista Rene**. v.12, p.952-959, Fortaleza, 2011.

SOUZA, B. F. de. Mulheres com câncer de mama em uso de quimioterápicos: sintomas depressivos e adesão ao tratamento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 22, n. 5, p. 866-73. set/out. 2014.

SANTOS, F. M. dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**. v. 6, n. 1; mai. 2012.

RADINA, M. E.; ARMER, J. M.; STEWART, B. R. Making self-care a priority for women at risk of breast cancer – related lymphedema. *Journal of Family Nursing*. v. 20, n. 2, p. 226-249. 2014.

RAMOS, A. C. M. B. *Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: um programa de intervenção*. Dissertação de doutorado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2016.

RECCHIA, T. L.; PRIM, A. C.; LUZ, C. M. da. Upper limb functionality na quality of life in women with five-year survival after breast cancer surgery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.39, n3, p.115-122. 2017.

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.

TOMAZELLI J. C *et al.*, Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: Estudo descritivo com dados do SISMAMA 2010- 2011. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 26, n.1, p 61- 70, jan/mar 2017.

VASCONCELOS, S.C et al. Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.79-83, jan/mar. 2013.

VAN DIJCK, S.; NELISSEN, P.; VERBELEN, H.; TJALMA, W.; GEBRUERS, N. The effects of physical self-management on quality of life in breast cancer patients: A systematic review. **The Breast.** v. 28, p. 20-28, maio, 2016.

## APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF  
36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar do estudo **AUTOCUIDADO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA**, o qual faz parte da pesquisa **DE PEITO ABERTO: percepção das usuárias e da equipe sobre o adoecimento, o tratamento e assistência no câncer de mama**.

Nesse estudo pretendemos: a) Compreender o AC na perspectiva das mulheres acometidas pelo câncer de mama, atendidas no Ambulatório de Fisioterapia do HU/UFJF; b) Reconhecer os fatores facilitadores e impeditivos para a realização do AC; c) Identificar como essas mulheres aplicam o autocuidado no dia-a-dia.

O motivo que nos leva a estudar este tema é compreender os fatores motivacionais e os impeditivos para o autocuidado e, a partir disso, realizar mudanças nas ações de assistência às mulheres acometidas por câncer de mama.

Para o estudo, com sua autorização, estaremos gravando as entrevistas. Realizaremos as transcrições do material, mas estas informações são confidenciais e nem o seu nome nem o desta instituição de saúde serão revelados em nosso trabalho. Isto quer dizer que o que você relatou é importante para que possamos aprofundar nosso conhecimento acerca do câncer de mama, seus tratamentos e a assistência realizada, mas ninguém saberá que foi você quem nos disse isso. Também estaremos aplicando com você questionários e escalas que possam avaliar os aspectos de funcionalidade, qualidade de vida e imagem corporal.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Para participar deste estudo a Sr<sup>a</sup> não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sr<sup>a</sup> tem assegurado o direito à indenização. A pesquisa tem risco mínimo, ou seja, os mesmos que se está exposto no dia a dia, além, de a Sr<sup>a</sup> ter o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sr<sup>a</sup> é atendida pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. De forma alguma isto será anotado no seu prontuário ou comentado com qualquer outro profissional desta instituição.

A Sr<sup>a</sup> não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar dessa pesquisa. Se você desejar conversar mais sobre as questões abordadas neste estudo, poderemos encaminhá-la para um atendimento no setor de Psicologia. Mas, lembre-se, você é livre para desistir de participar desta pesquisa no momento em que quiser.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário - Universidade Federal de Juiz de Fora, e a outra será fornecida a Sr<sup>a</sup>. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos

objetivos do estudo **AUTOUIDADO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

---

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Ambulatório de Fisioterapia – Hospital Universitário / Unidade Dom Bosco - Universidade Federal de Juiz de Fora**

Pesquisador responsável: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Simone Meira Carvalho

Endereço: Rua Eugênio do Nascimento, s/nº - bairro Dom Orione - Juiz de Fora – MG – CEP: 36.038-330.

Tel.: (32)4009-5318 (4ª feira, pela manhã) ou (32)99958-0429 (celular).

E-mail: simeiracarvalho@hotmail.com

## APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

### 1. Perfil socioeconômico

- Nome:
- Escolaridade:
- Composição familiar (com quem mora):
- Renda familiar:
- Filhos/idade:
- Profissão/trabalho atual:
- Idade:
- Estado Civil:
- Cor da pele:
- Situação conjugal atual:
- Situação conjugal atual:
- Religião/praticante:

### 2. História da doença

- O que representou para você o câncer de mama?
- O que você sabia sobre a doença/câncer de mama? Como você obteve estas informações?
- Como foi, para você, a retirada da mama (o que representou)?

### 3. Perfil clínico

- Tipo de cirurgia:
- Esvaziamento axilar:
- Reconstrução mamária:
- Exames feitos para diagnóstico:
- Data:
- Linfonodo sentinela:
- Data:

#### 3.1. Outros tratamentos

Qual tipo de tratamento você realizou?	
- Quimioterapia	período:
- Radioterapia	período:
- Hormonioterapia	período:
- Outros:	período:

#### 3.2. Complicações dos tratamentos

- O que você pensa sobre o(s) tratamento(s) para o câncer?
- Você sabe quais complicações o tratamento pode causar? Como obteve essas informações?
- Houve alguma complicação dos tratamentos (químio, radio ou hormonioterapia)?
- Houve alguma complicação da cirurgia?    ( )dor                                    ( )linfedema  
   ( )alteração de sensibilidade                                    ( )limitação do movimento  
   ( )outros \_\_\_\_\_
- Por que você acha que essas complicações acontecem?
- Você percebe se alguma coisa que você fez piora essa(s) complicação(ões)?
- Você sabe o que fazer para evitar que essas complicações piorem? O que? Como você obteve estas informações?
- Você realiza alguns desses cuidados para não agravar a situação? Se sim ou não, por quê?

- Você recebeu alguma orientação dos profissionais de saúde sobre estas complicações que a doença e/ou os tratamentos podem causar? Quais?
- Você aplica em sua vida cotidiana esses conhecimentos/orientações que recebeu dos profissionais de saúde? Como?
- E quanto ao braço (do lado da cirurgia), que cuidados você costuma tomar?

Automassagem	
Uso de luva compressiva	
Exercícios com o braço	
Proteção contra lesões/machucados	
Outros	

- Você acha que poderia fazer alguma(s) coisa para melhorar o cuidado com o braço (lado da cirurgia ou o outro, se tiver algum comprometimento)?

#### 4. Momento atual

- Atualmente, você ainda realiza algum tipo de tratamento ou acompanhamento?
- Como está sua vida hoje (dia-a-dia, trabalho, entre outros)?
- Como você percebe seu corpo agora?
- (Caso tenha feito a reconstrução mamária): Como é estar com a nova mama?

#### 5. Rede de apoio

- Que mudanças ocorreram em sua vida e da sua família após o diagnóstico e tratamento do câncer (aspectos positivos e negativos)?
- Teve algum tipo de ajuda para realização de suas atividades diárias, seu cuidado com o corpo e com o braço, ou para enfrentar a situação no período de tratamento e recuperação?
- Teve algum tipo de apoio (familiares, amigos, outros)?
- Como está sendo/foi o retorno às atividades diárias/ao trabalho? Algo mudou?

#### 6. Hábitos de vida

- Como eram seus hábitos de vida antes do diagnóstico e tratamentos para o câncer?
- O que mudou (quais hábitos que você tinha antes que foram modificados)?
- O que você acredita que precisa melhorar?
  - Alimentação: \_\_\_\_\_
  - Prática de atividades físicas: \_\_\_\_\_
  - Sono: \_\_\_\_\_
  - Outros: \_\_\_\_\_
- Que hábitos de vida você tem que considera positivos/saudáveis à saúde?
- Que hábitos de vida você tem que considera negativos/prejudiciais à saúde?

#### 7. Autocuidado

- O que você entende por autocuidado?
- Quais ações você realiza para seu autocuidado?

Alimentação	
Exercício Físico	
Sono	
Outros	

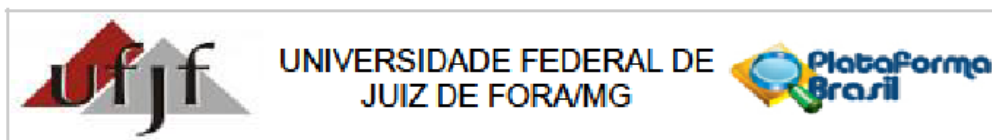
- O que você considera que facilita / motiva a realização dessas ações (fatores ambientais, físicos, emocionais)?
- Quais ações de autocuidado você não realiza?
- O que você considera que dificulta / desmotiva a realização dessas ações (fatores ambientais, físicos, emocionais)? •O que você costuma fazer para solucionar estas dificuldades e obstáculos?
- Você recorre a alguém ou alguma coisa para ajudar a solucionar estas dificuldades e obstáculos?
- Você recebe algum tipo de apoio/suporte de sua família, dos profissionais ou outros grupos para o autocuidado? De que forma eles ajudam você?
- O que você espera deles (família/profissionais/outros) de ajuda para realizar o autocuidado?
- O que mais você gostaria de saber (sobre sua saúde/corpo) que considera necessário para ajudá-la a realizar o autocuidado?
- Você considera que algum dos tratamentos realizados trouxe limitação para realização do autocuidado?  
 Sim Qual?\_\_\_\_\_ Como?\_\_\_\_\_
- Não
- Você acha que isto interfere na realização de suas atividades diárias / laborais?  
 Sim Isso incomoda você?\_\_\_\_\_ Como?\_\_\_\_\_
- Não
- Você acha que poderia realizar alguma(s) ação(s) para melhorar sua saúde/autocuidado?

#### 8. Serviço de Saúde / Assistência

- Com quais profissionais teve contato?
- Entendia tudo que lhe era dito? Teve oportunidade de expressar seus sentimentos?
- O que você acha da assistência recebida? E o relacionamento com os profissionais?
- O que você gostaria que fosse modificado no tratamento / assistência?



## ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DE PEITO ABERTO: percepção das usuárias e da equipe sobre o adoecimento, o tratamento e assistência no câncer de mama

**Pesquisador:** SIMONE MEIRA CARVALHO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43897715.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Fisioterapia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.047.539

**Data da Relatoria:** 28/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

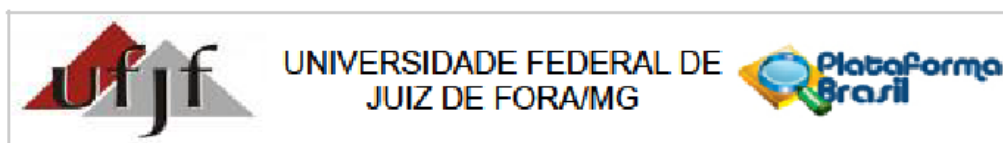
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.047.535

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2016.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 04 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
Francis Ricardo dos Reis Justi  
(Coordenador)

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP:	36.036-900
Bairro:	SAO PEDRO		
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102-3788
		E-mail:	cep.propesq@ufjf.edu.br