

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Suellen Fernanda de Souza Viana

**Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: perspectivas para a saúde e
Enfermagem a partir do conceito vivido**

Juiz de Fora
2021

Suellen Fernanda de Souza Viana

**Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: perspectivas para a saúde e
Enfermagem a partir do conceito vivido**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a. Thaís Vasconcelos Amorim

Juiz de Fora

2021

Suellen Fernanda de Souza Viana

Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: perspectivas para a saúde e Enfermagem a partir do conceito vivido

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 09 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Thaís Vasconcelos Amorim - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Ívis Emília de Oliveira Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profª Drª Andyara do Carmo Pinto Coelho

Universidade Federal de Juiz de Fora

Crescêncio Chagas

do Rio de Janeiro

Prof.(a) Dr.(a) Marléa

Universidade Federal

Maria Lessa Pacheco

Prof.(a) Dr.(a) Zuleyce

de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 09/12/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Thais Vasconcelos Amorim, Professor(a)**, em 09/12/2021, às 12:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marléa Crescêncio Chagas, Usuário Externo**, em 09/12/2021, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ivis Emília de Oliveira Souza, Usuário Externo**, em 09/12/2021, às 12:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, Professor(a)**, em 09/12/2021, às 12:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0610185** e o código CRC **FEDBECB4**.

Dedico essa pesquisa a todas as mulheres que enfrentaram um diagnóstico de câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Escrevo esses agradecimentos imbuída em um misto de sentimentos (os melhores que eu poderia sentir ao final desse processo). Não foi uma jornada fácil, afinal, “se fosse fácil não seria um Mestrado” (AMORIM, 2020). Foi um desafio diário conciliar a vida pessoal, profissional e acadêmica, porém, quando estamos cercados por amor e compreensão tudo se torna mais leve. Por isso, não poderia deixar de agradecer às pessoas responsáveis por partilhar essa trajetória comigo...

A Deus, por ser Presença em minha vida em todos os momentos, por me fortalecer diante de cada dificuldade, guiar a minha caminhada, e por me abençoar com muita saúde para que eu chegasse ao final desse propósito.

À minha querida orientadora, Thaís Amorim, por ser-com de maneira solícita e fraterna. De todas as alegrias desse mestrado, a convivência com você foi, sem dúvida, a maior delas. Obrigada por ser *pre-sença*, pela doação e entrega ao compartilhar carinhosamente inúmeros ensinamentos que eu levarei para a vida, por toda energia positiva transmitida através das sessões de reiki e orações, e por tornar esse processo tão leve como prometeu, desde o nosso primeiro encontro. Você é muito especial para mim.

Às doutoras Ívis, Andyara, Marléa e Zuleuce, por aceitarem compor a banca de defesa da dissertação e pela enorme contribuição à minha pesquisa.

Aos meus amados e queridos pais, Graça e Fernando, por lutarem, incansavelmente, para que eu estudasse. Por todas as vezes que me empurraram para frente, com palavras, gestos e amor, quando eu me via incapaz. Por remarem ainda mais forte, quando tudo parecia contra, e por nunca desacreditarem em mim. Sempre será por vocês e para vocês!

Ao meu amor, Lucas, por ser exemplo de cuidado, zelo, amor incondicional, compreensão e amizade. Eu não me canso de dizer o quanto você é um espírito evoluído, e o quanto você trouxe brilho e graça à minha vida, até mesmo nos dias nublados. Obrigada por estar comigo, nos mais singelos gestos (um beijo, um copo de água, um café fresquinho), mesmo nos meus dias mais ausentes e ocupada. Eu te amo mais do que ontem!

À minha irmã, Ana Flávia, pela torcida, apoio e preocupação, mesmo que distante fisicamente. Amo você.

Às minhas avós, Finoca e Dorinha (*in memoriam*) pelo exemplo de fé, coragem, determinação e por cada oração que fazem por mim, como forma de amor e cuidado.

À minha sogra, Lourdinha, pelo carinho, cuidado e atenção.

Às queridas amigas da graduação 'Enfermetes', por serem inspiração à minha vida, por cada torcida, encontros, risos e por serem presentes ainda que a distância seja enorme. Eu amo vocês!

Aos meus amores Amanda, Gra e Ritinha, por serem mais do que amigas do coração, mas de alma. Dizem que somos a média das pessoas que mais convivemos, e eu quero ser um pouquinho de cada uma de vocês, meus exemplos de mulheres fortes e determinadas. Obrigada por partilharem a vida comigo.

Aos amigos do HU-UFJF, que me acolheram com tanto carinho e que são parte da minha vida, em especial, Ronylla, Geísa, Ana Elisa, Pri, Glauce, Thiago, Bárbara e Ísis.

À minha parceira de orientação e, agora, da vida, Bruna. Você foi fundamental para conclusão desse propósito. Obrigada, de coração, por sempre me encorajar, me apoiar, me escutar e me motivar a seguir em frente.

Aos queridos amigos da Residência Multiprofissional do INCA, que caminham comigo desde 2014. Em especial, Lucian, por ser tão presente, por torcer e apoiar meus objetivos, e por viver momentos valiosos ao meu lado.

Aos colegas da turma do mestrado 2019/2, aos professores e demais colaboradores da Faculdade de Enfermagem (UFJF), pelos momentos riquíssimos de aprendizado.

E especialmente, à cada mulher, depoente dessa pesquisa, pela confiança e doação em cada discurso.



RESUMO

O câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Por isso, torna-se importante repensar o que é necessário para uma melhor assistência a quem sobrevive a essa doença. Sendo assim, na intenção de desvelar sentidos da mulher sobrevivente ao câncer de mama, encontrou-se na pesquisa qualitativa, fundamentada na fenomenologia de Martin Heidegger, uma possibilidade para compreensão das facetas do fenômeno a partir do ser que o vivencia. Constituiu-se como cenário de desenvolvimento da pesquisa o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Realizou-se a entrevista fenomenológica com 15 mulheres. A análise compreensiva, em seu primeiro momento metódico, mostrou que o *conceito de ser* das mulheres sobreviventes ao câncer de mama é expresso como: Levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói; Não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa; Fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter sempre cuidado e ir ao médico; Fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento; Ter apoio, ajuda e força das pessoas, familiares e amigos; Ter fé em Deus e se apegar nas orações para vencer e melhorar; Sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte. Em seu movimento existencial, a mulher sobrevivente ao câncer de mama mostrou-se a partir da facticidade que a condição de sobrevivência impôs. Nos modos de ser da *cotidianidade*, o *ser-aí-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama* se ocupa na *manualidade* dos afazeres dentro e fora de casa, movida pela *impessoalidade* e *impropriedade* por não se considerar como *ser de possibilidades*. O *temor* da morte após o diagnóstico foi desvelado. O *fatalório*, a *curiosidade* e a *ambiguidade* com que se movimentou *sendo-no-mundo* como sobrevivente, conduziu à *decadência* do acompanhamento da condição de saúde, possibilitando a aproximação de outros entes na *solicitude* do *ser-com*. A *angústia* se anunciou fugaz no *poder-ser-no-mundo* como sobrevivente ao câncer de mama que valoriza a vida e olha mais para si,



entretanto, com o passar do tempo, *de-cai* no cotidiano que na maior parte das vezes, a *presença* se mantém. A partir dos sentidos expressos, compreende-se que as repercussões socioculturais, psicoemocionais e físico clínicas implicadas pelo câncer de mama e seu tratamento reforça a necessidade da estruturação de uma linha de cuidados especializada e interdisciplinar, centrado na escuta ativa e qualificada. Como o Enfermeiro é o profissional que presta o cuidado de forma direta à mulher ao longo do tratamento, ele se torna de grande relevância para identificar possíveis impactos no âmbito biopsicosocioespiritual, a fim de que o olhar desse profissional transcenda ao momento do tratamento, vislumbrando essa mulher em todos os aspectos que permeiam a sobrevivência ao câncer.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Sobreviventes de Câncer. Pesquisa Qualitativa. Fenomenologia. Enfermagem.



ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer among women worldwide, considering both developing and developed countries. Therefore, it is particularly important to rethink about the steps needed for an effective health care delivery for those who survive this disease. Aiming to unveil the meanings of women as a breast cancer survivor, qualitative research, based on Martin Heidegger's phenomenology, favoured the understanding of the aspects of the phenomenon through the being who experiences it. The research setting was the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU-UFJF). Phenomenological interviews were conducted with 15 women. At the first methodological moment, the comprehensive analysis demonstrated that the concept of being for breast cancer survivors is expressed as follows: to live a normal life, to work and do household chores, but being unable to do more because of arm pain; to feel unable to look at herself in the mirror, to feel ugly, to have low self-esteem and to feel uncomfortable in all her clothes; to undergo medical exams, to be sad and scared of dying when she gets diagnosed but she accepts and copes with it... to think that the cancer may come back, to take care of her health and go to the doctor; to follow the treatment, to have side effects and continue the follow-up; to get support, help and strength from people, family and friends; to believe in God and in the power of prayers to overcome and get better; feeling like it's changed, to live for today, to learn to value and enjoy life more... understanding that you can overcome the disease and feel stronger. In her existential movement, the woman as a breast cancer survivor showed herself from the facticity that the condition of survival imposed itself. In the ways of being in everyday life, the being-there for breast cancer woman survivor is occupied with manual tasks inside and outside the home, guided by impersonality and impropriety of which she does not consider herself as a being with possibilities. Fear of death after diagnosis was unveiled. Idle talk, curiosity and ambiguity that characterized the being-in-the-world as a survivor led to the decay of health surveillance, allowing other entities to approach in the solicitude of being-with. The anguish showed itself transitory in the possibility of being-in-the-world as a breast cancer survivor that values life and oneself, however, over time, it decays in daily life in which presence often remains. Based on the meanings expressed we understand



that the sociocultural, psycho-emotional, clinical and physical impacts of breast cancer and its treatment underline the need to organize specialized and interdisciplinary care plans, focused on active and qualified listening. Considering the nurse as the health professional who provides direct care to the woman during the treatment, he/she becomes increasingly important to identify potential impacts on the biopsychosocial-spiritual domain so that his/her view transcends the treatment time, envisioning the woman taking account all the aspects that permeate cancer survival.

Keywords: Breast Neoplasms. Cancer Survivors. Qualitative research. Phenomenology. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Combinações de descritores e quantitativo de referências	14
Tabela 2 - Combinações de descritores na base Pubmed e quantitativo de referências	14

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Resultados da mamografia segundo a classificação BI-RADS® e condutas relacionadas	19
Quadro 2 – Classificação de Risco	22
Figura 1 – Linha de cuidados para o câncer de mama	32
Quadro 3 – Quadro comparativo entre a fenomenologia de Husserl e de Heidegger	45
Quadro 4 – Representação esquemática da historiografia	59
Figura 2 – Representação esquemática da Historiografia e Historicidade	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
Bdenf	Base de dados de Enfermagem
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
BRCA1	<i>Breast Cancer 1</i>
BRCA2	<i>Breast Cancer 2</i>
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CDI	Carcinoma ductal infiltrante
Cinahl	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLI	Carcinoma lobular infiltrante
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
Dr.	Doutor
ECM	Exame Clínico das Mamas
HER2	Fator de Crescimento Epidérmico Humano
IHQ	Imuno-histoquímica
Inca	Instituto Nacional de Câncer
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LS	Linfonodo sentinela
Medline	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MMG	Mamografia
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
Paaf	Punção aspirativa por agulha fina
PAG	Punção aspirativa por agulha grossa
Paism	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
Pnaism	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Pnao	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
RE	Receptor de Estrogênio
RH	Receptor Hormonal
RP	Receptor de Progesterona
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TN	Triplo Negativo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UICC	União Internacional para o Controle do Câncer
Unacon	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	QUESTÃO NORTEADORA, OBJETO E OBJETIVO DA PESQUISA	11
1.2	JUSTIFICATIVA	11
2	SOLO DE TRADIÇÃO	16
2.1	CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS	16
2.2	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM ONCOLOGIA E REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA	27
2.3	A ENFERMAGEM FRENTE À MULHER SOBREVIVENTE AO CÂNCER DE MAMA	34
3	REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO	43
3.1	A FENOMENOLOGIA DE MARTIN HEIDEGGER	44
4	PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO	52
4.2	O CAMINHAR FENOMENOLÓGICO	54
5	ANÁLISE COMPREENSIVA: HISTORIOGRAFIA E HISTORICIDADE	58
5.1	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA	69
5.1.1	Unidade de Significação 1	71
5.1.2	Unidade de Significação 2	75
5.1.3	Unidade de Significação 3	79
5.1.4	Unidade de Significação 4	83
5.1.5	Unidade de Significação 5	89
5.1.6	Unidade de Significação 6	94
5.1.7	Unidade de Significação 7	96
5.2	CONCEITO DE SER DO SER-AÍ-MULHER-SOBREVIVENTE-AO-CÂNCER-DE-MAMA	99
6	ANÁLISE INTERPRETATIVA	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	111

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
APÊNDICE B – Roteiro orientador da entrevista	120
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	121

1 INTRODUÇÃO

As inquietações acerca da temática que norteiam a presente investigação surgiram na Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer (Inca), cenário que me fez adentrar nas fragilidades e possibilidades da mulher através da pesquisa intitulada “Pacientes mastectomizadas sobreviventes ao câncer de mama: necessidades inerentes à sexualidade na perspectiva de mulheres e de cônjuges” (VIANA, 2016).

Os resultados desse trabalho evidenciaram as dificuldades em lidar com as consequências do tratamento, suas cicatrizes físicas, emocionais e as implicações na sexualidade. Além disso, demonstraram a carência de uma rede de atenção que contemple o cuidado a essas mulheres que se revelaram vulneráveis em sua condição de sobreviventes (VIANA, 2016).

O câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. No ano de 2018, ocorreram 2,1 milhões de casos novos, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados. Independentemente da condição socioeconômica do país, a incidência dessa doença se configura entre as primeiras posições das neoplasias malignas femininas (INCA, 2019a).

A sobrevida global de pessoas com câncer de mama varia de 65% a 87% em cinco anos, com alterações em diferentes regiões, frequentemente relacionadas às condições socioeconômicas. Regiões mais desenvolvidas, apesar de incidências maiores, costumam ter melhores taxas de sobrevida (ALLEMANI *et al.*, 2018; WHO, 2013).

A sobrevivência das pacientes com câncer de mama é dependente do estágio da doença e possivelmente do intervalo para o início do tratamento, da qualidade da terapêutica instituída e da adesão da paciente ao seguimento. Variáveis estas suscetíveis a fatores sociais como grau de escolaridade, renda familiar, acesso à informação e ao serviço de saúde (GUERRA *et al.*, 2015; RIBEIRO, 2013).

A definição dos termos “sobrevivente ao câncer” e “sobrevivência ao câncer” tem sido objeto de amplos debates. O conceito de sobrevivência emergiu da literatura médica como um sinônimo com ênfase no tempo de sobrevida, relacionando-se àquela pessoa que, tendo a sua vida sob risco, está viva há cinco anos depois do

diagnóstico (HOFFMAN; STOVALL, 2006; MEADOWS, 2006; MULLAN, 1985; ROWLAND; FOREWORD, 2005).

A primeira abordagem acerca do termo “sobrevivente” ao câncer foi realizada em 1985, em uma publicação do *New England Journal of Medicine*, na qual o Dr. Fitz Hugh Mullan descreve sua jornada de tratamento e a sensação de sobrevivência, a fim de definir a condição de incerteza, uma vez que os conceitos de doente ou de curado eram insuficientes para descrever as implicações físicas, sociais e emocionais decorrentes de uma vivência com e após o câncer (MULLAN, 1985).

Assim, o estado de sobrevivência, portanto, o *status* de sobrevivente se inicia no momento do diagnóstico, quando as pessoas começam a se ajustar ao que vai ser não somente sua existência imediata, mas igualmente seu futuro. Nesse sentido, ser sobrevivente é mais do que uma questão binária, para a qual não é possível colocar fronteiras (MÉNORET, 2018).

As repercussões do câncer de mama não se limitam ao momento do diagnóstico e tratamento, passam a fazer parte do cotidiano da mulher desde a suspeita de uma recorrência, perdurando por toda a vida (BRASIL, 2018). Embora o “rótulo” de sobrevivente faça parte da sua história pregressa, a cura não pode ser considerada, possibilitando sentimentos de incerteza e medo quanto à recidiva.

A Oncologia é uma área que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, de seguimento e acompanhamento, requerendo dos profissionais de enfermagem extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários (LINS, 2018). Isso coaduna com o conceito ampliado de sobrevivente, vislumbrando o indivíduo em um contexto biopsicossocioespiritual.

A partir disso, torna-se importante repensar o que é necessário para uma melhor assistência a quem sobrevive a essa doença. Apenas o tratamento imediato não é suficiente, visto que a mulher terá que lidar com efeitos e complicações tardias, além de vivenciar inquietações psicossociais intrínsecas à condição de sobrevivência (VIANA, 2016). Acredita-se que esse pode ser um caminho para assisti-la em sua singularidade, reconhecendo e incentivando maior autonomia (PAIVA, 2017).

1.1 QUESTÃO NORTEADORA, OBJETO E OBJETIVO DA PESQUISA

Atualmente, como enfermeira em um ambulatório de cirurgia oncológica, a convivência diária com mulheres sobreviventes ao câncer, que expressam o medo da recidiva, as incertezas quanto ao futuro e os efeitos deletérios de um tratamento invasivo, despertou inquietações e indagações sobre: como é para a mulher vivenciar a condição de sobrevivente ao câncer de mama?

Considerando o exposto, elegeu-se como objeto de estudo a vivência de mulheres na condição de sobreviventes ao câncer de mama com o objetivo de compreender o ser mulher sobrevivente ao câncer de mama.

1.2 JUSTIFICATIVA

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo e encontra-se entre as quatro principais causas de morte prematura, antes dos 70 anos de idade, na maioria dos países. Sua incidência e mortalidade apresentaram aumento em todo o mundo, em parte pelo envelhecimento e pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco, especialmente associados ao desenvolvimento socioeconômico (BRAY *et al.*, 2018).

Verifica-se uma transição dos principais tipos de neoplasias nos países em desenvolvimento, com um declínio daquelas associadas a infecções e aumento das que estão relacionadas à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização, como sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros (BRAY *et al.*, 2018).

A neoplasia da mama representa um dos desafios no cenário atual de envelhecimento populacional e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, sendo o tipo de câncer que mais acomete mulheres, excetuando-se os tumores de pele não melanoma, além de ser o de maior mortalidade (INCA, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, haverá 27 milhões de casos novos de câncer e 17 milhões de mortes por esse agravo, sendo que o maior aumento ocorrerá em países de renda baixa e média. A mais recente estimativa mundial, do ano de 2018, aponta que ocorreram 18 milhões de casos novos

de câncer, sendo 2,1 milhões apenas de mama, e 9,6 milhões de óbitos (BRAY *et al*, 2018; INCA, 2019a).

No Brasil, espera-se a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022, entre esses, 66.280 de mama, representando 29,7% das doenças oncológicas em mulheres, ou seja, o de maior incidência nesse gênero, sem contar o de pele não melanoma. Com relação à mortalidade, em 2017, ocorreram 16.724 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,16 por 100 mil (INCA, 2019a).

Devido ao diagnóstico precoce do câncer e ao tratamento multimodal empregado, o número de pessoas que sobrevivem a essa doença vem aumentando. Contudo, apesar das estimativas de sobrevida em cinco anos revelarem uma tendência de crescimento em países desenvolvidos, este cenário ainda apresenta grande disparidade global. Tal situação decorre de fatores relacionados ao conhecimento da doença e às dificuldades de acesso das mulheres aos métodos de detecção precoce, bem como ao tratamento adequado e oportuno, resultando na busca das pacientes por tratamento já em estágios mais avançados e com pior prognóstico (ALLEMANI *et al.*, 2018; INCA, 2019).

Atualmente, o diagnóstico e a terapia para o câncer de mama estão sendo aprimorados de forma acelerada, em virtude de um melhor conhecimento da história natural da doença e das características moleculares dos tumores. Nesse cenário, o planejamento de ações estratégicas para o controle desse agravo por meio do rastreamento e detecção precoce é fundamental. Quanto mais precocemente um tumor invasivo é detectado e o tratamento é iniciado, maior a probabilidade de cura (INCA, 2019).

Por esse motivo, inúmeras ações vêm sendo implementadas a fim de detectar o câncer nos estágios iniciais. Entretanto, em decorrência da individualização orgânica e da extrema heterogeneidade tumoral atrelada à presença de fatores de risco conhecidos e desconhecidos, a neoplasia da mama é considerada uma doença de comportamento dinâmico, em constante transformação (INCA, 2019).

A abordagem do câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção, dependendo de articulação e integração das ações de controle para melhores resultados. Na esfera das Políticas de Saúde, a definição de uma política nacional atualizada em 2013, juntamente com a estruturação do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) estabeleceu a prioridade do controle

desse tipo de câncer e definiu ações e competências para as esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

As ações prioritárias previstas no Plano contemplam rastreamento e diagnóstico precoces, qualidade da mamografia, tratamento oportuno e qualificado, comunicação e mobilização social, capacitação profissional e informação. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) destaca princípios e diretrizes de prevenção da doença, promoção da saúde, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a; INCA, 2019).

Nessa perspectiva, reforça-se a restrição das terapêuticas adotadas, pois a ideia de uma sobrevivência ampliada do ponto de vista da qualidade de vida requer uma abordagem para além da recorrência do câncer e do seguimento preconizado em cinco anos. As políticas, igualmente, circunscrevem-se aos suportes terapêuticos e sociais durante a fase ativa da doença, desconsiderando ações e valorização de direitos em longo prazo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

O acompanhamento se baseia no monitoramento, com foco na recidiva. Salienta-se que a decisão da alta do tratamento nem sempre vem acompanhada de uma contrarreferência para a atenção primária à saúde, de modo que algumas mulheres ficam deslocadas na rede, contribuindo para a não efetivação dos cuidados estabelecidos pela PNPCC, que visa à integralidade (INCA, 2019).

Destarte, o cuidado de enfermagem é físico, objetivo e real, porém a relação enfermeiro/paciente transcende o aspecto biológico e reflete a subjetividade, e o respeito mútuo deve fazer parte dessa relação. Existe uma diferença entre tratar a doença e cuidar do paciente de modo integral, procurando o restabelecimento do equilíbrio perdido em decorrência da patologia em uma tentativa de readaptação a essa nova situação. Os profissionais de enfermagem devem privilegiar práticas diárias de cuidado à paciente de maneira compreensiva e humanizada, considerando o ser humano em sua singularidade (NICOLAU, 2015).

Com o intuito de buscar o estado da arte e parte do Solo de Tradição (que representa a produção científica) da enfermagem acerca da condição de sobrevivência ao câncer, objeto em estudo, realizou-se Revisão Integrativa por meio de levantamento das produções científicas nas bases de dados nacionais e internacionais sobre a temática, entre elas, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de

dados de Enfermagem (Bdenf), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline).

Para tal, foram combinados descritores a partir do objeto pretendido, contemplando o recorte temporal de janeiro do ano 2013 a janeiro de 2020. O marco inicial relaciona-se ao ano em que foi instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. As tabelas 1 e 2 elucidam as combinações utilizadas de descritores e o quantitativo de referências encontradas.

Tabela 1 – Combinações de descritores e quantitativo de referências

Combinação de descritores	Lilacs	SciELO	Bdenf	Cinahl
Câncer de mama AND Sobreviventes AND Enfermagem	8	5	5	4

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Tabela 2 – Combinações de descritores na base Pubmed e quantitativo de referências

Combinação de descritores/palavras	Pubmed
(breast cancer[MeSH Terms]) OR (breast neoplasms) AND (survivors[MeSH Terms]) AND (Nursing[MeSH Terms])	145

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Os critérios de inclusão consideraram artigos de pesquisas publicados em periódicos nacionais e internacionais; nos idiomas português, inglês e espanhol; relacionados à temática proposta. Foram incluídos estudos indexados em bases de dados, com textos completos e disponíveis *on-line*. Foram excluídos artigos de profissionais que não são da área da Enfermagem.

Observou-se que as pesquisas evidenciam uma produção consubstanciada sobre morbidade, fatores de risco, prevenção, tratamento e avaliação da qualidade de vida. No entanto, poucas produções sobre a experiência/vivência da mulher sobrevivente ao câncer de mama foram encontradas. As produções que se concentram em um caráter qualitativo raramente abrangeram a fenomenologia, embora seja possível observar um avanço nesse sentido.

No que se refere ao cuidar compreensivo na situação de adoecimento por câncer de mama, acredita-se que a Enfermagem pode caminhar ao encontro de uma assistência que transcenda as orientações técnicas e protocolares e reflita sobre os aspectos subjetivos e essenciais que envolvem a mulher, como sua história de vida, o significado da sobrevivência e como isso implica o seu dia a dia (PAIVA, 2017).

Diante desse contexto, a fenomenologia no pensar de Martin Heidegger emerge como possibilidade de referencial teórico, filosófico e metodológico de investigação, ao compreender que é na experiência *fática* da sobrevivência ao câncer de mama – no *mundo vivido* - que há possibilidade de conhecimento e de olhar para essas mulheres do ponto de vista fenomenológico (HEIDEGGER, 2020).

2 SOLO DE TRADIÇÃO

Para Heidegger (2020), o solo de tradição representa tudo o que foi produzido pela ciência, constituindo-se neste estudo de aspectos importantes sobre a temática do câncer de mama, fundamentado pela posição prévia presente na literatura.

Conhecido há séculos, o câncer já foi considerado uma doença dos países desenvolvidos. Porém, há aproximadamente quatro décadas, essa realidade vem se modificando, já que grande parte do ônus global dessa doença pode ser observada em países em desenvolvimento, evidenciando a magnitude do câncer no cenário mundial como um complexo problema de saúde pública (INCA, 2014).

A conformação desse quadro está diretamente relacionada à maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco. A prática atual de hábitos relacionados ao trabalho, nutrição e consumo, em geral, expõe os indivíduos a agressivos fatores ambientais que envolvem agentes químicos, físicos e biológicos resultantes de um desenfreado processo de industrialização (INCA, 2008).

Além desses fatores, a redução das taxas de mortalidade e de natalidade na população reflete o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, o que, conseqüentemente, leva ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer (INCA, 2008).

Assim, diante do exposto e do objeto em estudo, o solo de tradição contempla apontamentos da objetividade epidemiológica, clínica, política e de rede de cuidados ao câncer de mama. Apresenta ainda a Enfermagem no atendimento à mulher sobrevivente a essa neoplasia com base em resultados de pesquisas quantitativas e qualitativas, sobretudo pela interface que essas últimas fazem com a essência do cuidar.

2.1 CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais incidente entre as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países

desenvolvidos. No Brasil, as estimativas de incidência dessa doença são de 66.280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2019a).

Com exceção dos tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminina ocupa a primeira posição mais frequente em todas as Regiões brasileiras, sendo o Sul (71,16/100 mil), Sudeste (81,06/100 mil), Centro-Oeste (45,24/100 mil), Nordeste (44,29/100 mil) e Norte (21,34/100 mil). Os casos classificados como doença avançada, antes do início do tratamento, são mais elevados na região Norte (50,1%). Em contrapartida, a proporção de mulheres diagnosticadas com doença inicial é maior nas regiões Sul e Sudeste, representando 66,6% e 65,1% respectivamente (INCA, 2019).

Vale ressaltar que as taxas de mortalidade estão fortemente relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência ofertada. Observou-se, com o decorrer dos anos, um avanço da idade mediana no momento do óbito, chegando a 61 anos. O aumento desse dado pode indicar avanços no rastreamento e no tratamento da doença, além da elevação na proporção de mulheres idosas no Brasil (INCA, 2019).

A neoplasia da mama tem seu prognóstico definido com base em localização, idade de apresentação e estadiamento, além de fatores de risco que levam em consideração critérios histopatológicos, biológicos e, mais recentemente, moleculares e genéticos. É considerada de relativo bom prognóstico, com aumento da sobrevida média - cerca de 85% - após cinco anos do diagnóstico na população de países desenvolvidos e de, aproximadamente, 80% no Brasil. Os melhores resultados da sobrevida estão relacionados principalmente a rastreamento, diagnóstico precoce e evolução dos tratamentos adjuvantes. No entanto, quando o câncer é identificado tardiamente, em estágios avançados e com metástases, a cura torna-se cada vez mais complexa (BRASIL, 2018; INCA, 2018; INCA, 2019).

Estudos evidenciaram que condições individuais, de estilo de vida e ambientais aumentam a probabilidade de desenvolvimento do câncer de mama. Alguns fatores de risco são considerados não modificáveis, como os hereditários, hormonais, reprodutivos, certos tipos de doença benigna da mama, idade e raça (APOSTOLOU, FOSTIRA; 2013). Vale ressaltar que idade é o principal fator de risco para o câncer de mama feminino, com aumento

progressivo das taxas de incidência até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (BRASIL, 2018).

Outros fatores ambientais ou comportamentais, tais como reposição hormonal, ingestão de bebidas alcoólicas, excesso de gordura corporal, radiação ionizante em tórax e uso de tabaco, são passíveis de modificação. Alguns deles afetam o risco de desenvolver câncer de mama mais do que outros e podem mudar ao longo do tempo, como o envelhecimento populacional ou as mudanças no estilo de vida. Já a prática regular de atividade física e a amamentação são considerados fatores protetores no que tange a essa doença (BRASIL, 2018; KYU *et al.*, 2016).

Fatores hereditários como as mutações germinativas nos genes BRCA1 e BRCA2, responsáveis pela síndrome de cânceres de mama e ovário hereditários representam apenas 10% dos casos dessa doença (APOSTOLOU; FOSTIRA, 2013). Mesmo sem a comprovação de mutação patológica nos genes conhecidos, o risco de câncer de mama é mais elevado entre as mulheres com parentes em primeiro grau (mãe, irmã ou filha) que tiveram a doença. Nesses casos, a chance praticamente dobra e, em se tratando de dois parentes de primeiro grau, aumenta para cerca de três vezes (BRASIL, 2018).

Além disso, o risco de um novo câncer de mama para as mulheres acometidas por essa neoplasia, mesmo sem história familiar, é aumentado em três a quatro vezes. Em alguns casos específicos, é aconselhável a utilização de testes multigênicos e de avaliação da mutação para a estimativa de risco e definição de conduta (BRASIL, 2018).

As recomendações para a detecção precoce do câncer de mama incluem diagnóstico precoce, por meio de investigação oportuna das lesões mamárias suspeitas; e rastreamento, que consiste em realização de exames periódicos em mulheres assintomáticas. As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de mama recomendam que médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) façam o exame clínico das mamas (ECM) em mulheres com risco padrão a partir dos 40 anos; naquelas com risco elevado, a recomendação é que o realizem a partir dos 35 anos (MARQUES, 2017).

Preconiza-se também que esses profissionais requisitem bianualmente mamografia (MMG) para mulheres entre 50 e 69 anos com risco padrão de câncer mamário; para as de alto risco, a indicação é anual a partir dos 35 anos

(INCA, 2019). Contudo, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomenda a realização da MMG a partir dos 40 até os 69 anos anualmente (MARQUES, 2017; SBM, 2020).

Além dessas ações, tem-se dado ênfase ao empoderamento social por intermédio da disseminação de conhecimento para o público-alvo, bem como do incentivo ao autoconhecimento corporal por meio do *breast awareness* (estar consciente para a saúde das mamas), na intenção de propiciar a identificação de alterações suspeitas e de sobrepor as barreiras impostas durante a investigação diagnóstica da doença (MARQUES, 2017). A identificação do tumor em estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado permitem um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (BRASIL, 2018).

Toda alteração suspeita de câncer nas mamas indicada em mamografia de rotina, percebida pela mulher e/ou pelo profissional de saúde durante um exame clínico, necessita ser investigada com o objetivo de identificar uma lesão benigna ou maligna. A investigação diagnóstica pode ser feita com a realização de outros exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética e com a análise histopatológica da lesão suspeita, procedimento padrão para confirmar o diagnóstico de câncer (INCA, 2019).

Nessa perspectiva, evidências apontam que, entre riscos e benefícios, a MMG ainda é o método diagnóstico padrão ouro para o rastreamento dessa patologia, já que é o único procedimento de detecção que mostrou redução das taxas de mortalidade (BRASIL, 2018; SBM, 2020). Os resultados de acordo com a classificação BI-RADS® e as condutas preconizadas estão ilustradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Resultados da mamografia segundo a classificação BI-RADS® e condutas relacionadas

CATEGORIA BI-RADS®	ACHADOS MAMOGRÁFICOS	CONDUTA
1	Sem achados	Rotina de rastreamento
2	Achados benignos	Rotina de rastreamento
3	Achados provavelmente benignos	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando a estabilidade

		da lesão, volta à rotina. Eventualmente biópsia.
4	Achados suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histopatológico
5	Achados altamente suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histopatológico
6	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir o tratamento conforme o caso
0	Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia etc.)	Realizar ação necessária e classificar segundo categorias anteriores

Fonte: Adaptado do *American College Radiology* (2016).

A lesão pode ser investigada por meio da punção aspirativa por agulha fina (Paaf), punção aspirativa por agulha grossa (PAG) ou mamotomia. A indicação da pesquisa do linfonodo sentinela (LS) é restrita a casos em que as axilas não têm alterações clínicas. Uma Paaf guiada por ultrassonografia pode ser utilizada para definir a indicação dessa pesquisa, a qual é também apropriada em caso de doença não invasiva extensa em que se planeje a mastectomia (BRASIL, 2018).

Após a confirmação diagnóstica, por meio do exame histopatológico, é necessário buscar por história familiar, comorbidades e fatores de risco. Além disso, é fundamental a realização de um exame físico detalhado, com foco em outros potenciais sítios de doença. O objetivo da biópsia inicial é a obtenção de material suficiente para o diagnóstico, sempre utilizando a conduta menos invasiva, com o intuito de evitar excisão cirúrgica desnecessária de lesões benignas (NCCN, 2018).

Existe uma grande variedade de tipos histológicos e moleculares de carcinomas de mama *in situ* e invasor. O carcinoma ductal infiltrante (CDI) não especificado é o tipo histológico mais prevalente, representando 70% a 80% de

todos os tumores de mama, seguido pelo carcinoma lobular infiltrante (CLI) com cerca de 5% a 15% (BRASIL, 2018; LAKHANI, 2012).

Existem algumas diferenças clínicas entre o CDI e o CLI em relação ao prognóstico e à história natural da doença. Os CLIs possuem maior tendência a apresentarem-se ao diagnóstico em ambas as mamas e com maior frequência de doença multicêntrica. Acometem principalmente mulheres idosas, a variante clássica comumente revela positividade para receptores hormonais (RHs) e o prognóstico parece ser mais favorável do que o das pacientes acometidas por CDI. Ademais, as pacientes com CLI podem desenvolver doença metastática tardiamente para sítios característicos, como meninge, peritônio e trato gastrointestinal (BRASIL, 2018).

O estadiamento clínico anatômico tem como objetivo classificar a doença de acordo com a extensão, segundo o tamanho do tumor, a presença ou não de linfonodos axilares homolaterais comprometidos e de metástase a distância. Atualmente, o sistema de estadiamento mais aceito para o câncer de mama é o da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Essa Classificação de Tumores Malignos utiliza as categorias T (extensão do tumor), N (acometimento linfonodal) e M (metástase a distância), chamadas simplificada de TNM. Uma vez atribuído o estadiamento conforme o TNM, é possível agrupar os carcinomas em estádios que variam de 0 a IV, sendo 0 a classificação referente ao carcinoma de mama *in situ*, I o estágio mais inicial e IV o mais avançado dos carcinomas invasivos (BRASIL, 2018; UICC, 2012).

A avaliação do padrão molecular do tumor também é de extrema importância, pois prediz a resposta a terapias específicas e o prognóstico da doença. Pode ser realizada por imuno-histoquímica (IHQ), com o objetivo de quantificar os receptores de estrogênio (REs) e de progesterona (RPs) e o receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2). A classificação dos tumores, de acordo com sua expressão gênica, compreende os subtipos moleculares luminal (A e B), luminal híbrido, HER2 e *Basal-Like*, apresentando implicações clínicas e prognósticas diferentes (BRASIL, 2018).

A positividade ou não dos receptores da superfície das células do tumor pode prever a sobrevida e a resposta às opções terapêuticas dirigidas a alvos específicos. Tumores que têm RE e/ou RP positivos e HER2 negativos são considerados de melhor prognóstico e são os mais frequentemente encontrados,

correspondendo a 75% de todos os casos. Os subtipos que apresentam HER2 positivo, independentemente da positividade dos REs e/ou RPs, têm um prognóstico intermediário. Por fim, os subtipos que têm RE, RP e HER2 negativos, denominados triplo negativos (TN), são considerados até o momento de pior prognóstico, quando comparados ao prognóstico dos outros dois grupos (BRASIL, 2018; FISHER *et al.*, 1988).

Conforme critérios de risco de recorrência, classifica-se o câncer de mama como de baixo, intermediário e alto risco (COATES, 2015). O Quadro 2 apresenta a classificação de risco para a recidiva tumoral.

Quadro 2 – Classificação de Risco

Baixo Risco	Linfonodo negativo e todos os seguintes critérios: - T até 2 cm; - Grau 1; - RE ou RP positivo; - HER-2 negativo; - Subtipo molecular luminal A; e - Idade igual ou acima de 35 anos.
Risco Intermediário	Linfonodo negativo e pelo menos um dos seguintes critérios: - T maior que 2 cm; - Grau 2 – 3; - RE ou RP negativos; - Subtipo molecular luminal B (HER-2 negativo); - Idade abaixo de 35 anos; ou - 1 a 3 linfonodos positivos se RH positivo.
Alto Risco	- 4 ou mais linfonodos positivos; ou - Linfonodo negativo com RE e RP negativos, T maior que 2 cm e HER-2 negativo; ou

	- Linfonodo negativo, T maior que 1cm e HER-2 positivo.
--	---

Fonte: Adaptado da publicação de *Saint Gallen* (2007).

A escolha da terapia adequada deve levar em consideração o estadiamento pela classificação TNM, laudo histopatológico, resultado do exame de IHQ, quadro clínico e tratamento local porventura já realizado. Questões sobre fertilidade devem ser discutidas antes do início da terapia, principalmente em pacientes jovens, que estão na pré-menopausa (COATES, 2015; BRASIL, 2018; INCA, 2019; NCCN, 2018).

O tratamento do câncer de mama é classificado como sistêmico, quando se utiliza quimioterapia, hormonioterapia e/ou terapia-alvo molecular; local, através da cirurgia, podendo ser radical ou conservadora; e radioterápico (NCCN, 2018). Quando a terapia sistêmica é realizada previamente à cirurgia curativa, é denominada neoadjuvante e tem por objetivo eliminar possíveis micrometástases, reduzir o tamanho do tumor para facilitar a realização da cirurgia, aumentar as possibilidades de tratamento cirúrgico conservador da mama e avaliar *in vivo* a sensibilidade do tumor ao tratamento sistêmico. Após a cirurgia curativa, o tratamento é denominado adjuvante, podendo ser sistêmico e/ou local, com a finalidade de suprimir possível disseminação da doença (BRASIL, 2018, INCA, 2019).

Considera-se a cirurgia o principal tratamento do câncer de mama inicial, contemplando intervenção na mama e axilas. As cirurgias conservadoras abrangem a retirada apenas de uma parte da mama, e as radicais, quando toda a mama é retirada (mastectomia). Evolutivamente, tais procedimentos caminham de tratamentos mais agressivos para menos invasivos e com maior ganho estético, sem afetar a sua efetividade. O tipo mais comum de mastectomia é a radical modificada, que compreende a retirada total da mama e o esvaziamento axilar (INCA, 2019).

As cirurgias parciais recebem nomes variados e dependem do volume mamário retirado, sendo denominadas quadrantectomia, segmentectomia, centralectomia, tumorectomia, excisão ampla e adenomastectomia. A cirurgia conservadora da mama é indicada em casos de tumores invasivos possíveis de

atingir margens livres de doença e quando há uma proporção favorável entre o tamanho do tumor e o volume da mama (BRASIL, 2018).

A biópsia do LS é um procedimento cirúrgico de baixa morbidade, consiste no primeiro linfonodo que vai receber a drenagem linfática do tumor primário e sua investigação pode ter função diagnóstica ou terapêutica. Nos estádios mais avançados da doença (III e IV), a probabilidade de metástase linfonodal aumenta e a linfadectomia poderá ser indicada em casos de possível invasão. O esvaziamento axilar consiste na retirada de pelo menos um dos três níveis da cadeia linfática local para prevenir a disseminação e para avaliação da doença (BRASIL, 2018).

Sabe-se que tanto o tratamento cirúrgico com abordagem axilar quanto o radioterápico com a irradiação nessa região poderão ocasionar um bloqueio nos vasos linfáticos ou a compressão deles por fibroses e, conseqüentemente, levar ao quadro de linfedema. Essa complicação ocasiona a sensação de peso no braço homolateral à mama afetada, seguido por alterações das propriedades mecânicas da pele, volume do membro aumentado, alterações sensitivas, predisposição a infecções, rigidez e diminuição na amplitude de movimento, o que determina uma diminuição da função do membro superior (INCA, 2008).

A reconstrução mamária geralmente está indicada em pacientes que foram submetidas à mastectomia total ou radical. Esse procedimento pode ser imediato e concomitante à cirurgia, desde que seja em caso de doença inicial e que não tenha indicação de radioterapia adjuvante; ou pode ser tardia, geralmente reservada para pacientes com doença inicialmente avançada, que tenham indicação de radioterapia ou com risco cirúrgico maior. A cirurgia da mama contralateral pode ser necessária para melhor simetria, devendo sempre ser considerada a indicação de determinada técnica de reconstrução e a necessidade de radioterapia adjuvante (BRASIL, 2018).

A radioterapia é utilizada para tratamento adjuvante e está indicada em pacientes com pelo menos quatro ou mais linfonodos positivos; segmentectomia; margem positiva, quando não for possível nova intervenção cirúrgica e tumores maiores ou iguais a 5 cm (BRASIL, 2018; NCCN, 2018). Também é indicada como método de tratamento paliativo, em caso de metástase óssea, metástase cerebral, síndrome de compressão medular neoplásica, síndrome de veia cava superior e hemostasia tumoral. Outra possibilidade de indicação é previamente

à cirurgia, particularmente se houver falha da quimioterapia ou hormonioterapia prévia (BRASIL, 2018).

Os principais efeitos colaterais em curto prazo da radioterapia são edema e sensação de peso na mama; alterações na pele irradiada, que podem variar de vermelhidão leve a bolhas e descamação; e fadiga. Outros efeitos tardios podem acontecer, como complicações em casos de reconstrução mamária, dificuldades para amamentar, plexopatia braquial e alterações ósseas locais (principalmente da costela) (INCA, 2019).

Com relação ao tratamento sistêmico, a quimioterapia neoadjuvante geralmente é recomendada quando há impossibilidade de intervenção cirúrgica (estágios avançados, carcinoma inflamatório) ou quando se deseja cirurgia conservadora da mama. Já a quimioterapia adjuvante está relacionada à redução da mortalidade por câncer de mama em quase todos os países ocidentais. Para tal, devem ser consideradas as características clínicas do paciente e as características do tumor (BRASIL, 2018; NCCN, 2018).

A sintomatologia de eventos adversos da quimioterapia pode apresentar graus de intensidades de acordo com o processo saúde-doença e com a subjetividade dos pacientes. Estudos evidenciam que o principal efeito colateral é a alopecia, além de náuseas, fadiga, ganho ou perda de peso, alterações no paladar, parestesias, diarreia ou constipação intestinal e diminuição da imunidade (CORDEIRO, 2018; REIS, 2018).

A hormonioterapia adjuvante ou paliativa está indicada em todas as pacientes com receptores hormonais positivos, em virtude de apresentar poucos efeitos colaterais ou contraindicações e eficácia comprovada (BRASIL, 2018). Quanto maior o escore de positividade na IHQ, maior é o benefício da hormonioterapia. Quando o *status* do HER2 é categorizado como positivo, está indicada a terapia direcionada ao seu receptor (terapia-alvo molecular) (NCCN, 2018).

As opções de tratamento hormonal adjuvante são o tamoxifeno (TMX) nos casos de mulheres na pré e pós-menopausa, ou o inibidor da aromatase (IA), indicado apenas para mulheres na pós-menopausa, que incluem o anastrozol, letrozol e exemestano. Preconiza-se o uso de TMX por cinco anos para mulheres na pré-menopausa. Para aquelas em pós-menopausa, é indicado o uso de IA por cinco anos ou a troca para TMX até completar cinco anos (modalidade

switch). Não se recomenda tratamento estendido por dez anos com IA nas pacientes em pós-menopausa que fizeram seu uso como primeira linha ou modalidade de *switch*, contudo o uso estendido de IA após cinco anos de tamoxifeno pode ser considerado individualmente. Adicionalmente, o uso de TMX estendido por dez anos deve ser considerado individualmente em pacientes com tumores de alto risco de recidiva, após a avaliação dos riscos e benefícios (BRASIL, 2018; NCCN, 2018).

Os efeitos colaterais possíveis decorrentes da hormonioterapia estão associados à falta de estrógenos no organismo feminino, como fogachos, sudorese noturna, ressecamento vaginal e alterações de humor; além de artralgia, osteopenia e osteoporose, em função da perda de massa óssea e muscular. Apesar disso, apresenta boa tolerância pela maioria das pacientes e eficiência no controle do crescimento tumoral (BRASIL, 2018; NCCN, 2018).

O acompanhamento das pacientes após o término da adjuvância deve acontecer por um período de cinco anos. O exame físico deve ser realizado a cada três a seis meses para os primeiros três anos, a cada seis a 12 meses no quarto e quinto ano e, depois, anualmente. Para as mulheres que se submeteram à cirurgia conservadora da mama, a mamografia pós-tratamento deve ser obtida um ano após a mamografia inicial e pelo menos seis meses após a conclusão da radioterapia (BRASIL, 2018).

O câncer de mama metastático é definido como a presença de doença que acomete outros sítios além da mama, da parede torácica e das cadeias regionais homolaterais de drenagem linfática. Sabe-se que a sua disseminação pode ocorrer através da via linfática, via sanguínea ou por extensão direta. Mesmo sem a perspectiva de cura, uma boa parte das pacientes consegue uma sobrevida prolongada com o tratamento sistêmico, representando uma mediana de aproximadamente dois anos, podendo variar de acordo com a localização da(s) metástase(s), entre poucos meses até muitos anos (BRASIL, 2018).

À medida que a doença avança, os tratamentos modificadores tornam-se desnecessários e os cuidados paliativos inserem-se de forma mais ampla, abrangendo todas as fases do período de finitude, incluindo o pós-óbito. Pode ser ofertado em qualquer ambiente de cuidado como domicílio, centros de saúde, hospitais e *hospices*, tornando-se benéfico na perspectiva de diminuir internações e intervenções dispensáveis para o paciente, além dos gastos para

o sistema de saúde. Com a finalidade de atender às necessidades biopsicossocioespirituais do paciente e da família, é fundamental uma equipe de profissionais que trabalhe de forma interdisciplinar (INCA, 2019).

Sendo assim, os cuidados paliativos objetivam o controle efetivo de sintomas com vistas a melhorar a qualidade de vida de pacientes com neoplasia da mama, especialmente quando são esgotadas as possibilidades de tratamento com finalidade curativa. Esses cuidados devem ser oferecidos às pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida desde o diagnóstico, em paralelo à terapêutica específica, e aos familiares delas (INCA, 2019).

2.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM ONCOLOGIA E REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA

Nas últimas décadas do século XX, o câncer ocupou gradativamente um espaço maior entre as preocupações da saúde pública brasileira. A atenção à Saúde da Mulher no Brasil, até então, era voltada a uma visão reprodutiva, com predomínio de ações com foco no período da gravidez, parto e puerpério (INCA, 2018).

Os impactos das transições epidemiológica e demográfica, bem como a organização de políticas, práticas e conhecimentos direcionados ao controle das neoplasias, tiveram um papel importante na afirmação da doença como uma prioridade à área da saúde. Com isso, a partir de 1975, com a criação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), observou-se que, entre os cânceres no sexo feminino, o de mama já apresentava elevada prevalência e mortalidade no país (INCA, 2018).

Os dados obtidos a partir do SIM, entre outros fatores, podem ter contribuído para a inclusão do câncer de mama na agenda de Políticas Públicas em Saúde em 1984, demandando novas estratégias com o objetivo de reduzir a mortalidade e incidência. Ainda nesse ano, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), a saúde feminina teve seu escopo ampliado para além do âmbito reprodutivo, abordando outros problemas relevantes, como os cânceres ginecológicos, expandindo o cuidado para as mulheres de outras faixas etárias (INCA, 2018; PASQUAL, 2015).

O Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco) foi criado em 1986 como estrutura técnico-administrativa da hoje extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Com a Lei Orgânica da Saúde, em 1991, o Pro-Onco foi transferido para o Inca, tornando-se Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Suas linhas básicas de trabalho eram a informação e a educação, com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero e o de mama (ABREU, 1997).

No fim dos anos 80, ocorreu uma nova lógica de financiamento e funcionamento do sistema de saúde brasileiro com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Até esse período, as ações governamentais voltadas para o câncer de mama estavam restritas ao tratamento e a algumas iniciativas preventivas. Essa lógica começou a mudar com a inclusão do tema como parte das ações de atenção integral à saúde da mulher (INCA, 2018).

Em setembro de 1995, a criação do Programa Nacional de Combate ao Câncer (PNCC) estimulou discussões sobre a detecção precoce e a prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, levando à proposição de programas estatais de rastreamento em âmbito nacional. Essa preocupação estava diretamente associada ao debate sobre a relação entre saúde e desenvolvimento econômico e social instituído pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), dando maior ênfase às estratégias de prevenção primária e secundária. Outro aspecto decisivo para a ampliação das preocupações com essas patologias foi a atuação dos movimentos de mulheres, impulsionado na década de 70, e suas deliberações incorporadas às políticas de saúde na década seguinte (INCA, 2018).

O Programa Viva Mulher, em 1998, foi um marco na área da atenção oncológica, representando um papel fundamental na ampliação das políticas de controle do câncer e na construção de redes dedicadas para lidar com o problema do câncer no Brasil. Entre as ações previstas, destacaram-se o rastreamento das neoplasias de mama e colo do útero e a educação em saúde para as mulheres, com o intuito de ampliar a procura aos serviços de saúde (INCA 2018; PASQUAL, 2015).

Sendo assim, o Programa impulsionou a elaboração da primeira diretriz nacional com orientações sobre as ações necessárias na linha de cuidados do câncer de mama (INCA, 2004). As Secretarias Estaduais de Saúde foram

estimuladas a organizarem os serviços em seus territórios, desenvolveram manuais técnicos para capacitação de profissionais de saúde e incentivaram ações de comunicação com as mulheres em nível nacional (INCA, 2018).

Diante disso, a assistência oncológica no Brasil foi regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº. 3.535/98, que apresentava critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, contribuindo para a estruturação do acesso ao tratamento do câncer de forma integral e para a definição de parâmetros para o planejamento da assistência oncológica. Já a Portaria GM/MS nº. 3.536/98 estabelecia a autorização e a cobrança de procedimentos ambulatoriais para o tratamento do câncer. Ambas as portarias eram limitadas no que tange à organização do fluxo assistencial no âmbito do SUS. No ano seguinte, foram credenciadas unidades isoladas de quimioterapia e radioterapia, contribuindo para a continuidade da fragmentação assistencial (BRASIL, 1998; BRASIL 1998a).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), com a qual se pactuou a redução da morbimortalidade por causas evitáveis, incluindo o câncer de mama. As estratégias propostas pautaram-se na organização da rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento desse tumor. A taxa de mortalidade feminina por câncer de mama e o número de reconstruções mamárias tornaram-se os indicadores das intervenções (BRASIL, 2004).

Somente por meio da Portaria GM/MS nº. 2.439 de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica (Pnao) foi apresentada e os objetivos para o controle do câncer restabelecidos. Nesse sentido, a percepção da integralidade da assistência e da qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer foi melhor explicitada nas normativas do SUS, incluindo em seu conjunto de ações promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, buscando, dessa forma, superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência (BRASIL, 2005).

A Política descreveu ainda a necessidade de garantir o cuidado por intermédio de mecanismos de referência e contrarreferência, que permitissem acessar todos os níveis de complexidade, de modo a obter assistência às demandas advindas tanto do processo de confirmação diagnóstica quanto do tratamento (BRASIL, 2005).

No Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, de 2005 a 2007, a atuação da equipe da atenção primária foi considerada tática para reduzir a incidência e a mortalidade desses tumores. A implantação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, designou as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) como contato preferencial dos usuários (INCA, 2018). Estudos apontam a Atenção Primária à Saúde (APS) como cenário estruturante para o desenvolvimento de várias ações no controle do câncer, constituindo a principal porta de entrada do usuário nos serviços de saúde e caracterizando-se como um local privilegiado para a realização de ações educativas (GOLDMAN *et al.*, 2019; NOGUEIRA, 2019).

Desse modo, os profissionais da APS possuem um papel fundamental no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, educativas, preventivas e de rastreamento de agravos, especialmente o enfermeiro, considerado o principal articulador entre a equipe e os usuários do serviço. A definição de suas ações na APS deve ser regida pela política vigente por meio de protocolos de cuidados estabelecidos, a fim de reorientar o plano de assistência aos indivíduos com câncer (CARVALHO, 2018).

Almejando superar as dificuldades de consolidação do SUS, os gestores das três esferas elaboraram o Pacto pela Saúde, em 2006, constituído de três dimensões, sendo destaque no âmbito da neoplasia de mama o Pacto pela Vida. Estrategicamente, para aumentar a adesão às ações consensuadas, determinou-se à equipe da UBS a captação de mulheres-alvo, a implantação da agenda da mulher, o encaminhamento das pacientes com resultado de MMG ou ECM em que haja suspeita de presença de tumor ou alguma alteração, realização de atividades educativas, busca ativa de mulheres que nunca realizaram exames de rastreio, bem como a orientação e o acompanhamento de mulheres com baixo risco e assintomáticas (INCA, 2019).

No eixo de ação de fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado em 2011, foram reafirmados três objetivos para o controle dessa doença como a garantia do diagnóstico precoce de lesões palpáveis, oferta de MMG de rastreamento ao público-alvo e qualificação da rede de atenção. Esse plano resultou na publicação da Portaria

nº 531 de 2012, que instituiu o Programa Nacional de Qualidade de Mamografia (MARQUES, 2017).

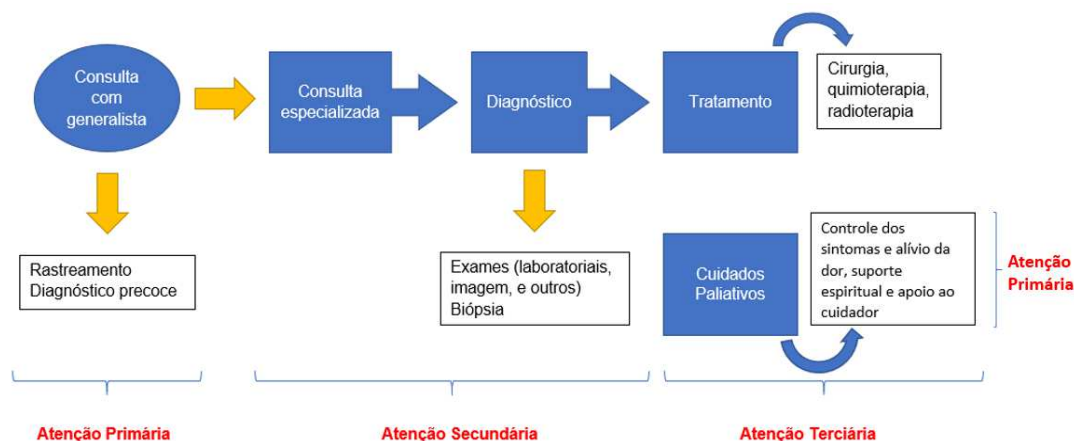
A atualização da Pnao tornou-se necessária e sua revisão superou o conceito de “atenção oncológica” para o “controle do câncer”, também adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Com isso, em 2013, foi lançada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que conceitua a neoplasia como uma doença crônica prevenível (BRASIL, 2013).

A PNPCC destaca princípios e diretrizes de promoção, prevenção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica. Apresenta ainda as responsabilidades dos entes federados nas ações de controle do câncer, bem como dos pontos de atenção e sistemas de apoio que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), descrevendo como as estratégias devem ser planejadas e realizadas, em diferentes níveis de atenção para garantir a integralidade definida no SUS (BRASIL, 2013).

A RAS, em sua matriz conceitual, reafirma a regionalização, a hierarquização e a descentralização como princípios a serem seguidos e recoloca a atenção primária como a principal porta de entrada das pessoas no SUS (INCA, 2015). Entretanto, ainda persiste a dificuldade de acesso aos exames de rastreamento e aos serviços de referência para o diagnóstico definitivo (atenção secundária) e para o tratamento (atenção terciária) (BARROS, 2019).

Nessa perspectiva, demonstra-se uma deficiência na articulação entre os níveis de atenção em um país onde ainda faltam mecanismos de organização do fluxo de atendimento, com indisponibilidade de especialistas ou acesso limitado aos mesmos. A interação de diferentes atores, entre eles os usuários, profissionais de saúde, gestores e sistemas de saúde, determina a trajetória e a espera pelo tratamento (BARROS, 2019). A Figura 1 ilustra a linha de cuidados para o câncer de mama no Brasil.

Figura 1 – Linha de cuidados para o câncer de mama



Fonte: Adaptada da publicação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2010).

Embora a PNPC valorize a prevenção, as ações realizadas pelos profissionais de saúde frente a esse agravo devem ir além das atividades de prevenção. O enfermeiro tem papel de grande importância na promoção da saúde, devendo identificar os determinantes e condicionantes do câncer e intervir sobre eles, realizar estratégias e ações que estimulem a prática de hábitos saudáveis e a qualidade de vida da população, de forma a superar a fragmentação das ações de saúde. Deve também auxiliar no tratamento de forma mais próxima possível ao domicílio do usuário e acompanhar aqueles que necessitam de reabilitação e cuidados paliativos, oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado integral no âmbito da APS (NOGUEIRA, 2019).

A fim de dinamizar a organização da média complexidade, em 2014, foi publicada a Portaria nº 189, que definiu critérios para habilitação das Unidades de Saúde, além do conjunto mínimo de exames, estabelecendo incentivos financeiros de custeio e investimento para a implantação de serviços de referência para o câncer de mama (INCA, 2019).

O tratamento dessa neoplasia no SUS é regulamentado pelo Ministério da Saúde, com base em diretrizes da OMS que contemplam a PNPC na rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013) e na Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014. Esta redefine os critérios e parâmetros para organização, controle, avaliação e habilitação dos

estabelecimentos de saúde na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de profissionais no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Mais recentemente, estabeleceu-se que todo paciente com neoplasia maligna tem o direito de submeter-se ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário, por meio da Lei nº 12.732/12 (em vigor desde 23/05/2013). Preconiza-se que a assistência de pacientes diagnosticadas com câncer mamário seja realizada em instituições de assistência à saúde habilitadas em oncologia, com estrutura que atenda à complexidade assistencial e tecnológica em termos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, a atenção hospitalar para tratamento do câncer é composta, fundamentalmente, pelos hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde como Unidade ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon ou Cacon). As Unacons devem ofertar tratamento para câncer de mama em cirurgia oncológica e oncologia clínica, referenciando obrigatoriamente para a radioterapia. Os Cacons devem abarcar todo o tratamento para neoplasia. Os cuidados paliativos fazem parte do tratamento e podem ser prestados na própria estrutura dos Cacons e das Unacons ou de forma integrada com outros componentes da Rede de Atenção à Saúde, como hospitais regionais, municipais, policlínicas, clínicas de saúde da família, postos e centros de saúde (INCA, 2019).

Apesar dessa expansão da assistência oncológica, considerando a rede de atenção com vistas a garantir o diagnóstico oportuno e com qualidade das neoplasias, como a ampliação do acesso à mamografia e dos recursos para tratamento, ainda existem muitas dificuldades na estruturação das redes assistenciais no SUS para dar agilidade à investigação diagnóstica e ao tratamento do câncer de mama (INCA, 2019).

Os desafios refletem os limites do investimento da política pública para a plena implementação do Sistema, com garantia de universalidade e integralidade da atenção. Ao enfermeiro cabe o papel de ser o elo entre o que é

preconizado pelo MS e a necessidade da população, diminuindo a morbimortalidade por câncer (MIGOWSKI, 2018; NOGUEIRA, 2019).

Em paralelo e de modo a enfrentar esse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propõe a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes com câncer beneficiários de planos privados de saúde. O Projeto OncoRede, lançado em 2016, constitui-se em um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica no país, alcançando todo o percurso do paciente na rede, de forma resolutiva, com profissionais capacitados e informação acessível (ANS, 2019).

Com base nessas constatações, o modelo proposto pela ANS e demais parceiros contempla ações de promoção da saúde, prevenção da doença e realização de busca ativa para que seja feito o diagnóstico precoce; continuidade entre o diagnóstico e a terapêutica; informação compartilhada; tratamento mais adequado e em tempo oportuno, com articulação da rede; inserção da figura do navegador ou assistente de cuidado para garantir que o paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer consiga seguir o percurso ideal para o cuidado; pós-tratamento e outros níveis de atenção (cuidados paliativos) (ANS, 2019).

2.3 A ENFERMAGEM FRENTE À MULHER SOBREVIVENTE¹ AO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é um agravo que afeta a identidade feminina, causando impacto significativo na vida da mulher devido a sua gravidade, evolução imprevisível, mutilação e alterações na autoimagem, fatores que comprometem os aspectos físicos, sociais e emocionais para além da condição de sobrevivente. Trata-se de uma condição que causa grandes mudanças em seu cotidiano, ocasionando transformações no ritmo e na rotina doméstica, no mundo do trabalho e nas vivências afetivas, quais sejam familiar, conjugal e social (AMBRÓSIO, 2015; CARVALHO *et al.*, 2018; GARCIA, 2017; REIS, 2018).

¹ Condição de incerteza, uma vez que os conceitos de doente ou de curado eram insuficientes para descrever as implicações físicas, sociais e emocionais decorrentes de uma vivência com e após o câncer (MULLAN, 1985).

Embora as mulheres tenham conquistado seu espaço na sociedade, sua representação ainda está ligada à imagem corporal, gerando constante preocupação e frustração por não atenderem aos padrões culturalmente impostos. Com isso, a possibilidade de remoção dos seios e dos efeitos do tratamento na autoimagem pode ser vivenciada de forma traumática, por estar relacionada à feminilidade, à sexualidade, à sensualidade e ao papel materno (GARCIA, 2017).

Distúrbios da imagem corporal são um importante problema da condição de sobrevivência após o câncer de mama, frequentemente associados a uma variedade de outras preocupações emocionais, físicas e interpessoais, e impactam o relacionamento pessoal e a sexualidade das sobreviventes (CARVALHO *et al.*, 2018).

Os resultados de uma revisão realizada por Peterson *et al.* (2016) mostraram que as preocupações com a imagem corporal são prevalentes entre as mulheres mais jovens e, de acordo com o tipo de tratamento, elas experimentaram níveis aumentados de sintomas físicos e emocionais, muitas vezes não resolvidos no seguimento, tanto por causa do seu estágio de vida quanto pelos tratamentos associados aos cânceres mais agressivos que acometem esse público.

O enfermeiro que presta assistência a mulheres sobreviventes ao câncer de mama, enquanto permeia o processo do diagnóstico e tratamento, está em um momento oportuno para realizar uma avaliação minuciosa voltada às questões da imagem corporal e das inquietações relacionadas à sexualidade. As mulheres esperam que os profissionais (de preferência enfermeiro ou médico) iniciem esse assunto por meio de uma conversa particular (sozinhas ou acompanhadas de seus parceiros), de maneira constante nas consultas. Esse vínculo pode facilitar o diálogo sobre essas questões e fornece aos profissionais recursos para auxiliar as sobreviventes no que diz respeito à melhor compreensão do processo terapêutico (LOPES *et al.*, 2018; PETERSON *et al.*, 2016).

É evidente a dificuldade para as mulheres sobreviventes ao câncer de mama em deixar de se perceberem como o centro da organização familiar, assumindo outros papéis, de uma situação na qual se posicionavam como pessoas que cuidavam de outras, transitando para uma nova condição de

peças que necessitam de cuidados (AMBRÓSIO, 2015; CARVALHO *et al.*, 2018; GARCIA, 2017; REIS, 2018).

Acredita-se que, historicamente, o ser humano sempre temeu as doenças estigmatizadas pela morte e, nesse contexto, a presença de uma pessoa de confiança, normalmente um familiar, pode fazer diferença no sucesso do tratamento. Assim, as mulheres se sentem mais protegidas e acolhidas, facilitando o processo de aceitação quanto à terapêutica proposta. Além disso, o apoio de um parceiro fortalece o vínculo emocional do casal e suaviza possíveis sentimentos de desprezo, bastante temidos pelas pacientes que expressam sua feminilidade e sensualidade através de seus seios (GARCIA *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2018; TREISCHER, 2019).

Pesquisas evidenciaram que as mulheres com companheiros apresentaram maior índice de esperança. O compartilhamento de seus medos e experiências proporcionou uma aproximação com o parceiro e se mostrou um importante fator de enfrentamento e superação da adversidade. Contudo, a diminuição da autoestima com o câncer e seu tratamento pode afetar diretamente as relações conjugais (GARCIA *et al.*, 2017; TREISCHER, 2019). Dessa forma, para o sucesso da terapia, o restabelecimento emocional e o aumento da esperança, torna-se fundamental a inclusão do parceiro no plano de cuidados de enfermagem. Deve-se investir na educação em saúde e apoio voltados aos familiares e pacientes, sendo a díade cuidador-paciente considerada como uma unidade de cuidado e assistência (AMBRÓSIO, 2015).

Destarte, os grupos de apoio têm emergido como recurso para a superação do sofrimento oriundo do diagnóstico e tratamento do carcinoma mamário, promovendo bem-estar e cuidado diferenciado. São considerados uma forma de conhecer, aceitar e compreender a doença, facilitando a socialização das emoções, ideias e experiências vividas ao longo da árdua jornada de enfrentamento da doença (AMBRÓSIO, 2015).

Nessa perspectiva, o cuidado integral à mulher sobrevivente ao câncer de mama deve focar o atendimento de suas necessidades sociais e fragilidades emocionais, quando a família não apresenta recursos para dar conta de supri-las. É necessário ressaltar que tal recomendação é válida principalmente para mulheres menos favorecidas socialmente e que apresentam maior vulnerabilidade à depressão. Assim, evidencia-se que os profissionais de

enfermagem precisam estar conscientes do sofrimento emocional vivenciado por essas mulheres, que pode prolongar-se até mesmo alguns anos após o diagnóstico da neoplasia mamária (AMBRÓSIO, 2015).

Pesquisas apontam que mulheres sobreviventes ao câncer de mama parecem ter maior risco de uma ampla gama de resultados adversos para a saúde mental, tais como ansiedade, depressão, disfunção neurocognitiva, disfunção sexual e suicídio, mesmo após vários anos do diagnóstico e tratamento, em comparação com mulheres que não tiveram câncer. O aumento da frequência de depressão nesse público é plausível, considerando que muitas relataram necessidades não atendidas em vários domínios que afetam a qualidade de vida, incluindo os relacionamentos, mudanças no estilo de vida, falta de suporte psicológico e dificuldades de compreender as informações sobre os efeitos físicos de longo prazo dos tratamentos (CARREIRA *et al.*, 2018).

É importante conscientizar os profissionais que atuam em vários níveis do sistema de saúde sobre o aumento do risco de impacto na saúde mental entre as sobreviventes de câncer de mama. O rastreamento de transtornos mentais pode ser uma estratégia efetiva, tendo como direção a avaliação dos preditores de sofrimento, como ter limitações funcionais percebidas, fadiga, idade mais jovem, menor *status* socioeconômico e histórico psiquiátrico, além de fatores de risco modificáveis, como sintomas vasomotores, dor, menor apoio social, ausência de atividade física e tabagismo (CARREIRA *et al.*, 2018).

Como tal, o rastreamento de ansiedade e depressão pode ser especialmente relevante para pacientes mais jovens e de todas as mulheres com comorbidades, morando sozinhas ou com diagnóstico de doença mais avançada nos primeiros anos de sobrevivência. As pacientes com depressão devem ser avaliadas quanto à ideação suicida. O apoio psicossocial, a avaliação dos resultados das intervenções implementadas, a educação em saúde acerca das mudanças comuns após o câncer de mama e as estratégias disponíveis para controlá-las podem ajudar as mulheres a entender melhor a doença e a saber lidar com ela, o que minimiza o risco de ansiedade e depressão (CARREIRA *et al.*, 2018).

Um estudo realizado por Byun *et al.* (2020) revela que a terapia do choro é eficaz para melhorar os níveis de estresse, humor e atividade do sistema imunológico em mulheres sobreviventes ao câncer de mama. Além disso, o

estudo demonstrou sua utilidade potencial em ambientes clínicos como uma intervenção de enfermagem não invasiva para aliviar o sofrimento emocional em pacientes com câncer.

Acrescenta-se que outro fator contribuinte para a redução do comprometimento psicoemocional na percepção das mulheres é a fé. Sobreviventes ao câncer de mama crentes na existência de Deus experimentam um senso profundo de confiança espiritual e, mesmo diante de circunstâncias não tão ideais, conseguem identificar benefícios na experiência do câncer, buscam o crescimento pessoal interior, resultando em mudanças transformacionais na vida e no altruísmo (FERRARI *et al.*, 2018).

A espiritualidade/religiosidade pode mediar conforto e melhora da esperança, sendo uma estratégia positiva para a pessoa em tratamento oncológico. No adoecimento, a fé motiva as mulheres a desenvolverem mecanismos de enfrentamento que permitam sentimentos de tranquilidade e aceitação. Pacientes que realizam práticas espirituais e religiosas podem apresentar fortalecimento das dimensões psíquica e social, minimizando sintomas de ansiedade, depressão, angústia, entre outros (FERRARI *et al.*, 2018; LOPES *et al.*, 2018).

Constata-se a necessidade de um suporte educacional em saúde e multidisciplinar a essas mulheres para compreenderem o estado de adoecimento, a fim de auxiliá-las na superação das adversidades (econômicas, sociais, familiares) e capacitá-las para o atendimento de demandas de autocuidado em todas as fases, do diagnóstico ao seguimento, em condição crônica ou livre de doença.

Aparentemente, os primeiros dois anos de seguimento são percebidos como os mais precários de informações e cuidados. Nesse sentido, é fundamental o estabelecimento para toda a população de programas sistematicamente elaborados, implementados e avaliados que englobem e articulem informações sobre as etapas do adoecimento pelo câncer – detecção precoce, diagnóstico, tratamento, sobrevida, progressão, fim de vida – e que gerem habilidades para a tomada de decisões, com consequente melhoria da qualidade de vida e alcance do bem-estar (LOPES *et al.*, 2018).

Corroborando a importância dos achados socioeconômicos em relação ao impacto do câncer, as mulheres com maior vulnerabilidade econômica e

educacional demonstraram menor grau de preocupação com a saúde, somando-se a uma visão negativa sobre a experiência de adoecimento. Esses dados reforçam a importância de medidas educativas referentes a esses fatores de risco no período subsequente ao término do tratamento, fase na qual essas mulheres retomam ou adquirem novos comportamentos de risco, como obesidade, sedentarismo e tabagismo (LOPES *et al.*, 2018).

Em contrapartida, mulheres com menor tempo de seguimento, economicamente mais favorecidas e com maior escolaridade reportaram uma autoavaliação negativa, maior preocupação com a saúde e uma visão menos negativa do câncer. Os sentimentos de preocupação podem ser interpretados como positivos para a adoção de comportamentos e atitudes saudáveis, busca por informações, adesão à rotina de exames de controle do estado de saúde e de rastreamento de cânceres (secundários ao tratamento ou não) e de outras doenças que podem acometer a sobrevivente. Entretanto, cabe ressaltar a necessidade de uma devida assistência multiprofissional para auxiliar essas mulheres e seus familiares/cuidadores a obterem informações e suporte adequado para superação de dúvidas, medos, incertezas quanto às alterações corporais, sinais e sintomas tardios do tratamento e da própria doença (LOPES *et al.*, 2018).

Há ainda outros sinais e sintomas que podem perdurar no período pós-tratamento, como linfedema, dor, insônia, depressão, ansiedade e outros causadores de comprometimento funcional (LOPES *et al.*, 2018). Gomes *et al.* (2018), em seu estudo, apontam que sobreviventes de câncer de mama normalizam suas dores de variadas formas, tais como um passo necessário no caminho da recuperação, prova da eficácia do tratamento ou mesmo como uma condição permanente com a qual se deve aprender a conviver. Em todas, no entanto, fica patente a necessidade de que essas mulheres devem ser mais bem informadas, assistidas e escutadas em suas queixas e relatos, uma vez que sintomas como a dor crônica podem comprometer a qualidade de vida (GOMES *et al.*, 2021).

Sendo assim, o conhecimento dos sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama contribui para uma assistência ampliada. Destacam-se intervenções imprescindíveis que os enfermeiros e demais profissionais de saúde podem incorporar à sua prática, como a assistência

individual e direcionada, inclusão da família no planejamento dos cuidados de forma a contribuir com a estratégia de apoio social, promover assistência holística e humanizada e esclarecimentos sobre o tratamento, desmitificando o estigma relacionado à doença e focando as estratégias de educação em saúde (CARVALHO *et al.*, 2018).

Entende-se que o câncer de mama causa várias preocupações sobre o futuro e a finitude humana, levando a mulher à vulnerabilidade e a sentimentos de incerteza quanto à sua dinâmica familiar, profissional e social, afetando sua qualidade de vida. Por esse motivo, a equipe multiprofissional deve estar presente em todas as fases da terapia, auxiliando na redução do sofrimento, de maneira a proporcionar um maior controle dos efeitos derivados do tratamento e o resgate da esperança através da concepção de uma relação empática (GARCIA, 2017; MACÊDO, 2019).

Nesse contexto, a enfermagem pode promover uma variedade de ações, de modo a permitir um cuidado dirigido e humanizado durante todo o itinerário terapêutico, auxiliando no enfrentamento com uma melhor qualidade de vida. A assistência a essas mulheres deve estar pautada nas ações de prevenção e controle da doença, tratamento, reabilitação e apoio aos familiares. Em conjunto com a equipe multiprofissional, os enfermeiros devem promover estratégias que amenizem os efeitos negativos da sobrevivência ao câncer, considerando os seus vários aspectos, físicos e emocionais (CARVALHO *et al.*, 2018; GARCIA, 2017).

A comunicação do diagnóstico, assim como do prognóstico, constitui um dos momentos cruciais na vida de quem o recebe, visto que até mesmo uma abordagem positiva pode ser aflitiva para a paciente. Portanto, é preciso ter consciência de que o impacto dessa notícia depende, em parte, da forma como se dá essa comunicação. Os profissionais, especialmente da equipe de enfermagem, devem considerar que as pacientes não são organismos biológicos que se esgotam na dimensão fisiológica, são pessoas conscientes da sua existência, com capacidade de pensar, sentir e decidir sobre o curso de suas vidas (OTANI, 2018).

O tratamento especializado não exclui a possibilidade de as mulheres realizarem as atividades de rotina. No entanto, cabe ao enfermeiro abordar previamente algumas precauções que devem ser tomadas, auxiliar na

adaptação da realidade vivida, prevenir complicações relacionadas ao tratamento e estimular a autonomia face a todas as adversidades do câncer. Isso vai ao encontro do que propõe a Política Nacional de Humanização, que se refere ao acolhimento como algo construído entre profissional e paciente, por meio de instrumentos de cuidado, com o objetivo de desenvolver relações e vínculos de confiança (FERRARI *et al.*, 2018; GARCIA, 2017; OTANI, 2018).

De acordo com essa política, não basta que os profissionais forneçam informações sobre diagnóstico e tratamento, é necessário que estejam disponíveis a escutar dúvidas e medos, esclarecer e orientar de forma que a paciente e familiares compreendam a doença e encontrem estratégias de adaptação às mudanças impostas pela mesma (OTANI, 2018).

Torna-se imprescindível implementar ações de enfermagem humanizadas e multidimensionais, de forma que sejam oportunizadas condições às mulheres para retornarem à rotina de suas vidas, com autonomia, segurança emocional e afetiva, reduzindo fatores estressores e favorecendo a recuperação da saúde (TRESCHER, 2019). As relações de cuidado devem ser baseadas em interações saudáveis e não de domínio profissional. Para isso, é fundamental que o enfermeiro mude a forma de se posicionar diante da vida, da dor e do sofrimento do outro, de modo que não valorize apenas a operacionalização técnica dos procedimentos, mas que demonstre interesse pela paciente e seu contexto (OTANI, 2018).

Reflete-se que é preciso atentar às especificidades da condição de sobrevivência ao câncer de mama, compreendendo os impactos na vida das mulheres, que são mães e avós e que precisam encarar seus companheiros, familiares e a sociedade, ou ainda, jovens que veem as suas aspirações de relacionamento e constituição familiar colocadas em dúvida pela sua nova condição de saúde (TRESCHER, 2019).

Viver e prosperar como uma sobrevivente ao câncer de mama demanda contínuos desafios que as pacientes precisam enfrentar, incluindo o medo da recidiva e a retomada à vida habitual. Desse modo, os profissionais de enfermagem devem estar dotados de mecanismos adequados para mediar esses medos, além de oferecer um porto educacional e orientado acerca desse desafio (MATTHEWS; SEMPER, 2016).

O delineamento do contexto das pacientes diagnosticadas com câncer traz importantes reflexões para o planejamento da assistência qualificada no processo de adoecimento, a qual é capaz de aumentar as expectativas de sobrevivência livre de doença, bem como de favorecer a recuperação da atividade econômica, gerando impacto positivo na própria família e na economia da sociedade. Por se tratar de uma população de risco vulnerável, carente de políticas públicas eficientes em saúde, torna-se relevante a oferta de amplo apoio, com subsídios sociais necessários durante e após o tratamento, incluindo o incentivo à recuperação da formação educacional e da atividade laboral (LOPES *et al.*, 2018).

A sobrevivência é experimentada como um processo de transição, aceitação e construção de novas identidades biográficas que só são possíveis de ser compreendidas e cuidadas levando-se em conta as dimensões biológica, emocional, social e espiritual. É notória a necessidade da estruturação de uma linha de cuidados especializada, em níveis primário e terciário, curativa e paliativa, fundamentada na identificação precoce, no tratamento e na reabilitação da dor crônica (GOMES *et al.*, 2021).

Em síntese, deve-se considerar que, apesar dos muitos desafios para o diagnóstico e tratamento do câncer em países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento do número de sobreviventes é uma realidade que não pode ser negligenciada. As demandas de cuidados de mulheres sobreviventes de câncer de mama devem fundamentar o planejamento e a adoção de programas que contemplem de forma individualizada e sistemática a promoção de cuidados nas esferas educativa e assistencial, em curto, médio e longo prazo (LOPES *et al.*, 2018).

3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

A fenomenologia se iniciou na Alemanha, no princípio do século XX, com o filósofo Edmundo Husserl (1859-1938), influenciado por pensadores como Platão, Descartes e Brentano. Na época, a corrente de pensamento tinha grande influência do racionalismo, empirismo e positivismo, marcado por uma dicotomia. O racionalismo considerava o sujeito, mas anulava a experiência; o empirismo negava o sujeito e afirmava a experiência e o positivismo afirmava a objetividade e repudiava a subjetividade nas pesquisas. Nesse sentido, Husserl vislumbrou na fenomenologia a necessidade de considerar o homem em sua totalidade, que reúne tanto dimensões subjetivas quanto objetivas (PEIXOTO, 2011).

O filósofo pensou nisso como uma resposta ao positivismo científico, predominante na época, uma vez que esse método hipotético-dedutivo parte da premissa de que o mundo é governado por leis precisas que podem explicar, prever e controlar os fenômenos dos quais são feitas generalizações universais para fenômenos que são multicondicionados (GONZALEZ, 2003).

De acordo com a etimologia, a fenomenologia se constitui como o estudo ou a ciência do fenômeno, e, como tudo que aparece é fenômeno, o domínio da fenomenologia é praticamente ilimitado, não podendo, portanto, confiná-la em uma ciência particular (BICUDO, 2000; DARTIGUES, 2005). No ideal husserliano, a fenomenologia tem possibilidades de desvelar o cotidiano do ser a partir de onde a experiência se passa e buscar o fenômeno em si mesmo para chegar àquilo que a coisa é (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Husserl surge com um método diferente, que utiliza análise reflexiva e envolve uma responsabilidade social, por meio do estudo dos fenômenos de forma pura (*"as coisas"*), sem influenciar ou manipular o objeto de estudo como as ciências da época fizeram. Para isso, estabelece uma maneira de conhecer a realidade, "indo para a esfera interior das coisas, para entender seu verdadeiro significado, esquecendo o externo ou o evidente" (THURNHER, 1996).

Um elemento central na visão husserliana são os fenômenos que podem ser definidos como aquilo que "se apresenta à consciência" para que possam ser percebidos como "puros aparências". Dessa maneira, o fenômeno é constituído por meio da intuição direta ou clara da consciência. O que Husserl

procurava era estabelecer uma estrutura científica para entender o pensamento subjetivo (HUSSERL, 1992).

Fenomenologia para o pensador é a ciência que tenta descobrir as estruturas essenciais de consciência (HUSSERL, 1992) e caracteriza-se por ir em busca de experiências originárias e expô-las em seu contexto. Isso envolve considerar, por um lado, um mundo exterior que dá sentido ao fenômeno; e, por outro, um mundo interior que percebe como a experiência é vista da perspectiva de quem vive (THURNHER, 1996).

Outro elemento central na filosofia da Husserl, que sofre várias modificações conforme seu pensamento evolui, é a consciência. Segundo Husserl, a característica consciência é sua intencionalidade, é dizer que ela tem um objeto "intencional" de pensamento, por isso é direcionado para fora (HUSSERL, 1992).

O método fenomenológico, segundo Husserl, estabelece que o investigador deve partir fazendo uma redução histórica de suas experiências, a fim de obter julgamento objetivo e neutro que permite o acesso a uma consciência pura. Isso implica uma suspensão (do grego *epokhé*) do mundo natural, ou seja, desconectar todas as concepções filosóficas, teológicas, científicas, axiológicas que se tem do mundo natural e que impedem a descrição dos fenômenos como eles se manifestam puros para a consciência (THURNHER, 1996).

Quando se fala em fenomenologia, tende-se a pensar em Husserl e seus principais seguidores. Mas o chamado movimento fenomenológico é muito complexo e variado, reconhecendo diferentes expoentes como Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Gadamer, Ricoeur, entre outros. Além da Europa, teve repercussão nos Estados Unidos e, atualmente, está presente em todos os continentes (NÚÑEZ, 2017; SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

3.1 A FENOMENOLOGIA DE MARTIN HEIDEGGER

Martin Heidegger, filósofo e discípulo de Husserl, desenvolveu uma filosofia existencial, que contribui significativamente para o desenvolvimento da fenomenologia. A partir disso, ela estabelece estar no mundo sócio-histórico,

onde a dimensão fundamental de todos, a consciência humana, é histórica e sociocultural, expressa por meio da linguagem (FERRATER, 1994).

Ao contrário de Husserl, que buscou no fenômeno da consciência, Heidegger interrogou o sentido da existência, o sentido do *Ser*, em uma de suas obras mais célebres, “Ser e Tempo”, publicada em 1927, que se tornou referência para aqueles que buscam a compreensão da dimensão existencial (HEIDEGGER, 2020). A fenomenologia heideggeriana permite descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se mostram e expressam por si mesmos (SALIMENA *et al.*, 2015; HEIDEGGER, 2020), a partir das interrogações e questionamentos daquilo que permanece fundamentalmente velado (*ente*). O Quadro 3 ilustra as principais características e diferenças entre a fenomenologia dos filósofos Husserl e Heidegger.

Quadro 3 - Comparativo entre a fenomenologia de Husserl e de Heidegger

	Husserl	Heidegger
Tipo	Fenomenologia eidética lógica	Fenomenologia hermenêutica do <i>Dasein</i>
Enfoque filosófico	Epistemológico. Da natureza do conhecimento. Ênfase no retorno da intuição reflexiva para escrever a experiência como é vivida. Se constitui na consciência.	Existencial (Ontológico). Da natureza da existência. Ser no mundo sócio-histórico, onde a dimensão de toda a consciência humana é histórica e sociocultural.
Principal característica	Consciência intencional. <i>Epoché</i> (significa colocar entre parênteses). <i>Eidos</i> ou essencial. Reflexividade da consciência.	<i>Dasein</i> (Da-sein) ser-aí/estar no mundo. Analítica existencial do modo pelo qual se acessa a pergunta para o sentido do ser.
Linguagem	Descritivo. Seu objetivo é que a experiência original seja	Manifestação do ser. Hermenêutica: conhecer e interpretar.

	evidente através de uma intuição clara.	
Fenômeno	Se constitui através da percepção direta ou intuição clara.	“Estar-no-mundo” é “Ser-no-mundo”.
Pergunta	Como conhecer o fenômeno?	Qual o sentido do ser? O que significa o ser?

Fonte: Adaptado de Núñez (2017).

Para Heidegger, a fenomenologia é capaz de capturar o que é estável ou permanente da mudança no mundo. Não se obtém isso fazendo perguntas sem sentido, mas por meio da escuta, da expressão, das experiências que não são mostradas com uma simples observação (BERTORELLO, 2006). Como eixo central de sua filosofia existencial, Heidegger se questiona sobre *ser*: o que é o significado de *ser*? E seu método de descobri-lo é através da fenomenologia hermenêutica do *ser* ou *Dasein* (NÚÑEZ, 2017).

O *ser* é a essência do sujeito, a alma, e transcende o *ente*. Quando se busca o sentido de *ser*, busca-se no *ente* aquilo que realmente ele é. *Ente* significa “muitas coisas e em sentidos diversos. É tudo de que falamos dessa ou daquela maneira, é também o que e como nós mesmos somos” (HEIDEGGER, 2020, p. 42). O *Ser* está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado. *Ser* é sempre ser de um *ente* compreendido e conhecido para “o *ser-aí*” (*Dasein*). O *ser-aí* é presença no mundo e, sendo no mundo, compreende-se como *ser* de possibilidades (HEIDEGGER, 2020).

As expressões *ôntico* e *ontológico* são delineadas no pensamento heideggeriano. O *ôntico* representa tudo o que é “percebido, entendido, conhecido de imediato”. O *ontológico* é “o que origina toda manifestação ôntica e lhe confere um sentido, não no sentido do que é manifesto, mas do que possibilita toda manifestação” (GILES, 1989, p. 378).

O método em Heidegger se revela por meio da sua reflexão filosófica. Por isso, em primeira instância, o sentido do *Ser* é interrogado no fenômeno de interesse. “Na medida em que se pergunta acerca desse fenômeno, o *ser-pesquisador* abre a possibilidade do caminho investigativo” (AMORIM *et al.*, 2019, p. 319).

Para proceder à investigação, devem-se seguir as etapas do método, representadas pelas fases de descrição, em que o fenômeno é apreendido como ele aparece à consciência, *epoché*, na qual o pesquisador deve ser desprovido de juízos temporários de valor e ideias preconcebidas para ter a consciência aberta a fim de compreender vaga e medianamente o fenômeno sem preconceitos e; hermenêutica ou interpretação como um momento no qual os dados descritos são compreendidos de modo interpretativo. No decorrer desse movimento, sentidos são desvelados (SEBOLD *et al.*, 2018).

A necessária redução fenomenológica demarca o rigor da etapa analítica, pois atenta “à relação sujeito-sujeito a partir da experiência vivida com vistas a compreendê-la e descrevê-la, sem explicá-la, uma vez que disso a *tradição* já se ocupou” (AMORIM *et al.*, 2019, p. 319).

O acesso ao *ente* explora o seu *mundo vivido*, definido como experiência consciente. A postura de diálogo e acolhimento ao outro em suas opiniões e sentimentos possibilita a doação originária dos significados que constituem o fenômeno de interesse (AMORIM *et al.*, 2019). Para tal, utiliza-se a entrevista de caráter fenomenológico que, segundo Carvalho (1991), dá-se sob a forma da existência situada no encontro, sendo possível o compartilhamento de compreensões, interpretações e comunicações, na esfera da intersubjetividade, a partir do movimento empático (PAULA *et al.*, 2014).

A busca atenta de pistas do *ente* em seu quem permite a construção da sua *historiografia* e *historicidade* (HEIDEGGER, 2020), revelando dados “sustentados na sua história e no seu tempo vivido. Esse movimento tencionou a visualização e compreensão da ponte *ôntico-ontológica*, que possibilitou a abertura de horizontes para as demais instâncias metódicas” (AMORIM *et al.*, 2019, p. 319).

A análise de depoimentos permite a construção das *Unidades de Significação* por meio da aproximação das *estruturas essenciais*, responsivas aos objetivos da pesquisa, diferenciando-as das *ocasionais* (HEIDEGGER, 2020).

O primeiro momento metódico, definido como *compreensão vaga e mediana*, explicita o fato na *dimensão ôntica*, ou seja, aquilo que o *ser* apresenta para “todos” como *ente* que é, compondo a *dimensão factual*. Heidegger assevera que “o círculo do compreender pertence à estrutura do sentido, cujo

fenômeno tem suas raízes na constituição existencial da presença, enquanto um compreender que interpreta [...]”. Toda interpretação funda-se no compreender (HEIDEGGER, 2020, p. 205).

A hermenêutica representa o movimento de interpretação compreensiva, em busca do desvelamento dos *modos de ser* ainda velados na *instância ôntica*. Como destaca o filósofo, “interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender” (AMORIM *et al.*, 2019; HEIDEGGER, 2020, p. 209).

O desenvolvimento de um estudo de caráter fenomenológico conduz à reflexão dos modos de ser do humano, possibilitando uma compreensão de natureza existencial, na qual o *Dasein* nos seus diferentes *modos de ser* relaciona-se com o mundo, consigo mesmo e com os outros.

Heidegger explora a questão do *ente* em seu *ser* através da analítica da *pre-sença*. Essa análise do *Dasein* se enceta pelo *mundo* que, ao contrário do conceito de geográfico, significa *espacialidade*. O *mundo* é o *aí* em que o *ser* foi lançado, compreendido pelo pensador como *circundante, humano e próprio*. O *mundo* mais próximo da presença cotidiana é o *circundante*, referido como o doméstico; o *mundo humano* ou público refere-se ao da convivência com o outro; o *mundo próprio* diz respeito à relação do ser humano consigo mesmo (HEIDEGGER, 2020).

No entendimento de Heidegger, ao assumir o seu *modo de ser*, o homem existe, *sendo no mundo*. Esse é lançado como *presença* na *facticidade*, desafiando o *ente* a existir e a vivenciar o *cotidiano*, procurando sair dos modos de *ser* da *inautenticidade* para a *autenticidade*, e aí manter-se na maior parte do tempo. A vida *autêntica* é caracterizada por ser capaz de assumir a própria existência (HEIDEGGER, 2020).

Em uma existência *inautêntica*, o homem se *ocupa* das *coisas*. E nessa *manualidade* o *Dasein* mergulha na sua *temporalidade cotidiana*, dissociado da perspectiva de sua finitude, vivendo voltado para o seu *presente cotidiano* e respondendo às suas demandas e necessidades habituais. Assim como ele, vive projetando e esperando o que o futuro tem a lhe trazer, e o passado aparece na forma de esquecimento, ganhando um sentido de herança (HEIDEGGER, 2020).

Em relação aos modos de *ser autênticos* e *inautênticos*, Golin (1997, p. 4) ressalta que:

A *autenticidade* é a singularização da existência, isto é, a apropriação de si, é a tomada de consciência do *Ser-aí*, é a sua real abertura às mais diversas possibilidades. É o momento da compreensão mais profunda em que o *Ser-aí* se abre ao mundo e se relaciona concretamente com as coisas. A *inautenticidade*, por sua vez, é marcada por aquele falatório infundado em que nunca há um aprofundamento do que fora dito; diferentemente, este modo autêntico tem outro sentido: o de apropriar-se das coisas com as quais se relaciona. É o falar somente do que se conhece, o que transcende a relação sujeito-objeto, mas alcança um nível mais profundo, o da inclusão no projeto de vida, de existência, de *Ser-mais*.

Ao se referir ao *cotidiano* no modo da *inautenticidade*, Heidegger destaca que:

O ser-com-os-outros cotidiano é o lugar do “público”, onde tudo é para todos indistintamente, onde somos como os outros são, fazemos aquilo que se faz, preocupamo-nos com o que “a gente” se preocupa, onde estamos familiarmente habituados ao “afastamento” de nossas próprias responsabilidades e de nosso próprio ser. Esse ser-com-os-outros cotidiano é, portanto, o lugar do nivelamento ou “uniformidade”, onde tudo é de todos, onde estamos sempre à mercê do arbítrio do “a gente” (HEIDEGGER, 2020, p. 65).

Na *impessoalidade* do “a gente” e sendo *presença* no *mundo* das *ocupações*, o *ser-aí* se mostra na *decadência*, como modo mais imediato que o homem interpreta das suas possibilidades de *ser*. O sentido da *decadência* indica que a *pre-sença* está junto e no *mundo* das *ocupações*, no modo de um constante estado de interação e *ocupação* junto às coisas que lhe vêm ao encontro no *mundo*. Em concordância a esse pensamento, Golin (p.8) assegura que:

Cair de si mesmo significa dizer que o ser da presença se torna projeto à medida que está lançado em seu fazer-se no mundo, e de-cair no mundo, por sua vez, diz que o *Dasein* compartilha o mesmo modo de ser, ou seja, o próprio mundo, com os outros (*Dasein*). Esse fenômeno ocorre pela determinação da convivência - a qual está intimamente relacionada com o fenômeno do falatório.

Segundo Heidegger, o termo *falatório* se refere à constituição do “modo de ser da compreensão e interpretação cotidiana”. Sendo assim, representa o modo como interpretamos ou existimos no cotidiano; é o discurso que se

pronuncia e sempre se pronunciou, é a linguagem do *impessoal* (HEIDEGGER, 2020, p.234).

Assim como o *falatório*, a *ambiguidade* e a *curiosidade* caracterizam o modo em que o *Dasein* é abertura como *ser-no-mundo*, na *cotidianidade*. A *curiosidade* compreende o fenômeno de origem ontológico existencial que guia o tipo de percepção do mundo, próprio do *cotidiano*. Isso significa que a *curiosidade* não busca entender ou se apropriar do que vê, como um modo de visão, procura ver, mas não para aprofundar um conhecimento, ela busca apenas um novo fim, uma novidade (HEIDEGGER, 2020).

Na *ambiguidade*, não se tem de forma clara o que é autêntico e originário. Na *inautenticidade*, segundo o filósofo, “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou então se parece que não o foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2020 p. 238).

Na constante movimentação do *ser-no-mundo*, abrem-se *possibilidades* de relacionar-se com as demais *pre-senças*. O modo de *ser-com-o-outro* é uma característica fundamental que Heidegger destaca no existir humano. O *ser-com-o-outro* pode estar presente no cotidiano da *pre-sença*, expressando-se pelo “cuidar” em uma relação de *pre-ocupação* com o outro. Em concordância com esse pensamento, Lopes (1999, p. 53) ressalta que:

[...] sendo no mundo a pre-sença sempre ek-siste enquanto sendo-com, expressa-se pelo cuidar e ocupar-se das coisas e pelo preocupar-se com os outros. Na *cotidianidade*, algumas vezes, a pre-sença preocupa-se com as coisas e ocupa-se dos outros.

Nesse sentido, Heidegger destaca que é na dimensão do *cotidiano* que o *ser* do *ser-aí* pertence ao *ser-com-os-outros*, assim:

[...] na possibilidade de *ser-com*, o *ser-aí* é essencialmente para os outros. Mesmo se cada *fático ser-aí* não está voltado para os outros, e supondo que não tenha a necessidade deles, ou que arranje um meio de viver sem eles, ainda assim ele está no modo do *ser-com* (HEIDEGGER, 2020, p. 48).

A *solicitude*, entendida pelo filósofo como uma maneira de *cuidar*, pode manifestar-se sobre dois aspectos. A que é representada por um *cuidado*

dominador, na qual o outro assume para si o cuidado, privando o outro de se cuidar, cria uma situação de dependência. E o *cuidar autêntico*, uma relação que ajuda o outro a cuidar de si, propiciando o desenvolvimento de suas potencialidades (HEIDEGGER, 2020).

De acordo com Heidegger (2020, p. 48):

A solicitude demonstra-se como um estado de ser do *ser-aí* (*Dasein*) - um estado que, de acordo com suas diferentes possibilidades, está ligado com seu ser em relação ao mundo de seu cuidado e, da mesma maneira, com seu autêntico ser em relação a si mesmo.

Heidegger considera, na analítica do *ser-aí*, o *ser-para-a-morte* como projeto à existência humana que está sob a forma da perspectiva e da antecipação de si mesmo como possível. A possibilidade extrema da existência é a própria morte. Orientado para o *futuro* por seu modo de *ser* como *projeto*, o *Dasein* antecipa como horizonte de sua expectativa o seu próprio fim. A antecipação para a *morte* revela que o pico mais alto de possibilidades é o próprio nada, permitindo a compreensão do caráter inconsciente e, no entanto, *ontológico* da existência. É antecipando pelo pensamento do próprio não *ser* que possibilita aceder a uma compreensão *autêntica* do sentido de *ser* (HEIDEGGER, 2020).

No pensar heideggeriano, a compreensão *autêntica* da morte abre a possibilidade para a *angústia*, desvelando originalmente o homem em seu *ser*. Sendo a morte uma estrutura fundamental do homem, é um existencial e uma das condições da humanidade. É pela *angústia* que se dá conta da existência da morte, que se toma consciência da finitude humana. Nesse sentido, torna-se importante para que uma existência *autêntica* seja construída, revelando-se oposta à *impessoalidade* do *cotidiano* e do abandono do próprio eu diante da opressão do mundo (SANTOS, 2006).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Na intenção de desvelar sentidos da mulher sobrevivente ao câncer de mama, encontrou-se na pesquisa qualitativa, fundamentada na fenomenologia de Martin Heidegger, uma possibilidade para compreensão das facetas do fenômeno a partir do ser que o vivencia. Segundo Heidegger, a fenomenologia é “[...] mostrar o ente tal como ele se mostra em si mesmo” (HEIDEGGER, 2020, p.58), sendo a busca por aquilo que ainda não foi revelado e só é possível acessar por meio do ser que o vivenciou. Dirige-se, assim, para os significados atribuídos pela pessoa, de maneira a apreender as singularidades em seu vivido, conduzindo-se para uma compreensão existencial (HEIDEGGER, 2020).

Pela relevância das reflexões trazidas até o momento, pode-se apontar que a fenomenologia, ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida, tem se constituído como uma alternativa de pesquisa para a enfermagem, uma vez que esses profissionais se mostram preocupados em envolver os fenômenos com os quais convivem em seu cotidiano, almejando aprimorar o entendimento e a singularidade expressa em cada ser (ESQUIVEL *et al.*, 2016).

A motivação para o desenvolvimento do estudo foi o desejo de compreender os significados que fundam o cotidiano da mulher sobrevivente ao câncer de mama. Assim, essa metodologia de pesquisa tem como uma de suas características o enfoque na subjetividade do ser, permitindo a partir do significado das pessoas a compreensão de situações investigadas, intencionando adentrar no seu mundo vivido.

Em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/12, a pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com o número 3.759.279 e CAAE 25992619.6.0000.5133 (ANEXO A) (BRASIL, 2012).

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Constituiu-se como cenário de desenvolvimento da pesquisa o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), Unidade Dom Bosco. A escolha do cenário em questão se deveu ao fato de ser o local de trabalho da pesquisadora, que atuava em um ambulatório de cirurgia oncológica,

realizando consultas de enfermagem pré e pós-operatória, e em um ambulatório de estomaterapia.

Embora essa ambientação tenha facilitado o acesso às possíveis depoentes nesse ponto da linha de cuidados, houve uma compreensão da necessidade de movimentar-se da posição de enfermeira para a de pesquisadora durante o encontro para as entrevistas.

O HU-UFJF está localizado na cidade de Juiz de Fora, unidade federada de Minas Gerais, e sua origem remonta à assinatura do convênio entre a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e a UFJF, no dia 8 de abril de 1963, com a finalidade do desenvolvimento de atividades de ensino das clínicas das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia da UFJF. Com a edição da Lei Federal nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção da saúde, e a nova lógica dos hospitais universitários como pontos de atenção do SUS, o HU-UFJF incorporou-se ao Sistema de Saúde do Município de Juiz de Fora e passou a ser o hospital de referência da Região (Zona da Mata Mineira, região sul de Minas e alguns municípios do Rio de Janeiro) (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020).

Atualmente, o Hospital é considerado uma instituição de saúde de referência na macrorregião do entorno de Juiz de Fora. Presta serviços assistenciais em regime integralmente público, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão. O HU-UFJF tem sua estrutura formada por três unidades prediais separadas fisicamente: a Unidade Dom Bosco, a Unidade Santa Catarina e o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020).

As principais atividades assistenciais realizadas no Hospital Universitário têm sua produção segmentada em seis grupos, a saber, exames, consultas, cirurgias, internação (procedimentos de média complexidade); procedimentos de alta complexidade e Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias (Faec). A produção quantitativa do primeiro semestre de 2020 apresentou um total de 37.197 consultas, 770 cirurgias, 1.930 internações e 85.794 exames realizados. Entre as cirurgias realizadas na instituição, está incluída a cirurgia das mamas.

As pacientes são encaminhadas pelas Secretarias de Saúde dos municípios de abrangência e, após a primeira consulta, são submetidas aos procedimentos diagnósticos para posterior definição do tratamento. O

ambulatório de especialidades é o setor responsável pelo acompanhamento e seguimento de todas as pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama no HU-UFJF, visto que o hospital não possui os serviços de quimioterapia e radioterapia. Existem duas especialidades que realizam esse atendimento, a Cirurgia oncológica e a Mastologia.

Quando existe a indicação de tratamentos complementares ao da cirurgia, as pacientes são encaminhadas a outros serviços que possuem tanto a modalidade de quimioterapia quanto a de radioterapia. Sendo assim, o cuidado multiprofissional fica centralizado nesses outros serviços, tendo em vista que as mulheres são avaliadas no pós-operatório imediato e retornam ao HU-UFJF no término da terapia complementar para a realização do seguimento durante cinco anos.

A especialidade da Cirurgia oncológica atende a quase todos os tipos de tumores sólidos, e a Mastologia, como especialidade responsável por atender às demandas específicas de patologias mamárias, possui um número maior de pacientes em acompanhamento do câncer de mama. Nesse sentido, a busca pelas participantes foi direcionada para ambos os ambulatórios.

4.2 O CAMINHAR FENOMENOLÓGICO

Com o intuito de compreender os modos de ser da mulher sobrevivente ao câncer de mama, iniciou-se a ambientação em fevereiro de 2020, por meio da aproximação e da busca de conhecimento do funcionamento do ambulatório de Mastologia, em conversas com os mastologistas responsáveis pelos atendimentos, com enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor. Buscou-se identificar as demandas atendidas de mulheres em seguimento e realizar um levantamento de possíveis participantes que frequentavam o serviço e que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, ou seja, ser maior de 18 anos; ter terminado o tratamento para o câncer de mama e estar em acompanhamento no ambulatório do HU-UFJF. Foram utilizados como critérios de exclusão ser portadora de agravos mentais; ter antecedente familiares, pessoas com outro(s) tipo(s) de câncer, além do de mama, e estar em cuidados paliativos.

Em decorrência da pandemia causada pelo novo coronavírus, a etapa de campo teve que ser interrompida devido à suspensão dos atendimentos eletivos

no ambulatório do HU até o mês de agosto de 2020 e das atividades acadêmicas presenciais da UFJF. Com o retorno das consultas, foi encaminhado um ofício à coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, solicitando uma autorização para o início da coleta de dados, enfatizando que as participantes e a pesquisadora não estariam se expondo ao risco de contaminação pelo coronavírus, uma vez que esse contato prévio fazia parte das atividades da pesquisadora na instituição.

Após a autorização para iniciar a etapa de campo, foi necessário repensar estratégias para o acesso às depoentes. Então, procurou-se em um primeiro momento, abordar as mulheres na sala de espera para as consultas com a Mastologia. Contudo, o ambulatório estava priorizando os atendimentos a mulheres que ainda estavam em tratamento em detrimento das que estavam apenas em seguimento, devido à redução do número de atendimentos eletivos na instituição para evitar aglomerações.

Recorreu-se ao agendamento semanal de pacientes para consultas de acompanhamento com a Mastologia e com a Cirurgia oncológica, por meio do sistema eletrônico Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Assim, nos dias de atendimento dessas especialidades (segunda, quarta e quinta-feira), foi realizado um levantamento no prontuário eletrônico de todas as pacientes agendadas de março a dezembro de 2020.

A partir do atendimento aos critérios de inclusão, foi realizado contato telefônico com 38 possíveis participantes, com o intuito de explicitar os objetivos do estudo e, diante do aceite e disponibilidade das mesmas, realizou-se o agendamento do encontro para a data e local de escolha dessas mulheres. Destas, 19 não atenderam o telefone ou o número chamado não existia, duas não aceitaram participar do estudo devido à fragilidade emocional em relatar o assunto e duas apresentaram recidiva da doença e estavam em tratamento no momento do contato. Desse modo, participaram da pesquisa 15 mulheres.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório do HU, no domicílio das depoentes, no local de trabalho ou em outra instituição de saúde, de acordo com a preferência e disponibilidade de cada participante. Vale ressaltar que todas as medidas de segurança para evitar o contágio pelo coronavírus foram seguidas, como a utilização de máscara pela pesquisadora e pelas participantes, a

utilização de álcool em gel e o distanciamento de pelo menos um metro entre elas.

Neste estudo, utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista aberta e de caráter fenomenológico, que, segundo Carvalho (1991), dá-se sob a forma da existência situada no encontro. Assim, possibilita uma vivência em que compartilham compreensões, interpretações e comunicações, na esfera da intersubjetividade, a partir do movimento empático (PAULA *et al.*, 2014). Dessa forma, foi necessária a redução das concepções prévias acerca do objeto em estudo para que a aproximação entre o sujeito enfermeira/pesquisadora e o ser mulher ocorresse em um movimento de cumplicidade e segurança no outro.

Após a apresentação como pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi entregue e lido em conjunto com a participante para propiciar maior compreensão das envolvidas, que só foram incluídas no estudo após concordarem em participar e assinarem o mesmo.

As entrevistas foram guiadas pelo “Roteiro orientador da entrevista” (APÊNDICE B), contendo dados pessoais de identificação, informações das participantes e perguntas orientadoras. Para resguardar a identidade das participantes, foi oferecido um pseudônimo mediante um código alfanumérico representado pela letra “M” (inicial da palavra “mulher”), seguida por um número que corresponde à ordem cronológica dos encontros.

Os depoimentos foram gravados em mídia eletrônica e, posteriormente, transcritos logo após a entrevista, com atenção ao conteúdo da linguagem, tentando mergulhar na dimensão cotidiana de cada mulher e sendo fiel às expressões por elas utilizadas.

O diário de campo foi empregado após cada entrevista para registrar as expressões não verbais, tendo em vista que a linguagem não se resume às palavras proferidas, inclui também a escuta e o silêncio. Ressalta-se que a guarda do material da entrevista em mídia ou em papel após a transcrição se dará por cinco anos e que, após esse prazo, ele será destruído conforme recomendação (BRASIL, 2012).

Após cada entrevista, foram realizadas escutas repetidas, leitura do conteúdo registrado no diário de campo e transcrição das falas, intencionando mergulhar no vivido e na vivência de cada mulher e sendo fiel às expressões por elas utilizadas.

Durante a leitura atenta dos depoimentos, procurou-se lembrar o encontro que estava “vivo” na mente, com os gestos, o silêncio e a expressão de cada mulher, apontando direções para o desvelamento do *modo de ser próprio da presença*. Esse movimento, apoiado pelos registros do diário de campo, permitiu iniciar a historiografia e historicidade, abrindo caminho para a análise compreensiva por meio do destaque das estruturas essenciais, guiadas pelo objetivo da pesquisa.

Conforme as entrevistas iam se sucedendo, a aproximação dessas estruturas permitiu a construção das Unidades de Significação (USs) com suficiência de expressões a ponto de considerar o encerramento da etapa de campo, em que, no movimento de análise em profundidade do material empírico, ocorre a ausência de novos significados (FONTANELLA, 2012). Na fenomenologia, implica alcance da possibilidade de desvelamento do fenômeno em estudo, quando as aproximações dos significados expressos e compreendidos permitem desvelar sentidos da vivência (HEIDEGGER, 2020) da mulher sobrevivente ao câncer de mama.

Os títulos das Unidades de Significação representaram a síntese dos significados expressos, e a reunião desses *caputs* permitiu a elaboração do conceito de ser como fio condutor para dimensão ontológica. Assim, como exposto por Heidegger (2020), em um primeiro momento metódico, desenvolveu-se a compreensão vaga e mediana, que permanece na instância ôntica, que é dos fatos. Já em um segundo momento metódico, constituiu-se a compreensão interpretativa ou hermenêutica, desvelando-se o fenômeno. Destaca-se que, em ambas as etapas, os conceitos do referencial Heideggeriano foram operacionalizados a partir da obra *Ser e Tempo* (2020).

5 ANÁLISE COMPREENSIVA: HISTORIOGRAFIA E HISTORICIDADE

A historiografia para Heidegger (2020) explicita o fato na dimensão ôntica, ou seja, aquilo que o *ente* mostra à primeira vista. É nesse momento que a caracterização das depoentes é constituída, como apresentado no Quadro 4, de modo a contextualizar o *quem* da mulher sobrevivente ao câncer de mama. Destacam-se dados advindos do prontuário das participantes, tais como idade, estado civil, número de filhos, religião, profissão/ocupação, ano do diagnóstico, ano do término do tratamento e conduta terapêutica. Essas informações têm relação com o objeto de estudo, possibilitando ratificar como esses *entes* são identificados pelo sistema de saúde.

Quadro 4 – Representação esquemática da historiografia

Participantes	Idade	Estado civil	Número de filhos	Religião	Profissão/ ocupação	Exercício laboral	Ano do diagnóstico do câncer de mama	Ano do término do tratamento	Conduta terapêutica
M1	50	Casada	2	Católica	Auxiliar de laboratório	Não	2018	2020	Quadrantectomia, quimioterapia e radioterapia
M2	60	Casada	3	Evangélica	Costureira	Sim	2017	2017	Quadrantectomia e radioterapia
M3	43	Casada	1	Católica	Professora de dança	Não	2017	2020	Mastectomia bilateral, quimioterapia e radioterapia
M4	40	Casada	1	Espírita	Fonoaudióloga	Não	2018	2018	Mastectomia total e radioterapia
M5	58	Casada	2	Católica	Doméstica	Não	2009	2011	Mastectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia
M6	80	Viúva	3	Católica	Doméstica	Não	2014	2019	Mastectomia e hormonioterapia
M7	41	Casada	2	Católica	Psicopedagoga	Não	2013	2013	Mastectomia, quimioterapia e radioterapia
M8	52	Casada	1	Católica	Agente administrativa	Não	2013	2015	Setorectomia, quimioterapia e radioterapia
M9	50	Casada	0	Católica	Vendedora	Sim	2018	2019	Quadrantectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia
M10	50	Divorci-ada	1	Católica	Do lar	Não	2013	2020	Mastectomia com linfadenectomia, e hormonioterapia

M11	55	Divorciada	2	Católica	Costureira	Não	2014	2020	Mastectomia com linfadenectomia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia
M12	41	Casada	1	Nenhuma	Auxiliar de corte e costura	Não	2018	2019	Mastectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia
M13	51	Casada	1	Católica	Professora	Sim	2017	2018	Mastectomia e quimioterapia
M14	40	União estável	1	Católica	Doméstica	Sim	2018	2019	Setorectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia
M15	69	Viúva	1	Católica	Auxiliar de escritório	Não	2014	2020	Mastectomia, quimioterapia e hormonioterapia

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

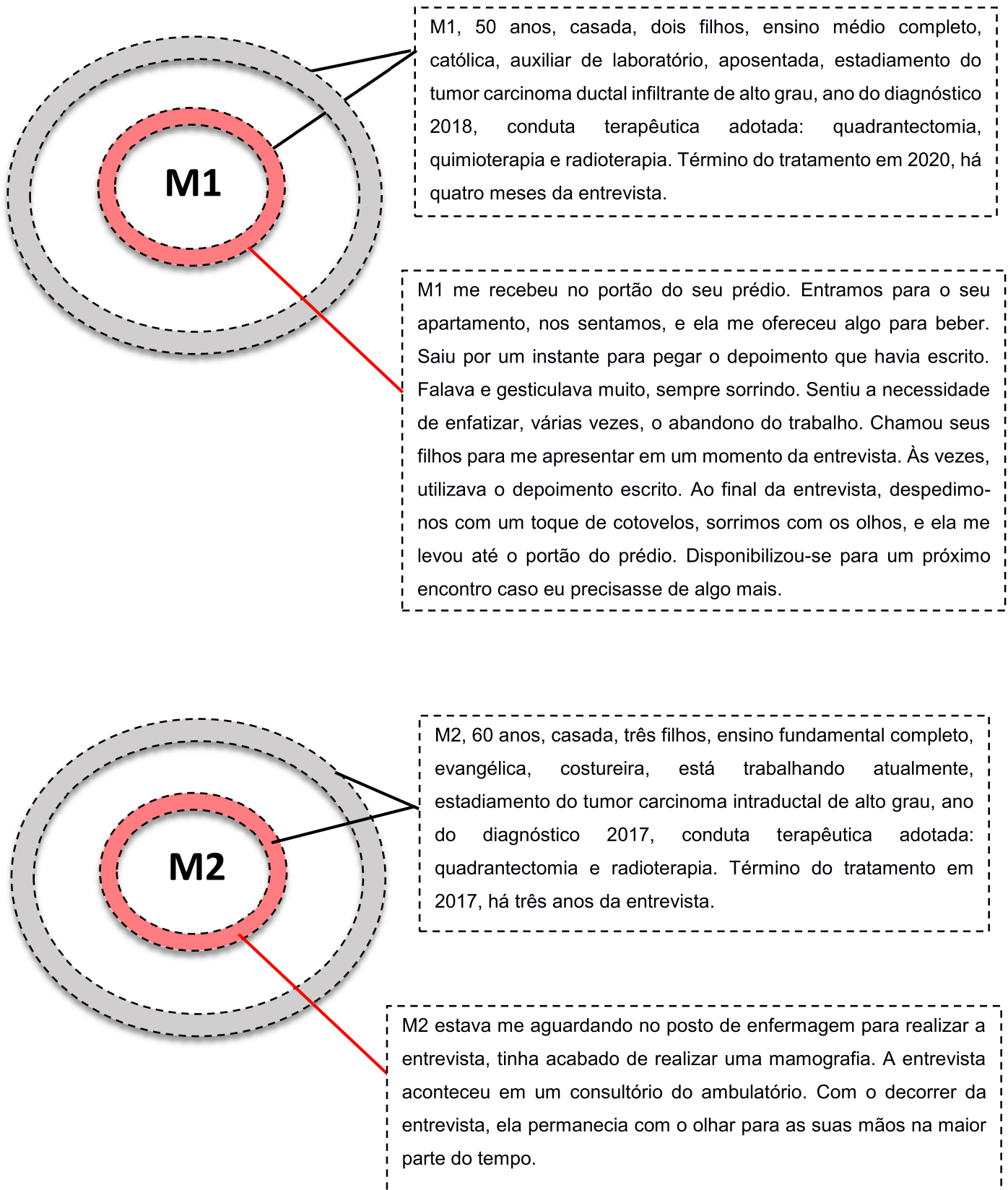
Os fatos que emergem da condição de sobrevivência da mulher ao câncer de mama – historiografia – direcionam para a compreensão da mulher na esfera factual quando questionada acerca da sua vivência – historicidade –, culminando no movimento de análise compreensiva do ser mulher sobrevivente ao câncer de mama.

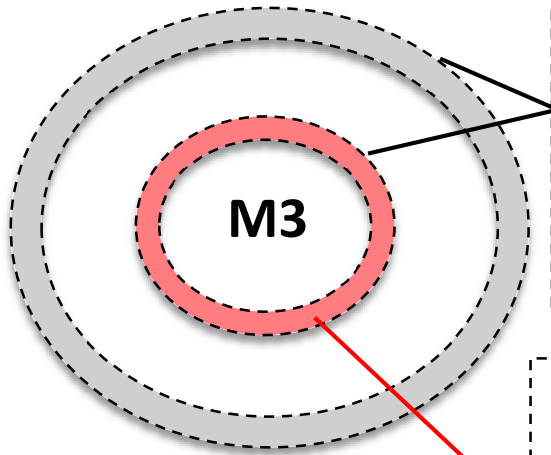
A historicidade como modo de ser da história, torna-a objeto possível da historiografia. E, uma vez que a presença existe histórica e temporalmente, possibilita a abertura e apreensão de sua existência (AMORIM, 2019, p. 320).

Para demonstrar esse movimento, foi realizado um destaque cromático na composição da historicidade, representado pela Figura 2, adaptada para o objeto em estudo desta dissertação a partir da publicação de Amorim *et al.* (2019).

Do mesmo modo, coloriu-se de cinza a circunscrição do sistema de saúde, refletido aqui como rede de cuidados à mulher sobrevivente ao câncer de mama, desde sua referência para o HU/UFJF até a alta institucional. De vermelho, representou-se a circunscrição da mulher. As linhas pontilhadas indicam possibilidades de interlocução na medida em que a rede de cuidados se abre para o *quem* em detrimento do ente. O espaço que se interpõe entre o *ser* e o sistema pode ser preenchido pela disposição do profissional.

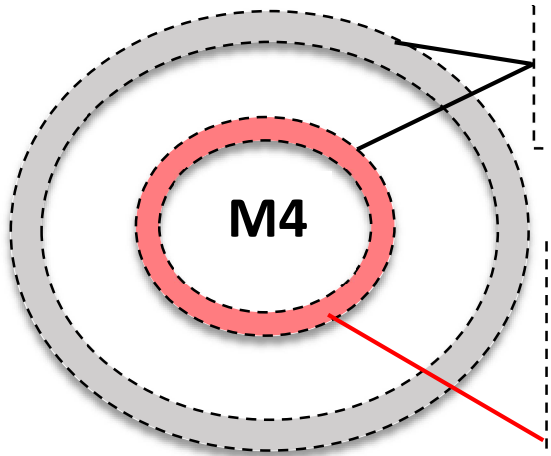
Figura 2 - Representação esquemática da Historiografia e Historicidade





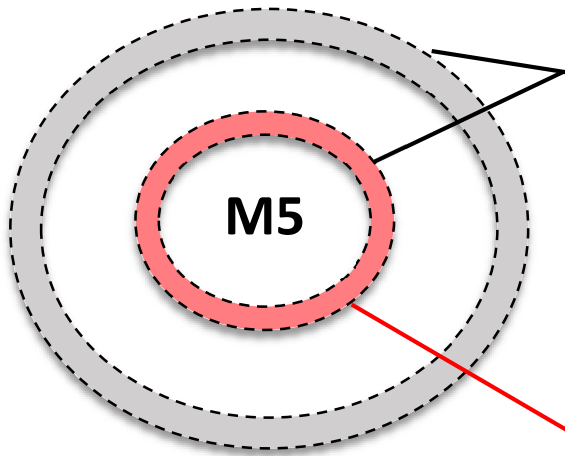
M3, 43 anos, casada, um filho, ensino médio completo, católica, professora de dança, está afastada em decorrência do câncer, estadiamento do tumor carcinoma mamário invasor de alto grau, ano do diagnóstico 2017, conduta terapêutica adota: mastectomia bilateral, quimioterapia e radioterapia. Término do tratamento 2020, há quatro meses da entrevista.

M3 optou por me receber em seu domicílio, a entrevista aconteceu no salão de festas do prédio. Ela saiu do elevador e me cumprimentou sorrindo. Pegou duas cadeiras no salão para que pudéssemos sentar, e nos posicionamos de frente uma para a outra. Ao relatar sobre o apoio recebido dos familiares, chorou, sendo necessário interromper a fala por alguns minutos. Posteriormente, manteve-se sorridente durante o encontro. Ao terminar a gravação, no momento da despedida, ela me contou sobre os seus planos de futuro para cursar gastronomia.



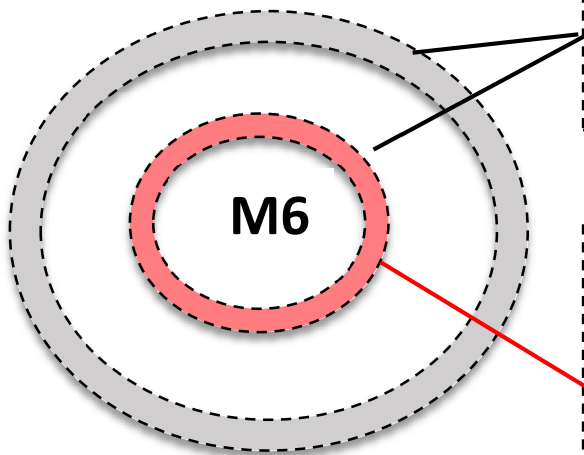
M4, 40 anos, casada, um filho, graduada, espírita, fonoaudióloga, aposentada, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasivo de alto grau, ano do diagnóstico 2018, conduta terapêutica adotada: mastectomia e radioterapia. Término do tratamento em 2018, há dois anos da entrevista.

M4 me encontrou na sala de espera da Nefrologia, assim que me viu, perguntou se eu era a Suellen. Enquanto aguardávamos o seu atendimento na hemodiálise, conversamos sobre a doença renal, sobre o seu trabalho e sua família. Após o atendimento, entramos em uma sala, sentamo-nos de frente uma para a outra e iniciamos a conversa. Logo no início, ao relatar sobre a cirurgia, a depoente chorou muito, por vezes levava a mão ao seio e enxugava as lágrimas com as mãos. Mesmo assim, ela quis continuar com a entrevista e foi retomando a fala aos poucos.



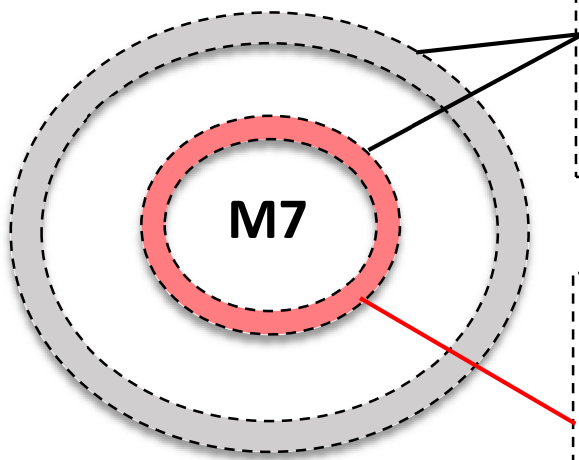
M5, 58 anos, casada, dois filhos, ensino fundamental completo, católica, doméstica, desempregada, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasivo de alto grau, ano do diagnóstico 2009, conduta terapêutica adotada: mastectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia. Término do tratamento em 2011, há nove anos da entrevista.

M5 foi abordada na sala de espera do ambulatório, estava aguardando consulta com a Mastologia, acompanhada da filha. O encontro aconteceu em um consultório no mesmo setor. Ao relatar sobre o dia diagnóstico, fechou os olhos, respirou profundamente e esperou um tempo, com os olhos lacrimejando. Sorriu ao falar sobre os netos, em especial da neta mais velha. Ao final da entrevista, mencionou que foi bom ter conversado sobre isso, por ter proporcionado um momento de desabafo ao lembrar a sua experiência, despedimo-nos e ela retornou à sala de espera.



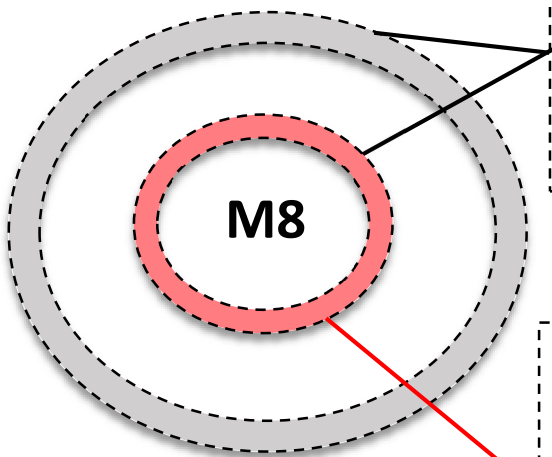
M6, 80 anos, viúva, três filhos, ensino fundamental incompleto, católica, aposentada, estadiamento do tumor carcinoma ductal *in situ* grau 2, ano do diagnóstico 2014, conduta terapêutica adotada: mastectomia e hormonioterapia. Término do tratamento em 2019, há um ano da entrevista.

M6 me recebeu em seu domicílio, sentamo-nos à mesa da cozinha, ela sorriu ao me receber. Mantinha as mãos sobre a mesa, mexendo nos dedos. Sorriu ao falar sobre a ausência da filha nos acompanhamentos da internação. Ao final, ofereceu-me algo para beber e se disponibilizou a responder outras questões caso eu precisasse.



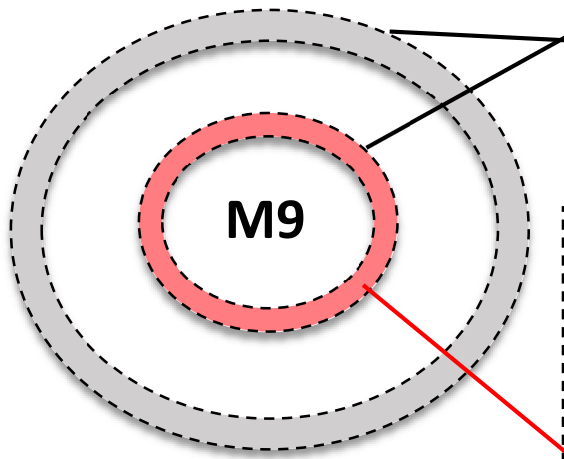
M7, 41 anos, casada, dois filhos, pós-graduada, católica, psicopedagoga, afastada do trabalho em decorrência do câncer de mama, estadiamento carcinoma ductal invasor de alto grau, ano do diagnóstico 2013, conduta terapêutica adotada: mastectomia e quimioterapia. Término do tratamento em 2013, há sete anos da entrevista.

M7 me encontrou no hospital, sorriu ao me ver e continuou sorrindo durante a maior parte da entrevista. Gesticulava ao falar. Os olhos lacrimejaram ao lembrar sobre o período que teve que ser reoperada várias vezes. Sempre sorria ao falar sobre a sua família e sobre a forma como enfrentou essa experiência.



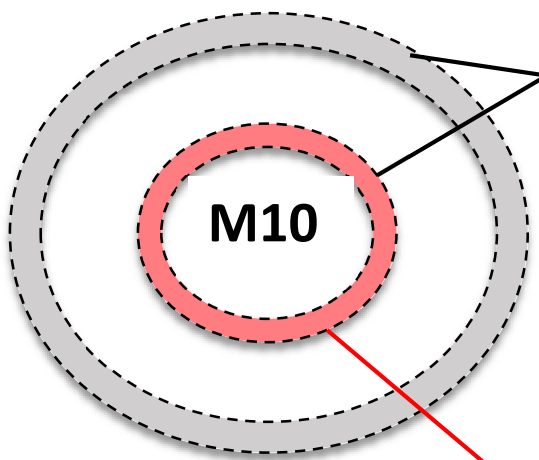
M8, 52 anos, casada, um filho, ensino médio completo, católica, agente administrativa, afastada em decorrência do câncer de mama, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasivo grau 1, ano do diagnóstico 2013, conduta terapêutica adotada: setorectomia, quimioterapia e radioterapia. Término do tratamento em 2015, há cinco anos da entrevista.

M8 solicitou que eu fosse ao seu encontro em outra instituição de saúde, onde ela foi para uma consulta de acompanhamento, estava acompanhada do marido e solicitou que ele a esperasse em um local mais distante. Desculpou-se pela demora na consulta, sentamo-nos em um dos bancos na área externa do hospital, ao lado uma da outra, e realizamos a entrevista. Despedimo-nos e ela foi ao encontro do seu marido.



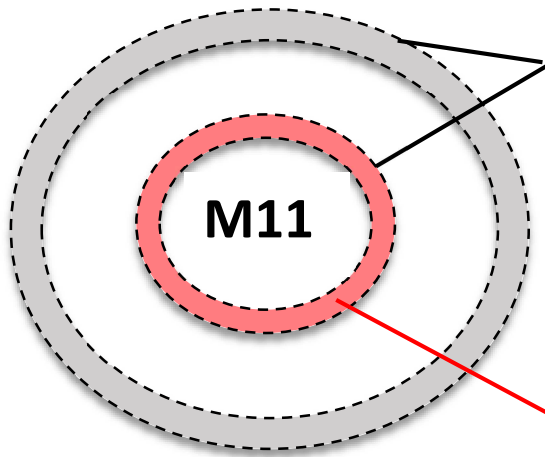
M9, 50 anos, casada, sem filhos, ensino médio completo, católica, vendedora, trabalhando atualmente, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasivo triplo negativo, ano do diagnóstico 2018, conduta terapêutica adotada: quadrantectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia. Término do diagnóstico em 2019, há um ano da entrevista.

M9 optou por realizar a entrevista em seu local de trabalho, no intervalo para almoço. Ao chegar, ela se levantou da cadeira e veio ao meu encontro sorrindo, sentamo-nos e iniciamos a entrevista. Logo do início, ela começou a chorar, perguntei se ela gostaria de parar um pouco e ela fez sinal de “não” com a cabeça. Seus olhos escorriam lágrimas durante toda a entrevista, e ela as enxugava com as mãos. Chorou ao mencionar o medo de recaída e ao lembrar do apoio da sua família. Ao terminar a gravação, despedimo-nos com um sorriso, e ela agradeceu pela escuta e pela oportunidade de ter conversado sobre esse assunto.



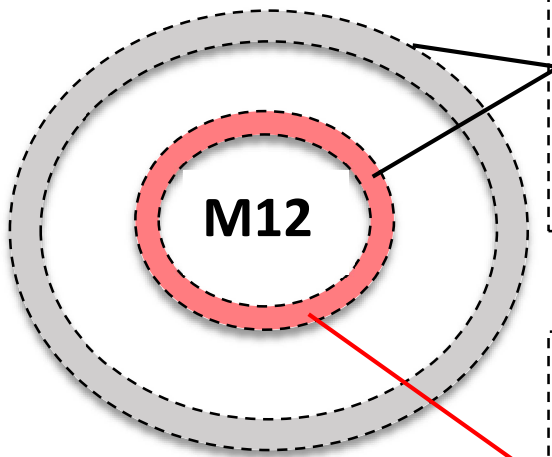
M10, 50 anos, divorciada, um filho, ensino fundamental completo, católica, doméstica, desempregada, estadiamento do tumor carcinoma ductal *in situ*, ano do diagnóstico 2013, conduta terapêutica adotada: mastectomia com linfadenectomia e hormonioterapia. Término do tratamento em 2020, há três meses da entrevista.

M10 me encontrou no hospital, a entrevista aconteceu em um consultório do ambulatório. Ela chegou sorrindo e mencionou estar um pouco preocupada com o tempo de duração da entrevista, porque tinha deixado a sua mãe dependente sozinha em casa. Falava alto e gesticulava muito, estava sempre sorrindo e fazendo brincadeiras com a sua história. Ao mencionar a sua cirurgia reconstrutora, levou a mão ao decote da sua roupa, apontando para os seus seios e disse como estava satisfeita com eles.



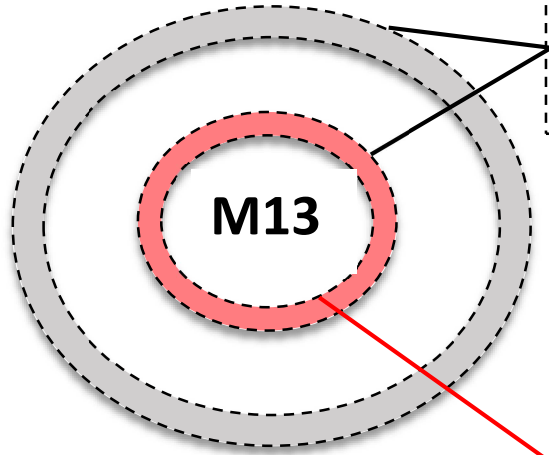
M11, 55 anos, divorciada, dois filhos, ensino fundamental completo, católica, costureira, desempregada, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasivo grau 2, ano do diagnóstico 2014, conduta terapêutica adotada: mastectomia com linfadenctomia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Término do tratamento em 2020, há seis meses da entrevista.

M11 foi abordada após a consulta com a Mastologia, ficou sentada na cadeira com a bolsa sobre o colo durante toda a entrevista. Ao falar sobre o divórcio, fazia alguns segundos de pausa.



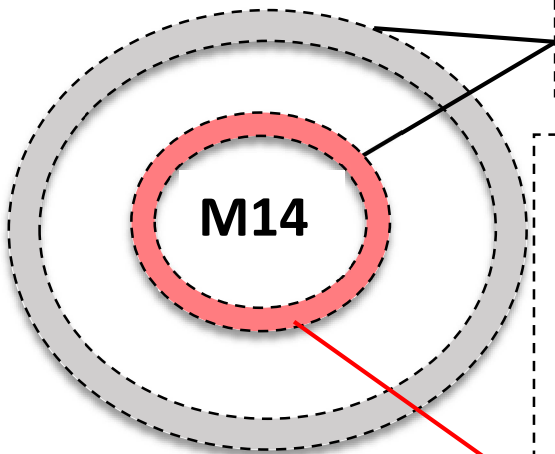
M12, 41 anos, casada, um filho, ensino médio completo, não tem religião, auxiliar de corte e costura, está afastada do trabalho em decorrência do câncer de mama, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasivo grau 2, ano do diagnóstico 2018, conduta terapêutica adotada: mastectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia. Término do tratamento em 2019, há um ano da entrevista.

M12 foi abordada após a consulta com a Mastologia e relatou que não poderia demorar muito porque o seu marido a estava aguardando do lado de fora do hospital. Estava sorridente durante toda a entrevista, gesticulava ao falar. Ao se despedir, pediu desculpas por não poder demorar e se disponibilizou a responder outras questões caso eu necessitasse.



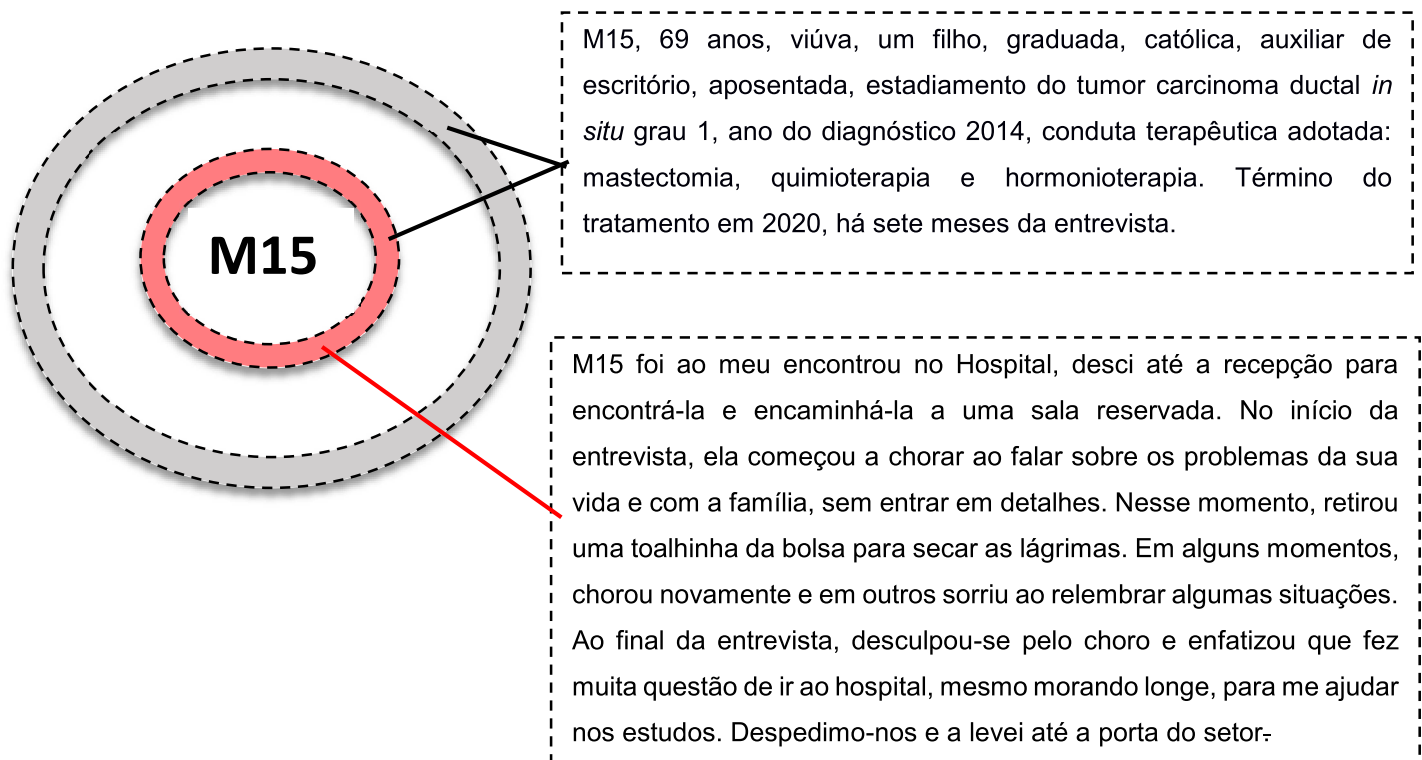
M13, 51 anos, casada, um filho, pós-graduada, católica, professora, está trabalhando atualmente, estadiamento do tumor carcinoma ductal *in situ*, ano do diagnóstico 2017, conduta terapêutica adotada: mastectomia e quimioterapia. Término do tratamento em 2018, há dois anos da entrevista.

M13 foi abordada na sala de espera do HU. Pediu para que eu olhasse no sistema se o seu nome estava se aproximando para ser chamada pelo médico. Estava sorridente durante a entrevista, fazia piadas com a sua experiência e sentiu necessidade de enfatizar o impacto da queda dos cabelos para a sua vida. Ao terminar, despedimo-nos e a acompanhei até a sala de espera novamente.



M14, 40 anos, em união estável, um filho, ensino fundamental completo, católica, doméstica, trabalha atualmente, estadiamento do tumor carcinoma ductal invasor grau 1, ano do diagnóstico 2018, conduta terapêutica adotada: setorectomia com linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia. Término do tratamento em 2019, há um ano da entrevista.

M14 me recebeu em sua casa, estava me aguardando na laje. Desceu ao meu encontro sorrindo, e fomos para a laje, onde estava o seu marido, que permaneceu o tempo todo próximo. Sentamo-nos no chão, de frente uma para a outra, e, logo no início, a depoente chorou muito ao relatar sobre o tratamento e a queda dos cabelos. Foi necessário parar a entrevista por alguns minutos. Ao retornar a fala, ela já não estava chorando mais e, por alguns momentos, sorriu ao lembrar de como tinha vergonha de conversar com pessoas desconhecidas. Apontava para o braço que sentia dor sempre que ia falar sobre ele, demonstrando a fraqueza que havia ficado em seu membro. Ao terminar, ela relatou que gostou muito de ter esse momento de abertura para falar da sua história e se desculpou por ter chorado. Despedimo-nos com um sorriso.



Fonte: A autora (2021), adaptada de Amorim *et al.* (2019).

5.1 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA

As sete Unidades de Significação foram construídas através do agrupamento dos textos dos depoimentos, contendo a síntese dos significados doados pelas participantes. Ressalta-se que foram extraídos os significados referentes às estruturas essenciais presentes nos modos de ser da mulher sobrevivente ao câncer de mama. Tais estruturas explicitam como a presença é no modo da *cotidianidade* (HEIDEGGER, 2020). Sendo assim, a leitura atenta de cada texto dos depoimentos possibilitou a síntese da compreensão expressa pelas participantes, compondo os *caputs*. Nesse movimento, foi necessária a redução de todo e qualquer pressuposto ou ideia preconcebida.

Desse modo, para as mulheres, a vivência como sobrevivente ao câncer de mama, significou:

- 1. Levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói.**
- 2. Não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa.**
- 3. Fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter sempre cuidado e ir ao médico.**
- 4. Fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento.**
- 5. Ter apoio, ajuda e força das pessoas, familiares e amigos.**
- 6. Ter fé em Deus e se apegar às orações para vencer e melhorar.**
- 7. Sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte.**

No movimento compreensivo da instância dos fatos, optou-se por expressar a compreensão vaga e mediana após a apresentação de cada Unidade de Significação. Essa etapa da análise do método em Heidegger representa a apreensão dos aspectos ônticos da presença, ou seja, aquilo que é percebido, entendido e conhecido de forma imediata. No pensar heideggeriano,

A compreensão de ser vaga e mediana pode também estar impregnada de teorias tradicionais e opiniões sobre o ser, de modo que tais teorias constituam, secretamente, fontes de compreensão dominante. O que se busca no questionar de ser não é algo inteiramente desconhecido, embora seja, numa primeira aproximação, algo completamente inapreensível (HEIDEGGER, 2020, p. 41).

A partir dessa compreensão, foi intencionada a busca pelo sentido expreso, que está velado, para alcançar o ontológico, movimento este que corresponde à hermenêutica Heideggeriana.

5.1.1 Unidade de Significação 1

Levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói.

[...] eu criei uma rotina para mim, [...] eu comecei a fazer um trabalho de ajudar as outras pessoas, de gravar vídeo, de mandar mensagem de esperança, entendeu? [...] eu não tenho quase tempo nenhum. Que eu já vou pra igreja de manhã, 7 horas da manhã, levanto no horário que eu levantava pra ir trabalhar, ajudo lá, canto os Salmos. Depois, subo pra minha casa, preparo meu almoço, você sabe que as horas passam super rápido? Pego o meu pai, cuido do meu pai, que não é fácil cuidar de uma pessoa idosa. E hoje eu vejo que eu não quero viver a mesma vidinha de antes. Eu passei um 2019 confinada por causa de imunidade, agora 2020 que eu posso soltar a franga eu tenho que ir com cuidado, porque eu sou uma paciente de risco, né? (M01)

Eu fui tendo mais, assim... ficando mais ativa nos meus trabalhos, entendeu? Fui começando a mexer com coisas assim, artesanal também, dentro de casa. Fui esclarecendo mais a mente, sabe? Aí entrei em parte, assim, tendo o dia a dia mais normal, comecei a ficar mais tranquila, com tudo, e fui fazendo... mudou um pouquinho a alimentação. Mudou um pouquinho de tudo [...] evitando doce, a oncologista pedia, né? [...] porque é bom a gente quando tá nesse tratamento não alimentar muito do doce, do açúcar, evitar carboidrato, né, exageradamente. Aí, comer mais legumes, frutas, entendeu? [...] eu procurei fazer uma caminhada, entendeu? Conversar com mais pessoas, entendeu? (M02)

Então, assim, eu faço de tudo. Não parei, faço exercício físico, faço as minhas caminhadas, né, cuido da minha casa, da minha filha, do meu marido, enfim, eu acho que a gente tem que levar a vida de uma forma normal, né, da melhor maneira possível [...] eu faço meditação, até antes de você chegar eu tava lá meditando. (M03)

Então, vou falar pra você que, eu sou a mesma pessoa? Não sou não. Foi muito difícil, nossa. Hoje em dia, o que eu consegui retomar [...] eu faço as minhas coisas em casa. Não faço tudo porque eu não dou

conta. Como eu já tava aposentada, eu não voltei a trabalhar, mas em casa eu faço as minhas coisas devagar. (M04)

Assim, que agora eu cuido dos meus netos, não trabalho fora mais, fico mais por conta deles mesmo. Melhorou bastante a minha vida. Até eu tento [cuidar da casa], mas o dia que eu abuso um pouquinho, no caso, torcer roupa, esfregar chão, que nem eu fazia, não posso fazer mais. Igual, tem dia que eu pego e faço, aí de noite eu já sinto a diferença. Aí a dor aumenta. (M05)

[...] Depois que cicatrizou, tirou os pontos, eu já comecei a trabalhar, cozinhar, fazer o serviço da casa [...] tomo meus remédios sozinha, e não sinto nada. Tudo normal. (M06)

Continua normal, não mudei nada na minha vida. Continuei cozinhando, lavando, passando, levando a filha no colégio. (M07)

Dentro do possível é uma vida normal, tá? Porque surgem várias restrições, no meu caso surgiu alguns problemas, mas assim, depois do tratamento todo, da quimioterapia e da radioterapia, né... assim, a gente vira uma outra pessoa. (M08)

Tento levar a minha vida o mais normal possível, levanto de manhã, me arrumo, venho, trabalho. Eu ganhei peso após o tratamento, agora estou com a nutricionista pra perder o peso. Minha alimentação, mudei muito depois que eu fiquei doente. Porque, nunca fui fumante, mas hoje eu me distancio mais das pessoas que fumam. [...] Exercício físico eu sempre fiz, e hoje eu costumo fazer. Eu bebia, tomava cerveja às vezes, hoje eu não faço isso mais. Então, aí, o câncer me mudou nesse ponto. (M09)

Oh, sinceramente, pra mim não mudou quase nada, porque sempre foi eu e eu. Assim que eu saí da cirurgia já cozinhei, eu lavava roupa. Então, assim, não mudou quase nada. [...] Eu tive que ser forte e não me entreguei e venci. (M10)

É... eu não faço mais as coisas como fazia antes, de trabalho doméstico, né, eu não tenho mais aquela liberdade, como eu posso dizer? Não é bem a liberdade. Habilidade. Uma hora o corpo tá ruim, outra hora eu começo a fazer e o braço começa a doer. Eu não sou canhota, eu fico tentando fazer com a mão esquerda quando eu penso

que não, eu estou com a direita. Aí, a dificuldade ficou de trabalhar. [...] e eu não sei como vai ser porque eu vou ter que começar a trabalhar esse ano que vem. Hoje, eu me sinto bem, estou sempre procurando fazer as coisas normalmente e evito de ficar pensando, mas ele me lembra, quando meu braço dói [risos]. Quando eu vou trabalhar, ou alguma coisa, tenho a preocupação de não encostar em mim, porque eu fico com medo de estourar aqui. (M11)

Então, é... particularmente a minha vida não mudou muito não, entendeu? [...] e eu continuo ajudando meu marido, eu trabalho em casa com ele, entendeu? Acordo e durmo, faço as minhas coisas, passeio, trabalho junto com o meu esposo, entendeu? Bem assim tranquila. Foi só aquele período daquele um ano ali, chato, né, de cirurgia e tratamento. Mas fora isso... mesmo assim eu não deixava de sair não, entendeu? Saía, assim que eu operei. Eu saía da quimioterapia e ia beber cerveja, uai. A doutora já tinha deixado, né? (M12)

Dia a dia, na verdade, não mudou muita coisa não. Nem sei se eu estou fazendo certo, se eu deveria fazer, mas eu faço faxina lá em casa, faço tudo normalmente, voltei a trabalhar, eu continuo fazendo tudo igual eu fazia. (M13)

Para mim está normal, continuo fazendo as coisas que eu fazia, faço caminhada todos os dias, viajo direto para a roça pra casa dos meus pais. Ah, a única coisa que mudou é meu braço, que aí eu não posso fazer força mais igual eu fazia, né, carregar uma sacola porque dói, a diferença foi só isso. Incomoda bastante, que aí dói essa parte das costas, mas não é sempre não, só quando eu abuso mesmo, aí já viu, né? Outro dia mesmo eu estava com dor e mal consegui segurar um prato. Aí eu fiquei chateada, de eu não poder fazer as coisas que eu fazia [choro]. (M14)

Pra limpar um vidro, levantar muito o braço, ficar muito tempo, dói [...]. Pra ser sincera, eu não mudei nada, nem parar de fumar eu parei, não consegui. (M15)

As mulheres significaram que foram ficando mais ativas e criaram uma rotina após o término do tratamento. Buscam levar uma vida normal da melhor maneira

possível, uma vez que o dia a dia não mudou muito. Fazem de tudo, cuidam da casa, do almoço, da filha, do marido, do pai e dos netos. Continuam fazendo faxina, trabalham em casa com o marido, viajam para a roça, buscam filhos na escola, referem ajudar na igreja e mexer com coisas artesanais.

No dia a dia, mencionaram fazer meditação, manter os exercícios físicos que já faziam e buscaram fazer mais caminhadas. Referiram que a alimentação mudou e que precisam perder peso, não comem muito doce, se alimentam de mais legumes/frutas e não tomam mais cerveja. Houve situações em que mantiveram a bebida alcoólica e não conseguiram parar de fumar.

As mulheres compreenderam que surgiram restrições e que não fazem tudo por não darem conta, por não terem mais habilidade. Houve situações em que não precisaram voltar ao trabalho por estarem aposentadas, mas, ainda assim, têm dificuldade de trabalhar em casa, fazem as coisas mais devagar, não podem fazer força e quando abusam ou levantam muito o braço, sentem dor.

Quando abusam fazendo força, torcendo roupa, esfregando o chão, limpando um vidro e carregando sacola, o braço dói. A dor incomoda bastante e as chateia, por não poder fazer mais as coisas que faziam.

5.1.2 Unidade de Significação 2

Não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa.

Então, eu tinha esperança que meu cabelo não ia cair, na quarta quimioterapia vermelha em 15 dias meu cabelo caiu todo. Aí eu resolvi raspar. No início, eu não fiquei abalada pelo cabelo. [...] Minhas unhas ficaram todas pretas, minhas manchas... já tenho melasma, né, aumentaram mais, eu não me olhava no espelho. Eu me achava feia. (M01)

Eu não consigo me olhar no espelho [choro]. É muito difícil. [...] e aí a sua vida, você só vai perdendo. E isso... ah, mas é só o peito, mas pra mulher é muito difícil. [...] teve uma época, depois do câncer, que eu só fui caindo, caindo, caindo... E aí eu falei assim 'eu tenho que parar com isso, eu tenho que melhorar, eu tenho uma menina que depende de mim, eu tenho uma família.' [...] O câncer foi muito ruim, devastou comigo. [...] meu cabelo não caiu. Mas cabelo cresce, a mama não cresce. Eu não encostava a mão. Então assim, hoje em dia eu já estou melhor [...] ainda é difícil [...] que eu queria fazer a reconstituição. (M04)

Eu vou te falar, assim, hoje em dia não, mas na época eu me sentia uma aberração, mas eu não falava pra ninguém. [...] eu queria que meu marido fosse dormir em outro quarto, ele nunca saiu de perto de mim. Porque eu acho que, querendo ou não no câncer de mama você é mutilada. Então assim, tudo isso, são cicatrizes em cima de cicatrizes que você tem. [...] (M07)

De cair o cabelo, sim [incômodo]. (M08)

Mas... você saber que você vai perder todo o seu cabelo, isso tudo mexe muito com a mulher, né? A autoestima vai lá embaixo. Minhas unhas ficaram muito pretas. (M09)

Ah, com o corpo foi um pouquinho difícil porque a parte que eu mais gosto são os meus seios. Então, assim, adoro meus decotes [...]. Então, aí eu fiquei um pouco pra baixo, sim. E me aceitei agora, porque eu estou implantada e aí que eu gosto mais ainda [risos]. (M10)

Foi muito difícil olhar no espelho, né? Me sentia mal, até hoje é difícil olhar no espelho, mas vai superando devagarzinho. Porque eu acho que é uma parte que faz parte da vaidade da gente, né? É... você veste uma roupa e você tem que equilibrar essa parte da frente pra poder ficar mais ou menos parecida. E isso me incomoda. No momento eu estou com o expansor. Eu não sei se eu vou conseguir colocar a prótese, porque deu rejeição a primeira vez, agora eu não sei como é que vai ficar. Aí, depois do câncer ficou difícil, porque quando a gente ia ter intimidade, que colocava a mão, me dava alguma coisa assim e eu tirava a mão. É... eu acho que pelo fato de ter perdido a mama, aí você... não sei, eu me sentia mal e não deixava me tocar. (M11)

E, assim, é só a estética mesmo, viu? Não estou esquentando a minha cabeça também. Eu vou enrolar o máximo que der, entendeu? Assim, tem hora que passa na minha cabeça, né, 'não, eu vou colocar porque, né, dependendo da roupa'. Mas tem hora que eu estou um pouco, assim, em dúvida 'o que eu faço?' Também, não é assim que incomoda não, entendeu? Não me rebaixo por causa disso, não [risos]. Ah, e teve sim, algumas coisinhas, assim de criança assustar com a gente, né? [risos] Porque, sem cabelo, né, sem nada, um neném me olhou e saiu correndo de mim [risos]. Mas foi muito engraçado, na hora eu ria muito, sabe? Quando eu descobri eu já fui tosando, né, cortei. E começou a me doer muito, eu mesma fui sozinha lá e passei a máquina zero. (M12)

Agora, assim, em termos meus mesmo, eu sinto incomodada com roupa, isso aí mudou muito. Porque eu não era de usar decote, não. Mas, assim, uma alça, uma coisa, eu já fico olhando no espelho aí eu acho que um seio tá diferente do outro, porque um é meu e o outro é, praticamente... é meu agora, né, mas não é meu, não é natural. Biquíni é um caos pra comprar, porque assim, eu não acerto com nada. [...] Eu não deixei de ser vaidosa, até mesmo porque eu continuo me preocupando com essas coisas, né? Mas, eu não sou muito satisfeita em relação a isso, não. Assim, a cirurgia de reconstrução, eu acho que foi assim, a melhor possível. Mas assim, o meu outro seio é maior, então ficou essa coisa desigual. E outra coisa também que eu não fiz por completo foi a parte de aréola e mamilo, porque teria que passar por outro procedimento ou fazer tatuagem, e eu tenho alergia, então,

tatuagem seria inviável. Mas, isso não me incomoda. [...] E sem falar o cabelo, né, o cabelo foi a pior parte [...] aí um ano e pouco depois ele começou já a crescer um pouquinho e agora ele já cresceu, graças a Deus. Vou deixar crescer tudo de novo. E eu não me adaptei com o lenço. Eu não saía na rua de lenço. Aí meu pai se prontificou a comprar uma peruca pra mim, só que ele não achou a peruca de cabelo comprido, só peruca de cabelo curto. De peruca eu fiquei, nossa, mais de um ano. (M13)

[...] É, por causa do cabelo. Meu negócio era a vergonha mesmo, sabe? De sair e as pessoas ver. Usei peruca. Antes de raspar eu já arrumei peruca. Mas ainda tinham as pessoas que comentavam assim, né 'nossa, essa peruca sua está torta', não gostava disso. (M14)

Meu menino queria que eu colocasse silicone, eu não quis. Porque eu vi muita moça lá, menina nova, que tinha feito quatro cirurgias. Elas, como se diz, rejeitaram. Eu falei 'eu não vou arriscar a minha vida, né?' Então eu falei 'não, eu sei que eu tenho direito e tudo, mas eu não vou fazer'. Não me incomoda em nada, porque meu peito é pequeno. (M15)

As mulheres significaram que houve uma época em que foi difícil com o corpo, que até hoje é difícil se olhar no espelho, sentiam que eram uma aberração por terem cicatriz em cima de cicatriz, que a autoestima foi lá embaixo, se achavam feias, não conseguiam se tocar nem deixavam ser tocadas, queriam que o marido fosse dormir em outro quarto e a intimidade ficou difícil, que, além da dor emocional, tem dor física também.

Referem que, para a mulher, é mais difícil, não estão satisfeitas com a estética, sentem incomodadas com as roupas e tem que ficar equilibrando por acharem que um seio está diferente do outro, e isso tudo mexe muito com vaidade da mulher.

Sentem-se mutiladas por ter perdido a mama, têm limitações de movimento do braço, ficaram com as unhas pretas, perderam todo o cabelo e passaram máquina zero. Referem que, antes de raspar arrumaram peruca porque não se adaptaram com o lenço por sentirem vergonha do que as pessoas comentavam. Relataram que houve situações em que não ficaram abaladas pela perda do cabelo, que no calor era

maravilhoso ficar careca, porque o cabelo cresce, mas a mama não cresce e hoje o cabelo já está grande de novo.

Elas compreenderam que, hoje em dia, estão superando devagarzinho, se aceitaram agora por estarem implantadas ou com o expansor, sentem-se melhores e não deixaram de ser vaidosas. Revelaram ter vontade de fazer a reconstrução, mas não sabem se vão conseguir, porque já tiveram rejeição. Em outros momentos, não quiseram colocar o silicone porque viram pessoas que rejeitaram e tiveram que fazer quatro cirurgias.

5.1.3 Unidade de Significação 3

Fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter sempre cuidado e ir ao médico.

[...] Nossa, de lá pra cá aí eu fiquei sem chão. Pensando nos meus filhos, como que ia ser, trabalho, sabe? Eu sou uma pessoa oncológica o resto da vida, né, que eu vou sempre ter esse cuidado. [...] Nem podia imaginar que meu câncer era um câncer agressivo, com sujeita a metástase para o corpo inteiro. Esse exame FISH iria determinar que tipo de câncer de mama eu teria, pra ela começar o tratamento. [...] mas antes de fazer isso tem que fazer aquela marcação. Foi muito dolorida. Suportei tudo. São agulhas que enfiam nos seus seios, assim, na ponta dos seios. (M01)

É porque, no começo, quando você descobre assim, logo você leva aquele [susto]... né? Então a gente fica naquela preocupação, em como vai ser o diagnóstico, se vai ser pra pior ou pra melhorar, se vai, né... ter uma cura. Aí eu procurei ficar... por mais que eu fiquei ansiosa e preocupada, eu procurei manter a paz. Mas a minha expectativa é de que eu ia ficar boa! (M02)

Eu acho que a gente... a partir do momento que a gente recebe o diagnóstico vem aquele medo da morte, né, aí eu fiz o exame, fiz ultrassom, dei andamento, onde realmente eu descobri que era um câncer agressivo, já estava no grau II, e o ano passado já tinha pulado para o III. (M03)

O diagnóstico do câncer não me assustou. Eu falei 'vou tirar... não, vamos tirar tudo.' (M04)

[...] a gente fica com medo, de quando vem a notícia, você parece que vai... Nossa, uma tristeza muito grande. Foi uma experiência que eu nunca mais quero passar na vida. [...] Aí quando veio o resultado da biópsia, ele [médico] falou assim 'oh, eu vou falar pra você a verdade'. Eu falei 'pode falar'. Ele falou 'você tá com câncer. E é maligno'.

Nossa, meu Deus do céu, ai Jesus, que cena horrível. Aí eu comecei a gritar dentro do consultório. (M05)

Não me preocupei, não achei que eu ia morrer. (M06)

E, quando eu descobri o meu câncer, eu tinha sete meses que eu tinha enterrado a minha mãe falecida com câncer também. Assim, eu nunca fui negativa, vou te falar de coração, eu nunca perguntei o porquê, nunca quis saber como, simplesmente aceitei e enfrentei. Eu acho que eu estou aqui hoje podendo te falar isso, por causa disso. O meu objetivo quando eu descobri que tinha câncer era... a minha pergunta foi, na verdade 'o que eu preciso fazer pra continuar viva?'. Essa foi a minha meta: continuar viva. Independente de colocar seio ou não colocar, tirar ou não tirar, preservar ou não preservar, nada disso me importou e até hoje não me importa. (M07)

Quando você recebe o diagnóstico, você fica... o mundo cai, né? Você acha que se você tem câncer, você fala 'eu vou morrer?' [...]Na ultrassom, eu já fui na médica, já fui pra outra, já fiz a biópsia que é uma coisa bem dolorida de você fazer, e assim a gente vai seguindo com o tratamento, né. E, não foi fácil, porque esse tratamento, o meu por exemplo, eu tive que fazer uma injeção que você leva picada em volta do seu seio todinho pra você fazer xixi no outro dia azul, né? Na época era pra ver se o linfonodo estava acometido. Então, assim, aquilo a minha lágrima escorria, porque não podia dar anestesia. [...] Mas você nunca esquece da primeira notícia. 'P08, você tem câncer e você vai cair o seu cabelo.' Chorei muito. (M08)

De início você pensa assim 'nossa, eu vou morrer' [...] Quando você recebe o diagnóstico, a gente fica muito assustada. [...] foi tudo muito rápido, em uma semana eles falaram o que era e ela falou pra mim assim 'ah, eu vou te internar pra você fazer a primeira quimioterapia, e daí o seu cabelo vai cair, vai acontecer isso, isso, isso...' Então, ela praticamente me preparou para aquilo. [...] É um sobressalto a cada coisa que aparece, porque a gente não está totalmente livre, apesar de eu não tomar nenhuma medicação. [...] porque cada coisa que você sente você acha que é o câncer voltando [...]. E o câncer é um fantasma que persegue a gente. [...] mas hoje em dia eu penso assim 'estou curada e vou viver bem'. (M09)

Aí juntou tudo, o aborto, o tumor e o divórcio. Mas, me saí muito bem, não me entreguei e estou me virando muito bem. Sabe, assim, não vou te dizer que eu não fiquei triste. Eu aceitei numa boa, sabe? Eu mesma agora fico assim, eu sempre me toco muito, aí eu acho um carocinho e vou no médico 'doutor, eu achei um carocinho aqui'. Porque eu sempre já vou no médico pensando que eu já estou. Quando a dor, assim, é muito forte, assim, tomo remédio e não melhora, eu já acho que é. Então, se acontecer eu estou preparada. (M10)

Porque eu já estava com ele já, há um tempo, eu já estava desconfiada. Toda vez que eu fazia exame eles falavam que era calcificação mamária. Eu já tava desistindo, e ele já estava afetando os meus movimentos da mão [...]. Ele estava meio que no bico do seio, já estava virando o bico do meio do seio para debaixo do braço. Aí eu fui na doutora, ela começou a desembolar tudo, pediu mamografia, fez biópsia, quando ela pegou o resultado, ela me encaminhou para o hospital. [...] A gente agora fica assim, qualquer coisinha que aparece a gente fica com medo, né? Qualquer coisa que aparece a gente quer mostrar para o médico pra ver se tá tudo bem. Eu procuro não ficar pensando muito. Mas, vem, né, de vez em quando vem. (M11)

Então, quando a gente descobre... é que foi uma coisa muito de supetão, né? Porque, foi erro médico, se eu não insisto eu iria fazer uma mamografia, só daqui a cinco anos, então eu já estaria debaixo da terra há muito tempo. Daí o doutor fazendo a ultrassom, dali ele já não deixou eu sair mais. Achou dois nódulos, né, eu não sei te falar qual é a posição. Dali começou, aí fez biópsia, mamografia, eu precisei de cirurgias. Aí, tipo assim, é bem assustador no começo, a gente chora bastante. (M12)

No dia que descobri foi lá no final do mês de novembro de 2016, aí, o meu médico de quimioterapia fez um exame e falou que o tumor estava muito grande, então, que não poderia já passar para o doutor pra fazer a cirurgia, que eu teria que fazer a quimioterapia para a redução do tumor. [...] Mas assim, não me sinto tranquila. Tudo o que me acontece eu já acho que é câncer de novo. Aí, dessa vez, nessa consulta de hoje eu estou trazendo uma ressonância que o doutor

pediu pra fazer um acompanhamento na mama direita, porque não tinha dado nada até então, aí veio um resultado aqui meio estranho. Eu falei que eu não tenho mais sossego na vida, e acho que nem vou ter, não tem como. (M13)

[...] eu parei e perguntei 'por que logo eu? (M14)

Eu só fiquei triste, assim, na hora que me deu a notícia. Foi só naquele momento que ele deu e falou 'é, infelizmente eu errei, é um câncer'. Depois passou eu enfrentei. E nada me abalou. (M15)

As mulheres rememoraram que, quando receberam o diagnóstico da doença, sentiram-se surpresas, tristes, assustadas, preocupadas, choraram muito e ficaram sem chão. Ficaram com medo da morte e pensaram nos filhos, no trabalho, em como seria, se para pior ou para melhorar. Em outras ocasiões relataram que a notícia do câncer veio junto com o enterro da mãe, aborto e divórcio.

Apontaram que não imaginavam que fosse acontecer com elas, que foi uma experiência que nunca mais querem passar na vida. Por outro lado, não perguntaram o porquê, aceitaram, não se entregaram, enfrentaram e tinham a expectativa de que iriam ficar boas. Em algumas situações não se assustaram e nem preocuparam, perceberam que poderiam passar por tudo aquilo e saírem bem.

Fizeram exames como ultrassom, mamografia, biópsia e a marcação com agulhas para determinar o tipo de câncer de mama que tinham e começar o tratamento, o que foi bem dolorido. Relataram que o médico falou que estavam com câncer maligno e nunca esqueceram a primeira notícia, que o cabelo iria cair e que precisariam internar, fazer quimioterapia e cirurgia. Houve situações em que souberam que o câncer era agressivo, sujeito a metástase.

As mulheres significaram que são pessoas oncológicas para o resto da vida, que a cada coisa que aparece é um sobressalto, porque acham que é o câncer voltando, e já vão ao médico pensando que estão com algo. Explicitaram que não se sentem tranquilas e totalmente livres, apesar de não tomarem nenhum remédio, têm sempre essa preocupação. Revelaram que o câncer é um fantasma que as persegue e que não têm mais sossego na vida. Explicaram que se tocam muito, quando acham um carocinho querem mostrar para o médico, ficam preocupadas, sentem medo, fazem ressonância e sempre têm esse cuidado.

5.1.4 Unidade de Significação 4

Fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento.

[...] eu fiz a sectorectomia, né, com esvaziamento. [...] e a quimioterapia, ela te tira o sono. Não foi mil maravilhas pra mim, não. Porque a gente fica debilitado, né, não tive tanto efeito colateral. E, pra você ter ideia, a minha primeira quimioterapia eu tive que fazer internada, porque ela não podia perder. Então eu passei por 4 quimioterapias vermelhas, meu cabelo caiu, 4 quimioterapias brancas, tive muito efeito colateral nessa. Não de vomitar, mas eu ficava muito desanimada, só deitada, não queria fazer nada. E os próprios remédios da quimioterapia te levam a uma depressão. E, depois eu fiz 20 sessões de radioterapia. Menina, a radio é igual um raio x. Não me queimei, não aconteceu nada, sabe? Só que depois que passou a radioterapia, meu peito ficou muito denso, eu não entendi por quê. Mas perguntei tanto o meu mastologista, como o oncologista, e isso é normal. Só com o tempo, né? E, tive que enfrentar 18 sessões de Herceptin, por causa do meu FISH - HER2 – né? Esse medicamento ataca o coração. Olha pra você ver, cada medicamento ataca uma coisa. E eu tive que fazer, de 3 em 3 meses, o ecocardiograma. Porque se eu não faço esse tratamento meu câncer ia espalhar todinho pelo corpo. E terminei. Fiz o exame cintilografia óssea pra ver se eu tinha alguma metástase no corpo, deu tudo negativo. (M01)

Quando eu fiz a cirurgia, foi um pouco meio que difícil, né? Mas depois com o tratamento, eu fazendo, diagnosticando direitinho e fazendo o tratamento, aí foi melhorando, fui ficando mais tranquila, sabe? Faço meus acompanhamentos direitinho, entendeu? Não falto as minhas consultas, pra poder manter essa tranquilidade que eu consegui alcançar através do tratamento. (M02)

A primeira vez, é... como era um outro tipo de medicamento, então eu confesso, assim, que eu tive um pouco mais de dificuldade, porque dava... eu sentia muitas dores nas juntas, né. E, enfim, eu procurava fazer, mas, assim, eu tinha sempre que ter alguém perto, né? Agora, dessa segunda vez não, eu continuei fazendo os exercícios normais.

Apesar do tempo de quimioterapia que era maior, eu fazia de 21 em 21 dias. No dia da minha quimioterapia eu ficava o dia inteiro lá, mas um medicamento onde eu tinha efeitos colaterais, mas assim, não me afetou, como se diz, com essas dores que eu tive da primeira vez, entendeu? (M03)

Eu sei que eu adoeci mais ainda depois do câncer. Assim, tirou a minha mama toda. E eu fiz duas vezes a cirurgia. Eu fiz... tirei a mama, aí foi horrível e tal, fui pra casa. Mas aí eu tinha colocado silicone. Eu fiquei sem o bico, tirei tudo. A pele estava tão fina, não tinha músculo, que abriu e a prótese saiu 20 dias depois. Então, eu fui correndo às pressas para o hospital para tirar a prótese. Então, não é que eu não tenho hoje, eu tenho um buraco. E esse buraco dói muito porque eu não tenho músculo. Então, isso acabou comigo. [...] A radioterapia foi uma coisa que me assustou, que acabou comigo também. Então aqui ficou negro, parecia que eu era uma pessoa negra, porque cozinhou, ficou muito preto mesmo. Então, eu perdi muita mobilidade do braço. Hoje em dia eu melhorei, porque eu brinco muito com a minha menina de bola. Mas eu perdi muita mobilidade desse braço também porque tirou o musculo mesmo, é direto no osso aqui. Se tivesse deixado... acho que pra eu fazer reconstrução hoje vai me dar muito mais trabalho. (M04)

Uma vez só que eu passei mal, quando eu fiz a quimioterapia, depois nunca mais senti mais nada. Só um pouquinho de dor no braço, mas ele [médico] falou que tem que se acostumar, né, remédio não existe. Mesmo se tomar remédio é só pra aliviar, mas melhorar não melhora. Mas isso aí é o de menos, né. Aí, uma vez por ano eu faço os exames. (M05)

O tratamento foi acompanhamento lá, eles me encaminharam e lá que eles me receitaram o medicamento e o controle, né? A primeira vez foi de 2 em 2 meses, depois foi de 3 em 3 meses, depois passou pra de 6 em 6 meses, depois eu estava bem melhor já. A cirurgia... a última foi bem grande, né? Tirou a mama, deu um corte daqui [aponta para o local] até debaixo do braço, mas depois que tirou os pontos eu não senti nada não, não senti dor nenhuma. Só passei mal mesmo na primeira cirurgia, né? Na hora que eu cheguei da sala, da mesa de

cirurgia, eles me colocaram na cama, aí eu não estava enxergando nada muito bem não, eu só sentia muita dor. A mama começou a ficar toda roxa, sabe? E crescer, crescer [...]. Aí o médico veio depressa outra vez e mandou me colocar na maca, e me levaram pra sala de cirurgia. Aí eu fiquei lá uns 4 dias, ele fez a transfusão de sangue, né? Aí depois eu melhorei. Na última cirurgia, eu senti assim, no outro dia. Aí depois eu vim pra casa e não senti mais dor não. Eu tomava os medicamentos direitinho, o Tamoxifeno, né? Só ele que eu tomava e ia lá no controle, fazia todos os exames pra levar, aí examinava também, pra ver se tinha na outra né, ou então no mesmo lugar. Mas até hoje, graças a Deus, não deu mais nódulo não. Eu não precisei fazer quimioterapia e nem a radioterapia, né? Porque se eu fizesse ia ser muito pior. Aí sim... aí, com certeza, eu ia sentir muito mal. (M06)

Três dias da quimioterapia, quando eu fazia, eu ficava deitada porque a gente fica fraca, mas depois disso, normal. Meu cabelo caiu, falaram que eu ia ficar deprimida por causa disso, não fiquei. E, foi mais complicado na cirurgia. Porque eu fiquei internada sete dias, por causa da minha pressão alta, depois a cirurgia foi perto do meu aniversário. [...] depois disso eu fiz várias e muitas, muitas, muitas cirurgias depois da retirada do seio, porque houve um rompimento da prótese natural, ninguém explica, mas eu não importei também, eu tinha que trocar. E depois eu fui fazer o profilático do lado direito, tive que tirar o seio do lado direito também depois. E esse seio me deu muito trabalho, foram quase 28 cirurgias no total, de idas e vindas. Chegou um mês que eu tive quatro semanas no mês que eu vinha fazer o curativo e ia para o centro cirúrgico. Esvaziar a axila te dá uma limitação. Tirar o grande dorsal te dá uma limitação de movimento do braço, eu fiz os dois lados, entendeu? Então assim, eu faço acompanhamento de seis em seis meses e vai ser para o resto da minha vida. Eu sei que isso faz parte pra eu estar aqui com vocês. (M07)

Você passa... você vem no tratamento, então você vem, você passa o mal, você acha que você não vai aguentar, muitas vezes, né? Deu tudo certo, graças a Deus. Agora, hoje em dia, é só o acompanhamento, que é mais ou menos de 6 em 6 meses. (M08)

E, agora eu fiz um exame de sangue há pouco tempo, o médico suspeita que eu estou com uma síndrome que eu não sei te dizer o nome, isso desenvolve depois que faz o tratamento do câncer. O tratamento me fez muito mal, é muito agressivo. Mas, eu acho que o câncer de mama hoje, com os recursos, com a medicina, é uma coisa que você consegue vencer bem, dentro do possível, né? A cada quimioterapia eu tinha uma reação diferente. As duas primeiras que foram as vermelhas, eu tive uma diarreia que nada parava. No quinto ou no sexto dia eu começava com muita dor no corpo e aí que vinha a diarreia. Por duas vezes eu tive que ir para o hospital pra tomar soro [...] Aí... muito mal estar, vômito, todas as quimioterapias eu tive uma reação adversa. Depois, com a radioterapia a única coisa que eu tive... porque antes de eu fazer a minha fisioterapeuta me indicou um creme pra eu passar, que era o Tegum, então eu comecei a fazer antes de fazer a radioterapia, mesmo assim ainda queimou um pouco, mas não tanto igual eu via mulheres lá que eu falava pra usar o creme. E o cansaço. A radioterapia te dá um cansaço que parece que eu corri daqui no Rio de Janeiro. Mas, o tratamento do câncer em si, ele é ruim? Ele é ruim, mas é melhor do que você passar por dores, por sofrimento. Eu não tive dor. A minha cirurgia foi super tranquila, porque quando tirou o tumor da mama, aí tirou acho que seis ou sete linfonodos, porque se um estava contaminado aí tinha que fazer a cirurgia novamente. Eu mesma quis. Meu dreno saiu em casa sozinho, então eu não senti nada. Então a minha recuperação foi muito boa, graças a Deus. Igual eu falei, a gente vai ao médico, eu faço controle, acho que agora eu só tenho ano que vem. (M09)

Foi bem difícil, no começo, porque eu não conseguia levantar o braço, eu fiquei com o braço muito inchado. Mas, agora está bem melhor. O tratamento foi bem, eu sou boa de aceitar as coisas, né? Aí eu comecei a fazer o tratamento com a doutora e ela tentou fazer a quimioterapia pra ver se ele diminuía, e ele dividiu. Aí, ela pegou e me encaminhou para o doutor aqui, aí foi rapidinho, fez a cirurgia e ele fez a retirada. Aí, o tratamento desembolou tudo. Aí começou a... depois da cirurgia, eu fiz a radioterapia e os acompanhamentos agora. (M11)

[...] na hora que você vai pra cirurgia você assusta também, né? Eu chegava na quimioterapia e comia tudo, só no finalzinho que eu dei

uma baqueadinha em questão de passar mal lá dentro, por causa de cheiro de comida, essas coisas. A radioterapia também, né? Bem chatinha, em questão só de localização, né? Que eles mandavam a gente, e por ser todos os dias. Mas também, no finalzinho...e eu fiz 25, na 23ª que começou a dar uma diferençazinha na pele, uma queimadura e tal. Mas, fora isso, o restante foi tudo tranquilo. Igual eu te falei, só me assustou um pouco esse período chato de um ano, né, de tratamento e cirurgia, e só isso. Porque a gente fica mais cansada, essas coisas assim, né? (M12)

A quimioterapia, pra mim, era um bicho de sete cabeças mesmo, porque pra mim, eu iria emagrecer muito [...] Então, ele falou que eu teria que fazer a quimioterapia primeiro. Eu fui pra quimioterapia apavorada, mas não tive reações, sabe? Passei muito bem, graças a Deus. Não emagreci. Agora, o cabelo com 15 dias caiu todo, não precisei nem raspar, caiu mesmo. Isso aí foi um caos pra mim, e a sobrancelha também, depois custou pra nascer, nossa, demorou demais. E o cabelo, com um ano e pouco que começou, porque foram 5 sessões e depois o Herceptin também, né? [...] Agora, uma coisa que eu tive de reação na quimioterapia foi alergia ao antialérgico, isso foi descoberto também durante as quimioterapias. Na hora que colocava o Fenegan, aí eu ficava vermelhinha, a minha garganta tampava, e tinha que me socorrer rápido. Aí vim pra cá, fiz a cirurgia, aí também, nossa, é horrível, porque você dorme em um dia podendo virar pra lá e pra cá, de repente, você não mexe, né? Nossa, e assim, custa pra recuperar o movimento e tudo. Aí a cirurgia foi desse jeito. E depois o Herceptin eu não tive... eu fiz umas 26 sessões, não tive problema com ele, não. (M13)

Aí eu lembro o que eu passei, né? O choque maior foi o meu cabelo cair, né? Caiu todinho. Acho que foi, pra mim, foi pior do que o tratamento mesmo, sabe, a cirurgia. Meu cabelo era grandão, ele vinha aqui [aponta para a cintura]. Tinha dia que ele saía na minha mão assim. É triste, tá? Meu marido raspou pra mim [choro]. Depois eu pensei 'não adianta chorar, bola pra frente, né? Aí eu ficava mais lá na roça do que aqui, vinha mais pra cá quando eu tinha que fazer a quimioterapia, sabe? Aí eu fazia a quimioterapia e ficava de cama 12 dias, né? Ah, me dava uma lombeira, eu só queria dormir, entendeu?

Mas depois passava, aí quando eu melhorava eu ia pra roça de novo. O doutor perguntou se eu queria fazer acompanhamento com a fisioterapeuta, mas eu falei que não precisava não, porque pra mim não ia doer, pra mim era uma coisa normal, que fez cirurgia e pronto, né? Aí, agora que eu estou sentindo, né, de vez em quando, não é direto não. Mas aí agora eu já sei que se eu pegar peso dói, lá eles falam que não pode, né? Mas é teimosa... [risos] (M14)

Vou no mastologista sempre, sabe? Vou na doutora e nada. (M15)

As participantes significaram que ficaram assustadas no início, que o tratamento não foi mil maravilhas, foi agressivo, sentiram-se muito debilitadas, e detalharam os efeitos colaterais e reações adversas que tiveram. Referiram que a cirurgia foi difícil, grande, deu um corte até debaixo do braço para retirar linfonodos, perderam a mobilidade do braço, tiveram rompimento da prótese e sentiram dores, foi necessário operar mais de uma vez. Mas, o médico falou que tem que acostumar com a dor, não existe remédio. Houve situações em que fizeram várias cirurgias depois da retirada do seio.

Relataram que, a cada sessão de quimioterapia, tinham uma reação diferente, perda do sono, dores nas juntas, vômitos, diarreia, mal-estar e depressão. Sentiram-se mais desanimadas, fracas, sem vontade de fazer nada e achavam que não iriam aguentar. Explicitaram que a perda do cabelo foi um choque, a pior parte do tratamento e que o cabelo demorou a crescer novamente.

Significaram que a radioterapia foi uma coisa que as assustou, causou queimaduras na pele, ficaram com a mama negra e densa, e sentiram-se cansadas. Houve situações em que não foi necessário fazer quimioterapia e radioterapia. Tiveram que enfrentar algumas sessões de Herceptin, mas não sentiram nada. Sabiam que esse medicamento ataca o coração e, por isso, faziam ecocardiograma de três em três meses.

Relataram que foram encaminhadas para o controle e foi receitado o Tamoxifeno. O acompanhamento começou de dois em dois meses, depois de três em três meses, depois de seis em seis meses, depois uma vez ao ano, e vai ser para o resto da vida. Fazem todos os exames e vão ao mastologista para serem examinadas, para ver se tem na outra mama ou no mesmo lugar. Não faltam às consultas para poder manter a tranquilidade. Fizeram cintilografia óssea para ver se estão com alguma metástase, mas deu tudo negativo.

5.1.5 Unidade de Significação 5

Ter apoio, ajuda e força das pessoas, familiares e amigos.

Aquelas pessoas que eram mais ligadas a mim, nem procuraram saber se eu morri, se eu estou bem, eu fiquei muito triste com isso. Meu marido me acompanhou em tudo. Foi um amigo, foi um companheiro, a gente precisa muito da ajuda da família. Aí ele comprava cachecol, dizia que eu era linda, entendeu? Eu tive muito incentivo da família, muito mesmo. (M01)

Eu conversava com muitas irmãs da igreja, aquilo vai passando aquela tranquilidade pra gente, palavras de conforto, né, de amigos. Aí, aquilo vai te ajudando bastante. Olha, esposo, filhos, e as amigas da igreja. Me deram muita força. E as minhas irmãs também, cuidou de mim em casa, sabe? Vieram de longe, me ajudou muito. Vizinhos, também, que conversava, né. (M02)

A própria família, os amigos, as pessoas que tiveram do lado todo esse tempo, né. [...] os meus pais, o meu marido, a minha filha [choro]. Desculpa, não foi fácil. Mas, eu acho que se não fosse o apoio deles [pausa] eu acho que não conseguiria. Ele, assim, foi uma benção também, né [padre]. Ele me deu muita força. Então, assim, a minha mãe, a minha filha e o meu esposo me davam banho, me davam comida na boca. Então, assim, a minha mãe ajudava a cuidar da minha filha, também, e tinha alguma consulta que tinha que marcar, meu padrasto me levava, o meu pai também, a esposa do meu pai, enfim... O pessoal do meu grupo de oração das mães que oram pelos filhos, eu tenho duas alunas também, lá da minha escola que, assim, me deram muita força. Eu falo que, a respeito também das pessoas que me deram força, os próprios médicos. [...] É impressionante, assim, como que os enfermeiros, o pessoal da recepção [...] eu falei que foram anjos mesmo, sabe, que apareceram na minha vida. (M03)

Meu marido me ajuda muito. A minha mãe me ajuda muito. Além de tomar conta da minha menina, toma conta de mim, toma conta do meu marido. Tenho minhas irmãs, mesmo a de São Paulo. A minha tia, irmã da minha mãe, também, que foi uma pessoa muito presente na minha vida, né? Meu marido demais, assim, não posso reclamar, [...] ele é

um companheiro muito legal, nunca reclamou, nunca falou nada. Eu me incomodo, mas ele não, sabe... ele nunca falou nada. Então assim, tenho apoio. Minha filha é assim, eu falo que é um ser diferente, porque ela veio pra tomar conta de mim. O meu pai, nossa, assim, ele vai todo dia na minha casa, mesmo que levar uma balinha, ele vai lá. Tomar conta de mim, ver como é que eu estou, ver a minha menina [...] meu avô também, me ajuda de outra forma, mas, né, me ajudou de forma financeira. Então, assim, além da minha família, eu agradeço muito ao doutor, toda vez que eu vinha era muito educado, muito gentil, muito carinhoso comigo, [...] foi uma pessoa muito importante pra gente na hora que eu precisei. A escola da minha menina, muito mesmo, graças a Deus. [...] Eu acho assim, que tudo é mais fácil quando a gente tem família. A minha é muito presente, graças a Deus. (M04)

Mas aí você começa a conversar com os amigos, a família, dá muita força, minha patroa me deu muita força também. Nossa! Uma benção na minha vida. Deus primeiro, né, depois minha patroa e meus familiares. Mas apoio foi meu marido, minhas duas filhas, meus irmãos todos e minha patroa. A patroa foi primeiro ainda do que meus irmãos. Eu tenho que agradecer muito ela. Me ajudou a arrumar os exames, os médicos. Depois que eu operei, ela fez questão de eu ficar na casa dela. Aí, eu fiquei recuperando lá. Deus mandou até ela [neta] mesmo nessa hora pra poder me dar força. Eu olhava pra carinha dela assim, ela ficava sempre comigo, passeando comigo, assim, no terreiro, de mão dada. [...] Aí, eles dois [médicos] me chamaram na sala, conversou, ele pegou e me abraçou, ela também. Ela falou comigo assim 'vou te falar uma coisa, você tá assim hoje, mas a partir de agora você vai se cuidar, você vai fazer os tratamentos tudo direitinho e você vai sair dessa. A partir de hoje eu não quero ver você chorando mais'. Essas palavras me ajudaram muito também. (M05)

Minha filha e minha nora que me acompanhava. Minha nora me acompanhou mais ainda, ela que ficou no hospital comigo. (M06)

Eu tive... tive não, tenho um apoio de uma pessoa que é o meu marido. Ele é o meu porto seguro, minha rocha. Em momento nenhum ele me demonstrou ficar abalado. Tive a minha irmã que começou a morar no

mesmo terreno que eu, pra ficar perto de mim. O meu avozinho, na época ele tinha 84 anos, hoje ele está com 90. Os meus filhos, os meus sobrinhos, a minha sogra, os meus cunhados, as minhas cunhadas. Eu tive um aparato, assim, muito grande de amigos, de todo mundo. A rede de apoio que eu tive foi imensa. Então, assim, eu acho que essa rede de apoio que eu tive me ajudou demais, me deu força pra continuar e querer tá aqui hoje em dia. Isso é importante demais. [...] Por mais forte que a gente acha que seja, não consegue sem o apoio. (M07)

Então vem a força da família, vem a força do médico e te bota pra cima, e te fala, e te encoraja... 'olha, o seu psicológico vai ajudar no seu tratamento'. Onde foi que eu me apeguei com isso, com a minha família junto e eu consegui levar o tratamento em frente. Meu marido, minha irmã e minha mãe. E tinha uma madrinha que me acompanhava na quimioterapia. Até então, né... chorei muito, mas tive muito apoio. Nestes apoios eu me apeguei. (M08)

Família, que é o apoio que você tem ali mais próximo. Amigos, eu tinha três amigas que estavam sempre comigo, sempre quando eu chegava elas estavam comigo me apoiando. Então, tudo isso faz a diferença. Eu sempre amei a minha família, a gente é muito unido, agora a gente ficou mais ainda. [...] meu pai, meu marido, minha irmã. (M09)

Após a cirurgia não tive ajuda, assim, nenhuma. Ninguém pra me ajudar, fazer as coisas em casa, sempre tive que me virar sozinha. Aí, quando eu descobri, logo depois veio o divórcio. Então, assim, foi uma luta que eu tive que vencer sozinha, praticamente. Única coisa é que minhas irmãs ligavam e perguntavam se eu estava bem. Minha filha, na época, com 12 anos, só sabia me perguntar se eu estava sentindo dor. Porque eu morria de medo, assim, de separar. Mas quando ele falou assim 'você é uma mulher doente', nossa, aquilo foi um tapa pior do que a doença. A primeira coisa que eu fiz foi pedir o divórcio. Nossa, e depois disso parece que eu me libertei. Aí que o tratamento fluiu mais ainda, porque eu sabia que agora, né, eu tinha que tá sozinha mesmo. [...] Eu tive o apoio dela [mãe], né, quando eu fiquei doente. Ela ficava muito do meu lado, assim, mas também, não me ajudava em nada devido a idade, né? Então, eu conheci uma pessoa, quando

eu falei com ele que eu tive câncer, estava em tratamento, nossa foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. Ele me dá apoio, se eu vou ao médico ele já quer vir junto, quer participar. Então, mudou a minha vida. A vida sexual está ótima. Então, assim, nossa, ele me completa em tudo. Então, eu estou mais revigorada ainda. Aí tive um grupo, meu grupo eram 12, né, todas mastectomizadas. Fizemos um grupo de dança, né, pra levantar a autoestima, nós fazíamos dança do ventre. Então, assim, aí perdemos uma, perdemos a segunda, a terceira... aí o grupo acabou enfraquecendo. Porque a gente era muito unida, a gente virou uma família. (M10)

A vida pessoal não foi tranquila... o casamento acabou. A relação com meus filhos está tudo bem, com meus familiares também. Eles ficam preocupados, né, vê se eu estou me cuidando. Na família, os irmãos, cunhados e sobrinhos, todos eles me apoiaram muito. Aqui eu participei de um grupo. Foi muito bom a gente poder falar o que tava sentindo naquela época, porque tava recente. Me ajudou bastante. (M11)

Então, no caso, ali, era só eu e meu esposo, né, e meu filho que tem 13 anos. E a minha sogra também, que no começo me ajudou muito, ia lá fazer o curativo, essas coisas assim. Minha mãe de vez em quando vinha, né. (M12)

[...] apoio da família eu sempre tive bastante, meu marido durante o período que eu fiz o tratamento, e me acompanhou em tudo. Ah, eu também fiz cadastro numa fundação, em São Paulo, e eles me mandaram lenço, esmalte, batom, uma peruca de cabelo natural, porque a minha não era natural não. (M13)

Meus familiares foram uma maravilha, entendeu? Aqui tem dois irmãos meus casados que moram aqui, ajudavam, davam força. Meu marido também, desde o início até o fim. Minha filha também me dava a maior força. Eu fiz um monte de amizade lá dentro, hoje nós temos um grupo só de amigas do câncer, que teve câncer, no Whatsapp, uma dá força pra outra. (M14)

Meu marido é mais novo do que eu 12 anos, ele foi um bom parceiro comigo em tudo. Meus irmãos tudo, sabe. Minha mãe, na época, era

viva, ela tinha muito medo de eu morrer, mas eu tinha muita fé, então estou aí. (M15)

As mulheres significaram que a família foi o apoio mais próximo que tiveram, que por mais fortes que achavam que eram sem eles não teriam conseguido levar o tratamento em frente, e que tudo é mais fácil quando tem uma família presente. Mencionaram que tiveram ajuda do pai, mãe, irmãos, filhos, tios, sobrinhos, avô, avó, nora, sogra e netos. Alguns deles acompanhavam nas consultas e no hospital, faziam os curativos, davam banho e comida na boca, cuidavam delas, dos filhos, dos maridos e da casa, se mudaram para ficar mais próximos, ficaram mais unidos e que esse incentivo fez toda a diferença.

Relataram que amigos, médicos, patroa, irmãs da igreja, padre, grupos de mulheres mastectomizadas foram muito importantes para que elas pudessem conversar e falar o que estavam sentindo, para encorajar, colocá-las para cima com palavras que ajudavam a levantar a autoestima, dar força e tranquilidade para vencerem. Aludiram que se apegaram a essa rede de apoio para estarem aqui hoje.

Mencionaram que os maridos as acompanharam em tudo, foram amigos, companheiros, um porto seguro, nunca reclamaram de nada e nem demonstraram estar abalados. Eles compravam cachecol, diziam que elas eram lindas, queriam participar quando elas iam ao médico, e deram muita força.

Em outras situações, relataram que a vida pessoal não foi tranquila, tiveram que se virar e vencer essa luta sozinhas, não tiveram ajuda para fazer as coisas em casa, as pessoas mais ligadas a elas não procuraram saber se estavam bem, e o casamento acabou.

5.1.6 Unidade de Significação 6

Ter fé em Deus e se apegar nas orações para vencer e melhorar.

[...] Eu senti assim, um cuidado de Deus comigo muito grande. E no meu pensamento 'Jesus eu confio em vós'. E eu fui rezando e eles foram mexendo no meu seio. E... todo dia eu rezava pedindo a Deus pra me dar força nessa caminhada. [...] Eu sei que tem os remédios, Deus deixou isso. Precisei usar? Precisei, mas a espiritualidade ajuda demais pra quem tá passando por esse momento, tá. É uma força interior. [...] Porque você tem onde agarrar. [...] (M01)

Então, aí no fim a gente se firma em Deus, e pede a Deus paz pra poder passar tranquilidade pra eles [família]. Então... e aquele grupo de oração, tudo, pedindo oração na igreja. Tudo isso foi um apoio muito grande que acrescenta até a fé da gente, né, e dá aquela expectativa de que com fé eu Deus a gente pode vencer e melhorar. (M02)

Eu acho que a minha fé me ajudou muito nisso. [...] Eu acho que você tem que tratar o seu... a sua alma, o seu espírito. Então, assim, além da medicina tradicional eu estou procurando me tratar espiritualmente. Eu faço barras, heike, tudo o que é bom, né, que traz essas coisas positivas. (M03)

Até o padre foi na minha casa, pra você ter uma ideia. Muita gente me ajudou, rezava, mandava oração, pedido. Eu acho que qualquer, assim, pensamento positivo, acho que isso ajuda muito. Te ajuda, pelo menos, a te levantar. Te dar um conforto. (M04)

E as orações das pessoas, a fé que eu tenho me ajudou muito também. Graças a Deus, tenho que agradecer muito por ter passado isso [...] porque eu penso assim, se Deus mandou pra mim é porque eu tinha que melhorar alguma coisa. (M05)

Tive fé em Deus e pronto, aí eu não senti nada não, dor nem nada. Eu falei assim 'eu já estou com 74 anos. Deus sabe o que faz'. Eu confiei muito em Deus, não fiquei preocupada, não chorei, e pronto. Estou aqui até hoje, graças a Deus. [...]. (M06)

Mas, você consegue, tudo o que a gente tem fé, a gente encara de frente e não aceita que isso vai te levar, que isso vai te destruir, você sobrevive. (M07)

[...] nas minhas rezas eu me apeguei. (M08)

[...] mas a gente vê que tudo isso você supera com fé. Primeiro você tem que ter fé. Fé que você vai sair dessa situação e que você vai ficar bem. (M09)

Olha, desde o início, sempre tive fé, enfrentei, sabe, ocorreu tudo bem, graças a Deus. (M15)

As mulheres significaram que tiveram fé desde o início e isso ajudou bastante, sentiram um cuidado de Deus muito grande com elas, que não sentiram nada, se apegaram nas rezas e confiaram que poderiam vencer e melhorar. Compreenderam que a espiritualidade e qualquer pensamento positivo ajuda demais a levantar e dar conforto, por ser uma força interior para se agarrar, pois ainda querem viver muito, ver os filhos crescerem, tem fé que vão ficar bem e não aceitam que isso vai destruí-las.

Aludiram que se firmaram em Deus e pediam força nessa caminhada, paz para passar tranquilidade para a família, recebiam muitas orações de pessoas da igreja e procuravam se tratar a alma e o espírito com barras, reiki e tudo o que traz coisas positivas. Em outros momentos, compreenderam que Deus sabe o que faz, confiaram que não se preocuparam, e que se Ele mandou para elas é porque tinham que melhorar alguma coisa.

5.1.7 Unidade de Significação 7

Sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte.

Bendito câncer de mama. Sabe por quê? Eu aprendi a valorizar os que são os meus. Aprendi a valorizar o que eu tenho, não o material, entendeu? Não ficar preocupada tanto com o futuro. Foi um impulso pra mim, entendeu? E eu sinto que graças a Deus, com isso, eu tenho ajudado muitas pessoas. Todo dia de manhã eu luto, tá? Não é todo dia que eu levanto assim com esse bom humor não. E eu quero lutar até o último instante da minha vida, tá? [risos] (M01)

Então, qualquer coisa que eu sinto, que as vezes eu levo um choque, às vezes uma dor, assim, eu falo 'isso não é nada, vai dar tudo certo e eu vou ficar boa. Venci uma e vou vencer a outra parte.' (M02)

[...] Porque, às vezes a gente reclama, assim, por pouca coisa, né, depois que a gente passa e olha pro lado a gente vê que o problema da gente não é nada. E hoje, qualquer coisinha que acontece a gente dá um valor maior, né. (M03)

Eu falei que eu sou antes do câncer e depois do câncer. [...] depois do câncer eu fui no chão [...] no fim do poço. E agora não, eu estou melhorando, eu estou levantando. [...] se vier outra coisa, passo numa boa. Eu acho que eu posso falar que eu sou uma pessoa mais forte. (M04)

[...] agora eu estou mais tranquila. [...] agora eu relaxei mais. Eu sinto a diferença que eu mudei muito depois. Até no meu jeito mesmo de ser com as pessoas, [...] Foi pra melhorar tudo, a minha ignorância [...] aí, assim, pra diminuir o serviço, pra... sei lá, pra eu viver melhor, não sei. (M05)

Eu acho que me deu mais força, mais garra. E eu aprendi que... depois que eu fui diagnosticada e fiz tudo isso, que a gente não pode fazer planos pra frente. [...] Tem que aproveitar ao máximo aquele dia, assim que eu faço o meu dia a dia. [...] com o tempo eu comecei a ver a beleza dessa minha monstruosidade [cicatriz]. E assim eu fui começando a me aceitar do jeito que eu sou. [...] Eu esqueci a M07

antes do câncer e amo a M07 após o câncer, entendeu? [...] Então assim, eu estou viva, eu estou aqui, então é isso que importa. Menos materialismo. Eu sou menos estressada, menos emburrada, sou mais grata, entendeu? Eu aprecio o contato humano, sabe? (M07)

Eu quero viver. Então, a gente assim, as mínimas coisas eu dou muito mais valor. Eu dou mais valor a vida agora [...] Eu me sinto mais forte. (M08)

[...] a gente passa a entender, depois que você passa pelo câncer, que a gente pode superar uma doença. Que a vida vale muito a pena. Uma flor desabrochando vale muito a pena. É vida, é revigorar. Não... a gente tem que pensar primeiro na gente, pra depois tentar abraçar o mundo, porque a gente não consegue, né. (M09)

Então, assim, se der de novo, eu estou super bem pra aceitar. Uma coisa que mudou, assim, é que eu aprendi a me desapegar das coisas, a me desapegar um pouco das pessoas, pensar assim que tudo a gente tem que viver o hoje. Vamos aproveitar, vamos fazer, porque a gente não saber o que vai acontecer amanhã. Eu aprendi a ser mais forte, a não depender das pessoas. O que resta da minha vida eu quero aproveitar. A minha vida agora está uma maravilha, nossa! E só de sobreviver a um câncer eu acho que eu mereço agora encarar tudo. (M10)

Me sinto vencedora, né? Só pensei assim, que eu fui feliz em ele não ter espalhado, fiquei feliz de ter mais um tempo de vida, né? [...] Talvez fiquei mais compreensiva, procuro entender mais as coisas. (M11)

[...] Aí, lá no princípio, quando você descobre, quando você está no meio do tratamento, a gente passa a dar muito valor a tudo, às coisas da vida, aos prazeres, às alegrias, tudo tem uma intensidade muito maior. De achar tudo essencial. O sol nasce de manhã é lindo, ou estar chovendo também é uma benção, o céu está azul tá lindo, mas se tem nuvem também está ótimo. Aí, de repente, você passa a não reparar isso mais, sabe? Isso ocorreu no final de 2016, então, digamos que de 2019 pra cá, parece que a vida já vai entrando no eixo de novo, aí você volta, assim, ao que era, você não continua dando tanto valor, sabe? Parece que cai numa mesmice de novo. (M13)

[...] de vez eu quando eu fico olhando as fotos, né, eu de peruca, outras vezes eu careca. Mas aí, eu falo que se hoje eu estou aqui agradeço a Deus, que é pra eu dar força pra quem precisa. Depois disso eu falei 'Deus me deu uma segunda chance, eu vou aproveitar a vida'. Agora eu converso com todo mundo, eu brinco com todo mundo. Aí, depois que eu dei o câncer eu comecei a ver como que era a vida diferente, entendeu? (M14)

Sabe, porque a gente não olha só o lado da gente, a gente olha que a gente vê pessoas piores do que a gente. E a gente ainda tem que ajudar, né? Não é pensar só na gente. Isso tudo me ajudou. Porque Deus dá o cobertor conforme o frio, né. Eu acho que cada um de nós tem que aproveitar cada momento da vida, porque tudo passa. Agora a gente está aqui e eu não sei onde eu vou estar daqui a meia hora. (M15)

As depoentes significaram que o câncer de mama como bendito, porque foi um impulso para elas. Relataram que são antes e depois do câncer, mudaram muito e sentem essa diferença, se aceitaram, esqueceram quem eram e amam que são hoje. Quando foram diagnosticadas e fizeram o tratamento foram ao fundo do poço, mas aprenderam a ser mais fortes, sentem que se venceram uma podem vencer outra, acreditam que podem superar se vier outra coisa e ficaram felizes em não ter espalhado, em ter mais um tempo de vida

Aprenderam a valorizar mais a vida, aos seus, o contato humano, as mínimas coisas, as alegrias, os prazeres e a ser menos materialistas, melhoram o jeito de ser, ficaram mais gratas, compreensivas, tranquilas, melhoraram a ignorância, veem beleza na cicatriz, conversam mais com as pessoas, aprenderam a desapegar de algumas coisas, são menos estressadas e mais gratas.

Apontaram que não se preocupam tanto com o futuro, não querem fazer planos para frente porque não sabem o que vai acontecer amanhã. Elas compreenderam que não olham apenas o seu lado, que depois que passam veem que o problema delas não é nada, que existem pessoas piores, e que são gratas a Deus porque, se estão aqui hoje, é para ajudar e dar força a quem precisa.

Querem aproveitar cada momento e viver o hoje, por sentirem que tiveram uma segunda chance. Por outro lado, relataram que não são todos os dias que acordam

de bom humor, mas que, com o passar do tempo, parece que a vida vai entrando no eixo novamente e não dão tanto valor a essas coisas.

5.2 CONCEITO DE SER DO SER-AÍ-MULHER-SOBREVIVENTE-AO-CÂNCER-DE-MAMA

A partir da compreensão vaga e mediana, intencionou-se a busca pelo *sentido* ainda velado na instância dos fatos. A esse movimento corresponde o segundo momento metódico, denominado compreensão interpretativa ou hermenêutica, e alcançado por meio da elaboração do *conceito de ser*, uma vez que, no pensar Heideggeriano,

Por mais que a compreensão de ser oscile, flutue e se mova rigorosamente no limiar de um mero conhecimento da palavra - esse estado indeterminado de uma compreensão de ser já sempre à disposição é, em si mesmo, um fenômeno positivo que necessita de esclarecimento. Contudo, uma investigação sobre o sentido de ser não pode pretender dar uma tal explicação no início. A interpretação dessa compreensão mediana de ser só pode conquistar um fio condutor com a elaboração do conceito de ser. É a luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido do ser (HEIDEGGER, 2020, p.41).

Desse modo, o *conceito de ser* das mulheres sobreviventes ao câncer de mama é expresso como:

Levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói... Não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa... Fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter sempre cuidado e ir ao médico. Fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento... Ter apoio, ajuda e força das pessoas, familiares e amigos... Ter fé em Deus e se apegar nas orações para vencer e melhorar... Sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte.

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA

Com o intuito de desvelar os *modos de ser* velados nos depoimentos, iniciou-se a hermenêutica, que representa o movimento de interpretação compreensiva a partir da compreensão vaga e mediana. Na hermenêutica Heideggeriana, a interpretação originária é fundada, existencialmente, a partir da compreensão e, como destaca o filósofo, “interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender” (HEIDEGGER, 2020, p. 209).

Toda interpretação se funda-se no compreender. Esse “círculo do compreender pertence à estrutura do sentido, cujo fenômeno tem suas raízes na constituição existencial da *presença*, enquanto um compreender que interpreta [...]” (HEIDEGGER, 2020, p. 215). Em vista disso, em seu movimento existencial, o ser-aí-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama mostrou-se a partir da *facticidade* que a condição de sobrevivência impôs nos *modos de ser* da *cotidianidade* em que se *ocupa* na *manualidade* dos afazeres dentro e fora de casa, buscando **levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói.**

As mulheres se desvelaram no *mundo* da *ocupação* quando significaram que criaram uma rotina após o término do tratamento, fazem as tarefas domésticas e cuidam dos familiares. O *ser* se *ocupa* em realizar determinadas atividades e o faz sem refletir. Para Heidegger, “o *ser-no-mundo* está, numa primeira aproximação, empenhado no *mundo das ocupações*. A *ocupação* é dirigida pela *circunvisão* que descobre o que está à mão e preserva nesse estado de descoberta” (HEIDEGGER, 2020, p. 352).

A mulher sobrevivente ao câncer de mama *sendo-no-mundo* a partir da significância de coisas e de pessoas que pertencem à sua *circunvisão*, por meio de suas *referências significativas* (a igreja, a casa, a escola dos filhos, o trabalho do marido), se *ocupa* das coisas, uma vez que “é a partir do mundo que o manual está à mão” (HEIDEGGER, 2020, p. 133).

Na *conjuntura* de ser-aí-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama, “algo se deixa e faz junto a”, como cuidar da casa, do almoço, da filha, do marido, do pai e dos netos, fazer faxina, trabalhar em casa com o marido, buscar os filhos na escola, ajudar

na igreja e realizar trabalhos artesanais, pois se tratam de *referências* na *manualidade ocupada* em que a mulher se coloca.

Cada *ente intramundano*, ao estar em relação com o *Dasein*, acontece como um *instrumento* da *ocupação*. É na *ocupação* que se atualizam as possibilidades veladas no *ser do ente*. “Aqui o ente não é objeto de um conhecimento teórico do ‘mundo’ e sim o que é usado, produzido [...]”. A existência no *cotidiano* acontece como prática e não é constituída teoreticamente. O âmbito ateorético das vivências manifesta-se através da *manualidade* dos *instrumentos* utilizados pelo homem enquanto *Dasein* (HEIDEGGER, 2020, p.115).

Desse modo, esse *ente* sempre é um “*ser-para*”, que ganha seu *ser* dentro de um sistema de relações (um todo) no qual sempre veremos sua *referência* a algo, como em “gravar vídeo, artesanal, esfregar chão, limpar vidro, lavar roupa, carregar sacola”. É no modo apropriado de lidar com *utensílios*, de ter algo a fazer com eles, que tais *entes* mostram a si mesmos (GORNER, 2017).

Como *ser-no-mundo* é *ser-de-possibilidades*, o *ser-aí-mulher* não consegue se *ocupar* de certas atividades sem sentir dor no braço - o que traz à lembrança o câncer - e a deixa chateada por não poder fazer tudo que fazia. A dimensão *inautêntica* do discurso encontra-se radicada no fenômeno da *impessoalidade*. Segundo Heidegger (2020), o caráter de *impessoalidade* do *Dasein* não significa um fenômeno negativo, mas é o modo *cotidiano*, no qual ele está assentado. Esse fenômeno da *impessoalidade* se deixa e faz ver no modo como, *cotidianamente*, relacionamo-nos com as coisas e com os outros que nos vêm ao encontro no *mundo* de nossas *ocupações*.

Nogueira (2011), ao discutir enfermidade na concepção Heideggeriana, afirma que é por referência à condição existencial da *cotidianidade* que a privação da potencialidade de *ser* do *Dasein* deve ser analisada ontologicamente como privação do ser-sadio e onticamente como padecimento. No padecimento, o homem compara-se consigo mesmo e com os outros em sua potencialidade de ser.

Assim, o *ser-aí* em sua potencialidade de *ser* mostra-se mais restrita no sentido de ser capaz de responder às exigências da *ocupação* e da convivência cotidianas. As restrições à sua liberdade ‘tomam’ os modos da impotência, significados como “não dão conta de fazer tudo, não têm mais habilidade, têm dificuldade de trabalhar em casa e fazem as coisas mais devagar”.

Sendo-mulher- sobrevivente que se submeteu à mastectomia como parte da terapêutica para o câncer de mama, significou **não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa**. Este *aí*, se desvelou nos modos de ser da *inautenticidade, impessoalidade e impropriedade* por não se considerar como *ser de possibilidades*.

Heidegger (2020, p.48) destaca que “[...] a *presença* se compreende em seu *ser*, isto é, em *sendo*”. Subitamente lançada numa situação que lhe causa estranheza e que é carregada de muito sofrimento, compreende-se a partir da *ek-sistência* como sobrevivente e do que lhe veio ao encontro.

A mulher como *presença* em decorrência da mastectomia sofre um choque na relação que estabelecia com o próprio corpo. A mutilação alterou negativamente a percepção de si, influenciando o seu *modo-de-ser* no *cotidiano*. O vazio deixado pela retirada da mama foi uma situação recorrentemente relatada nos depoimentos, expressa em tom de profunda tristeza. Nesse sentido, a imagem corporal e a autoestima conduzem a mulher a uma sensação de estranheza ao visualizar seu corpo no espelho.

Heidegger (2020) aponta que os modos fundamentais da potencialidade de *ser* dependem de o *Dasein* ganhar a si mesmo, escolher a si, projetando-se em sua potencialidade de *ser* mais própria (a *propriedade*) ou perder-se, entregando-se ao que ele não é, isto é, à *mundanidade* mediana (a *impropriedade*).

A corporeidade, para Heidegger, não tem apenas o sentido habitual de corpo físico, pois o pensador compreende o corpo como um aspecto *existencial*. O corpo não é entendido como um objeto inanimado, pois a dimensão corporal participa das atividades humanas, quando o indivíduo é solicitado pelas coisas do *mundo* e pela sua própria realização. A autora ressalta que “a corporeidade, portanto, é um caráter fundamental do *Dasein* absolutamente inseparável dele, que integra todas as relações com o mundo” (CARDINALLI, 2003, p. 251).

Na tentativa de resgatar a autoestima e melhorar a relação da mulher consigo e com os outros, a reconstrução mamária surge como possibilidade revestida de um novo sentido, na *publicidade* em que todas as mulheres elevam a autoestima com as mamas preservadas. Nesse contexto, a reconstrução mamária permitiu às mulheres aceitarem-se e sentirem-se melhor.

Em fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter

sempre cuidado e ir ao médico, a mulher mostrou-se “assustada e preocupada” por vivenciar um *cotidiano* permeado por incertezas quanto a trabalho, filhos, sucesso do tratamento e cura, sendo possível desvelar o sentido do *temor*.

A *disposição*, de acordo com Heidegger, é onticamente designada de *humor* ou *ânimo* e diz respeito às várias maneiras de uma pessoa sentir-se e relacionar-se. O *humor* revela “como alguém está e se torna” (HEIDEGGER, 2020, p.193). Na compreensão do filósofo, o *medo* como modo da disposição pode ser analisado em três perspectivas distintas: do que se tem medo, o ter medo e pelo que se tem medo. O que se tem medo é o temível, algo que possui o caráter de ameaça e põe em risco a existência da *presença*, bem como o conviver com os outros.

A descoberta do câncer pode ser interpretada como ‘do que se tem *medo*’. A mulher vivencia o temível, o amedrontador que é “[...] sempre um ente que vem ao encontro dentro do *mundo* e que possui o *modo de ser* do que está à mão, ou do ser simplesmente dado [...]” (HEIDEGGER, 2020, p. 200).

Nesse movimento, o cotidiano da mulher é permeado de sentimentos como o medo do câncer, medo de morrer pelo câncer e medo de ter novamente o câncer. De acordo com Heidegger (2020, p. 252), “aquilo de que se tem medo é sempre um *ente intramundano* que, advindo de determinada região, torna-se, de maneira ameaçadora, cada vez mais próximo”.

O adoecer pelo câncer de mama está permeado de informações pré-concebidas associadas à doença, como, por exemplo, a dor, a mutilação, os sofrimentos físico e emocional, além de um prognóstico que pode apontar para a recidiva do câncer, pois “souberam que o câncer era agressivo e com possibilidade de metástase”.

A vivência do câncer de mama e as consequências desse processo conduziram às diferentes possibilidades do “ter medo”, destacadas como *pavor*, *horror* e *terror*. O *ser-aí* se movimentou no *pavor* quando recebeu o diagnóstico do câncer de mama por lembrar de algo conhecido e familiar, posto que rastreava o câncer, fazia exames, desconfiava do resultado e conhecia o câncer por pessoas da família. A cada mamografia é um “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim” (HEIDEGGER, 2020, p.202).

“Se, ao contrário, o que ameaça possui o caráter de algo totalmente não familiar, o medo transforma-se em *horror*”. O *horror* foi desvelado pelo medo da morte quando do diagnóstico da doença, uma vez que essa possibilidade (a de morrer) não

é algo conhecido pelo *ser-aí-mulher*, ela não vivenciou a própria morte (HEIDEGGER, 2020, p.202).

“E somente quando o que ameaça vem ao encontro com o caráter de *horror*, possuindo ao mesmo tempo o caráter de *pavor*, a saber, o súbito, o medo torna-se, então, *terror*”. Desse modo, a mulher mostrou-se no seguimento *aterrorizada* pela possibilidade da recidiva, pois já foi diagnosticada com câncer (*pavor*) e, dessa vez, pode até morrer (*horror*) (HEIDEGGER, 2020, p.202).

Compreende-se que o *temor* é desvelado em momentos distintos do adoecer pelo câncer de mama, desde a enunciação diagnóstica e na possibilidade de recidiva, conduzindo o *ser-aí-mulher-sobrevivente* a um cotidiano permeado de dificuldades e incertezas.

Em **fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento**, a mulher se desvelou no modo de ser do *fatalório*. A *pre-sença* assume o significado do homem lançado no mundo diante das suas possibilidades de *ser*. Contudo, de imediato e na maioria das vezes, esse *mundo* se revela como já estando pronto. No pensar Heideggeriano, o *Dasein* está sempre lançado numa compreensão prévia do que são as coisas – compreensão que confere a ilusão de que tudo já se encontra determinado (HEIDEGGER, 2020).

No *cotidiano*, acredita-se que tudo é compreendido e visualizado “autenticamente”. No entanto, ainda que o *ser-aí* se empenhe pela autenticidade, o que se tem é uma compreensão mediana, na qual se compreende tudo, porém de maneira superficial, pois não há contato com o fundamento (origem) daquilo com o que se lida e nem se apropria das coisas (HEIDEGGER, 2020).

O que é próprio do homem é simplesmente estar lançado no *ser* e, quando nesse estar lançado, projetado, ele o realiza, esse mesmo *ser* perde o seu caráter original, tornando-se algo feito, determinado. Essa perda do caráter original do *ser* ao transformar-se num *ente* marca o próprio fenômeno da *cotidianeidade* - no qual o *fatalório* se faz discurso (HEIDEGGER, 2020).

A mulher se mostra no *fatalório* quando expressa que “fez cirurgia e retirou os linfonodos para ver se tinha metástase, por causa do resultado do FISH – HER2, fez sessões de quimioterapia e Herceptin, tomou Tamoxifeno, sabia que cada medicação ataca uma coisa, por isso precisou fazer ecocardiograma com frequência”.

Sendo-no-mundo, o *ser-aí-mulher-sobrevivente* mostrou-se na *decadência* durante o tratamento e o acompanhamento do câncer de mama, uma vez que “a

falação abre para a *presença* o *ser*, em compreendendo, para o seu *mundo*, para os outros e para consigo mesma, mas de maneira a que esse *ser* para... conserve o modo de uma oscilação sem solidez” (HEIDEGGER, 2020, p. 242).

Enquanto *ser-no-mundo* como sobrevivente essa mulher, “na *decaência*, já *decaiu* de si mesma; mas não *decaiu* em algo ôntico com o que ela se deparou no curso de seu *ser*, e sim no *mundo* que, em si mesmo, pertence ao *ser* da *presença*”, ou seja, o *mundo* do tratamento e do seguimento para o câncer de mama (HEIDEGGER, 2020, p. 241).

Em **ter apoio, ajuda e força das pessoas, familiares e amigos**, desvelou-se o *ser-com*. O Dasein *sendo-no-mundo* tem como constituinte existencial o *ser-com*. Essa possibilidade da presença revela-a como um ser de relação. Heidegger afirma que é através da presença que se caracteriza o encontro com os outros. E, quando se fala dos “outros”, o filósofo salienta que:

Os “outros” não significam todo o resto dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria. Os outros, ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, não se consegue propriamente diferenciar, são aqueles entre os quais também se está. (HEIDEGGER, 2020, p. 174).

Após receber o diagnóstico de uma doença marcante e complexa, bem como vivenciar um longo tratamento, o *ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama* busca, na família, nos amigos, nos médicos e nos grupos, apoio para os desafios enfrentados no seu *cotidiano*, a despeito das *ocupações* determinadas pela sua *circunvisão*.

De acordo com o pensamento Heideggeriano, a experiência de *estar-com-o-outro* possibilitou enfrentar a doença com mais fortalecimento, levando o *ser-aí-mulher* a não se sentir sozinha na situação de *estar-lançada* no *mundo* com câncer.

Heidegger afirma que: “À base desse *ser-no-mundo* determinado *pelo com*, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da presença é *mundo compartilhado*. O ser-em é *ser-com* os outros” (HEIDEGGER, 2020, p. 175).

Para o *ser-aí*, “a rede de apoio foi muito importante para que pudesse conversar e falar o que estava sentindo, para encorajar, levantar a autoestima, dar força e tranquilidade para vencer, pois sem eles não teria conseguido enfrentar a doença”.

Os maridos e familiares, “saltando para o seu lugar”, mostram-se na *solicitude substitutiva* no cuidado com os filhos e com a casa, dando comida na boca, dando banho e fazendo curativos (HEIDEGGER, 2020, p. 178).

“Em contrapartida, subsiste ainda a possibilidade de uma *preocupação* que não tanto substitui o outro, mas que salta antecipando-se a ele”, posto que os maridos, *sendo-com*, que acompanhavam nas consultas, no tratamento, ficavam junto dela, compravam peruca e elogiavam. Desse modo, ajudando a tornar-se, *em* sua cura, transparente a si mesma e *livre para* ela (HEIDEGGER, 2020, p. 179).

Por outro lado, o ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama compreendeu-se no *estar-só*, como um modo deficiente de *ser-com*. Nesse modo de ser, a *presença* teve relações afetadas pela facticidade do diagnóstico do câncer de mama por “ter que vencer essa luta sozinha, não ter ajuda para fazer as coisas em casa, as pessoas mais ligadas a elas não procuraram saber se estavam bem, e o casamento acabou”. Segundo Heidegger, “a presença pode estar só mesmo quando esse e ainda outros tantos são simplesmente dados” (HEIDEGGER, 2020, p.177).

No pensar Heideggeriano, “em termos existenciais, a presença possui caráter de afastamento”. Quanto mais *subjugada* a mulher se compreende, estando sozinha no modo da *solicitude*, mais se mostra nesse *afastamento*, “tendo que se virar e vencer essa luta sozinha, pois não tiveram ajuda para fazer as coisas” (HEIDEGGER, 2020, p.183).

A facticidade da doença se projeta como uma ameaça à existência do *ser-mulher*, que busca em Deus força para melhorar e alcançar a cura. Por vezes, transferindo a responsabilidade de sua recuperação para a divindade, **Tem fé em Deus e se apegam nas orações para vencer e melhorar**, desvelando-se a *impessoalidade*, no “*não ser* como modo mais próximo da presença, o modo em que, na maioria das vezes, ela se mantém” (HEIDEGGER, 2020, p. 241), expressando que “Deus sabe o que faz e que se ele mandou a doença é porque precisavam melhorar em algo”.

O *ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama* valorizou as orações que fazia sozinha e as que grupos de oração realizavam. Em sua compreensão, a visita do padre, o tratamento espiritual e a fé em Deus “ajudaram a vencer e melhorar”. Na *medianidade* da convivência de estar com outros partilhando da fé, o *impessoal* “encontra-se em toda parte, mas no modo de sempre ter escapulado quando a presença exige uma decisão. Porque prescreve todo o julgamento e decisão, o impessoal retira a responsabilidade de cada presença” (HEIDEGGER, 2020, p. 185).

Em sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte, a angústia se

anunciou fugaz no *poder-ser-no-mundo* como sobrevivente ao câncer de mama que valoriza a vida e olha mais para si, ou seja, se abre para o *ser-aí* em busca de sentido na existência, sendo “propriamente si-mesma na singularidade originária da decisão silenciosa pronta a angustiar-se” (HEIDEGGER, 2020, p. 252). Entretanto, *de-cai* no *cotidiano* que, na maior parte das vezes, a *presença* se mantém, visto que “com o passar do tempo parece que a vida vai entrando no eixo novamente”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de compreender o ser mulher sobrevivente ao câncer de mama, a fenomenologia no enfoque Heideggeriano, expresso em *Ser e Tempo*, foi utilizada como um alicerce para tal compreensão. A aproximação do objeto ao método permitiu abarcar o ser em sua experiência vivida, compartilhando seus sentimentos, emoções e atitudes.

O conceito da ciência, que é da *tradição*, determina os protocolos terapêuticos para o câncer de mama, enquanto que o conceito ampliado da sobrevivência, possibilitou considerar a deficiência das implicações físicas, emocionais e espirituais dessa neoplasia nas Políticas de Saúde vigentes. Nesse ínterim, o *conceito vivido* da sobrevivência ao câncer de mama permitiu olhar para o *ser-aí-mulher* em sua essência, do ponto de vista fenomenológico.

A mulher, a despeito dos enfrentamentos situados no passado, como possibilidade pura, vislumbra no presente um novo sentido de existência. Nesse movimento, situações alocadas no passado são modificadas e revestidas de um outro significado, determinado pela *manualidade* em que se *ocupa* das atividades cotidianas. É a atualidade que determina a *presença*, a compreensão do seu vigor de ter sido e do seu porvir, ainda que se encontre na *facticidade* de não conseguir realizar algumas atividades em decorrência da dor no braço.

Nesse sentido, o estudo reforça a necessidade da estruturação de uma linha de cuidados especializada e interdisciplinar, em níveis primário, secundário e terciário, curativa e paliativa, fundamentada na identificação precoce, tratamento e reabilitação da dor crônica. O cuidado humanizado na sobrevivência ao câncer deve ser centrado na escuta ativa e qualificada dessas narrativas. Cuidar e tratar essas sobreviventes requer não somente considerações estritamente biológicas ou apenas psíquicas. As questões emocionais, familiares, socioculturais e econômicas também devem ser consideradas de forma integrada.

O câncer de mama e a sua terapêutica conduzem a mulher a um *mundo* inteiramente novo. Surgem inquietações e insegurança referentes a autoestima e imagem corporal, de não serem mais reconhecidas para si e para o outro. Essa desordem provocada pela doença dificulta o conviver com um novo corpo, a seu ver, que não mais reflete a sua identidade como mulher.

Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais da saúde tenham um olhar mais atento e sensível a essas questões, incluindo a abordagem da autoimagem e autoestima no momento do diagnóstico, antecipando-se a futuros problemas no âmbito relacional e desenvolvendo ações de promoção da saúde, visando à melhora da vivência da sexualidade dessas mulheres.

A compreensão analítica permitiu aludir que, embora as depoentes não se encontrem mais em tratamento para o câncer de mama, os seus comportamentos são fundados em lembranças que remetem à trajetória da doença, compreendida pelo medo que estava velado no ser-mulher como modo de disposição.

O sentido do *temor* em seus modos (pavor, horror e terror) aponta a valorização do bem-estar espiritual e religioso, expresso por orações realizadas sozinhas e recebida por padres e grupos. Mostrou-se como uma estratégia de enfrentamento ao lidar com o processo de adoecimento, assim como fonte de cura.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes oncológicos devem dedicar atenção especial à compreensão das dimensões e ao emprego da religiosidade e da espiritualidade no manejo do câncer. É importante que, desde sua formação, o profissional comece a olhar para a pessoa e permita-se escutar o outro dentro de si, enxergando-o como um indivíduo único, pois, quando o profissional se permite vivenciar essas experiências junto ao paciente, verdadeiros encontros positivos e terapêuticos podem ser favorecidos.

Em outro movimento, o *ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama*, como *presença*, mostra-se na *solicitude*, guiada pelo apoio e ajuda ao partilhar sua experiência com familiares, amigos, médicos e grupos. Compreende-se que as mulheres sobreviventes ao câncer de mama carecem de apoio integral, por se encontrarem mais suscetíveis, expondo-se a elementos aversivos, como as interferências na estética próprias da doença, o medo da morte e a interrupção momentânea de planos e sonhos. Esses elementos ferem a integridade física, psicológica e social, motivo pelo qual a mulher passa a necessitar de auxílio da família, de laços consanguíneos ou não. Esse auxílio é indispensável e traz inúmeros benefícios à paciente.

Por tais razões, o papel do profissional atuante nesse contexto inclui ouvir atentamente o relato das pacientes e seus familiares, de maneira empática, para permitir que a verbalização adquira a função de externalizar conteúdos reprimidos, e,

nesse ponto, direcioná-los à identificação de erros cognitivos que dificultam a assimilação da realidade como se apresenta.

Embora os avanços tecnológicos e os protocolos terapêuticos para o câncer de mama estejam cada vez mais aprimorados e bem estabelecidos, o tratamento precisa ser acompanhado de elementos que individualizem o cuidado por meio da valorização dos sentimentos e do respeito à forma singular com que cada mulher enfrenta o problema.

Como o enfermeiro é o profissional que presta o cuidado de forma direta à mulher ao longo do tratamento, ele se torna de grande relevância para identificar possíveis impactos no âmbito biopsicossocioespiritual. O olhar desse profissional deve transcender ao momento do tratamento, vislumbrando essa mulher em todos os aspectos que permeiam a sobrevivência ao câncer.

Diante disso, estudos como este revestem-se de importância, uma vez que podem contribuir para suprir lacunas no conhecimento trazido pela tradição, na atitude e prática dos profissionais de saúde, fornecendo subsídios para a atuação destes e os aspectos que precisam ser aperfeiçoados por meio de capacitações e novas pesquisas nessa abordagem.

Em seu movimento existencial, a mulher sobrevivente ao câncer de mama mostrou-se a partir da facticidade que a condição de sobrevivência impôs. Com base nos significados expressos, compreende-se que as repercussões socioculturais, psicoemocionais e físico-clínicas implicadas na doença e no tratamento revelam a importância de se investir no aperfeiçoamento de estratégias de cuidado em saúde que transcendam a dimensão estritamente biológica. Os sentidos desvelados possibilitam indicar a necessidade de (re)visão das linhas de cuidado no que tange à prática da integralidade das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Evaldo de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43 n. 4, out./dez., 1997.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Projeto OncoRede análise dos dados do projeto-piloto**. Rio de Janeiro, 2019.
- ALLEMANI, C. *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet**, v. 391, n. 10125, p. 1023-1075, 2018.
- AMBRÓSIO, D.C.M.; SANTOS, M.A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015.
- AMERICAN COLLEGE RADIOLOGY. **Atlas BIRADS® do ACR: sistema de laudos e registro de dados de imagem da mama**. 5. ed. Tradução de Angela Caracik. São Paulo: Colégio Brasileiro de radiologia e diagnóstico por Imagem, 2016.
- AMORIM, T.V. *et al.* Operacionalidade de conceitos em investigação fenomenológica heideggeriana: reflexão epistemológica na enfermagem. **Rev Bras Enferm** [Internet] v. 72, n. 1, p. 317-22, 2019.
- APOSTOLOU, P.; FOSTIRA, F. Hereditary Breast Cancer: the era of new susceptibility genes. **Biomed Research International**, v. 2013, Article Id 747318, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/747318>. Acesso em: 07 jan. 2020.
- BARROS, A.F. *et al.* Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 14, 2019.
- BERTORELLO, A. La filosofía de Heidegger como una teoría del sujeto de la enunciación. **Revista lenguaje sujeto de discurso**, v. 3, p. 36-44, 2006.
- BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez, 2000.
- BRASIL. Portaria Conjunta nº 4, de 23 de janeiro de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, p. 15-34, fev. 2018.
- BRASIL. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, p. 60-66, 2014.
- BRASIL. Portaria nº 874/GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com

Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília (DF): Ministério da Saúde, p. 80, 2013.

BRASIL. Portaria nº 2898/GM, de 28 de novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM/MS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília (DF): Ministério da Saúde, p.119-21, 2013a.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria Nº 3.535, de 2 de setembro de 1998**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Portaria Nº 3.536, de 2 de setembro de 1998**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRAY, F. *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

BYUN, H. *et al.* Crying Therapy Intervention for Breast Cancer Survivors: Development and Effects. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 4911, 2020.

CARDINALLI, I.E. O “corpo” segundo Heidegger e Boss. In: CASTRO, D. S. P.; PICCINO, J.D.; JOSGRILBERG, R.S.; GOTO, T.A. **Corpo e existência**. São Bernardo do Campo: UESP: FENPEC, 2003.

CARREIRA, H. *et al.* Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. **JNCI J Natl Cancer Inst**, v. 110, n. 12, 2018.

CARVALHO, C.M.S. Sentimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3942-3950, nov., 2018.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

COATES, A.S. *et al.* Tailoring Therapies – improving the management of early breast cancer: St. Gallen International expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. **Annals of Oncology**, v. 26, n. 8, p. 1533-1546, 2015.

CORDEIRO, L.A.M.; NOGUEIRA, D.A.; GRADIM, C.V.C. Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** São Paulo: Centauro, 2005.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano diretor estratégico 2019-2023 Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - HU-UFJF**. 2020. Disponível em: https://ebserhnet-my.sharepoint.com/personal/rodrigo_mendes_ebserh_gov_br/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Frodrigo%5Fmendes%5Febserh%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FPDE%2FDocumento%20PDE%202019%2D2023%5FHU%2DUFJF%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Frodrigo%5Fmendes%5Febserh%5Fgov%5Fbr%2FDocuments%2FPDE&originalPath=aHR0cHM6Ly9lYnNlcmhuZXQtbXkuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOml6L2cvcGVyc29uYWwvcmlnb19tZW5kZXNfZWJzZXJoX2dvdI9ici9FVUtrQ1dWblowRkN2LWxyYmV6aUh1b0JoT1lqZlltRTQxZ0pOLXhCazRiVkdnP3J0aW1PTk2YXR0Y0lMIVn. Acesso em: 06 jan. 2021.

ESQUIVEL, D.N. *et al.* Produção de estudos em enfermagem sob o referencial da fenomenologia. **Rev Baiana de enferm**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun., 2016.

FERRARI, F.C. *et al.* Orientações de cuidado do enfermeiro para a mulher em tratamento para o câncer de mama. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 3, p. 676-83, mar., 2018.

FERRATER, J. **Diccionario de Filosofia**. v. 2. Barcelona: Ariel, 1994.

FISHER, B. *et al.* Relative worth of estrogen or progesterone receptor and pathologic characteristics of differentiation as indicators of prognosis in node negative breast cancer patients: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-06. **Journal of Clinical Oncology**, v. 6, n. 7, p. 1076-1087, 1988.

FONTANELLA, B.J.B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturaç o Te rica em Pesquisas Qualitavas: contribui es psicanal icas. **Psicologia em Estudo**, Maring , v. 17, n. 1, jan./mar., p. 63-71, 2012.

GARCIA, S.N. *et al.* Changes in social function and body image in women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maring , v. 39, n. 1, p. 57-64, jan./jun., 2017.

GILES, Thomas R. **Hist ria do existencialismo e da fenomenologia**. S o Paulo: EPU, 1989.

GOLDMAN, R.E. *et al.* Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. **Rev Bras Enferm.** São Paulo, v. 72, n. 1, p. 286-72, 2019.

GOLIN, M.F.; PEREIRA, C.C.; PIVETA, C.C.A.C.; BERVIQUE, J.A. **Autenticidade, angústia e decadência em Martin Heidegger.** Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/hFM99taEpL5T5nl_2013-5-13-16-3-19.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

GOMES, P. *et al.* Significados da Dor Crônica na Sobrevivência ao Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 1, 2021.

GONZALEZ, A. Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. **Revista de la Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas”.** Islas, v. 45, n. 138, p. 125-135, 2003.

GORNER, P. **Ser e Tempo uma chave de leitura.** Tradução de Marco Antônio Casanova. Petrópolis (RJ): Vozes, 2017.

GUERRA, M.R. *et al.* Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31; n. 8; p. 1-12, 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Tradução de Márcia Sá Cavalcanti. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2020.

HOFFMAN, B.; STOVALL, E. Survivorship perspectives and advocacy. **J ClinOncol**, v. 24; n. 32; p. 5154-5159, 2006.

HUSSERL, E. **El artículo “fenomenología”.** En: Invitación a la fenomenología. Barcelona: Paidós, p. 35-73, 1992.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **A situação do câncer de mama no Brasil:** síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Estimativa 2020:** Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2019a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Viva mulher 20 anos: história e memória do controle dos cânceres do colo do útero e de mama no Brasil.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Estimativa 2014:** Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Controle do câncer de mama: documento do consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

KYU, H. H. *et al.* Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of disease Study 2013. **British Journal of Cancer**, v. 354, p. i3857, 2016.

LAKHANI, S. R. **WHO Classification of Tumours of Breast**. Geneve: International Agency for Research on Cancer, 2012.

LINS, F.G.; SOUZA, S.R. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 12, n. 1, p. 66-74, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/suell/Downloads/22652-78423-1-PB.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

LOPES, R.L.M. **Prevenindo o câncer cérvico-uterino**: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher. Ultragraph: Salvador, 1999.

MACÊDO, E.L.; GOMES, E.T.; BEZERRA, S.M.M.S. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. **Cogitare enferm**, 2019 [acesso em 08 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>

MARQUES, C.A.V. *et al.* Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2-7, 2017.

MATTHEWS, H.; SEMPER, H. 'Dropped from the system': the experiences and challenges of longterm breast cancer survivors. **John Wiley & Sons Ltd**, p. 1355-1365, 2016.

MEADOWS, A, T. Pediatric cancer survivorship: research and clinical care. **J ClinOncol**, v. 24; n. 32; p. 5160-5165, 2006.

MIGOWSKI, A.; *et al.* A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 247-250, 2018

MINORÉT, M. A cura em oncologia: uma ambição improvável. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 693-703, 2018.

MULLAN, F. Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer. **The New England Journal of Medicine**, p. 270-273, 1985.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines (NCCN Guidelines). **Breast Cancer**. Versão 4. 2017. Estados Unidos da América: NCCN, 2018. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx. Acesso em: 11 dez. 2019.

NICOLAU, S.R.T.C. **Cuidados sensíveis de enfermagem a mulheres submetidas à mastectomia:** subsídios para uma ação educativa com enfoque na dimensão ética e estética. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

NOGUEIRA, I.S. *et al.* Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde na Temática do Câncer: Do Real ao Ideal. Rio de Janeiro. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2019.

NOGUEIRA, R.P. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 259-266, 2011.

NÚÑEZ, C.A.S.; CELIS, I.E.V. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. **Cultura de los Cuidados**, v. 21, n. 48, p. 43-50, 2017.

OTANI, M.A.P. *et al.* Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama. **Revista Nursing**, v. 21, n. 242, p. 2272-2276, 2018.

PAIVA, A.C.P.C. **Desvelando o ser-aí-mulher-que-vivencia-o-linfedema-por câncer-de-mama: contribuições da fenomenologia para o cuidado em saúde.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

PASQUAL, K.K.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 2, p. 21-27, 2015.

PAULA, C.C. *et al.* Movimento analítico hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 984-989, 2014.

PEIXOTO, A.J. Fenomenologia, ética e educação: uma análise a partir do pensamento de Husserl. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 21, n. 7/9, p. 489-503, jul./set. 2011.

PETERSON, C. *et al.* Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. **Cancer Nurs.**, v. 39, n. 1, 2016.

REIS, A.P.L.; GRADIM, C.V.C. A alopecia no câncer de mama. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 447-55, 2018.

RIBEIRO A.A., NARDOCCI A.C. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. **Saúde Soc**, v. 22, n. 3, p. 878-891, 2013.

ROWLAND, J.H. *et al.* Cancer survivorship research in Europe and United States: where have we been, where are we going, and what can we learn each other? **Cancer**, v. 119; n. 11; p. 2094-2108, 2013. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28060/abstract>. Acessado em 25 de junho de 2021.

SALIMENA, A.M.O., *et al.* O método fenomenológico Heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões do movimento analítico. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, p. 310-313, 2015.

SANTOS, L.A. A noção de angústia no pensamento de Martin Heidegger. “Existência e Arte” - **Revista Eletrônica do Grupo PET** - Ciências Humanas, Estética e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei – v. 2, n. 2, jan./dez. 2006.

SEBOLD, L.F., *et al.* Círculo hermenêutico heideggeriano: uma possibilidade de interpretação do cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 3-8, jan. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. **Linha de Cuidado do Adulto: Atenção Integral à Saúde da Mulher — Câncer de mama e de colo de útero**. Rio de Janeiro (RJ), 2010.

SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). **O que você precisa saber sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.sbmastologia.com.br/wpcontent/uploads/2018/08/CartilhaFundacao_semapoio_SBM2018_148x210mmFechada_290x210mmAberta_4mmSangria-2.pdf. Acesso em: 06/01/2020.

THURNHER, R. “A las cosas mismas!” Acerca de la significación de la máxima fenomenología fundamental en Husserl y Heidegger. **Seminarios de filosofía**, v. 9, p. 24-44, 1996.

TRESCHER, G.P. Necessidades das mulheres com câncer de mama no período pré-operatório. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1288-1294, mai. 2019.



UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (UICC). **TNM: Classificação de Tumores Malignos**. Tradução Instituto Nacional de Câncer. 7. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

VIANA, S.F. de S. **Pacientes mastectomizadas sobreviventes ao câncer de mama: necessidades inerentes à sexualidade na perspectiva de mulheres e de cônjuges**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2016.

WHO, World Health Organization. **GLOBOCAN 2012: Estimated cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012**. International Agency for Research

on Cancer, IARC; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>
Acesso em: 05 jul. 2021.

APÊNDICE A

	<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	--	---

APÊNDICE B

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR: Faculdade de Enfermagem - Departamento de Enfermagem Aplicada
 Pesquisador Responsável: Thaís Vasconcelos Amorim
 Endereço: Rua Paulo de Souza Freire, 56/901. São Mateus
 CEP: 36025-350 Juiz de Fora – MG Telefone: (32) 98418-1851
 E-mail: thaisamorim80@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: contribuições para a enfermagem na perspectiva da fenomenologia**. Neste estudo pretendemos desvelar os sentidos da mulher sobrevivente ao câncer de mama e; contribuir para o cuidado de enfermagem às mulheres sobreviventes ao câncer de mama. Desvelar sentidos quer dizer compreender como a senhora vivencia o seu dia a dia na situação de sobrevivente ao câncer de mama. O motivo que nos leva a estudar é caminhar ao encontro de uma assistência que vá além de orientações técnicas e protocolos e, em conjunto com a mulher, reflita sobre os aspectos subjetivos e essenciais que a envolvem, como sua história de vida, o significado da sobrevivência e como isso implica no seu dia a dia. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: você será entrevistada pela pesquisadora, sendo esta entrevista gravada em mídia eletrônica e, posteriormente, suas falas serão analisadas. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos relacionados a fragilização emocional, devido a exposição de emoções durante a entrevista, referentes às informações prestadas, os quais serão amenizados através da interrupção da mesma com posterior retomada, no momento mais apropriado. No que diz respeito aos benefícios, os resultados da pesquisa subsidiarão o planejamento de ações assistenciais no próprio cenário, bem como proporcionarão sensibilização e reflexões por parte dos profissionais e em torno das políticas presentemente adotadas, a fim de aprimorar a assistência às mulheres. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. será esclarecida 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 Sra. é atendida é atendida pela pesquisadora, que tratará a 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. 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. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de

consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida à Sra.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: contribuições para a enfermagem na perspectiva da fenomenologia**, 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 desse estudo. Recebi uma via 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 2020.

_____	_____
Nome e assinatura do(a) participante	Data
_____	_____
Nome e assinatura do(a) pesquisador	Data
_____	_____
Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF
Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina
CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG
Telefone: 4009-5217
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE B

Projeto "Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: contribuições para a enfermagem na perspectiva da fenomenologia"

Roteiro orientador da entrevista

Local da entrevista: _____

Data e hora da entrevista: __/__/__; _____ Duração: _____

1. Caracterização da participante

1.1. Código do entrevistado: _____

1.2. Estado: _____ Município: _____

1.3. Nascimento: Data __/__/__ Idade: _____

1.4. Estado civil: _____

1.4. Número de filhos: _____

1.5. Escolaridade (grau máximo cursado):

() Ensino fundamental () Ensino médio () Graduação () Pós-graduação

1.6. Religião: _____

1.7. Profissão: _____

1.8. Trabalha atualmente?

() Não. Aposentada ou Afastamento do serviço? _____

() Sim. Função? _____

1.9. Diagnóstico (tipo de tumor/estadiamento): _____

1.10. Ano do diagnóstico: _____

1.11. Tratamento realizado: _____

Caso cirurgia, tipo: _____

1.12. Data do início do tratamento: _____ Término do tratamento: _____

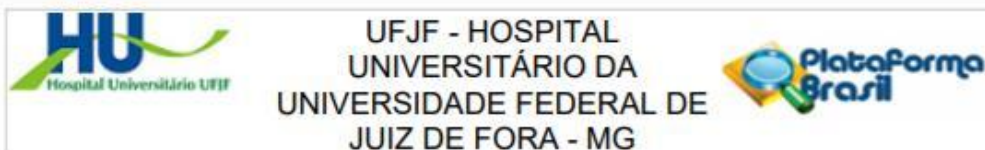
2. Questões orientadoras

2.1. Como é seu dia a dia desde que você foi diagnosticada com o câncer de mama?

2.2. Quais são os significados dessa vivência para você?

2.3. Deseja falar mais alguma coisa?

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres sobreviventes ao câncer de mama: contribuições para a enfermagem na perspectiva da fenomenologia

Pesquisador: Thais Vasconcelos Amorim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25992619.6.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

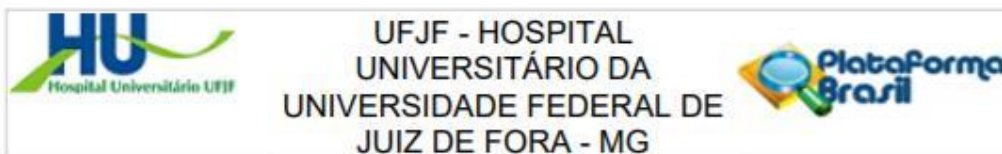
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.759.279

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. No Brasil, representa um dos desafios no cenário atual de envelhecimento populacional e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Em 2019, estima-se a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer no país, dentre esses, 59.700 de mama, representando 29,5% das doenças oncológicas em mulheres (INCA, 2017; INCA, 2019). As repercussões do câncer de mama não se limitam apenas ao momento do diagnóstico e tratamento, passando a fazer parte do cotidiano da mulher desde a suspeita de uma recorrência e perdurando por toda a vida (BRASIL, 2018). Embora o "rótulo" de sobrevivente faça parte da sua história progressa, a cura não pode ser considerada, possibilitando sentimentos de incerteza e medo quanto a uma futura recidiva. Nesta perspectiva, reforça-se a restrição das terapêuticas adotadas, pois a ideia de uma sobrevivência ampliada do ponto de vista da qualidade de vida, requer uma abordagem para além da recorrência do câncer e do seguimento preconizado em cinco anos. As políticas, igualmente, circunscrevem-se aos suportes terapêuticos e sociais durante a fase ativa da doença, desconsiderando ações e valorização de direitos a longo prazo. Nesta régua de ações, o acompanhamento se restringe ao monitoramento, com foco na recidiva (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). A Oncologia é uma área que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico e por isso requer dos profissionais de enfermagem extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



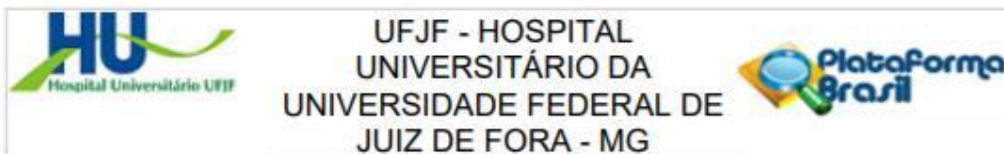
Continuação do Parecer: 3.759.279

necessidades e especificidades dos usuários (LINS, 2018), o que coaduna com o conceito ampliado de sobrevivente, vislumbrando o indivíduo em um contexto biopsicosocioespíritual. No que se refere ao cuidar compreensivo na situação de adoecimento por câncer de mama, acredita-se que a Enfermagem pode caminhar ao encontro de uma assistência que transcenda as orientações técnicas e protocolares e reflita sobre os aspectos subjetivos e essenciais que envolvem a mulher, como sua história de vida, o significado da sobrevivência e como isso implica no seu dia a dia (PAIVA, 2017). Diante desse contexto, a fenomenologia no pensar de Martin Heidegger emerge como possibilidade de referencial teórico, filosófico e metodológico de investigação do fenômeno da vivência da mulher sobrevivente ao câncer de mama, uma vez que ao compreender significados e desvelar sentidos do ser que se mostra a partir de si mesmo, permite revelar o que estava, até então, velado (HEIDEGGER, 2012).

Atualmente, como enfermeira em um ambulatório de cirurgia oncológica, a convivência diária com mulheres sobreviventes ao câncer que expressam sobre o medo da recidiva, as incertezas quanto ao futuro e os efeitos deletérios de um tratamento invasivo, produziram inquietações e indagações sobre como é para a mulher vivenciara condição de sobrevivente ao câncer de mama? Como a Enfermagem pode contribuir para promover uma assistência integral e ampliada nessa condição? Deste modo tem-se como objeto do estudo: a vivência da mulher sobrevivente ao câncer de mama e objetivos, desvelar sentidos da mulher sobrevivente ao câncer de mama e contribuir para o cuidado de enfermagem às mulheres sobreviventes ao câncer de mama.

Como metodologia, tem-se a pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia de Martin Heidegger. Pretende-se como cenário de desenvolvimento da pesquisa o Ambulatório do Hospital Universitário Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), Unidade Dom Bosco. A amostra será de conveniência, estimando-se a participação de 15 mulheres que atendam aos critérios de inclusão, as quais serão buscadas por meio do acesso aos registros de prontuários e do livro de registro de encaminhamento de pacientes do ambulatório para cirurgias. A partir do atendimento aos critérios de inclusão e, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, será realizado contato telefônico com as possíveis participantes com o intuito de explicitar os objetivos do estudo e, diante do aceite e disponibilidade, o encontro será agendado para a data e local de escolha das mesmas, podendo ser em seu domicílio ou no consultório, quando do retorno ao serviço. Neste estudo será utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista aberta e de caráter fenomenológico guiada pelo "Roteiro orientador da entrevista". Um pseudônimo será oferecido mediante um código alfanumérico e os depoimentos serão gravados em mídia eletrônica. Um diário de campo será

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.759.279

empregado para registrar as expressões não verbais. Na etapa de análise dos dados qualitativos, após transcrição, escutas repetidas e leituras atentas dos depoimentos, serão construídas as Unidades de Significação, passando-se à compreensão vaga e mediana e à compreensão interpretativa ou hermenêutica. Em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/12, a pesquisa só será desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Com base nessa resolução, todos os participantes de pesquisa só serão envolvidos caso concordem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deverá ser entregue pelo pesquisador, lido em conjunto com a participante para propiciar maior compreensão e assinado pelos envolvidos (BRASIL, 2012).

Objetivo da Pesquisa:

A presente proposta tem como objetivos:

Objetivo Primário: Desvelar sentidos da mulher sobrevivente ao câncer de mama.

Objetivo Secundário: Contribuir para o cuidado de enfermagem às mulheres sobreviventes ao câncer de mama.

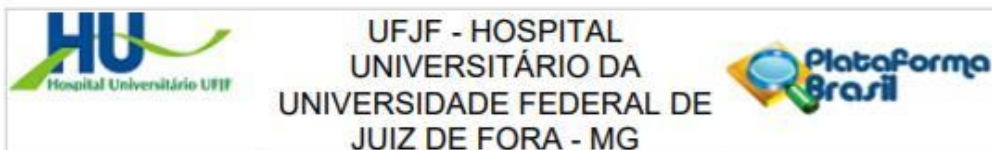
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Riscos:

Essa pesquisa apresenta riscos mínimos às participantes do estudo relacionados a fragilização emocional, devido a exposição de emoções durante a entrevista, referentes às informações prestadas, os quais serão amenizados através da interrupção da mesma com posterior retomada no momento mais apropriado.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.759.279

Benefícios:

No que diz respeito aos benefícios, os resultados da pesquisa subsidiarão o planejamento de ações assistenciais no próprio cenário, bem como ensejarão sensibilização e reflexões por parte dos profissionais e em torno das políticas presentemente adotadas, a fim de aprimorar a assistência às mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

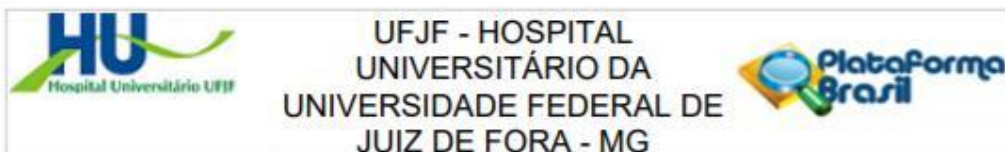
Todos os documentos encaminhados encontram-se adequadamente apresentados e descrevem com clareza o objetivo, a metodologia e os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa seguindo os princípios éticos para a pesquisa em seres humanos previstos na Res CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A presente proposta foi instruída com os Termos de Apresentação Obrigatória relacionados abaixo. Todos os documentos encaminhados encontram-se adequadamente apresentados, datados e assinados.

1. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1449926.pdf
2. Roteiro_orientador_de_entrevista.docx
3. Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf
4. CV_Suellen.pdf
5. CV_Thais.pdf
6. Declaracao_de_concordancia_infraestrutura.pdf
7. Planilha_de_orcamento_financeiro.pdf
8. TCLE.pdf
9. TCLE.doc
10. Projeto_de_pesquisa.pdf
11. Projeto_de_pesquisa.doc
12. Carta_de_encaminhamento.pdf
13. Cadastro_do_pequisador.pdf
14. Comprovante_de_cadastro_do_projeto.pdf
15. Declaracao_de_aprovacao_da_comissao_de_orcamento.pdf
16. Folha_de_rosto.pdf

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.759.279

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

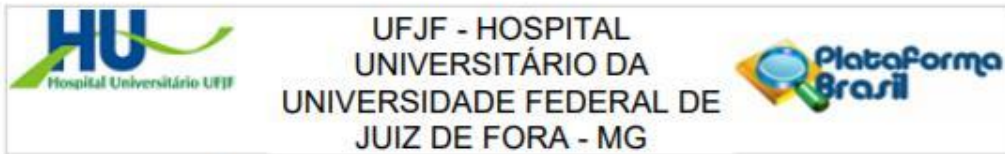
Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1449926.pdf	13/11/2019 12:17:13		Aceito
Outros	Roteiro_orientador_de_entrevista.docx	13/11/2019 12:15:23	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	13/11/2019 12:14:56	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	CV_Suellen.pdf	13/11/2019 12:14:05	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	CV_Thais.pdf	13/11/2019 12:13:37	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_concordancia_infraestrutura.pdf	13/11/2019 12:11:49	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	Planilha_de_orcamento_financeiro.pdf	13/11/2019 12:11:32	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/11/2019 12:10:56	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	13/11/2019 12:10:49	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	13/11/2019 12:10:36	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	13/11/2019 12:10:28	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	13/11/2019 12:10:13	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	Cadastro_do_pesquisador.pdf	13/11/2019 12:09:54	Thais Vasconcelos Amorim	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.759.279

Outros	Comprovante_de_cadastro_do_projeto.pdf	13/11/2019 12:09:32	Thaís Vasconcelos Amorim	Aceito
Outros	Declaracao_de_aprovacao_da_comissao_de_orcamento.pdf	13/11/2019 12:09:14	Thaís Vasconcelos Amorim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/11/2019 12:08:49	Thaís Vasconcelos Amorim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 11 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Leticia Coutinho Lopes Moura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br