

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

**OS SENTIDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O SER-AÍ- MULHER  
NO VIVIDO DA NEOPLASIA DA MAMA À LUZ DE MARTIN HEIDEGGER**

**Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva**

Juiz de Fora  
2014

**ANDYARA DO CARMO PINTO COELHO PAIVA**

**OS SENTIDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O SER-AÍ- MULHER NO  
VIVIDO DA NEOPLASIA DA MAMA À LUZ DE MARTIN HEIDEGGER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena

Juiz de Fora  
2014

Paiva, Andyara do Carmo Pinto Coelho.

Os sentidos do cuidado de enfermagem para o ser-aí- mulher no vivido da neoplasia da mama à luz de Martin Heidegger / Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva. -- 2014.

104 p.

Orientadora: Anna Maria de Oliveira Salimena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Neoplasias da Mama. 3. Mulher. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Fenomenologia. I. Salimena, Anna Maria de Oliveira, orient. II. Título.

ANDYARA DO CARMO PINTO COELHO PAIVA

**OS SENTIDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O SER-AÍ-MULHER  
NO VIVIDO DA NEOPLASIA DA MAMA À LUZ DE MARTIN HEIDEGGER**

Relatório Final de Pesquisa submetido à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 27 de maio de 2014.

Membros da Banca Examinadora:



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena  
Orientadora

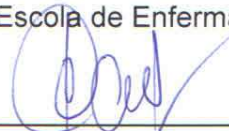
Prof<sup>ª</sup> Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ívis Emília de Oliveira Souza  
1<sup>ª</sup> Examinadora

Prof<sup>ª</sup> Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Carmen Simões Cardoso de Melo  
2<sup>ª</sup> Examinadora

Prof<sup>ª</sup> Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Sônia Mara Faria Simões  
1<sup>ª</sup> Suplente

Prof<sup>ª</sup> Titular da Faculdade de Enfermagem/UFF



---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
2<sup>ª</sup> Suplente

Prof<sup>ª</sup>. Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

*“O melhor ainda não foi dito. O melhor está nas entrelinhas...  
está no olhar, e no sorriso sagrado de cada um!”*

*(Clarice Lispector)*

***Dedicatória***

*Dedico essa dissertação a todos os meus familiares, por terem sido o meu alicerce nessa caminhada. Ao meu esposo Luciano, pelo amor incondicional e por acreditar no meu sonho.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por estar sempre a minha frente, me guiando e tirando do meu caminho todos os empecilhos que me fizessem desistir dessa jornada. Pai de infinita bondade, que trouxe paz ao meu coração em momentos de angústia e tristeza.

Aos meus amados pais, Marcos e Julia, luz da minha vida, que me ensinaram a importância de lutar por nossos sonhos, mesmo com todos os obstáculos da vida. Com seus ensinamentos, me fizeram uma pessoa sensível as necessidades humanas.

Aos meus irmãos queridos, Jother e Yago, pelos momentos de descontração e apoio, tornando esse caminhar mais agradável e feliz.

As minhas queridas cunhadas, Julia e Julia, pelo carinho imenso e por tornarem os meus dias mais felizes. Uma dupla dinâmica que hoje faz parte do meu convívio familiar.

Ao meu amado esposo, por seu amor sem limites, estando sempre disposto a me escutar e oferecer um ombro amigo. Que torce a cada vitória, por menor que ela seja. Seu apoio foi fundamental nessa caminhada. O amor de Cristo nos uniu.

A minha querida avó Inês por suas orações.

As minhas lindas amigas Juliana e Elaine que sempre fizeram presença ao compartilhar uma amizade verdadeira. Deus foi muito bondoso em colocar vocês na minha vida.

Aos queridos amigos do mestrado pelo companheirismo, em especial a Flávia, amiga que compartilha comigo momentos de escolhas e desafios desde a Residência em Saúde da Família.

A minha orientadora Anna Maria por estar-com desde a graduação e compartilhar sua sabedoria, amizade, cuidado e carinho. Seus ensinamentos foram fundamentais na minha caminhada. Admiro ainda mais pela pessoa humana e atenciosa que se desvela no cotidiano.

A professora Maria Carmen pela parceira, contribuições riquíssimas e apoio de sempre.

As professoras Sônia Mara e Zuleyce por contribuírem com a construção deste estudo.

A querida professora Ívis, que de forma prazerosa me conduziu aos caminhos da fenomenologia. A forma carinhosa e atenciosa de tratar o outro a torna ainda mais especial.

Aos professores do mestrado, pela competência e responsabilidade em compartilhar os conhecimentos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que me recebeu de portas abertas e me proporcionou a realização de um sonho.

A querida Elisangela, secretária do mestrado, que com um belo sorriso marcado em seu rosto expressa o amor pelo o que faz. Adoro você.

A FAPEMIG, que me disponibilizou recursos para que eu pudesse me dedicar exclusivamente ao mestrado.

As depoentes, que se mostraram sempre receptivas e acolhedoras, que ao compartilhar o seu vivido tornou este estudo possível.

Ao hospital cenário da pesquisa, que me ofereceu recursos para receber as mulheres.



## RESUMO

Objetivou-se desvelar os sentidos do cuidado de enfermagem para a mulher que enfrenta o câncer de mama, desde o diagnóstico até o tratamento. Método de investigação qualitativa, fundado na fenomenologia de Martin Heidegger. Constituiu-se como cenário o hospital de referência no atendimento oncológico, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, no interior de Minas Gerais, sendo participantes 12 mulheres em fase de seguimento após câncer de mama. A entrevista fenomenológica teve como questões norteadoras: como foi para você o cuidado de enfermagem durante todo o percurso, desde que você descobriu uma alteração na mama, as consultas, os exames, o tratamento, até o dia de hoje? Que cuidados de enfermagem mais a ajudaram durante todo o processo de sua doença? Qual o significado do cuidado de enfermagem ao longo do processo da doença? Emergiram então as estruturas essenciais, de modo a construir as Unidades de Significados. A compreensão vaga e mediana desses significados permitiu a elaboração do fio condutor que conduziu ao segundo momento metódico, a compreensão interpretativa ou hermenêutica. O modo *ser-aí-com-a-equipe-de-enfermagem* na Atenção Secundária e Terciária é desvelado pela mulher, evidenciando o modo da *pré-ocupação autêntico*. Revela a *solicitude antecipativa-liberatória* no cuidado dos profissionais. Como *ser-aí lançada-no-ambiente-hospitalar* vislumbra um cuidado autêntico, em contrapartida, ao *ser lançada-no-sistema-de-saúde* vivencia a *des-atenção*. No ambiente domiciliar, o cuidado provém de membros do seu *mundo doméstico*, de modo que a mulher experiencia a *solicitude substitutiva* e destaca-se a in-visibilidade dos profissionais de enfermagem na Atenção Primária ao desvelar um cuidado que se perde no modo de ser da inautenticidade. O ser-mulher se mostra movida no *fatalório* e *ambiguidade* ao falar sobre o trabalho da enfermagem. Revela o *cuidado substitutivo* do médico ao anunciar o diagnóstico e experimenta a *impropriedade-para-a-morte*, o *pavor* e o *horror* com a descoberta da doença e a possibilidade da morte. Desvela-se na *impessoalidade* e *de-cadência* ao transferir à divindade a responsabilidade por sua recuperação. A partir dos sentidos desvelados, acredita-se que a enfermagem oncológica na Atenção Secundária e Terciária se movimenta em direção a um cuidado libertador, que considera a dimensão existencial do ser e não restringe as ações que compreendem a tecnologia dura. Tem um olhar sensível ao momento que a mulher vivencia e mostra seu potencial em auxiliá-la a se abrir para as possibilidades como *ser-lançado-no-mundo*. Mostra-se a desarticulação da

rede assistencial, de modo que o sistema referência e contrarreferência foi construído na perspectiva do ente, não considerando as singularidades que envolvem o ser.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem. Neoplasias da Mama. Mulher. Pesquisa Qualitativa. Fenomenologia.

## ABSTRACT

This study aimed to reveal the meanings of nursing care for women facing breast cancer, from diagnosis to treatment. Method of qualitative research, based on the phenomenology of Martin Heidegger. Was established as the referral hospital for cancer care, philanthropic and nonprofit, in Minas Gerais, with 12 women participating in follow-up phase after breast cancer setting. The phenomenological interview was to guiding questions: how was it for you nursing care throughout the journey, since you discovered a change in the breast, consultations, examinations, treatment, up to this day? That nursing most helped throughout the process of their disease? What is the meaning of nursing care throughout the disease process? Then emerged the essential structures in order to build Units Meanings. A vague understanding and median of these meanings enabled the preparation of the thread that led to the second moment methodical, interpretive or hermeneutic understanding. The mode of being-there-with-a-team-of-nursing Secondary and Tertiary Care is unveiled by the woman, showing the way of authentic pre-occupation. Reveals anticipative-liberatory concern in the care of professionals. As being-thrown-in-there-hospital environment envisions an authentic care, however, to be launched in the system-of-health-des-experiences the attention. In the home environment, care comes from members of their domestic world, so that the woman experiences the substitutive care and highlights the in-visibility of nursing professionals in Primary Care by unveiling a care that is lost in the mode of being of inauthenticity. The be-wife moved in talk shows and ambiguity when talking about nursing work. Reveals substitute care physician to announce the diagnosis and experiences impropriety-unto-death, terror and horror at the discovery of the disease and the possibility of death. Unveils based on impersonality and cadence when transferring the divinity responsibility for their recovery. From the senses unveiled in the study, it is believed that the oncology nursing in Secondary and Tertiary Care moves toward a liberating care, which considers the existential dimension of being and does not restrict the actions that comprise the hard technology. Has a sensitive eye to the time that women go through and shows its potential in assisting her to open up to the possibilities as be-released-in-the world. It shows the dislocation of the assistance network, so the reference and counter system was built from the perspective of one, not considering the singularities that involve being.

**Keywords:** Nursing Care. Breast Neoplasms. Woman. Phenomenology. Qualitative Research.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo revelar los significados de los cuidados de enfermería para las mujeres que sufren cáncer de mama, desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Método de la investigación cualitativa, basada en la fenomenología de Martin Heidegger. Se estableció que el hospital de referencia para la atención del cáncer, filantrópica y sin fines de lucro, en Minas Gerais, con 12 mujeres que participan en la fase de seguimiento después de entorno del cáncer de mama. La entrevista fenomenológica fue a preguntas orientadoras: ¿Cómo fue para usted el cuidado de enfermería durante todo el viaje, ya que descubrió un cambio en la mama, consultas, exámenes, tratamiento, hasta el día de hoy? Eso enfermería más ayudó en todo el proceso de su enfermedad? ¿Cuál es el significado del cuidado de enfermería en todo el proceso de la enfermedad? Entonces surgieron las estructuras esenciales para la construcción de Unidades significados. Una vaga comprensión y la mediana de estos significados permitieron la preparación del hilo que condujo al segundo momento comprensión metódica, interpretativa o hermenéutica. El modo de ser-ahí-con-un-equipo-de-enfermería en Secundaria y Terciario de Atención de se dio a conocer por la mujer, que muestra el camino de la auténtica pre-ocupación. Revela preocupación-anticipativa liberadora en el cuidado de los profesionales. Como entorno de ser lanzado en-ahí-hospital prevé un cuidado auténtico, sin embargo, que se lanzará en los sistema-de-salud-des-experiencias de la atención. En el entorno del hogar, el cuidado proviene de los miembros de su mundo interno, de modo que la mujer experimenta el cuidado sustitutivo y destaca la in-visibilidad de los profesionales de enfermería en Atención Primaria con la presentación de un cuidado que se pierde en el modo de ser de inautenticidad. El be-esposa se mudaron en programas de entrevistas y la ambigüedad cuando se habla de trabajo de enfermería. Revela médico de cuidado sustituto en anunciar el diagnóstico y experiencias impropiedad-para-la-muerte, el terror y el horror ante el descubrimiento de la enfermedad y la posibilidad de muerte. Revela basado en la impersonalidad y la cadencia al transferir la responsabilidad divinidad para su recuperación. A partir de los sentidos revelados en el estudio, se cree que la enfermería oncológica en Secundaria y Terciario de Atención mueve hacia un cuidado liberador, que considera la dimensión existencial del ser y no restringe las acciones que componen la tecnología dura. Tiene un ojo sensible a la hora de que las mujeres pasan por y

muestra su potencial para ayudar a ella para abrirse a las posibilidades como ser-lanzado en el mundo. Muestra la dislocación de la red de asistencia, por lo que el sistema de referencia y contrarreferencia, construido desde la perspectiva de uno, sin tener en cuenta las singularidades que implican el ser.

**Palabras clave:** Atención de Enfermería. Neoplasias de la Mama. Mujer. Fenomenología. Investigación Cualitativa.

## SUMÁRIO

<b>I</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	Aproximação à temática.....	15
1.2	Objetivo do estudo.....	18
1.3	Situação de estudo.....	18
<b>II</b>	<b>SOLO DE TRADIÇÃO</b> .....	23
2.1	Contextualizando a doença.....	23
2.2	Repercussões do câncer de mama para a mulher.....	31
2.3	Assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama.....	35
<b>III</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO- FILOSÓFICO E METÓDICO</b> .....	40
<b>IV</b>	<b>CAMINHOS DO ESTUDO</b> .....	45
4.1	Cenário.....	46
4.2	Os movimentos da etapa de campo.....	48
<b>V</b>	<b>ANÁLISE COMPREENSIVA</b> .....	56
5.1	Historiografia e Historicidade das depoentes – “o quem”.....	56
5.2	Compreensão vaga e mediana.....	62
5.3	Fio condutor da interpretação.....	75
5.4	Interpretação compreensiva- hermenêutica heideggeriana.....	76
<b>VI</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
<b>VII</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
	<b>APÊNDICES</b> .....	97
	<b>ANEXOS</b> .....	100

## **INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aproximação à temática**

As questões pertinentes à saúde da mulher me acompanham desde a disciplina de Saúde da Mulher do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, nas discussões em sala de aula que envolvia reflexões acerca do “ser mulher”, das limitações, fragilidades e avanços conquistados ao longo da história. A mulher está envolvida em vários segmentos da sociedade, exercendo diversificados papéis como: trabalhadora, mãe, esposa, filha, avó, independentemente de sua classe social, sempre me despertou a necessidade de adentrar em seu mundo através da pesquisa.

Sendo assim, ainda durante a graduação optei por realizar o Trabalho de Conclusão de Curso nesta área, com recorte para as trabalhadoras de rua, as quais me causavam profunda inquietação em conhecê-las em seu cotidiano laboral, muitas vezes invisível aos olhos da população e das políticas de saúde, além das próprias dificuldades inerentes à sua ocupação. Busquei compreender o conhecimento delas sobre si mesmas e como se cuidam.

Envolvida com os resultados desta pesquisa, coloquei-me a indagar como a enfermagem poderia contribuir para que a mulher participasse de forma ativa em busca de uma vida mais saudável, partindo do autoconhecimento. As respostas começaram a emergir com o meu ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Atuar como enfermeira da área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, onde desenvolvi a residência, permitiu-me aproximar em diversas circunstâncias da saúde feminina, através de grupos educativos, preventivo, consulta de enfermagem, pré-natal, entre outros. Neste contexto, busquei ao longo da minha trajetória, incorporar a mulher no seu cuidado e ajudá-la a se conhecer por meio da reflexão sobre si mesma. Tarefa árdua, na qual encontrei resistência de



algumas por questões culturais, mas ao mesmo tempo auxiliiei muitas a buscarem o autoconhecimento e a reconhecerem a importância de se cuidarem para manter uma vida saudável.

A construção do vínculo foi fundamental para o desenvolvimento de uma relação horizontalizada e dialógica, de maneira a inserir a mulher no seu cuidado e torná-la corresponsável por sua saúde. Envolvida por um sentimento de confiança, expressava seus medos, anseios e questões íntimas e buscava entender as manifestações que emergiam no seu cotidiano referente à sua saúde.

Por diversas vezes, o encontro com a mulher transcendia as questões biológicas como, por exemplo, a simples realização de um preventivo e representava a disposição daquela em se mostrar e buscar ajuda para se envolver mais em seu cuidado.

Uma das atividades que desenvolvi na residência foi o exame das mamas e a solicitação de mamografia durante a consulta de preventivo. As ações eram basicamente voltadas para promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Na consulta de retorno, muitas vezes deparei com resultados de mamografia que indicavam alguma alteração mais simples e outras mais graves. Ao ser encaminhada para o nível secundário, perde-se essa mulher na rede em grande parte dos casos, por falta de um sistema eficaz de referência e contrarreferência que permitisse o acompanhamento da usuária de forma simultânea por todos os níveis de atenção.

Diante de uma alteração no resultado de exame, a apreensão e o medo permeavam os sentimentos dessas mulheres que temiam seu futuro, as possíveis modificações em seu cotidiano como mãe, esposa e trabalhadora. Tal situação causava-me muita preocupação, pois, na maioria dos casos, o contato era perdido ali mesmo, no momento em que encaminhava essa usuária a outro serviço. Mesmo explicando a importância de seu retorno à Unidade de Atenção Primária à Saúde onde estabelece um vínculo maior, o que acontecia era o distanciamento dessas mulheres.

Na tentativa de justificar esse distanciamento, muitas vezes pensei que poderia ser uma consequência da unidade abrigar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a comunidade, por estar ciente dessa situação, muitas vezes opta por não retornar já que os residentes, responsáveis pelo acompanhamento permanecem no serviço por apenas dois anos. A verdade é que, ainda hoje, eu não

sei com certeza o motivo do não retorno à Atenção Primária após o diagnóstico de câncer de mama. Acredito que muitos fatores contribuam, como: a falta de um sistema de referência e contrarreferência eficaz, as repercussões que a doença causa na vida dessas pessoas, a falha de comunicação entre equipe de enfermagem e agente comunitário, a instalação da Residência nesta unidade, entre outros.

Neste contexto, deparei-me muitas vezes indagando como essa mulher com possível diagnóstico de câncer de mama estaria vivenciando esse momento, pois na Atenção Primária, não é mais acompanhada. Por muitas vezes, por meio do agente comunitário procurava informações e a tentativa de manter o vínculo enfermeiro-usuária, entretanto poucos resultados satisfatórios foram alcançados. Perpetuava no meu ser ontológico que essas mulheres precisavam de “estar-com” a equipe de enfermagem na Atenção Primária, Secundária e Terciária em um momento tão singular, permeado por angústia e medo da morte.

Ao conviver com essa situação por diversas vezes como enfermeira, emergiu uma inquietação em discutir o sentido<sup>1</sup> do cuidado de enfermagem para as mulheres que enfrentam a doença, seja o cuidado disponibilizado pela Atenção Primária, Secundária ou Terciária, de maneira a englobar uma visão integral dessa assistência. Apesar da minha aproximação profissional com a Estratégia em Saúde da Família (ESF), as indagações que me envolvem não se restringem a Atenção Primária, mas engloba um cuidado que é transversal e a equipe de enfermagem se destaca nos diferentes cenários de atenção à saúde.

Sendo assim, o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora se abriu como uma possibilidade de responder as minhas inquietações através da pesquisa ao adentrar no cotidiano da mulher que enfrenta o câncer de mama e compreender qual o sentido do cuidado de enfermagem para esta durante todo o percurso da doença. Para desvelar o fenômeno, é preciso que ele seja visto a partir dele mesmo (HEIDEGGER, 2012), sendo assim somente o ser mulher poderá responder qual o sentido desse cuidado.

---

<sup>1</sup> Sentido é aquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa. Consiste na compreensão originária do fenômeno que emerge na esfera ontológica (HEIDEGGER, 2012).

Considerando as repercussões do câncer de mama na mulher e em todos que estão ao seu redor, interessou-me como objeto desse estudo **o significado do cuidado de enfermagem atribuído pela mulher que enfrenta o câncer de mama.**

A fim de conhecer o fenômeno a partir do ser, é necessária a escolha de uma abordagem metodológica e um referencial teórico e filosófico que contemple tal profundidade. Assim, percebi a necessidade de conhecer os diferentes filósofos que se orientam na fenomenologia e oferecem subsídios para os estudos desenvolvidos na enfermagem. Martin Heidegger emerge como possibilidade de compreender facetas do cuidado de enfermagem a partir de um ser que está lançado no mundo e que possui características singulares que o tornam único. Ao compreendê-lo a partir de uma perspectiva que considera as individualidades que envolvem o ser humano, há um distanciamento do paradigma biomédico, marcado pela passividade e objetificação do ser que é cuidado.

## **1.2 Objetivo do Estudo**

Desvelar os sentidos do cuidado de enfermagem para a mulher que enfrenta o câncer de mama, desde o diagnóstico até o tratamento.

## **1.3 Situação de Estudo**

O câncer foi considerado por muitas décadas como uma doença que acometia as pessoas de países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, no entanto o que se encontra hoje é uma mudança nesse cenário, pois a maior parte do ônus global do câncer concentra-se nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

No Brasil, o perfil das enfermidades desde a década de 60 sofre modificações, em que a principal causa de morte não é mais as doenças infectoparasitárias e sim doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Essa transição epidemiológica se deve ao aumento da expectativa de vida da população como resultado da urbanização, da promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2030, esperam-se 21,4 milhões de pessoas sendo diagnosticadas com câncer e 13,2 milhões de

mortes (BRASIL, 2014). A estimativa para o ano de 2014 é de 274.230 casos novos de câncer para o sexo feminino no Brasil. Os de maior incidência nesse grupo são o câncer de pele não melanoma (83 mil casos novos), mama feminina (57 mil), cólon e reto (17 mil), colo do útero (15 mil), pulmão (10 mil) e glândula tireoide (8 mil) (BRASIL, 2014).

Nota-se que o câncer de mama é o segundo maior incidente nas mulheres tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (BRASIL, 2011a). A presença dessa neoplasia transcende o significado biológico e perpassa por aspectos sociais e psicológicos na vida da mulher que são expressos pelo constrangimento, baixa autoestima e problemas de saúde associados principalmente no âmbito mental (ARAÚJO et al, 2010).

O diagnóstico de câncer, na maioria das vezes, gera um efeito devastador na vida da pessoa e de sua família, sendo um momento de muita angústia e envolvido por temores às mutilações, o medo da morte, as desfigurações que podem ser causadas pelo tratamento, sentimentos de desesperança, depressão e ansiedade (SILVA, 2008; SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

Posteriormente, o tratamento e a reabilitação também são assinalados como desafiantes, destacam-se os efeitos provocados pela cirurgia, quimioterapia, radioterapia e a modificação nos hábitos de vida, assim como a reinserção da mulher na sociedade com possíveis sequelas físicas e psicológicas, que muitas vezes deixam marcas visíveis, como a ausência das mamas, além daquelas invisíveis aos olhos humanos.

Sobreviver a esse evento não esperado significa ajustar-se à nova condição, como as possíveis repercussões negativas na sexualidade e na função sexual. A pressão exercida pela sociedade por um físico perfeito implica, o imaginário feminino, a presença dessa condição como fundamental para um bom desempenho sexual, assim a ausência parcial ou total da mama implica um comprometimento da sexualidade (FERREIRA et al, 2013).

Nessas circunstâncias, a presença de um profissional para orientá-la e ouvi-la requer uma sensibilidade a questões que não se restrinjam aos aspectos biológicos, mas também que envolvam a compreensão da mulher como um todo. Sabe-se que a sexualidade é fundamental para que ela se perceba viva e revigorada, deste modo ações de enfermagem devem colaborar com o enfrentamento das mudanças ocorridas e mediar a sua aceitação como mulher que não está dentro dos padrões

de beleza exigidos, mas que, mesmo assim, pode se lançar para as possibilidades da vida, inclusive sua vida sexual e afetiva.

Nesse contexto, evidencia-se a importância de prestar uma assistência integral a essa mulher que enfrenta o preconceito relacionado à doença e percorre diversas etapas a partir do diagnóstico com a confirmação da doença, o tratamento e a fase posterior ao tratamento, constituindo momentos de desafios a serem vencidos (FERREIRA, 2007).

Pensando na importância desse atendimento integral ao portador de câncer, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.439/GM, em 8 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Esta organiza uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção, desde a Atenção Básica até a média e alta complexidade e executa atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005).

No que se refere à Atenção Básica, tal portaria determina que as Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família devem prestar o cuidado tanto no nível individual quanto coletivo, com ações voltadas para promoção da saúde e prevenção do câncer, diagnóstico precoce e apoio durante o tratamento de tumores, cuidados paliativos e ações de acompanhamento ao usuário (BRASIL, 2005).

Sabe-se que hoje os maiores esforços estão dirigidos para ações de detecção precoce, em que tumores mamários são descobertos ainda pequenos, restritos ao parênquima mamário, sendo por isso muito importante a realização do exame clínico das mamas no decorrer de uma consulta de rotina ou anualmente a partir dos 40 anos, além de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos. Quando há história familiar, é recomendado exame clínico das mamas e mamografia a partir dos 35 anos (BRASIL, 2008).

A Estratégia em Saúde da Família (ESF) detém um papel importante nessa etapa, desde ações educativas até a realização de consultas, atuando como porta de entrada para o Sistema de Saúde. Ela identifica a necessidade de atendimento especializado e garante o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema (KUSCHNIR et al, 2011). Segundo a Portaria nº 2.439/GM, atenção de média complexidade deverá oferecer uma assistência especializada no diagnóstico e tratamento, incluindo até mesmo os cuidados paliativos, o que é possível através do sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2005). Sua organização dá-se

sob a forma da atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em unidades ambulatoriais autônomas como em hospitais.

Já na atenção de alta complexidade, os hospitais oferecem cuidados “relativos à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação” (KUSCHNIR et al, 2009, p.144). A Oncologia é uma área que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico e por isso requerer dos profissionais de enfermagem extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários (BRASIL, 2008).

Acredita-se que uma articulação entre a atenção primária, secundária e terciária poderá permitir uma continuidade da assistência à mulher com câncer de mama, primando por um cuidado integral e contínuo ao longo da rede. Em minha vivência profissional, observo uma grande desarticulação entre todos os níveis de atenção, de maneira que a mulher se sente desamparada e lançada em um sistema que nem mesmo ela compreende.

Ao se estabelecer um diálogo que permite a expressão de sentimentos e emoções, favorece-se o desenvolvimento das orientações sobre a patologia e o tratamento (SALIMENA et al, 2010). Além disso, torna-se possível que a mulher participe ativamente do seu cuidado e verbalize o que realmente emerge como necessidade em um determinado momento.

A postura humanizada de todos os membros da equipe de enfermagem oferece uma grande contribuição à paciente, na medida em que ela vai tecendo aos poucos sua imagem como mulher. Torna-se de suma importância o conhecimento a fundo de cada pessoa a ser cuidada, seus anseios, incertezas, suas dúvidas, para que, juntos, mulher, família e profissional de enfermagem, possam ajudar na recuperação da sua autoestima e vontade de viver (SOARES e ALBUQUERQUE, 2013).

Percebe-se que há profissionais balizando suas ações em uma assistência holística, vislumbrando não só os aspectos físicos, como os procedimentos e as tecnologias empregadas, mas também os aspectos psicossociais e humanos do cuidado (SOARES e ALBUQUERQUE, 2013).

Nesta perspectiva, acredita-se que o enfermeiro configura-se como um elemento-chave da equipe multiprofissional, com a responsabilidade de estabelecer uma interação com a mulher, por meio da comunicação terapêutica, oferecendo uma

assistência que se adéqua às necessidades desta, garantindo conforto físico, espiritual e emocional (MINEO et al, 2013). Cabe salientar que toda a equipe de enfermagem é importante nesse processo, pois o cuidado é contemplado em todos os momentos de encontro entre o profissional e a paciente.

O cuidar em oncologia mamária exige um saber do profissional que perpassa pelo aspecto técnico-científico, com o desenvolvimento de técnicas e procedimentos essenciais para a recuperação, assim como a presença constante da enfermagem como ponto de apoio para a mulher expressar seus sentimentos e se ajustar à nova fase da sua vida, ajudando-a a se perceber como um ser de possibilidades.

## II- SOLO DE TRADIÇÃO

Este capítulo apresenta aspectos importantes produzidos sobre a temática do câncer de mama, referenciando a posição prévia existente na literatura. O solo de tradição para Heidegger (2012) é tudo aquilo que foi produzido pela ciência e que não conseguiram alcançar o problema que é filosófico (HEIDEGGER, 2012).

### 2.1- Contextualização da temática

Constituindo-se como um grande problema de saúde pública, tanto para os países desenvolvidos quanto para aqueles que estão em desenvolvimento, os diversos tipos de câncer vêm se alastrando por diversas regiões. Isso sugere uma transição epidemiológica em andamento, situação causada pelas transformações globais que alteram o padrão de vida e os hábitos da sociedade (BRASIL, 2008).

Entende-se por células cancerosas, neoplasia ou tumores o crescimento anormal das células de forma incontrolável, contínua e com efeitos agressivos aos homens, que podem ser de dois tipos: benignas ou malignas. Na primeira, o crescimento é caracterizado por sua forma organizada, geralmente lenta, com limites bem definidos e, apesar de não invadir órgãos e tecidos adjacentes, poderá comprimi-los. Já na segunda, o crescimento das células tem um maior grau de autonomia e é capaz de invadir estruturas teciduais ao redor e estender para um quadro de metástase, de tal maneira que podem ser resistentes ao tratamento e levar à morte (BRASIL, 2012a).

O carcinoma *in situ* ou não invasivo é o primeiro estágio e sua possibilidade de cura, se for tratado, é grande, já que as células cancerígenas ainda não espalharam para outras camadas de tecido, restringindo-se apenas ao tecido que as originou. Em contrapartida, no caso de câncer invasivo, outras camadas de tecido são acometidas, as células cancerígenas penetram na corrente sanguínea ou linfática e disseminam para outras partes. A capacidade que os tumores malignos têm de invadir estruturas do corpo e produzir outros tumores a partir de um já existente consiste na principal característica do câncer (BRASIL, 2012a).



Entre os diversos tipos de câncer, o de mama é o segundo mais frequente no mundo entre as mulheres, em que os principais fatores de risco estão associados ao envelhecimento como causa principal e à vida reprodutiva da mulher como: menarca precoce, primigesta acima de 30 anos, nulípara, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. Outros condicionantes estão envolvidos, como exposição a radiações ionizantes em mulheres com menos de 40 anos, ingestão regular de bebida alcoólica (30g/dia), sedentarismo e obesidade, principalmente quando o ganho de peso acontece após a menopausa (BRASIL, 2011).

Dados do Ministério da Saúde indicam que o câncer de mama é o mais incidente no Brasil depois dos tumores de pele não melanoma em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero é o mais comum. Para o ano de 2014 e 2015, são estimados 57.120 mil casos novos, que representam uma taxa de incidência de 57 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2014).

Sabe-se que é possível evitar 28% dos casos da doença por meio de fatores ligados à alimentação, nutrição e atividade física, os chamados fatores de risco modificáveis. Entretanto a situação atual da sociedade reflete mudança no hábito de vida que vêm acontecendo ao longo do tempo, como propagandas maçantes de indústrias alimentícias que incentivam o consumo de *fast foods* e ao mesmo tempo a ausência de uma política rígida que faça um bloqueio a comerciais que estimulam o consumo de alimentos altamente prejudiciais à saúde (BRASIL, 2009).

Além desses fatores de risco, a predisposição genética também é considerada, principalmente em parentes de primeiro grau com história de câncer de mama antes dos 50 anos, o que corresponde a cerca de 5-10% do total de casos. Entretanto, existem alguns fatores que são considerados protetores como a prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2011), constituindo em uma importante ferramenta para os profissionais da saúde a fim de prevenir a doença e conscientizar as mulheres.

A fim de reduzir a mortalidade e proporcionar uma melhor qualidade de vida, ações de detecção precoce estão sendo amplamente utilizadas com o objetivo de revelar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas quando estão localizadas em um determinado órgão e ainda não se espalharam para tecidos e órgãos circundantes, o

que pode ser feito de duas formas: rastreamento e diagnóstico precoce (BRASIL, 2012b).

No rastreamento, as mulheres são submetidas ao exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos de idade e em todas as consultas clínicas independentemente da faixa etária, de modo a oferecer atendimento integral a estas que buscam o serviço de saúde. Além do exame clínico anual, deverá ser feita uma mamografia a cada dois anos na faixa de 50 a 69 anos e anual a partir dos 35 anos, em casos de grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2012b).

A mamografia é o método de rastreio mais importante para o câncer de mama e consiste em um método diagnóstico que permite identificar lesões impalpáveis por meio da imagem radiológica (MELO, 2009).

Existem algumas situações em que a mamografia de rotina deve ser realizada, como nos casos da utilização da terapia de reposição hormonal (TRH) a fim de estabelecer o padrão mamário e detectar lesões não palpáveis; no seguimento após mastectomia para realização de estudo comparativo e no pré-operatório de cirurgia plástica, principalmente naquelas com idade superior a 50 anos e que não tenham realizado ainda o exame (BRASIL, 2007).

Enquanto que o rastreamento consiste no exame de pessoas saudáveis que possuem uma predisposição maior para desenvolver a doença, o diagnóstico precoce é realizado com o objetivo de descobrir mais cedo à patologia por meio dos sinais e sintomas clínicos relatados (BRASIL, 2012a). Frente a essas possibilidades, o Enfermeiro na Estratégia em Saúde da Família detém um papel fundamental na detecção precoce, pois, a partir do vínculo estabelecido com a população, é possível atuar de maneira a evitar as repercussões do câncer de mama em estágios mais avançados, que é gerador de grande sofrimento tanto para a mulher quanto para seus familiares.

Ressalta-se a importância da conscientização sobre a doença, os principais sinais e sintomas e as formas de detecção, o que possibilita às pacientes buscarem o serviço de saúde quando perceberem algo diferente em sua mama ou para exames de rotina, sendo fundamental que o profissional as estimule a conhecerem seu corpo através da observação e do toque.

Os sinais mais comuns são os nódulos, geralmente indolores, duros e irregulares e os menos frequentes que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Além disso, podem existir sinais como edema cutâneo,

popularmente conhecido como casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo, secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (BRASIL, 2011, p.1).

Apesar de sua alta incidência, quando diagnosticado precocemente, com a lesão apresentando menos de dois centímetros de diâmetro, a possibilidade de um bom prognóstico é razoavelmente maior. Sendo assim, políticas públicas vêm investindo de forma crescente como a implantação do programa de qualidade da mamografia e a consolidação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), visando à detecção precoce e o rastreamento em áreas de alta ocorrência. Neste sentido, na Atenção Terciária, a meta é continuar ampliando o acesso ao tratamento de qualidade a todos os usuários conforme a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2011).

Assim, o foco na detecção precoce justifica-se por melhorar o número alarmante de mortalidade por esta doença, que lidera como a principal causa de morte na população feminina no Brasil (BRASIL, 2014) e reduzir os gastos públicos com o tratamento, os quais geram grandes déficits aos cofres públicos.

A implantação do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer tem como pilar “garantir o acesso das mulheres com lesões palpáveis ao diagnóstico e tratamento, ampliar o acesso à mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos e expandir a rede de assistência oncológica” (BRASIL, 2012b, p.15). É importante que os locais que realizam a investigação de alterações mamárias estejam operando de maneira integrada e com uma referência eficaz para as unidades de tratamento. Apesar de a detecção de uma anormalidade suspeita de câncer de mama não consistir em uma emergência, é desejável que as mulheres com sintomas tenham prioridades diante de outras que não apresentam queixas (BRASIL, 2012b).

O diagnóstico poderá ser realizado de três formas: punção aspirativa por agulha fina (PAAF), punção aspirativa por agulha grossa (PAG) ou core *biopsy* e biópsia cirúrgica. A primeira é uma técnica citológica que consiste na sucção do material do tumor sólido através de uma agulha fina, necessitando apenas de anestesia local. O custo do procedimento é baixo e sua execução é simples. Já a segunda consiste na retirada ambulatorial sob anestesia local de fragmentos do tumor da mama através de uma agulha grossa, sendo mais acurada que a anterior porque, além do diagnóstico histopatológico, identifica a presença ou não de receptores hormonais (progesterona e estrogênio), importantes para o estabelecimento de condutas terapêuticas quanto à utilização de hormonioterapia (BRASIL, 2008).

A biópsia pode ser excisional, para lesões pequenas com indícios de benignidade, sendo feita uma ressecção ampla da mama, inclusive o tecido normal circundante; incisional para nódulo grande e suspeito de malignidade, em que se retira parte da lesão tumoral. Pode ser substituída pela core-biopsy; percutânea a fim de avaliar nódulos impalpáveis da mama e microcalcificações de origem indeterminada, por meio do método estereotáxico adaptado ao mamógrafo ou ultrassonografia; biópsia assistida a vácuo, também chamada de mamotomia que é a retirada de fragmentos por meio de uma punção, em lesões impalpáveis a partir de cinco milímetros (BRASIL, 2008).

Após determinar o grau de desenvolvimento da lesão, procede-se ao estadiamento do câncer de mama conforme a classificação de tumores malignos (TNM), em que são avaliadas as características do tumor primário, os linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão acometido e a presença ou não de metástase a distância. Assim será possível determinar a conduta terapêutica mais adequada para cada situação (BRASIL, 2008).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2002), a capacidade de resposta das mulheres ao tratamento depende da idade, do estadiamento, do grau histológico do tumor, se há ou não comprometimento de linfonodos regionais, expressão gênica e presença de receptores HER2, estrogênio e progesterona.

A fim de reduzir a espera pelo início do tratamento, a Câmara Federal em Brasília aprovou, em 5 de junho de 2012, o prazo máximo de 60 dias contados a partir do diagnóstico para iniciar o tratamento antineoplásico oferecido pelo SUS, medida esta prevista no contexto de expansão da atenção oncológica que preza

pela brevidade do processo. Entretanto, sabe-se que, muitas vezes, o atraso no início do tratamento pode estar ligado a outros fatores como questões culturais, valores ou medos das mulheres acometidas pelo câncer e até mesmo a ausência de um ambiente acolhedor (BRASIL, 2012b).

Avanços vêm sendo acompanhados no que diz respeito às cirurgias menos mutiladoras e uma abordagem mais individualizada ao optar por um determinado tratamento. Diversos fatores vão influenciar na escolha, como o estadiamento da doença, as características biológicas e as condições da paciente, considerando a idade, comorbidades e a preferência da mulher (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, existem duas modalidades terapêuticas que poderão ser utilizadas: a cirurgia e radioterapia para o tratamento locorregional e a hormonioterapia, quimioterapia e terapia biológica para tratamento sistêmico. A cirurgia é utilizada como recurso principalmente no estágio I e II da doença, em que é retirado apenas o tumor ou realizada a mastectomia, sendo que a reconstrução mamária sempre é considerada nesse último caso. A complementaridade com a radioterapia após a cirurgia deverá ser avaliada, assim como o tratamento sistêmico, em que será considerada a idade da mulher, comprometimento do linfonodo, tamanho tumoral e grau de diferenciação, além das características do tumor que irão determinar o tratamento mais apropriado (BRASIL, 2011).

As cirurgias podem ser classificadas em conservadoras ou não conservadoras. As primeiras englobam a tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens). Já as segundas são representadas pela adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (com a retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar), mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar), mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada), mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) com linfadenectomia axilar (radical) (BRASIL, 2004).

Quanto à presença de receptores, ao identificar o HER-2 fator de crescimento epidérmico 2, deve-se indicar a terapia biológica anti-HER-receptores e, na presença de receptores hormonais (estrogênio e progesterona), utiliza-se a hormonioterapia (BRASIL, 2011). Estudos mostram que cerca de 60 a 70% dos carcinomas invasivos de mama apresentam expressão de receptor de estrogênio, sendo que a presença

deste e do receptor de progesterona está associada a melhores taxas de sobrevida, menores recidivas e resposta ao tratamento hormonal. Em julho de 2012, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 18, que inseriu o medicamento trastuzumabe no SUS, que está associado à realização de exame molecular para confirmação de *status* de HER2 positivo (BRASIL, 2012b).

Percebe-se o tratamento adjuvante como outro avanço na terapia do câncer de mama localizado, em que várias terapêuticas podem ser oferecidas, como a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e outras após a cirurgia (BRASIL, 2012b).

Atualmente, três modalidades estão sendo mais utilizadas como adjuvantes no câncer de mama no estágio inicial: a terapia anti-HER-2 com anticorpo monoclonal humanizado, o trastuzumabe, a quimioterapia e a terapia endócrina com tamoxifeno, inibidores de aromatase, ou supressão ovariana hormonal ou cirúrgica. O tamoxifeno, que é o mais utilizado na hormonioterapia por um período de cinco anos, diminui os riscos de recidivas devido ao poder de se ligar ao receptor de estrogênio do tecido mamário e assim impedir a expressão de receptores hormonais de estrogênio e/ou progesterona pelos tumores (OLIVEIRA, ALDRIGHI e RINALDI, 2006; DE VITA, LAWRENCE e ROSENBERG, 2008).

Considerando os casos em que os tumores estão maiores, mas ainda localizados, o tratamento mais indicado é a quimioterapia e, posteriormente, o tratamento local caso a resposta seja positiva, o que constitui o estágio III da doença. Em casos mais avançados, como o estágio IV, o método terapêutico escolhido é o sistêmico, em que deve ser levado em consideração o equilíbrio entre o prolongamento da vida e a resposta tumoral (BRASIL, 2011).

Ao analisar a possibilidade de recidiva locorregional ou a distância, em meses ou até mesmo anos, preconiza-se o seguimento das pacientes com câncer de mama após completar o tratamento (FARIA, LEME e GOMES, 2000; BRASIL, 2004) através de exame físico, história atual, mamografia e exame ginecológico, com a seguinte frequência: nos primeiros cinco anos, o exame físico e as informações da história atual da paciente acontecerão semestralmente e, depois desse período, anualmente e a mamografia e exame ginecológico anualmente, tanto nos primeiros cinco anos como também após este período. Ressalta-se que não é indicada a realização de exames laboratoriais como sangue, exames radiográficos e de

ultrassom na ausência de sintomas ou de indicações clínicas plausíveis (BRASIL, 2004).

Segundo a Política Nacional de Atenção Oncológica, o tratamento do câncer de mama deverá ser efetuado em hospitais de nível terciário habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), pois assim estarão aptos a determinar a extensão da neoplasia, tratar, curar e assegurar uma assistência de qualidade. É fundamental que essas ações sejam organizadas na rede de serviço de saúde de forma a integrar o nível primário e secundário de atenção (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a), o que propicia uma assistência longitudinal e ganhos na qualidade de vida dessas mulheres.

Ressalta-se que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) devem possuir condições técnicas, equipamentos, instalações físicas e profissionais adequados para prestar uma assistência de alta complexidade no diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, além de contar no mínimo com o serviço de cirurgia oncológica e oncologia clínica. Já o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) deve possuir toda essa infraestrutura para todos os tipos de câncer e além dos serviços mínimos supracitados, incluem-se a radioterapia e hematologia (BRASIL, 2005).

Entretanto, é impossível que apenas o serviço hospitalar responda a todas as demandas da mulher que vivencia o câncer, sendo fundamental que todos os níveis de atenção estejam inseridos nesse processo. A Estratégia em Saúde da Família resolve 85% dos problemas de saúde em sua área de abrangência ao prestar serviços em que o foco é prevenir doenças e evitar internações desnecessárias, de forma a proporcionar melhor qualidade de vida. Sendo assim, quando sua atuação é efetiva, poucos casos necessitam ser encaminhados e, quando isso acontece, o vínculo com o paciente deverá ser mantido, de maneira que o profissional se responsabilize pelas referências ao dar continuidade ao plano terapêutico instituído através do sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2000).

Um grande problema que a Atenção Terciária ainda enfrenta é a concentração de recursos diagnósticos e terapêuticos em determinadas regiões do país, o que impõe, muitas vezes, a necessidade de extensos deslocamentos. Preocupando-se com os grandes esforços e o ônus assumido pelo portador de câncer, as passagens e estadias para esses e seus familiares passam a ser

assumidas pela rede pública e conveniadas do SUS, fato que possibilita a realização do tratamento fora do domicílio (OLIVEIRA et al, 2011). Medidas como essa facilitam o tratamento e aliviam um processo que já é por si mesmo muito doloroso.

Considerando a importância de ampliar o acesso às unidades de tratamento, foi instituído o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS pela Portaria nº 931/2012, com o objetivo de criar 32 novos serviços de radioterapia em hospitais habilitados como Unacon e ampliação de 48 serviços de radioterapia em Unacon/Cacon, de maneira que seja acompanhado por um atendimento que qualifique o cuidado e resulte em ganhos na sobrevivência e na satisfação do paciente (BRASIL, 2012b).

## **2.2 - Repercussões do câncer de mama para a mulher**

Estar com câncer de mama e vivenciar a possibilidade da ausência da mama e da morte desperta um conjunto de emoções e sentimentos do ser mulher ao longo do processo que vai desde o diagnóstico, tratamento e até mesmo depois dele. Nesse cenário, a visão de curto prazo prevalece e as metas e planos futuros parecem muito distantes ou até mesmo inatingíveis e o existencial pode se estreitar nesse momento crítico (AMBRÓSIO e SANTOS, 2011).

Ao receber o diagnóstico de câncer de mama, a vida da mulher se altera permanentemente e é fundamental que os profissionais se conscientizem e planejem uma assistência adequada para cada fase da doença. Sentimentos de angústia, preocupação e medo permeiam o momento do diagnóstico, além da negação e a necessidade do apoio familiar (FABRRO, MONTRONE e SANTOS, 2008). Ao se encontrar com esta mulher vulnerável e dependente, o profissional deverá estabelecer uma relação de confiança com vistas à sua melhor aceitação e adaptação à nova condição de saúde (ARAUJO e FERNANDES, 2008).

Percebe-se que as pessoas não estão preparadas para perder sua identidade de pessoa saudável, e descobrir-se com uma neoplasia gera angústia, tristeza e desesperança, além de culpa que leva a pessoa a tentar entender onde cometeu algum erro ou injúria (ARAUJO e FERNANDES, 2008).

No tratamento, a mulher enfrenta cirurgia para retirada da massa tumoral, quimioterapia, radioterapia e, às vezes, hormonioterapia, que dura em média um ano. Após esse período, inicia-se uma fase que perdura por cinco anos, em que são



necessários exames periódicos para avaliar a presença ou não de metástase. Transcorrido esse tempo, considera-se que a mulher está livre da doença e o retorno ao médico passa a ser mais espaçado (SILVA e SANTOS, 2008).

Então, evidencia-se a necessidade de uma assistência para além dos cuidados físicos, que inclua os aspectos psicossociais, para que seja possível atenuar as incapacidades causadas pela neoplasia. Procedimentos à que são submetidas, como a mastectomia e quimioterapia, causam mudanças em sua autoimagem e na relação com o seu corpo, uma vez que, ao se olharem no espelho, não visualizam mais seus cabelos e parte de sua mama (FABRRO, MONTRONE e SANTOS, 2008).

Vislumbra-se assim que os momentos mais difíceis é o diagnóstico e a mastectomia, pois abrangem os aspectos mais íntimos e emocionais da mulher, sendo visto muitas vezes como a sentença de morte (MOURA et al, 2010).

Considera-se que a faixa etária a partir dos 50 anos é a mais acometida e, na maioria das vezes, representa aquelas pacientes que menos frequentam os serviços de saúde por não estarem mais na fase reprodutiva e acreditarem que não estão mais em risco. Já nas jovens, embora menos frequentes, a doença causa grandes repercussões pela presença de filhos dependentes ou pelo desejo de ser mãe (MOURA et al, 2010).

As mudanças nos hábitos de vida e a necessidade de deixar algo que proporciona prazer são as dificuldades expressadas pelas pacientes. São tomadas muitas vezes pela necessidade de estar no hospital ou em repouso no domicílio, fato que favorece a exclusão do convívio social, além da imagem corporal modificada que provoca constrangimento diante de outras pessoas. O déficit na realização do autocuidado e a dependência de outros na execução das atividades do cotidiano contribuem para que sentimentos de inferioridade e insuficiência sobressaiam (SIQUEIRA, BARBOSA e BOEMER, 2007).

A evolução dos tratamentos antineoplásicos nas últimas décadas tem contribuído para um aumento da sobrevida e, conseqüentemente, a necessidade de proporcionar uma qualidade de vida aos pacientes que enfrentaram essa situação. Após ultrapassar a fase mais crítica, as mulheres continuam, em alguns momentos, revisitando o “universo da doença” com certa frequência, o que contribui para gerar fontes potenciais de estresse. Conviver com a amputação da mama é um dano à autoimagem potencializado pela carga cultural que o órgão feminino representa de

sensualidade, sexualidade e maternidade e, conseqüentemente, favorece um desequilíbrio psicológico e emocional (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

Antes mesmo de realizar a intervenção cirúrgica, surgem diversas dúvidas, anseios, medo do desconhecido e da morte, o que está atrelado quase sempre à falta de informação. Sendo assim, uma abordagem ampla deve ser feita de forma precoce, ainda no pré-operatório pela equipe de enfermagem, de maneira a detectar sentimentos e preocupações apresentados por estas mulheres, que, quando não são identificados podem trazer conseqüências tanto no intra quanto no pós-operatório (ALVES et al, 2010).

Para diminuir ou cessar os sentimentos negativos diante de um procedimento desconhecido, é necessário que os profissionais se comprometam a oferecer um guia de informações e cuidados como o tipo de cirurgia, os cuidados com o braço operado, manejo do dreno, troca de curativo, mobilização do braço e o retorno para novas avaliações (ALVES et al, 2010). Incorporar o indivíduo no seu cuidado e torná-lo responsável pela sua vida e suas escolhas diante das possibilidades do ser-á lançado-no-mundo deve estar permeando as atitudes daqueles envolvidos na prestação da assistência.

Diante da ausência da mama, sentimentos negativos envolvem o ser mulher, em que a imagem de si mesma causa estranheza e é tomada pela sensação de estar incompleta e impotente frente a essa situação. Diversos sentimentos afloram após visualizarem o resultado da mastectomia como o medo, acanhamento, estranheza, tristeza, espanto e desânimo (MOURA et al, 2010).

O estudo realizado por Silva, Aquino e Santos (2008) evidenciou que as alterações físicas não se restringem à mastectomia, envolvem também as limitações de movimento do braço homolateral à mama afetada, além dos cuidados incorporados ao cotidiano, como manter longe do calor do fogo e da exposição ao sol, evitar cortes, não carregar peso e não fazer esforço com o braço afetado.

Além disso, o aumento do volume do braço causa grande preocupação, pois a utilização da braçadeira, assim como o enfaixamento, técnica para tratar o linfedema, dá visibilidade social à doença, desvelando a condição da mulher que pode ser alvo tanto de curiosidade quanto de estigmas. Outras sequelas provenientes do tratamento também causam grande incômodo, como no caso da quimioterapia com a hipersensibilidade bucal ou aversão ao cheiro de alguns alimentos; na radioterapia, como a pele fina, grudada e queimadura de parte do

pulmão, além de dificuldades sexuais causadas pelo risco de engravidar e dos sintomas advindos da menopausa induzida, como a secura vaginal (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

Considera-se que o tratamento é marcado por muitas dificuldades, pois, ao mesmo tempo que ocorrem grandes transformações no corpo da mulher, ela deve reassumir seu papel em sua vida profissional, familiar e social. Isso causa também grande impacto na vida de seus familiares que precisam se adaptar às novas condições e auxiliar na nova rotina de medicações, consultas médicas e internações (OLIVEIRA e RIBEIRO, 2011).

Segundo Souza (2007), muitos médicos indicam a reconstrução mamária como uma alternativa relevante a fim de amenizar os estigmas e melhorar a autoestima quando é possível realizá-la de modo seguro. Sabe-se que a diminuição da autoestima é muito recorrente após o pós-operatório e é causadora, muitas vezes, da incapacidade das mulheres em retomar suas vidas normalmente, sentindo-se receosas em perder o controle de suas vidas e não serem aceitas diante a mutilação física (MOURA et al, 2010).

Na tentativa de se adaptarem às transformações e conviverem da melhor forma possível, muitas mulheres descobrem-se fortes, utilizando estratégias de solidariedade e fé ao buscarem novos propósitos de vida, apoiadas na esperança de que tudo vai se resolver (ARAUJO e FERNANDES, 2008).

A fé em Deus ajuda a reerguer suas vidas, a aceitar sua nova condição e a buscar algo positivo nas coisas que vivenciam (MOURA et al, 2010). Sendo assim, emerge a redução do desconforto emocional e da importância da doença, além da reintegração de sua identidade dentro de um conceito de si mesma, aceitando-se como uma pessoa portadora de câncer de mama. Ressalta-se que, de acordo com as concepções pessoais e a visão de mundo de cada uma, o enfrentamento procederá de maneira singular e em períodos distintos (ARAUJO e FERNANDES, 2008).

Ao vivenciarem esse momento, torna-se indispensável às mulheres a presença de familiares ou pessoas próximas a fim de que encare melhor a doença e as limitações, condição em que se caracteriza a rede de apoio. A percepção que estes têm sobre o câncer é de um mal avassalador, corrosivo e o prenúncio de um fim iminente da pessoa querida, é como se o diagnóstico já determinasse a morte, que é um fenômeno experienciado sempre na figura do outro (ANDRADE, PANZA e

VARGENS, 2011). Para Ambrósio e Santos (2011), a necessidade de velamento da morte é proveniente da carga simbólica que a própria palavra representa na cultura ocidental e por isso é dita nas entrelinhas nos discursos dos familiares.

Em estudo realizado por Tavares e Trad (2010), evidenciou-se que os familiares evitam conversar sobre o assunto, falar de encargos financeiros, externalizar sentimentos e emoções que julgam ser prejudiciais à saúde da paciente e discutir ou discordar da mesma. Utilizam esforços intrapsíquicos para animar a paciente e outros familiares, incentivar a obediência das recomendações dos profissionais, não pensar na doença, negar o estado clínico de forma a fugir da realidade, não se preocupar com o câncer e suas repercussões e tentar pensar em algo bom da vida. Tal situação evidencia que os familiares também necessitam de um suporte psicológico para enfrentar essa situação e não mergulhar em um processo de adoecimento.

Além do apoio da família, o convívio com outras pessoas que vivenciaram a mesma situação e conseguiram alternativas para amenizar as consequências dos efeitos colaterais da quimioterapia, por exemplo, serve como um suporte para lidar com a ansiedade e o medo. Ao compartilharem as experiências, temores, sentimentos e angústias, elas se fortalecem (FABRRO, MONTRONE e SANTOS, 2008).

Acredita-se que é possível buscar espaços que estimulem a socialização e a troca de experiências, de modo a favorecer o autoconhecimento e preparar essas mulheres para vivenciar seu cotidiano da forma menos dolorosa e angustiante. Os serviços de saúde deverão oferecer um atendimento integral, em que profissionais e pacientes possam compartilhar conhecimento, experiências, vivências e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida (FABRRO, MONTRONE e SANTOS, 2008).

### **2.3 A assistência de Enfermagem à mulher com câncer de mama**

Estudos balizados na fenomenologia foram utilizados para apresentar como a assistência de enfermagem à mulher portadora de neoplasia mamária vem se consolidando. Alguns estudos com essa abordagem vêm contribuindo com o saber da ciência, ao produzir um conhecimento que dá visibilidade às questões próprias do ser. Trata-se de um conhecimento construído em um referencial, que para Martin

Heidegger não consiste no solo de tradição, mas que decidi apresentá-los nesse momento.

Descobrir-se com câncer de mama é um processo muito doloroso e por isso a forma como será transmitido o diagnóstico vai determinar como será enfrentado o processo da doença (RODRIGUES, 2010). Vivenciar uma hospitalização intensifica ainda mais o temor pelo desconhecido e pela morte, processo que muitas vezes despessoaliza o indivíduo e extirpa sua autonomia e poder de decisão (CARVALHO e MERIGHI, 2008).

Percebe-se que o maior desafio para os profissionais é aprender a olhar a assistência não apenas como cuidados técnicos, mas acreditar que é possível gerar mudanças na qualidade de vida do paciente (CARVALHO e MERIGHI, 2008). O emocional feminino às vezes é pouco visível diante dos aspectos físicos e biológicos, o que favorece sentimentos de insegurança, desolação, preocupação e tristeza (MOURA et al, 2010).

No entanto, a necessidade da mulher de proteção em determinadas situações é mais emergencial que qualquer procedimento e a Enfermagem pode saciá-la através da presença, da escuta ativa das ansiedades, temores e fantasias (SALIMENA et al, 2010a). Ao valorizar o cuidado, possibilita que o outro busque o sentido da vida, através da dor e do sofrimento, e consiga vivenciar de forma mais tranquila o seu adoecimento. Assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental nesse processo através do apoio, da humanidade, da segurança, atenção e estabelecimento do vínculo (RODRIGUES, 2010).

A assistência não se restringe apenas ao diagnóstico, mas permeia todo o processo de adoecimento, sendo fundamental que o ser-mulher se sinta valorizado com base numa abordagem individualizada e segura (RODRIGUES, 2010). As intervenções de enfermagem devem prescindir de cuidados destinados a reduzir o medo, já que a maioria dos pacientes oncológicos se preocupa com os efeitos adversos do tratamento e complicações da doença como dor, deformação, isolamento social, incapacidade e até a morte (LAFURIE, 2009).

Camargo e Souza (2002) ressaltam que o enfermeiro tem um papel fundamental nas várias fases da doença que não se restringe ao papel de educador e agente do cuidado, mas envolve dar voz e ouvir. Muitas vezes, a equipe de enfermagem, devido à sobrecarga de trabalho, acaba por ocupar-se e não

preocupar-se com o outro, seja pelo sofrimento que isso causa, seja pelo estresse que desencadeia.

Em estudo realizado pelas mesmas autoras com mulheres submetidas à quimioterapia, evidenciou-se que a equipe de enfermagem percebe todos os ciclos do tratamento antineoplásico como repetitivos e previsíveis. Não é vislumbrado que cada um apresenta uma singularidade e que é assustador aos olhos de quem recebe e que, por vezes, expressa comportamento de medo, desconforto, tensão e nervosismo, por conseguinte, os profissionais optam por permanecerem na impessoalidade do cotidiano sem compromissos com o outro (CAMARGO e SOUZA, 2002).

Portanto, se faz necessário compreender que a vivência do tratamento é singular e que cada mulher precisa do seu tempo, recomenda-se que seja realizado o encontro empático com a paciente com acompanhamento individualizado, para assegurar uma assistência de enfermagem diferenciada e humanizada.

Outras pesquisas demonstram a satisfação da paciente oncológica com os serviços de enfermagem oferecidos, como o de Mendes, Lindolpho e Leite (2012) em que as mulheres mastectomizadas afirmaram que as enfermeiras esclareceram suas dúvidas, foram atuantes no pós-operatório, realizaram procedimentos técnicos e ofereceram apoio emocional. Desta maneira, consideram essencial que o profissional tenha como atributos competência técnica e compreensão do momento vivenciado, além de ser carinhoso e ter uma visão ampla para fazer os encaminhamentos.

Ressaltaram que a função da enfermeira estava mais clara e definida quando era proveniente de uma instituição especializada e, em contrapartida, nas instituições generalistas, estava mais velada, sendo que as orientações quanto à cirurgia e os cuidados não eram realizados pela enfermeira, mas pelo médico. Estava mais preocupada com as técnicas e com os horários do que em dar uma atenção individualizada e perscrutar a real necessidade da paciente. Todas demonstraram satisfação quanto o atendimento, porém as mulheres que foram operadas em hospitais especializados obtiveram mais orientações sobre o câncer de mama, o seu tratamento e inclusive sobre o pré, trans e pós-operatório (MENDES, LINDOLPHO e LEITE, 2012).

De maneira similar, Costa et al (2012) apontam que as mulheres percebem o cuidado de enfermagem como humanizado, acolhedor e que proporcionam um apoio

psicológico de maneira que o enfrentamento é menos doloroso e chocante. Definem o cuidado humanizado como a técnica correta ao realizar os procedimentos associado ao apoio espiritual, psicológico, pessoal e material. Entretanto, não sabem diferenciar o enfermeiro da equipe de enfermagem, porque a expressão pluralizada induz pensar que se remete àqueles que estão na assistência direta com a administração de medicamentos, uma vez que o enfermeiro se ocupa mais com as tarefas de gerência.

Outro aspecto importante é o relacionamento entre enfermeiro/cliente relatado neste estudo, em que a construção da confiança e a interação estabelecida permitiram que fosse visualizado muito mais do que amigável ou fraternal, mas necessário para a continuidade do tratamento. Uma relação permeada pelo diálogo e a cumplicidade projetou-se como uma âncora de apoio e encorajamento contínuo, por isso, muitas vezes, a mulher percebia no profissional alguém com condições similares às de seus familiares para dispensar o suporte emocional pretendido em diversos momentos (COSTA et al, 2012).

Salimena et al (2010a) confirmam a importância dessa relação em seu estudo quando identificam que o cuidador, ao estabelecer uma relação de sensibilidade e ajuda alicerçada nos princípios éticos, facilita e auxilia o enfrentamento da doença, contribuindo para que os procedimentos sejam menos dolorosos e a mulher sinta-se amparada. Quando os sentimentos e as emoções dos pacientes e familiares são respeitados e valorizados através do diálogo, abre-se a possibilidade para que o processo do tratamento cause menos medo e ansiedade.

Perscrutadas sobre a maneira como gostariam de ser atendidas pela equipe de enfermagem, sobressaíram princípios como carinho, amor, dedicação, atenção e paciência, fato que revela a fragilidade do ser humano frente à desorganização do seu cotidiano, marcado por uma doença causadora de tantas modificações físicas e psicológicas como é o câncer de mama. As ações técnico-científicas são valorizadas quando associadas ao atendimento de aspectos interpessoais, que ultrapassam os limites biológicos e consideram o ser em suas dimensões existenciais (SALIMENA et al, 2010a).

Durante a permanência no hospital para tratamento quimioterápico, as mulheres percebem o cuidado da equipe como dissipador de dúvidas, afetuoso, bom escuta e prestação de informações corretas. Afirmam que a relação estabelecida entre paciente/equipe de enfermagem passa a integrar o cotidiano de suas vidas, de

tal maneira que percebem como está o humor dos membros da equipe a cada momento de encontro. Isso até mesmo pelo tempo que os profissionais de enfermagem estão em convívio com os pacientes, fato comentado e valorizado (SALIMENA et al, 2010a).

Percebe-se, nas diversas pesquisas citadas, o reconhecimento das mulheres de um cuidado mais humanizado e qualificado (COSTA et al, 2012), de maneira que o profissional deve pautar sua assistência em busca de aliviar o sofrimento e reconhecer que estar doente não é um problema separado da pessoa, biografia e meio (CARVALHO e MERIGHI, 2008).

A assistência de enfermagem, seja ela hospitalar ou extra-hospitalar, deve incorporar as várias dimensões que possibilitam uma melhor qualidade de vida para a paciente, como a psicológica, relacionada à aceitação inicial de um diagnóstico de câncer de mama, tratamento e os possíveis efeitos colaterais; a dimensão social, que se refere ao apoio familiar e dos amigos como um elemento-chave para o enfrentamento e a adaptação à nova condição de saúde e a dimensão sexual, muitas vezes severamente afetada de acordo com a opção do tratamento. Consciente de todas essas variáveis, o enfermeiro deve pensar no processo de enfermagem com um olhar biopsicossocial, com a finalidade de atender as necessidades da paciente e intervir antecipadamente de maneira integral (LAFABRIE, 2009).

Nota-se uma tendência cada vez maior de impregnar as relações e ações humanas pela razão e, conseqüentemente, no cenário da saúde, o cuidado humano se insere numa realidade de vida acelerada, transitória e complexa. É preciso que o enfermeiro reflita sobre os procedimentos realizados diariamente para compreender as atitudes não apenas na rotina da prática de enfermagem, mas na dimensão existencial. O cuidado, como algo motriz para enfermagem, ocupa um espaço de abertura para possibilidades e por isso não é possível que ele permaneça como ações robotizadas e sim deve ser pensado como liberdade e responsabilidade, de modo que exista um comprometimento com o ser humano em harmonia com a natureza (OLIVEIRA e CARRARO, 2011).



### III REFERENCIAL TEÓRICO- FILOSÓFICO E METÓDICO

Ao buscar respaldo nos referenciais filosóficos que ancorasse o objeto de pesquisa, **o significado do cuidado de enfermagem atribuído pela mulher que enfrenta o câncer de mama**, encontrei em Martin Heidegger a possibilidade de desvelar esse fenômeno existencial.

Assim, a fenomenologia heideggeriana abre-se como o método mais adequado para compreensão do fenômeno a partir do *ser*, pois é este que dará as respostas e permitirá compreender facetas do cuidado de enfermagem.

Pesquisas na enfermagem vêm utilizando a abordagem fenomenológica na perspectiva de olhar para a dimensão existencial do cuidado e, neste contexto, filósofos como Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty e Alfred Schutz são referenciados, pois a necessidade de uma compreensão mais ampla do cuidado, não se restringindo a técnicas e procedimentos, mas em busca do sentido, tem motivado pesquisadores a direcionar seus esforços na tentativa de compreender o significado a partir do indivíduo que vivencia as situações.

A fenomenologia surgiu no início do século XX, na Alemanha, com filósofo Edmundo Husserl influenciado por pensadores como Platão, Descartes e Brentano. O contexto à época era de grande influência do racionalismo, empirismo e positivismo, marcado por uma dicotomia, de um lado, pelo racionalismo e, de outro, pelo empirismo. 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. Percebe-se que essas vertentes expressam uma racionalidade que anula o mundo vivido, pois o homem não é só subjetividade nem só objetividade.

Neste sentido, Husserl vislumbrou na fenomenologia a necessidade de considerar o homem em sua totalidade, que reúne tanto dimensões subjetivas quanto objetivas (PEIXOTO, 2011).

Para Husserl, as ciências se interessavam em estudar apenas fatos de maneira que os valores e ideais eram parte da realidade mundana. Assim “propõe fundamentar as ciências e filosofia no mundo subjetivo-relativo da experiência

sensível” (PEIXOTO, 2011, p.57), o que não se trata de negar a razão, mas incorporar a dimensão crítica e humana.

No ideal husserliano, o método fenomenológico consiste em uma estratégia para alcançar a compreensão e a “recuperação das coisas em sua pura significação, tal como se revelam” (TOURINHO, 2011, p.103).

Esse método 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 e DINIZ, 2008). Heidegger (2012, p.121) conceitua a fenomenologia como “fazer ver a partir dele mesmo o que se mostra tal como ele por si mesmo se mostra”. É a busca por aquilo que ainda não foi revelado e só é possível acessar através do *ser* que o vivenciou.

Sendo assim, o investigador está preocupado com a situação a ser investigada, de modo a não existir uma posição prévia do fenômeno, em que não há princípios explicativos ou teorias que o definem (MARTINS e BICUDO, 2005). Dirige-se assim para os significados atribuídos pelo sujeito, de maneira a apreender as singularidades em cada vivido, caminha-se para uma compreensão existencial.

Martin Heidegger, discípulo de Husserl, iniciou seu percurso acadêmico na Faculdade de Teologia da Universidade de Friburgo, em 1909, e os caminhos da vida o levaram a se aproximar da Filosofia. As obras de Husserl, como “Investigações Lógicas”, despertaram em Heidegger grande encantamento e interesse pela fenomenologia (HEIDEGGER, 2009). Ao contrário de Husserl, que buscou no fenômeno a consciência, o filósofo 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.

Com espírito arrojado, analisou criticamente a valorização das técnicas e o sentido do ser. Para Heidegger, a fenomenologia oportuniza um caminhar para o ser, pois “o ser é aquilo que se oculta naquilo que se manifesta e constitui o fundamento de tudo o que se revela” (MONTEIRO et al, 2006, p. 299).

Heidegger (2012) afirma que o Ser é a presença, o manifesto, o percebido, o compreendido e o conhecido para o humano, para “o ser-aí” ou “*Dasein*”, portanto, o homem é “*Dasein*” e está lançado no mundo. E, sendo *pre-sença*, é estar *aí* e se torna *sendo* no mundo, onde se compreende como ser de possibilidades. A palavra “ente”, que remete a pessoa física, muito recorrente em seus textos, significa “tudo

aquilo sobre o que discorreremos, que visamos, em relação a que comportamos dessa ou daquela maneira; ente é o que somos” (HEIDEGGER, 2012, p.45), é o mostrar-se do ser.

O ser-aí, também denominado em alemão como Dasein, tem uma precedência ôntica e ontológica. Na primeira, o ente é determinado em seu ser pela existência, é a instância dos fatos, de maneira que envolve todos os seres humanos. Já na segunda, o ente é determinado sobre o fundamento de sua determinidade-de-existência, ou seja, é o *ser* do humano. A partir disso, ao procurar elucidar o sentido de uma determinada situação vivenciada, deve-se interrogar o ente, apreender o ser e então buscar o sentido do ser (HEIDEGGER, 2012).

Para que o *ser* se revele é imprescindível que o ente seja capaz de percebê-lo e isso é possível apenas ao homem, v apesar de outros entes existirem, eles apenas são ao passo que o homem é o único ente que existe e está aberto às manifestações do ser (DANTAS, 2011).

Na perspectiva de compreender o *ser* e desvelar as facetas do fenômeno, o pesquisador deve “colocar em suspensão o seu ser-no-mundo e na disposição de ser-com-o-outro” (MELO e SOUZA, 2012, p. 43), estabelecendo uma busca ciente do ente através da redução dos pressupostos (HEIDEGGER, 2012).

Segundo esse filósofo, o fenômeno não se mostra prontamente, ele permanece oculto no que se mostra pronto e, ao permanecer encoberto ou voltar a se encobrir ou só mostrar uma faceta, não é ao ente que estamos referindo, mas é ao *ser* do ente. Estar no modo encoberto pode significar que o *ser* ficou esquecido e não se faz a pergunta por ele e por seu sentido. Um fenômeno pode estar *encoberto* porque ainda não foi conhecido, pode ter sido de novo *encoberto*, quando antes foi descoberto, mas voltou a cair no encobrimento (HEIDEGGER, 2012).

O ente pode se mostrar de diversas maneiras, segundo seu modo de acesso. Sua existência, que, para Heidegger (2012), não significa aquilo que se encontra no mundo, mas o que emerge, do verbo *ek- sistere*, consolida-se em três aspectos:

a facticidade, como o estar-aí, lançado no mundo, sem alternativas de escolhas; a decadência como modo de ser do cotidiano, sujeito ao domínio do impessoal e caracterizado pelo falatório, curiosidade e ambiguidade; e a transcendência, um modo de projetar-se para além de si e descobrir o próprio sentido (MONTEIRO et al., 2006, p.299).

A existência do ser pode ser *autêntica* ou *inautêntica*. A inautenticidade refere-se ao modo de ser da ocupação impessoal, em que o ser se encontra no mundo público, onde tudo é normal e nivelado, onde o homem se entende a partir do que ele não é e permite que outra existência estabeleça o modo como deve existir no mundo. Assim ele é dominado pelo *fatalismo*, *ambiguidade* e *curiosidade*, determinando o próprio modo de ser da *de-cadência*. No entanto, é por meio da inautenticidade que se poderá alcançar a ressignificação do sentido e chegar à autenticidade (FRANÇA e RIBEIRO, 2006).

Na existência autêntica, o homem não apenas se *ocupa* das atividades cotidianas, mas também se *pré-ocupa*, comporta como *ser-com* e assume seu ser, de maneira que transita pela *angústia* e a *morte*. A autenticidade é “uma apreensão modificada da cotidianidade” (HEIDEGGER, 2012, p.241). O movimento da inautenticidade para a autenticidade, e vice-versa, pode acontecer sempre. No entanto, ambas traduzem a ação do homem, não constituindo uma relação de superioridade de uma forma de existência sobre a outra.

Acredita-se na possibilidade de o ente mostrar aquilo que ele não é, apresentando-se na *aparência*, em outros momentos, *parece ser* o que os outros querem que ele pareça, ou mostra-se a si mesmo, *aparecer*, de maneira a “anunciar-se de algo que não se mostra por algo que se mostra” (HEIDEGGER, 2012, p. 105). Considera-se o *aparecer* a forma mais autêntica de se mostrar.

O *ser-aí* (*Dasein*) significa para Heidegger que o homem está aí, *lançado-no-mundo* para poder realizar sua existência e, ao *ser-no-mundo* e *estar-no-mundo*, o que envolve uma interação com esse meio, não é possível desvinculá-lo das possibilidades do cotidiano, por isso constitui-se sempre como um *ser-de-possibilidades*. *Ser-no-mundo* não é uma escolha, mas sim uma facticidade. Para Heidegger, o *ser* é um *ser-aí* porque está *lançado-no-mundo*, numa condição que já é pré-dada e é próprio dele *ser-com*, mesmo que no modo deficiente.

Assim, *ser-no-mundo* está atrelado à possibilidade de partilha com os outros e o *ser-com* deve permear a convivência através de um preocupar-se com o outro e um ocupar-se das coisas. O se *ocupar* não é uma característica ontológica e sim um modo de ser da *pre-sença* para os entes que se encontram na ocupação. Quando o ente é *pre-sença* e se comporta como *ser-com*, considera-se que desse “não se *ocupa*, com ele se *preocupa*” (HEIDEGGER, 2012, p.181). No modo da *ocupação*, o

*ser-no-mundo* volta-se para as entidades e não para a *pre-sença* em seu *aí* mais próprio (HEIDEGGER, 2012).

A filosofia heideggeriana possibilita a construção de um novo pensar o homem, de quem nós, profissionais de enfermagem, propomo-nos a cuidar. Esse homem que está lançado na facticidade e no cotidiano, com suas singularidades, valores e crenças, requer um cuidado libertador e autêntico, de maneira a possibilitar a abertura para uma vida autêntica. Não basta apenas realizar os procedimentos técnicos e dizer que é cuidado, percebe-se que vai muito além, é aproximar-se do outro e compreendê-lo enquanto ser de possibilidades, o que permitirá dar maior sentido as suas atividades.

Ao cuidar, é fundamental alcançar a essência do humano como ele se apresenta, por meio das palavras verbais ou escritas, os gestos, atitudes e silêncios. Busca-se o sentido fundante do comportamento humano.

Assim, como propósito de compreender a dimensão existencial, os pensamentos de Martin Heidegger permitem elucidar o sentido do ser a partir da descrição de quem vivencia o fenômeno e assim é possível desvelar facetas do cuidado de enfermagem atribuídas pela mulher que enfrenta o câncer de mama.

#### IV CAMINHOS DO ESTUDO

Movimento-me em direção ao sentido do cuidado de enfermagem atribuído pela mulher que enfrenta o câncer de mama e, para isso, encontrei na pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica de Martin Heidegger a possibilidade de um encontro com o outro, em busca do *ser* da mulher.

A pesquisa qualitativa, ao contrário da quantitativa, abandona as generalizações e o foco da atenção, é centrada no individual e específico e almeja-se a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados (MARTINS e BICUDO, 2005).

A abordagem fenomenológica é utilizada por aqueles pesquisadores que interessam pelo ser que está aprendendo, que está ansioso, que está com medo, pessoa que está vivenciando algum fenômeno (MARTINS e BICUDO, 2005). Heidegger (2012) diz que a Fenomenologia permite que o fenômeno seja visto a partir dele mesmo, o que resgata a dimensão existencial do ser que, ao mostrar-se, pode optar pelo velamento ou desvelamento.

Ao investigar o ente, “é preciso não só uma fixação do ente que deve ter a função de perguntável primário, mas que também se exige uma expressa apropriação e segurança do correto modo-de-acesso a esse ente” (HEIDEGGER, 2012, p.69).

Como pesquisadores, perguntamos ao ente para acessar o ser, caso isso seja precedido de insegurança ou ausência de domínio na investigação, a apreensão do ser pode ficar comprometida. “O modo-de-acesso e o modo-de-interpretação devem ser escolhidos de forma que esse ente possa se mostrar em si mesmo a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 2012, p.73).

Assim, o pesquisador, ao realizar a entrevista fenomenológica, deve estabelecer com o sujeito investigado um diálogo aberto, um olhar atento as suas manifestações, colocando-se no seu lugar para ver e sentir como está o sujeito e assim será mais fácil compreendê-lo. Muitas expressões ou até mesmo gestos e o próprio silêncio podem significar aspectos importantes do seu ser (HEIDEGGER, 2012).

A linguagem não são apenas as palavras proferidas, mas inclui também a “escuta” e o “silêncio” (HEIDEGGER, 2012, p. 461), assim o investigador deverá estar atento ao pronunciamento do ser-mulher, apreendendo cada movimento desenvolvido.

O encontro entre o pesquisador e o ser mulher deverá ser precedido pela empatia, em busca de escutar o outro de modo a estabelecer uma relação de ser-aí-com e, para isso, é preciso que o investigador abstenha-se de ideias preconcebidas, o que permitirá a maior aproximação com a realidade, que muitas vezes se mostra nas entrelinhas do diálogo. O mostrar-se requer uma cumplicidade, confiança e segurança no outro; sendo assim, é essa relação que o pesquisador deverá buscar ao interrogar o ente.

O método de Heidegger é composto por duas etapas: a compreensão vaga e mediana em que o entendimento-do-ser ainda não foi conquistado, constituindo a organização e a compreensão dos significados e onde se “obtem o seu necessário fio condutor” (HEIDEGGER, 2012, p.43). Nessa etapa, o que é “buscado no perguntar pelo ser não é de todo desconhecido, conquanto de imediato seja pura e simplesmente inapreensível” (HEIDEGGER, 2012, p.43). É uma compreensão factual que ainda permanece na instância ôntica dos fatos, mas que o fenômeno ainda não foi desvelado. Chega-se ao conceito vivido que é o fio condutor, sendo possível desvelar o sentido do ser.

A segunda etapa, a hermenêutica, constitui a possibilidade de uma maior apreensão do problema-do-ser, o que é possível com a progressiva elaboração do fio condutor que desencadeia a descoberta do sentido do ser (HEIDEGGER, 2012).

Percebe-se um caminhar do ôntico ao ontológico, ou seja, da explicação do modo como o ente (mulher) vivencia sua facticidade em estar-no-mundo para a explicitação da compreensão do ser-mulher.

#### **4.1 Cenário**

O ambiente de investigação foi um hospital de referência no atendimento oncológico, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, no interior de Minas Gerais. Este hospital surgiu como resultado da Primeira Convenção Brasileira das Organizações de Voluntárias Femininas de Luta Contra o Câncer, realizada em julho de 1962, na cidade do Rio de Janeiro.

Atualmente, tem 94% de seu atendimento direcionado a pacientes do Sistema Único de Saúde, sendo 6% voltados aos planos de saúde e particulares. Ocupa um lugar de destaque na assistência hospitalar na área oncológica da cidade e das circunvizinhas, por ser uma das instituições de referência na especialidade, fato que determinou minha escolha por esse cenário.

O número de leitos para internamentos corresponde a 72, sendo que, destes, 63 são destinados a pacientes oriundos do SUS, com cinco leitos de UTI, cinco para pediatria, 29 para tratamento clínico e 24 para cirurgia, além de nove apartamentos para clientes particulares e convênios. Presta serviços ambulatoriais como Radioterapia, Quimioterapia, Ultrassonografia, Mamografia, Raio-X e Patologia Clínica. O hospital também oferece exame preventivo ginecológico e de mama, exames de imagem como ultrassonografia (inclusive para gestantes), exame de mamografia, colonoscopia e endoscopia.

Para a realização deste estudo, foi encaminhada à direção da instituição (Anexo I) e à chefia de enfermagem (Anexo II) uma cópia do projeto e o documento solicitando autorização para utilizar os arquivos e as dependências do hospital. Após um período de análise, a instituição assentiu o desenvolvimento da pesquisa sem nenhum tipo de restrição. A seguir, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através da Plataforma Brasil, para análise e deferimento em cumprimento dos aspectos éticos e legais atendendo à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Iniciou-se a pesquisa após aprovação em 8 de janeiro de 2013, pelo CEP/UFJF (Anexo IV), sob o número do parecer: 183.405.

Em fevereiro de 2013, estabeleci contato com a enfermeira responsável pelo setor de quimioterapia para apresentar a minha proposta de estudo e buscar caminhos para a seleção das depoentes. Este setor é composto por uma recepção, sala de espera, consultórios médicos, central de preparo e salas de administração do quimioterápico. A clientela atendida é composta de pessoas em tratamento antineoplásico, que buscam o serviço para fazer a sessão de quimioterapia ou para consulta e por aquelas que estão na etapa do controle. O serviço funciona das 7h às 22h, de segunda a sexta, com consultas médicas no período matutino e vespertino, sendo a quimioterapia estendida até o período noturno, entretanto, o fluxo e a rotatividade são intensas no período da manhã.



Os profissionais atuantes nesse setor são médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, psicólogo, assistente social, técnicos-administrativos e auxiliares de limpeza. Além das consultas médicas e o tratamento quimioterápico, o serviço apresenta outras demandas como a entrega de medicamentos para hormonioterapia, entrega de exames, entre outros.

## **4.2 Os Movimentos da Etapa de Campo**

Em busca de conhecer as características e as particularidades do serviço e das pessoas que ali atuam, aproximei-me inicialmente dos profissionais e do ambiente. A partir da aproximação do cenário, procedeu-se à ambientação, em que se busca um ambiente favorável para o encontro pesquisador e ser-mulher, mediado pela subjetividade e o movimento de redução dos pressupostos, a fim de chegar à atitude fenomenológica de encontro com o outro (PADOIN, 2006).

Percebi a rotina diária, o fluxo intenso de pessoas que buscam a instituição por diversos motivos, a expressão de tristeza, choro, alegria e a maneira que se comportavam ao esperar a consulta médica, a sessão de quimioterapia, a entrega dos medicamentos e a coleta de exames laboratoriais. Ao chegarem ao hospital, todos são direcionados para uma sala grande, com cadeiras enfileiradas e uma televisão, exceto aqueles que se destinam a exames radiológicos e radioterapia, localizada no subsolo.

Ao iniciar as consultas, os pacientes são encaminhados para um corredor próximo aos consultórios com poucas cadeiras para se acomodarem. Dessa forma, muitos permanecem de pé e encostados em paredes e portas à espera do médico.

A fim de selecionar as mulheres na fase de seguimento após tratamento de câncer de mama, a enfermeira do setor de Quimioterapia informou sobre a regularidade das consultas médicas, de segunda a sexta-feira, nos horários de 7h, 8h, 9h, 13h e 14h. Todos são marcados no mesmo horário e o critério de atendimento é estabelecido pela ordem de chegada, de tal maneira que muitos antecedem sua vinda em até mais de uma hora. A antecipação em busca de um atendimento mais rápido, muitas vezes, propicia a ansiedade e impaciência, expressas pelos olhares atentos e direcionados à porta dos médicos, pela verificação do horário a todo o momento; pela movimentação alternada, ora está de pé, ora está sentado; além de expressões verbais que apontam esses sentimentos.

Os pacientes em tratamento e os do controle são atendidos no mesmo horário, não há uma separação dos dias pelo tipo de neoplasia, ser morador ou não do município ou qualquer outro critério. Sendo assim, a cada dia, mais de 30 pacientes eram atendidos com diferentes diagnósticos e fases do tratamento. As mulheres que tiveram câncer de mama são acompanhadas por oncologistas clínicos durante no mínimo cinco anos, preferencialmente com o mesmo profissional que, a cada vez, já agenda seu próximo retorno (MELO, 2009).

Deste modo, era preciso o acesso aos prontuários antes da consulta médica para perscrutar quais delas eram portadoras de neoplasia mamária e atendiam aos critérios de inclusão. Para isso, utilizei o caderno de agendamento da Central de Quimioterapia que contém as datas de retorno ao médico das pacientes. Posteriormente, ao identificar os nomes, foi solicitado ao Serviço de Arquivo do hospital o prontuário para verificar se os critérios de elegibilidade eram atendidos.

Foi concedida por meio de uma auxiliar administrativa da Quimioterapia, inicialmente, apenas a agenda médica de terça e quarta-feira. Na presença dos nomes, com uma lista composta de mais de 30 mulheres, referente às consultas da segunda quinzena de fevereiro e todo o mês de março de 2013, foram solicitados ao Arquivo esses prontuários, que não são eletrônicos, o que exige um grande trabalho manual. Após uma busca cuidadosa, apenas três mulheres preenchiam os critérios estabelecidos.

O mesmo processo foi conduzido com as consultas agendadas para abril de 2013 e apenas uma mulher era elegível. Considerando a sobrecarga de trabalho para a funcionária, que precisa desempenhar suas funções diárias e essa era uma atividade extra e desgastante, associado à morosidade para encontrar minhas depoentes, perscrutei alternativas que facilitassem essa fase de campo.

Dessa forma, procurei informações com a auxiliar administrativa da Quimioterapia sobre como os médicos tinham acesso ao prontuário dos pacientes, se os registros eram realizados por meio eletrônico ou manual. Foi assim que descobri que o Serviço de Prontuário separa diariamente esse documento para as consultas do dia seguinte e o entrega às 17 horas ao Serviço de Quimioterapia, a partir dos nomes que são enviados da agenda dos médicos. Obtive autorização para o acesso aos prontuários no dia anterior à consulta e as agendas de outros dias da semana, a fim de ampliar as minhas possibilidades em encontrar as mulheres.

Durante todo o mês de março e início de abril, encaminhei-me diariamente ao hospital no período diurno para realizar as entrevistas e, no fim do expediente, para separar, organizar e ler os prontuários.

Ao perceber o longo período ocioso até o momento de as pacientes serem chamadas pelo médico, considerei a possibilidade de fazer a entrevista com elas antes da consulta, pois, simultaneamente, participariam da pesquisa e diminuiriam a ansiedade pela espera. Sendo assim, ao abordá-las, elencava os possíveis momentos para nosso encontro, pesquisador e ser-mulher, como antes ou após a consulta médica, na residência ou no serviço da mesma, a fim de garantir que ela fizesse sua escolha. Todas optaram por realizar a entrevista antes da consulta médica.

Em busca de manter a privacidade e o sigilo, foi acordada a reserva do auditório para proceder à entrevista, de segunda a sexta-feira, no período matutino e vespertino, exceto nos dias já programados para alguma atividade institucional. Neste caso, foram disponibilizadas a sala da direção do hospital e uma sala da radioterapia para não comprometer o desenvolvimento da pesquisa.

A preferência pelo auditório se deve à proximidade dos consultórios médicos, o que, de certa forma, proporcionava maior tranquilidade para a mulher e afastava o medo de não ser atendida, o que foi explicitado por algumas delas. Além disso, como pesquisadora, estar perto do consultório me proporcionava a sensação de bem-estar em respeitar o que se propôs à mulher em estar ali naquele momento.

Destaco, então, que foram depoentes deste estudo 12 mulheres na fase de seguimento após tratamento de câncer de mama, escolhidas aleatoriamente, tendo como critérios de inclusão: ser maior de 18 até 60 anos, estar na fase de seguimento terapêutico após o tratamento para o câncer de mama, residir no município, possuir capacidade cognitiva e se dispor a participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o não atendimento dos critérios de inclusão.

A opção por realizar a investigação com mulheres na fase de seguimento após tratamento de câncer de mama deve-se à intenção de perscrutar o movimento do cuidado de enfermagem, desde o diagnóstico até o tratamento.

Para isso, utilizei a entrevista aberta a fim de promover um desencadeamento pela própria depoente da sua vivência. Inicialmente, procedi à caracterização da mulher, como: idade, endereço, estado civil, presença de filhos e quantidade,

religião, escolaridade, profissão e data do diagnóstico. Posteriormente, a entrevista foi norteadas pelas questões (Apêndice B): como foi para você o cuidado de enfermagem durante todo o percurso, desde que você descobriu uma alteração na mama, as consultas, os exames, o tratamento, até o dia de hoje. Que cuidados de enfermagem mais a ajudaram durante todo o processo de sua doença? Qual o significado do cuidado de enfermagem ao longo do processo da doença?

O número de participantes não foi predeterminado, pois, em estudos fenomenológicos, não se estabelece um quantitativo, mas busca-se a essência do que se mostra, adequando a suficiência de entrevistas (BOEMER, 1994) ao constatar que a compreensão dos significados das falas originárias foi alcançada, considerando o objeto de estudo (SIMÕES E SOUZA, 1997).

Antes de proceder à entrevista propriamente dita, estabeleceu-se uma conversa, a fim de favorecer um clima de descontração e de empatia, que colaborasse para uma relação de confiança entre o pesquisador e a mulher. Posteriormente, conduziu-se uma breve elucidação do estudo e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), explicando seu conteúdo e solicitando a assinatura. Este termo foi elaborado em duas vias (uma para a pesquisadora e a outra para a entrevistada), através de formulário próprio, sendo-lhes assegurado o anonimato. Acredita-se que o contato direto é mais adequado por se tratar de uma entrevista fenomenológica, o que favorece uma relação empática e próxima com a participante.

Justificou-se a utilização do gravador com mídia eletrônica com o único interesse de transcrever a conversa de maneira fidedigna e conseguir estabelecer uma maior interação, sem fazer anotações e prejudicar a compreensão dos significados. Reiterou-se que somente a pesquisadora teria acesso às gravações e que, após cinco anos, seriam devidamente destruídas.

A fim de garantir o anonimato, foi assegurado o uso de codinomes, por meio de uma lista com o nome de flores das espécies mais conhecidas. Em alguns casos, mais de uma pessoa optou pela mesma flor, surgindo a necessidade de uma segunda ou até mesmo terceira escolha, o que propiciou um clima de descontração e de brincadeiras. E, assim, configuraram-se as seguintes flores: violeta, rosa branca, margarida, rosa vermelha, lírio, rosa amarela, azaleia, crisântemo, tulipa, alecrim, girassol e orquídea.

Em busca de compreender o fenômeno a partir do ser que o vivencia, utilizou-se a técnica de entrevista aberta a fim de estabelecer uma relação empática, com a intenção de obter um clima descontraído e possibilitar o diálogo. O interrogar envolve necessariamente um pensar sobre aquilo que está sendo interrogado e por isso é preciso evitar que a teoria influencie o pré-reflexivo do pesquisador (BOEMER, 1994).

Outro recurso utilizado, associado à entrevista fenomenológica é o diário de campo. Neste é possível anotar qualquer informação à maneira que apreende algum significado importante e observável ainda durante a entrevista, além de registros de outras formas de discursos como as expressões não verbais, os gestos, a expressão corporal, o silêncio, o choro e o sorriso (BOEMER, 1994; MINAYO, 2004). Esse instrumento permite o registro de determinados significados que emergem das mulheres, que não são captados por meio da gravação.

Na entrevista fenomenológica, ao buscar uma relação empática, aberta e horizontalizada, procurei posicionar-me face a face com a mulher, sem barreiras físicas entre nós, de tal maneira que pudéssemos olhar uma para outra, sem defesas ou qualquer tipo de distanciamento.

Preparar para aquele momento de encontro em busca de desvelar o sentido do cuidado de enfermagem atribuído pela mulher que enfrenta a doença causou grande ansiedade e medo *a priori*. Temia não conseguir acessar e apreender a essência das vivências e não estabelecer uma relação empática. Incumbi-me de assumir um posicionamento de abertura, suspendendo meus pressupostos na disposição de estar-com, ouvir a mulher atentamente e abrir possibilidades às suas livres manifestações.

Segundo Heidegger (2012, p.51), a questão-do-ser só será revelada completamente quando a “pergunta estiver delimitada de modo suficiente em sua função, sua intenção e seus motivos”.

Ao expressar a sua vivência, por diversas vezes, retomei a fala da mulher em busca de explorar mais profundamente o significado atribuído ao fenômeno, além do desenvolvimento de um *feedback*, propiciando a possibilidade de acrescentar algo não referido. As transcrições foram realizadas na íntegra e acrescentadas às anotações do diário de campo.

Após cada entrevista, permanecia no mesmo local, a fim de anotar todas as informações que poderiam colaborar para a posterior análise, como frases

incompletas, choro, expressões de tristeza e alegria. Muitas vezes, era necessário continuar naquele recinto para refletir sobre toda a conversa e me recompor emocionalmente, já que, em diversos momentos, precisei me conter para não chorar ou até mesmo consolar aquele ser completamente aberto e disposto a falar da sua vivência. Histórias que me comoveram e situações que me mobilizaram como mulher, filha e futuramente mãe, um conjunto de sentimentos que dominaram meu ser.

Uma determinada situação me chamou bastante atenção na primeira entrevista. Ao me reportar a uma mulher, convidando-a para participar deste estudo, ela concordou e ressaltou que, se fosse chamada pelo médico, interromperia a entrevista, mas enfatizou que, depois da consulta, voltaria para concluir seu depoimento. A princípio, expliquei que a entrevista poderia ser escolhida por ela em outro momento, mas, decidida, referiu que sua preferência era naquela hora. E assim ocorreu nosso encontro até o momento em que o médico a chamou por mais de duas vezes no corredor.

Preocupada em prejudicar de alguma maneira aquela mulher que se dispôs a estar ali, compartilhando seu vivido de uma forma tão aberta, avisei que o médico a estava chamando e então ela respondeu: “Pede para passar outro na minha frente, depois que acabar eu vou!” Nesse momento, eu percebi que, de fato, aquela mulher estava completamente disposta a uma relação de confiança e ajudou-me, enquanto investigadora, a dissipar o medo e apreensão de não conseguir estabelecer uma relação empática e de aproximação com as depoentes.

Ressalto que apenas uma mulher se recusou a participar da entrevista. Inicialmente, ela concordou, entretanto consegui apreender que não estava interessada ou preparada para relatar sua história, o que ficou evidenciado pelo distanciamento e expressão de desconfiança. Ao adentrarmos no auditório, expliquei novamente a pesquisa, apresentei o termo de consentimento livre e esclarecido e busquei estabelecer uma relação empática e de aproximação. Então, a mulher referiu que não desejava participar da entrevista, porque não gostaria de lembrar tudo o que viveu e que representou um grande trauma, por isso não gostaria de compartilhar, de modo que o não dito é um dito na fenomenologia heideggeriana (HEIDEGGER, 2012). Agradei sua contribuição da mesma forma e a informei que era seu direito não falar. É importante considerar os limites das pessoas e respeitar suas singularidades.

O movimento de análise no método fenomenológico de Martin Heidegger se compõe de dois momentos: a compreensão vaga e mediana e hermenêutica (HEIDEGGER, 2012). Para o desenvolvimento do primeiro momento, foram realizadas releituras a fim de buscar as estruturas essenciais que expressam os significados do fenômeno nos depoimentos e assim agrupar os recortes das falas que apresentam similaridades, na intenção de compor a unidade de significação (US).

O ser do ente, imerso na *cotidianidade*, desvelar-se-á não nas estruturas ocasionais e fortuitas, mas nas estruturas essenciais, em que se percebe cada modo-de-ser do *Dasein* factual ( HEIDEGGER, 2012). Dessa maneira, o pesquisador deverá estar imbuído do seu objeto de pesquisa para ir ao encontro das estruturas essenciais que desvelarão facetas do fenômeno investigado.

Para isso, foi realizado o destaque cromático das falas que consiste em colorir as estruturas essenciais identificadas nos depoimentos das mulheres por cores. Assim, é possível distinguir os vários significados que foram identificados nos depoimentos das mulheres. Com o destaque por cores foi possível agrupar os recortes das falas que expressavam o mesmo significado. Após a separação e elucidação, foi elaborado o *caput* da unidade, o enunciado que caracteriza a US, em que se buscou manter as palavras e expressões da mulher de maneira a aproximar ainda mais da sua vivência.

Na compreensão vaga e mediana, são destacados os significados apreendidos nas falas das mulheres, o que representa aquilo que o ser mostra diretamente na maioria das vezes, o modo-de-ser no cotidiano, que se localiza na dimensão ôntica dos fatos. Esse momento “só põe à mostra o ser do ente, mas não lhe interpreta o sentido, ao contrário, ele deve preparar a mais originária interpretação do ser” (HEIDEGGER, 2012, p.73).

Assim, em busca de desvelar o sentido do cuidado de enfermagem para a mulher que enfrenta o câncer de mama, que está obscuro e alcançar a interpretação dessa compreensão mediana do ser, torna-se imperiosa a configuração de um fio condutor que leve à elaboração do conceito de ser. A partir do “conceito e dos modos de compreensão explícita nele inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida” (HEIDEGGER, 2012, p. 61).

Esse movimento consiste no segundo momento metódico heideggeriano que é a compreensão interpretativa ou hermenêutica, a qual buscará a interpretação dos

sentidos que representa a dimensão ontológica do fenômeno. É o momento que “trata de desvelar o fenômeno, o qual não se mostra diretamente no fato, mas nele está velado, o que aponta a necessidade de desconstrução do factual para trazer o sentido do ser à luz” (PAULA et al, 2012, p. 988).



## **V ANÁLISE COMPREENSIVA**

A análise compreensiva sustentada no referencial metodológico de Martin Heidegger é composta por dois momentos metódicos: compreensão vaga e mediana e compreensão interpretativa ou hermenêutica. O primeiro movimento consiste em identificar os significados atribuídos ao cuidado de enfermagem a partir das manifestações da mulher no cotidiano.

No entanto, os sentidos permanecem velados e, para avançar na interpretação dos significados apreendidos, é imprescindível a conquista de um fio condutor, através da interseção das unidades de significado, que culmina no conceito e desencadeia o segundo momento metódico, a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Busca-se na compreensão dos significados a possibilidade de desvelar os sentidos do cuidado de enfermagem para o ser-mulher.

### **5.1 Historiografia e Historicidade das depoentes “o quem”**

A historiografia é composta pela dimensão ôntica dos fatos (PAULA et al, 2012), que contextualiza o quem do ser-mulher-que-enfrenta-o-câncer-de-mama. Apreender o fenômeno e adentrar na dimensão existencial requer um conhecimento antecipado do mundo circundante das depoentes, suas histórias de vida e suas singularidades, de modo a subsidiar a análise de seus modos de ser no mundo público (MIRANDA, 2011).

**Quadro 1- Historiografia do ser-mulher**

	<b>Idade</b>	<b>Est.civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Religião</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Encontro</b>
Violeta	58	Casada	Fundamental incompleto	Evangélica	2005	06/03/13
Rosa branca	51	Casada	Fundamental incompleto	Evangélica	2011	07/03/13
Margarida	43	Casada	Fundamental incompleto	Católica	2009	20/03/13
Rosa vermelha	52	Casada	Fundamental incompleto	Católica	2009	21/03/13
Rosa amarela	53	Casada	Fundamental incompleto	Católica	2010	25/03/13
Lírio	49	Divorciada	Superior completo	Não possui	2009	25/03/13
Azaleia	53	Casada	Ensino Médio completo	Católica	2010 2012	26/03/13
Crisântemo	42	Casada	Fundamental incompleto	Evangélica	2010	27/03/13
Tulipa	52	Casada	Fundamental incompleto	Católica	2009	04/04/13
Orquídea	51	Viúva	Fundamental incompleto	Não	2011	05/04/13
Girassol	49	União estável	Fundamental incompleto	Evangélica	2011	05/04/13
Alecrim	46	Solteira	Fundamental completo	Católica	2011	05/04/13

**Fonte:** Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Mediada pelo encontro e a aproximação com cada depoente, procuro, nas manifestações da mulher, captar características que compõem sua historicidade.

**Violeta** adentrou a recepção da instituição esbaforida, com olhos arregalados, respiração ofegante e ansiosa para falar com a recepcionista. Ao receber a notícia de que o médico ainda não chegara e que atrasaria para consulta, suspirou profundamente e sorriu. Ao lado dela, sem saber quem eu era, aproximei-me e perguntei-lhe se poderíamos conversar. Um olhar de curiosidade me foi lançado e, ao mesmo tempo, com um sorriso no rosto, dispôs-se a me ouvir. Assim, optou por ser chamada de Violeta. Não foi uma escolha de imediato, preferiu escutar o nome de outras flores para eleger aquela que a representaria. Planta com caules pequenos, que lembram sua estatura, e folhas em forma de coração, representando o grande amor pela família e, sobretudo, pela vida. Voz calma, serena e ao mesmo tempo enfática ao relembrar situações vividas. A presença de Deus é constante em suas palavras e se emociona ao pronunciar sua importância. Os gestos se apresentavam ao longo da fala e a necessidade de relatar seu vivido era tão intensa que não apenas reportava a perguntava, mas era uma flor que se abria por completo na necessidade de falar cada detalhe de sua história, em um tempo cronológico de 32 minutos. Despediu-se com um forte abraço e manifestou gratidão ao ser ouvida.

**Rosa branca**, uma flor que simboliza a pureza, apressou-se em conseguir uma carona e chegar logo ao hospital, o motivo era a paralisação do transporte público. Por longas horas, esperava o horário da consulta médica. Ao abordá-la, lançou-me um largo sorriso e de prontidão concordou em fazer a entrevista. Refere ansiedade para encontrar-se com o médico. O exame da mama solicitado lhe causara grande medo, era a possibilidade de algo novo em sua vida. Com uma linguagem simples, remete a Deus todo momento e lhe atribui a sua cura. O descuido da família para consigo é pronunciado e, com os olhos marejados, a flor desabrocha a cada significado revelado. Ao lembrar-se do cuidado recebido no posto de saúde, assim chamado por ela, expressa a falta de assistência e carinho dos profissionais. Quando o médico a chamou para a consulta, ela disse: “Pede pra passá otro na minha frente, depois que eu acabá eu vô”!

**Margarida**, flor descontraída, espontânea, com expressão de serenidade, fez de nosso encontro um momento muito prazeroso. Assim que a encontrei sentada, com um olhar fixo na televisão, aproximei-me e comecei a conversar. Ao adentrarmos na sala para iniciar a entrevista, ela logo se prontifica, pega a cadeira e senta. Com o mesmo

movimento, sento-me a sua frente. Revive algumas situações que a marcaram profundamente, como a queda de seus cabelos e sua escolha em raspá-los. Esforça-se para lembrar como foi vivenciar os cuidados de enfermagem, o que ficou evidenciado através dos olhos que se direcionam para todos os lados, o estalar dos dedos e o silêncio por alguns segundos. Com frases curtas e diretas, significava o cuidado. Após a interrupção do gravador, Margarida continua a falar como se fôssemos duas amigas que se encontram após anos de desencontro. Após uma longa conversa ela, despediu-se com um abraço caloroso, desejando-me sucesso na pesquisa.

**Rosa vermelha**, flor de trajes simples, que carrega consigo uma paixão ardente pelos filhos, netos e cônjuge. O sorriso demonstra simpatia e alegria. Acompanhada de sua filha, uma jovem de aproximadamente 17 anos, ergue-se da cadeira e coloca-se de prontidão a me acompanhar até uma pequena sala. De imediato, pergunta-me se a filha poderia nos acompanhar, segurando em sua mão. Com a mesma prontidão, deixei-a escolher. Estar acompanhada, não lhe causou qualquer constrangimento. A filha permaneceu todo momento calada, apenas escutando o que a mãe manifestava. Sentou-se em uma cadeira posicionada atrás de Rosa. O tom de sua voz permaneceu durante todo o nosso encontro com poucas variações, aumentando ao referir gratidão à sua família, aos enfermeiros e aos médicos. Direciona suas mãos para o braço e relata sobre as restrições impostas pela cirurgia de mastectomia, que perduram até os dias atuais. Recorda de atividades que exercia antes do câncer de mama e que hoje já não é mais possível realizar. Desde então, não anda sozinha, pois diz que “a cabeça anda muito ruim”.

**Rosa amarela** foi escolhida em segundos, acompanhada por um largo sorriso, quando a flor se manifestou “Ah! A rosa amarela, né!” Sorridente, esperava de pé o momento em que seria chamada pelo médico, acompanhada de seu marido, um homem robusto, forte e muito simpático. Conversavam e sorriam a todo o momento. Ao abordá-la, demonstrou interesse em participar da entrevista e logo acenou a cabeça positivamente e disse: “Claro! Vamos sim!”. Pediu ao marido que a esperasse e, assim, virou-se e me acompanhou até uma sala. Relatou seu vivido de forma direta, objetiva, com frases curtas e não estendeu além do que busco desvelar. Ao fim do depoimento, ela contou que sua filha é técnica de enfermagem e sua ajuda foi essencial para a recuperação. Percebe a família como o seu alicerce. Ao nos despedirmos, ela me abraçou fortemente e desejou sorte.

**Lírio**, a escolha dessa flor foi por sua beleza. Vestida de forma mais sofisticada posicionou-se com certa seriedade, mas, em alguns momentos, deu gargalhadas. Utilizou-se de uma linguagem correta, palavras colocadas de maneira adequada em busca de expressar seu vivido. Como profissional da saúde, demonstra profundo conhecimento do corpo e permeia nossa conversa com um linguajar técnico. Ao lançar a primeira pergunta norteadora, antes mesmo de finalizá-la, fui interrompida. Seus lábios começaram a expressar as primeiras palavras que a fizeram desabrochar. Apresentou-se de maneira muito clara ao longo do depoimento. A ansiedade à espera pelo médico mostrava-se por meio de um olhar direcionado, por diversas vezes, ao corredor, mesmo com a porta fechada. Revelou não se sentir à vontade com esse profissional. Após seu depoimento, conversamos por algum tempo até que o médico a chamou e então levantou rapidamente, ofereceu-me um aceno de despedida e um sorriso de longe, abriu a porta correndo e disse: “Tô aqui, doutor”.

Avistei **Azaleia** encostada em uma parede em frente ao consultório médico, antes mesmo da hora marcada. Aproximei-me e expliquei porque estava ali. A princípio, escolhe fazer a entrevista após a consulta, mas, depois de certo tempo, inesperadamente, procurou-me e revelou que gostaria de fazê-la naquele momento. Como profissional da saúde, utiliza, por diversos momentos, o linguajar técnico. Contou-me estar apreensiva para encontrar com a médica. Isso porque o câncer reapareceu pela segunda vez em 2012, quando foi realizada uma nova cirurgia e, naquele dia, saberia se nova quimioterapia seria necessária. Apresentou-me um sorriso triste ao falar sobre a queda dos cabelos. Emocionou-se ao longo de todo o depoimento, a voz chegou a ficar embriagada ao falar do carinho recebido pela enfermagem, o mesmo que ofereceu aos pacientes de quem cuidou como técnica de enfermagem. O cuidado dispensado por sua família é lembrado com grande emoção. A fé em Deus apresenta-se como estruturante no enfrentamento da doença. Após interromper o gravador, revelou o quanto ama sua profissão e se orgulha ao ter uma filha também técnica de enfermagem.

**Crisântemo**, flor de expressão triste, olhar distante e parado, cabisbaixa, andar curvado e lento, a intensidade do som de sua voz é muito baixa, em algumas vezes, até inaudível. A escolha pela flor não foi de imediato. Outras de sua preferência já haviam sido escolhidas. Único momento que um sorriso ameaçou sobressair frente a uma expressão de sofrimento. Sentou-se a minha frente e, brincando com as mãos, abriu-se, característica interessante do crisântemo em florir, principalmente no inverno, período

que exige maior resistência, quando a maioria das plantas adormece. Começou a manifestar sua atual situação conjugal, “por enquanto casada” e, ao falar dos filhos, disse: “hoje tenho dois porque uma morreu”. A emoção aflorou ao contar a história de sua filha, menina jovem, que deixou essa vida há três anos, acometida por um câncer de mandíbula. Esta flor chorou, incontrolavelmente, foi então quando segurei em sua mão e senti um forte aperto. Percebe a vida sem sentido, não consegue se relacionar com o marido e refere não se aproximar mais dos filhos. Hoje, busca sentido em algo para continuar vivendo. Com um longo abraço, despedimo-nos.

**Tulipa** não gosta muito de flores, mas assim escolheu ser chamada. A presença do gravador lhe causou algum incômodo, olhava para o dispositivo com certa estranheza, mas logo se acostumou. Seus olhos permaneceram fixos nos meus, não desviando nem mesmo quando um funcionário abria a porta inesperadamente e pedia desculpas. Recordou, emocionada, situações que lhe causaram grande tristeza e que foram amenizadas pela presença sempre constante da família. Revela a fortaleza encontrada na religião. Não estendeu muito o seu pronunciamento, por algumas vezes, o silêncio deu lugar às palavras. Despedimo-nos com um forte abraço e um desejo mútuo de sucesso.

Quando avistei **Orquídea**, ela compunha um grupo de mulheres que conversavam. De maneira tranquila e espontânea, caminhou até a sala e já contava sobre o seu dia. Com uma voz de choro, reviveu como foi cuidada pela Enfermagem. Seu falar detalhado permeou boa parte da conversa ao descrever a trajetória da doença e como foi em cada etapa. Ao lembrar a perda da mama, lamentou o ocorrido, já que a biópsia realizada após a retirada do órgão constatou que não existia tumor. Ao mesmo tempo, expressa conformismo, pois deixara nas mãos de Deus seu destino e, se aconteceu, era a vontade dele. Ao final do depoimento, a filha ligou. Com um sorriso no rosto, contou o desvelo desta para consigo, “minha melhor amiga!”

**Girassol** encontrava-se sentada, com o olhar fixo nos prédios que cercavam aquele ambiente, quando a abordei. Flor com trajes e modo de falar simples, foi rapidamente se prontificando em desvelar seu vivido. Girassol não foi a primeira escolha, mas isso foi motivo de grande descontração e brincadeira. Antes mesmo de iniciar a entrevista, ela começou a chorar, contou da briga com a filha e revelou muito tristeza por isso. Manteve uma voz baixa ao longo do depoimento, diminuindo ainda mais ao lembrar cenas que a emocionam, como a situação financeira difícil, a falta de comida para alimentar seus filhos no período em que esteve doente, a falta de

assistência e apoio dos profissionais no momento do diagnóstico. Chorava muito, fechava os olhos e apertava suas mãos uma na outra. Lembrou-se do medo de contar sobre a doença ao marido e ser rejeitada. As restrições físicas provenientes da cirurgia a impedem de retomar sua vida como antes. Relembrou as atividades que desempenhava em seu lar e no trabalho, de grande ajuda no orçamento familiar, agora visto por ela como impraticáveis. Após o nosso encontro, caminhamos até a recepção e lá nos despedimos.

**Alecrim** apresentou-se com uma aparência jovial, revelando certa timidez, mas logo começou a desinibir e tornou-se descontraída. Revelou certo incômodo com o gravador, mas esqueceu, quando se envolveu com as perguntas e abriu seu vivido naquela relação. Referiu preocupação diante de um exame solicitado pelo médico e medo frente à possibilidade de um novo câncer de mama. Relembrou, com choro incontido, ter sido abandonada pelo companheiro ao descobrir sobre a doença. Disse se sentir sozinha, pois seus pais moram em uma cidade distante e a única pessoa que ela tem é seu filho. Teme quanto ao destino dele caso lhe aconteça algo. Convidou-me a participar do grupo de apoio às mulheres que já vivenciaram a doença. Afirmou que grande parte da ajuda que recebeu foi proveniente das outras pessoas que passaram por situações semelhantes. Ao término da entrevista, um grande sorriso foi expresso em sua face e, com um abraço caloroso, ela me agradeceu e desejou sucesso.

Por meio da linguagem, dos gestos e do próprio silêncio, as flores se mostraram a partir de um movimento de aproximação da pesquisadora e o estabelecimento da empatia. Com as manifestações do ente, as histórias foram se configurando através do dito e não dito e sustentaram a construção das unidades de significado após uma leitura exaustiva dos depoimentos e anotações do diário de campo.

## **5.2 Compreensão vaga e mediana: sentidos do Cuidado de Enfermagem para a mulher que vivenciou o câncer de mama**

O encontro entre o pesquisador e a mulher possibilitou inicialmente emergir a compreensão do significado, aquilo que se mostra prontamente. Na dimensão ôntica do vivido, onde os fatos se configuram, foi possível apreender os pensamentos e sentimentos que se mostraram através de gestos, pausas, choro e do próprio depoimento. Nesse primeiro momento, compreende-se o que foi anunciado pelas manifestações que velavam o fenômeno.

Sendo assim, os depoimentos revelaram que, para a mulher que enfrenta o câncer de mama, os cuidados de enfermagem significaram (Unidades de Significado):

**US: Ser bem cuidada e bem tratada, com carinho, zelo, paciência, apoio e bom humor da enfermagem em um momento difícil**

**US: No hospital, a enfermagem acessa a veia sem machucar, o cuidado com o banho, a realização do curativo e a delicadeza no trato. Já em casa, a ajuda partiu da vizinha, irmã e amiga**

**US: Tem gente que não é aquele perfil que esperava, não sabe tratar o paciente; outras conversam e brincam**

**US: Fazem a coisa dar certo, proporcionando maior segurança, de tal maneira que, sem a enfermagem, o tratamento não seria feito**

**US: Aceitar a doença é difícil, assim nega o tratamento e esconde de outras pessoas, entretanto, não é uma sentença de morte**

### **5.2.2 Ser bem cuidada e bem tratada, com carinho, zelo, paciência, apoio e bom humor da enfermagem em um momento difícil**

Ao significar os cuidados de enfermagem, a mulher refere-se ao grande carinho e a preocupação dos profissionais. A conversa, o sorriso no rosto, o apoio, inclusive na situação de que se tem pouco esclarecimento e que a doença causa um grande choque, faz a mulher perceber que foi muito bem tratada e que o cuidado foi muito bom.

Consideram que os profissionais são atenciosos, prestativos, carinhosos ao pedir que aguardasse o momento da quimioterapia e pacientes ao pedir calma para as pessoas que esperavam o médico.

Eu fui tratada (...) pediam para aguardar na hora que ia lá pra dentro (Quimioterapia), para puncionar a veia, tinha um carinho com a gente, preocupava, sempre perguntava, conversando com a gente. (Crisântemo)

O carinho, né, que ela, a enfermeira, tem com a gente... conversa... (Violeta)

... psicologicamente, todo mundo muito agradável, com um sorriso (...) quando não tem muito esclarecimento e passa por um problema desse, você entra tipo em um... choque (...) tive todo apoio, as pessoas muito carinhosas... (Tulipa)



Eles têm paciência (...) às vezes, a gente estava aqui esperando...  
“calma que vai vim! O médico não vai demorar!” (Rosa Branca)

A atenção, nossa! (...) muito prestativo, chegava, perguntava  
entendeu?, no que podia ser útil. (Azaleia)

A mulher compreende que as pessoas que trabalham no cuidado precisam ser muito fortes para conseguir oferecer uma força ainda maior àqueles que estão vivenciando a doença. Faz referência à enfermagem da Atenção Secundária, sendo reconhecida como atenciosa e zelosa.

O estar disponível para resolver os problemas fica evidente, ao destacarem que os profissionais, ao serem chamados, logo aparecem e buscam providências, sendo atenciosos nas solicitações.

O carinho dispensado pela enfermagem ajuda muito, principalmente para aqueles que estão mais vulneráveis. Conhecer e compartilhar os momentos com esses profissionais foi muito bom.

As meninas superbacana (...) Trata a gente com maior carinho, né... tudo o que fala que está sentido elas tomam providências (...) um zelo... nessa área, a pessoa (...) tem que ser muito forte! (...) para passar ... uma força mais forte ainda, né... (Girassol)

...se esse carinho foi passado para alguém, que tivesse mais vulnerável que eu, acho que isso iria ajudar muito, entendeu. Porque, para mim, já foi de grande ajuda... (Azaleia)

... as enfermeiras, as técnicas, muito atenciosas... e chamava, na mesma hora que a gente chama, elas aparecem, vêm atender. (Rosa Amarela)

As mulheres ressaltam que o bom humor dos profissionais ajuda muito. Sempre que chegam para fazer o tratamento, praticamente quase todos os dias, eles as recebem com um sorriso e isso não muda. E o sentir-se bem ao seu lado ajuda a melhorar o estado de saúde, pois compreendem que, nessa hora, o que está mais afetado é o lado psicológico.

Reconhecem que a Enfermagem tem conhecimento a respeito da importância da medicação para cura, mas também sabe dos efeitos que ela provoca, por isso busca sempre conversar com a mulher para evitar o nervosismo. As mulheres admitem terem sido, em momentos de estresse causado pelo tratamento, mais

ríspidas no trato com os profissionais, mas ressaltam que estes continuavam balizando suas ações com carinho e não levavam isso em consideração.

As participantes do estudo comentam a rotina do serviço da enfermagem: sempre correndo, com muitas pessoas para atender e afirmam que, mesmo assim, os profissionais conseguem reservar um tempo para oferecer uma palavrinha a elas. As mulheres percebem isso como uma demonstração de carinho em um momento difícil, que, para Crisântemo, ia além da própria doença.

... só de (...) chegar lá e você está sentido alguma coisa, as pessoas te dão um sorriso, pergunta, como que foi sua semana (...) mas todo dia não mudava (...) era a mesma coisa! (...) o que ajuda os pacientes é o humor dos... profissionais (...) se você sentiu bem com aquela pessoa, você... vai melhorar (...) o psicológico (...) é o que mais fica afetado ... (Tulipa)

Sabe que aquilo ali é remédio (...) para melhorar, para curar, mas... (...) ela teve carinho, conversava comigo, pra gente não ficar nervosa... (Alecrim)

... o carinho dos Enfermeiros, de você está quietinha lá, tomando o remédio, sempre tem alguém lá para bater um papo com você (...) mesmo correndo (...) elas sempre param e dão uma palavrinha, nunca estão de cara feia (...) Carinho em um momento difícil (...) sem ser da própria doença. (Crisântemo)

... elas falam assim, tudo com carinho! A gente chegava nervosa (...) estressada por causa do tratamento (...) dava mau resposta e elas... não levavam aquilo a sério... (Girassol)

Consideram que a assistência que lhes foi prestada significa o amor que os profissionais de enfermagem têm pela profissão, que oferecem um cuidado humanístico, são compreensivos e por isso as mulheres concluem que foram e ainda são bem tratadas e bem cuidadas.

Significa o amor (...) pelo o que eles trabalham, né! (...) compreensivos, foi tudo! (Alecrim)

... O que significou foi ser muito bem cuidada e bem tratada. Com carinho e com amor que dão pra gente. (...) O cuidado, o amor que eles sentem, aquele carinho, a paciência (enfática, aumenta o tom de voz)... (Rosa Vermelha)

As entrevistadas salientam a torcida dos profissionais de enfermagem para que aconteça uma melhora da doença e citam expressões ditas pelos profissionais

como “força”, “coragem” como incentivo, além de demonstrações destes de afeto para com elas, como um abraço. Referem que eles as motivam a não desanimarem, preocupam-se e estão sempre procurando levantar o ânimo delas. As mulheres apreendem que o profissional compartilha com elas o desejo da cura.

Percebem que a conversa, a forma educada de tratar o outro, o ser compreensivo faz parte da condição humana do profissional, assistir bem a quem precisa dos cuidados, dando força para as pessoas.

Mas a gente percebe aquela torcida delas pela gente, entendeu? Aí abraça, fala força, coragem... (Lírio)

...queriam que eu ficasse boa (...) para eu não desanimar. Preocupava (...) contando com a gente para não desanimar (...) tem gente que (...) não vai em frente. (Girassol)

Elas sempre estão ali, colocavam a gente para cima (...) “vamos acabar! E está acabando! Você já vai embora!” (Alecrim)

... tinha uma enfermeira (...) muito educada, a gente chegava, conversava, o cuidado dela foi todo especial! (...) Eu acho que é a parte humana, né, da pessoa (...) você chega e ser bem assistida, (...) a pessoa dá força, conversa (...) foi o... melhor! (Orquídea)

### **5.2.1 No hospital, a enfermagem acessa a veia sem machucar, o cuidado com o banho, a realização do curativo e a delicadeza no trato. Já em casa, a ajuda partiu da vizinha, irmã e amiga.**

Os cuidados técnicos realizado com delicadeza pela enfermagem são referidos como essenciais em um momento que a mulher salienta estar machucada emocionalmente.

Ao exemplificar situações que envolveram cuidados de enfermagem, apreende-se que as mulheres relatam principalmente na fase da cirurgia e da quimioterapia, o que corresponde à fase do tratamento. Não há inferências quanto à abordagem da Enfermagem no diagnóstico.

A competência da enfermagem na prática da punção venosa é percebida pelas mulheres que comentam sobre o carinho de não machucar, de introduzir a agulha de maneira correta e a rapidez em desempenhar a técnica. Relataram que, quando os profissionais não conseguiam acessar uma veia, eles as tratavam com tanto carinho que elas consideravam terem sido ajudadas.

São lembradas algumas situações que envolveram o cuidado, como “se tá com frio, jogam uma colchinha”; “se tá calor”; “se quer comer alguma coisa”; “se quer ir ao banheiro”, relatam que tudo isso é a enfermagem quem faz. Salientam a administração correta dos medicamentos que são prescritos na dose certa e ressaltam que, se por vezes há alguma reação, logo é explicado o motivo. Isso demonstra tranquilidade e confiança no trabalho desempenhado pelos profissionais.

Os cuidados técnicos (...) saber que ali está dando certo, o remédio que a médica passou é o que elas estão colocando (...) alguma reação elas já te explicam (...) acessar sua veia, vê a quantidade de medicação (...) se você tá com frio, te jogam uma colchinha (...) se tá com calor (...) quer comer alguma coisa (...) tomar uma água (...) deslocar para ir ao banheiro (...) a enfermagem que faz (...) essencial (...) o cuidado de acessar a veia, de não me machucar (...) a gente já está (...) muito machucada emocionalmente, né, então a delicadeza no trato... (Lírio)

A enfermagem (...) coloca na veia, né (...) com o maior carinho, sabe! Não machuca (...) e a hora que a gente (...) ia vomitar, elas paravam (...) tinham um carinho pra gente continuar o tratamento... (Alecrim)

...não fica furando a gente tanto tempo, sabe? (...) Acho que é tanto carinho que ela acha as veias (dá risada), né? (Rosa Branca)

Na quimioterapia, (...) não conseguia achar a veia (...) com aquele carinho, aquele amor (...) vai conversa, dá aquele carinho, aquele abraço, recebe a gente tão bem... (Rosa Vermelha)

... chegava, conversava (...) fazia (...) o pulsamento da veia, faziam direitinho, não ficavam ali tentando, para tudo qualquer lado (...) tinham competência ... (Orquídea)

... a aplicação para fazer a radio, eu não senti nada (...) pus Deus na frente (risos). (Rosa Branca)

Pensei que eu não ia aguentar, mas a menina achou minha veia e fui para casa bem (...) têm vezes que não consegui achar a veia, fica com tanto carinho (enfática), conversando com a gente (...) ajuda muito ... (Rosa Vermelha)

Percebe-se que as mulheres reconhecem a assistência oferecida pela enfermagem ao recordarem e detalharem situações que vivenciaram os cuidados, como o banho, o curativo, a administração e orientações sobre a medicação, as orientações quanto aos efeitos da quimioterapia e sua reversão após o término do tratamento.

Enfatizam o empenho dos profissionais em evitar contaminação, em suprimir a dor, oferecendo o remédio mais cedo e concluem dizendo o quanto foram bem cuidadas e apoiadas para continuar o tratamento.

Foi mais o banho que eu tive dessa vez, eu tive que ter ajuda técnica para toma banho, entendeu? ... (Azaleia)

...na hora que (...) levantei (...), eles seguraram para eu tomar banho, trocava, fazia (...) curativo (...) dava os (...) os cuidados todos! (Alecrim)

Reclama de uma dor (...) tá lá prescrito (...) vou te dar mais cedo (...) o remédio (...) para você não ficar sentindo dor. (Tulipa)

... tudo que ia fazer explicava (...) esse remédio é para isso (...) a gente fica muito (...) abalada com as coisa que acontece (...) as meninas aqui da quimioterapia ficavam (...) essa quimio vai acontecer isso (...) depois (...) tudo vai voltar ao normal, cabelo cai, a unha fica preta... (Rosa Amarela)

...elas fazem medicamento, me explica tudo direitinho, o que eu podia comer e o que eu não podia... (Violeta)

...o atendimento deles (...) de primeira! Tanto curativo (...) é de proteção mesmo! (...) de alguma bactéria, alguma coisa (...) proteção a eles também, né! (...) acho que eles são muito zelosos nessa parte... (Tulipa)

As entrevistadas falam sobre como foi enfrentar o momento da doença após a cirurgia em sua residência. Os cuidados com o banho e o curativo eram oferecidos por vizinhas, amigas e irmãs. Relatam as dificuldades no pós-operatório e como foram assistidas por pessoas mais próximas.

Algumas reconhecem apenas a enfermagem do hospital, outras sabem da existência dos enfermeiros na Atenção Primária, mas se referem à falta da assistência domiciliar e expressam a importância de esses profissionais estarem presentes, principalmente nas situações em que a mulher não tem ninguém para ajudá-la.

O cuidado na Atenção Primária é pouco referido, mas é valorizado pela mulher quando ele é efetivo e presente, principalmente na realização do curativo no pós-operatório.

... enfermagem é quando você entra pro hospital, né (...) fui para casa, a minha recuperação já foi em casa, e eu já voltava aqui para ver os pontos... (Orquídea)

... a minha vizinha também já passou por esse processo, então ela mesmo vinha (...) fazia higiene (...) aquele cachorrinho, né (...) a minha irmã também vinha e ajudava (...) seria bom que (...) dava mais força pra gente, né (fala de a enfermagem ir em sua casa) (...) para mim, eu não precisei porque eu fui ajudada. (Margarida)

...usei pouco (...) a enfermagem hospitalar (...) operei e fui para casa (...) minha irmã que (...) dava banho (...) não conseguia nem tomar banho. Tinha que segurar o (...) cachorrinho (...) o curativo ela também fazia (...) o contato foi mais aqui e na minha casa com minha irmã (...) a médica ensinou, explicou tudo como é que fazia, né, o curativo, e deu tudo certinho. (Tulipa)

...elas foram lá em casa (...) as enfermeiras! lá todo o dia tirar (...) se não infecciona, né (...) fez curativo e (...) limpava (...) conversava com a gente, comigo... (Alecrim)

Uma amiga minha que me ajudou muito lá em casa, mas ela começou a trabalhar e eu fiquei só (...) a enfermagem não estava lá não. Aqui eles são presentes desde quando eu vinha fazer a minha quimio (...) lá não! Ninguém apareceu lá, nem de posto... (Rosa Branca)

### **5.2.3 Tem gente que não é aquele perfil que esperava, não sabe tratar o paciente; outras conversam e brincam**

Ao significar o cuidado de enfermagem desde o diagnóstico de câncer de mama até o tratamento, algumas mulheres manifestam a insatisfação com o cuidado. Referem ausência dos profissionais em ajudá-las a desempenhar algumas atividades rotineiras após a realização da cirurgia, como se alimentar, já que o procedimento de mastectomia causa certa limitação dos movimentos. Segundo elas, os cuidados técnicos não são os que mais precisam melhorar, ressaltam a necessidade de mais carinho e afeto nas ações dos profissionais.

Expressam descontentamento com a Enfermagem da Atenção Primária. A morosidade em dar o resultado do exame de mamografia causou grande angústia e sofrimento em Girassol, que, durante o depoimento, demonstrou indignação ao relatar que não conseguiu entrar em contato com a enfermeira. Rosa Branca afirmou que, até mesmo, teve vontade de agredi-la, reclamando da demora do atendimento e do desamparo no momento em que mais precisou. O descaso em acolher e dar uma resposta à mulher fica explícito quando Girassol relata que a enfermeira já sabia seu diagnóstico.

Os cuidados de enfermagem as ajudaram porque não tinham outra escolha, o que mostra a dependência dessa assistência. Entretanto, ainda na Atenção Primária, outras declaram que a Enfermagem não as ajudou em nada e que o amparo veio apenas de Deus.

... na hora de alimentar (...) muitas vezes, eu tinha que fazer isso sozinha e eu com limitação de movimento e tudo (...) talvez mais carinho, mais afeto, nem tanto da parte técnica, né, mas a parte de afeto mesmo, de afetividade (...) os cuidados ajudaram porque eu dependia deles... (Lírio)

A enfermagem do posto não foi boa! (...) não tive... tratamento nenhum lá (...) Véspera de Natal (...) passei o Natal(...) não consegui falar com a enfermeira (...) aí vinha (...) na minha cabeça: coisa ruim! Vou ter que esperar passar tudo para poder ficar sabendo (...) eu ouvi, a enfermeira do posto falar assim: “ela já está...” baixinho. Não me falou nada... (Girassol)

A enfermagem ajudou assim... em nada! (...) ajuda foi de Deus mesmo (...) ninguém chegou perto de mim, falou nada (...) eu passei só, não vi ninguém comigo. (...) Às vezes, eu ia no posto, demorava (...) preferia pagar para fazer do que ter que esperar (...) a gente fica com uma vontade de até voar nelas (...) é Deus que segura... (risos) (Rosa Branca)

As mulheres destacam dois tipos de atendimento prestado pela Enfermagem. Referem aqueles casos em que os profissionais assumem uma postura de indiferença ao paciente, falam com deboche, tratam mal e se limitam a fazer procedimentos técnicos. Algumas discorrem negativamente sobre a prática da punção venosa em que muitos não conseguem acessar a veia ou é realizada de forma insistente e de qualquer maneira. Tulipa acredita que é preciso um determinado perfil para trabalhar no cuidado, caso contrário, os pacientes acabam por ser maltratados.

Apesar de conhecerem por outras pessoas casos como estes ou até vivências anteriores, explicitam que não foi assim no enfrentamento de sua doença, quando afirmam nada ter a dizer mal dos cuidados que lhes foram ofertados.

O outro tipo de atendimento referido é o que elas receberam. Consideram ter sido acolhidas e tratadas com carinho pela Enfermagem, que, além de executar as atividades técnicas, como puncionar uma veia direto, oportunizavam momentos de conversas e brincadeiras, além de se preocuparem com o estado de saúde delas.

Expressam que os cuidados recebidos no tratamento foram muito importantes e que tudo ocorreu perfeitamente.

Acreditam que, quando os profissionais fazem pouco caso da situação vivenciada pela pessoa, a doença pode evoluir ou até mesmo isso pode levar ao abandono do tratamento, já que compreendem esse momento como uma coisa que não é boa e não desejam a ninguém.

... assim... com ignorância, nunca me responderam em nada que me maltratasse! (...) porque tem enfermeira que passa para lá e para cá e não tá nem aí! (Rosa Branca)

...a enfermeira lá eu... adorei... porque tem muitas que tira, não pega a veia direito sabe. (Alecrim)

...têm enfermeiras que (...) chegou ali aplicou aquilo em você, te deixa ali, não atende mais, acabou (...) elas não, elas vão lá, conversam, brincam... puxam conversa com a gente, pergunta se está sentindo alguma coisa (...) Tem muita gente que reclama, fala que não...(Violeta)

Tem gente que não (...) é aquele perfil que esperava (...) não sabe tratar o paciente (...) eu não tenho nada a reclamar. Sempre fui muito bem atendida, ocorreu tudo perfeitamente... (Tulipa)

...se as pessoas não te tratam bem, que pega você, finca aqui, finca ali, e de qualquer maneira... não te ajuda em nada, mas aqui eu não tive nada a reclamar! Tudo foi muito bom! (Crisântemo)

...passa e não te dão confiança, por causa disso que eu não condeno! Fala com deboche, não liga para você, não conversa. Já não é (...) uma coisa boa (...) a gente chega, a pessoa não te dá uma confiança, não conversa... eu senti carinho... acolhida! (Margarida)

...chega aqui, é maltratado, as pessoas fazem pouco caso de você eu acho que a doença (...) tende a evoluir (...) pode até desistir de trata (...) é muito importante... tratamento que eles têm aqui. (Crisântemo)

...você chega em um lugar, é maltratado, mal recebido (...) você já está com seu problema (...) e ainda é maltratada? Você vai para o chão! ... (Orquídea)

#### **5.2.4 Fazem a coisa dar certo, proporcionando maior segurança, de tal maneira que, sem a enfermagem, o tratamento não seria feito**



O cuidado de enfermagem é percebido como essencial. O médico apenas prescreve, mas quem realmente faz as coisas acontecerem e está à frente do paciente é a enfermagem.

Esses profissionais são vistos como mais receptivos e com disponibilidade para oferecer um suporte emocional. Em contrapartida, é difícil encontrar um médico que proceda de forma semelhante. Expressam que as enfermeiras, ao conversarem com elas, atuam como psicólogos e isso ajuda muito.

Eu diria essencial (...) a médica só prescreve, está na mão de vocês fazerem a coisa dar certo (...) quem está à frente mesmo do paciente (...) difícil você ter um médico que chegue e abrace, que queira saber da sua vida (...) o seu lado emocional (...) você está ali querendo desabafar e as meninas da enfermagem (...) têm muito mais disponibilidade, do que o médico para desempenhar esse papel (...) são mais receptivas... (Lírio)

... além delas atenderem aqui como profissionais, elas ainda conversavam (...) tipo (...) uma psicóloga... (Rosa Amarela)

Algumas mulheres acreditam que, na ausência da Enfermagem, o tratamento não teria sido realizado e que o sucesso deste está relacionado com a assistência desses profissionais. Acreditam que os médicos não executariam as ações que são desempenhadas pela Enfermagem, uma vez que realizam os procedimentos ou as consultas e depois vão embora. Destacam que a Enfermagem está presente em todo momento e que é ela que observa, por exemplo, a presença de sangramento e a necessidade de troca de curativo.

Compreendem a Enfermagem como os anjos da guarda que as protegem. Referem que os enfermeiros atendem como se fossem médicos nos momentos em que é preciso uma assistência e estes profissionais estão ausentes e concluem dizendo que as duas profissões podem se igualar.

O papel da Enfermagem é percebido, em outros momentos, vinculado e subordinado às ordens do médico, e as mulheres acreditam que as atividades são executadas conforme a orientação desse profissional.

Cabe ressaltar que as depoentes utilizam a palavra “enfermeira”, mas, no contexto do diálogo, é apreensível que estas se referem a toda equipe de enfermagem, de tal maneira que englobam técnicos e enfermeiros.

...acredito que uns 60% do tratamento dar certo foi o cuidado de enfermagem. (Crisântemo)

...se não tivesse a Enfermagem, não teria feito (...) o tratamento. O médico não vinha fazer esse tipo de (risada)... a outra parte você tem que ir com a Enfermagem...(Orquídea)

... o médico não pode ficar com você (...) aí eu fiquei por conta de quem? Dos enfermeiros! (...) tem atenção, vê se está sangrando, se tem que fazer o curativo (...) são (...) os anjo da guarda (...) que protege a gente, tá presente (...) pode se igualar ao médico (...) o enfermeiro te atende como se fosse um médico! Porque o médico não está ali na hora! (Tulipa)

...o que as enfermeiras passam para mim é o que os médicos passam para elas (...) como se deve fazer, o que se deve comer (...) (Violeta)

O cuidado de enfermagem eu fui muito bem tratada! (...) podia ter tratado só em outro lugar e eu falei: não, não se mexe em time que está ganhando. Preferi ficar aqui e lá... (Girassol)

...um carinho (...) acho que já alivia tudo na vida da pessoa (...) a gente fica mais segura... (Azaléa)

A Enfermagem foi ótima! (...) o pessoal é tudo (...) a força deles me levantou... (Alecrim)

### **5.2.5 Aceitar a doença é difícil, assim nega o tratamento e esconde de outras pessoas, entretanto, não é uma sentença de morte**

Ao significar os cuidados de enfermagem, a mulher retorna ao momento do diagnóstico e expressa como enfrentou a doença. Reviver o dia em que foi diagnosticada com câncer de mama gera grande comoção, evidenciada por choro, falas incompletas e inquietudes. Algumas mulheres utilizam outros termos para denominar o câncer, como “o caroço”, “a doença” e “o nódulo”.

Aceitar a doença e conversar sobre o assunto foi difícil. Relatam que a reação foi de choro, negação do diagnóstico, desejo de retirar logo o “caroço”, distanciamento das pessoas e recusa em fazer o tratamento.

O fato de haver sido abandonada pelo companheiro após este saber da situação de saúde da mulher é referido por ela, que, muito emocionada, expressa o medo que isso causou, sentindo-se sozinha com um filho para cuidar.

No começo, foi doloroso aceitar, eu não queria que ninguém soubesse,(...) além da gente aceitar, a gente tem que ter fé em Deus... (chora). (Girassol)

... chorava à toa, (...) não queria atender telefone, não queria fala com ninguém. (Azaleia)

... na hora, é muito difícil a gente aceitar, parecia que abria um buraco (...) pior coisa na cabeça da gente (...) chorei muito, desabafei, não queria aceitar de jeito nenhum e não queria nem fazer o tratamento. (Rosa Vermelha)

... falei: "não, doutora, eu quero tirar esse caroço!" (...) fiquei apavorada, porque eu não tenho ninguém aqui! (...) Eu e meu filho, meu mari... (não completa marido), (...) ele me deixou (...) é uma coisa muito triste... (chora). (Alecrim)

Entretanto, outras referem que não se deixaram abater e não ficaram depressivas diante do diagnóstico. Percebem que não é uma sentença de morte e que o nervosismo só poderia piorar e acreditam que continuar a vida da mesma forma que antes da doença ajuda na recuperação. Ao se descobrirem sendo-com essa neoplasia, vislumbram que apenas Deus poderia fazer algo e que, sem a ajuda dele, não seria possível.

A forma direta e clara ao anunciar o diagnóstico foi elogiada, mesmo representando um choque de imediato. Em uma determinada situação, a mulher relembra sua emoção ao saber da notícia e a forma com que foi repreendida pela médica, que lhe disse que existiam muitos casos semelhantes ao dela e que ela ainda era nova e que a vida continuava.

Destaca-se também a insatisfação referente à conduta médica ao buscar o familiar para dar a notícia. A mulher afirma ter exigido ser a primeira a saber do seu estado de saúde, pois quem faria o tratamento seria ela. Sabe-se que receber a notícia é muito triste, pois descobrir-se com câncer de mama é um fato inesperado.

... ela foi muito clara comigo (...) eu fiquei... confiando em Deus(...) me matar eu não posso ... ficar mais nervosa ainda vai piorar (...) já que vou ter que passar pela cirurgia, então vamos lá! (Rosa Branca)

Mas eu fiquei bem (...) não fiquei depressiva, não fiquei nervosa, (...) fiquei do jeito que eu estou aqui agora com você. (Orquídea)

Não estava (...) sendo sentenciada à morte, é só uma doença, uma coisa que pode, pôde ser tratada a tempo (...) eu não deixei me abater (enfática)... fui continuando a minha vida do mesmo jeito quando (...) não tinha aparecido doença nenhuma. Com essa... atitude, ajudou a

recuperação (...) quando ele veio dar a notícia (...) foi querendo falar com parente meu (...) “não, o senhor fala comigo! Eu é que vou ter que fazer... o tratamento, é eu que estou passando por isso, eu que tenho que ficar sabendo de tudo!” (...) se não tiver Deus em primeiro lugar (...), você não consegue! (Violeta)

... a médica falou: “é nódulo, não desanime, não é só você que está passando por esse processo” (...) achei legal (...) seu problema é isso, é câncer, eu tenho que dar o diagnóstico (...) vou ter que tirar e tudo (...) eu levei aquele choque (...) deu vontade de chorar (olhos lacrimejam), (...) ela falou: “Não! Pode parar (dá risada)! (...) você ainda é nova (...) vamos seguir em frente! (...)” no início, fiquei muito triste (...) não estava esperando. (Margarida)

O câncer de mama é percebido como indiferente para aquela mulher que acabara de perder sua filha também com câncer e encontrava-se em um quadro de depressão. Os procedimentos dolorosos não lhe causavam medo. A vontade explicitada na fala desta é de que Deus também a tirasse dessa vida para junto de sua filha. É possível inferir, de acordo com seu relato, que a doença representava uma possibilidade para a morte, que, no momento, era o que ela desejava.

... não tinha medo da doença (...) tinha perdido a minha filha (...) eu estava anestesiada (...) não fez diferença esse câncer ou não. (...) Quando eu descobri (...), falei assim: “Quem sabe agora eu vou embora para junto dela?” Deus não quis! (Crisântemo)

## 5.2 Fio condutor da interpretação

A partir da análise compreensiva, emergiu a compreensão vaga e mediana do ser. Caminho nesse momento em direção à interpretação dos significados que foram apreendidos *a priori*. A partir da união do *caput* de cada Unidade de Significação, foi possível constituir um fio condutor com a elaboração do conceito de ser.

Para a mulher que vivenciou o câncer de mama, os cuidados de enfermagem significam **ser bem cuidada e bem tratada, com carinho, zelo, paciência, apoio e bom humor da enfermagem em um momento difícil; no hospital a enfermagem acessa a veia sem machucar, o cuidado com o banho, a realização do curativo e a delicadeza no trato. Já em casa, a ajuda partiu da vizinha, irmã e amiga; no entanto tem gente que não é aquele perfil que esperava, não sabe tratar o paciente, outras, conversam, brincam e puxam conversa; fazem a coisa dar certo, proporcionando maior segurança, de tal maneira que, sem a enfermagem, o**

**tratamento não seria feito; aceitar a doença é difícil, assim nega o tratamento e esconde de outras pessoas, entretanto, não é uma sentença de morte.**

Com a elaboração do fio condutor, busca-se a possibilidade de desvelar os sentidos do ser. É um movimento que parte da dimensão ôntica dos fatos para a dimensão ontológica, que é fenomenal.

Nesse momento, “à luz do conceito de ser e dos modos de explícito entendimento que lhe são próprios é que se poderá estabelecer o que significa um entendimento-do-ser obscurecido ou ainda não elucidado” (HEIDEGGER, 2012, p.43), é a clarificação das facetas do fenômeno.

### **5.3 Interpretação compreensiva-hermenêutica heideggeriana**

A partir dos significados manifestados sobre o cuidado de enfermagem pelo ser-mulher-que-enfrenta-o-câncer-de-mama, buscar-se-á elucidar alguns sentidos que estavam velados ou encobertos. Na busca de trazer à claridade e desvelar facetas desse fenômeno, o estudo fundado em Martin Heidegger, propôs, por meio do fio condutor da questão-do-ser, chegar às experiências originárias, em que se conquistaram as estruturas-do-ser do ente, emergindo a possibilidade de uma compreensão mais aprofundada da problemática ontológica (HEIDEGGER, 2012).

Fundado nessa assertiva, o desvelamento do sentido do cuidado de enfermagem ao ser-mulher dar-se-á segundo o modo-de-acesso desse ente, que se mostra a partir de si mesmo de diversos modos (HEIDEGGER, 2012).

O modo *ser-aí-com-a-equipe-de-enfermagem* é desvelado quando as depoentes revelam que são bem cuidadas e bem tratadas, com carinho, zelo, paciência, apoio e bom humor da enfermagem em um momento difícil. O mundo do ser-aí ou Dasein é mundo-com, de tal maneira que o ser-em é ser-com os outros. Os “outros” já são cada vez “aí”-com ao ser-no-mundo e

vêm ao encontro da conexão instrumental do-mundo-ambiente, os quais não são como que acrescentados pelo pensamento a algo que de pronto só subsistisse, mas essas “coisas” vêm-de-encontro a partir do mundo em que são utilizáveis para os outros (HEIDEGGER, 2012, p.342).

Heidegger refere-se aos “outros” não como todos que restam fora de um determinado ente, mas aqueles dos quais “a-gente mesma não se diferencia no mais das vezes e no meio dos quais a gente também está” (HEIDEGGER, 2012, p.343). O

homem está em constante relação e interação com aqueles que o cercam, mesmo que no modo deficiente, já que o ser-aí é essencialmente ser-com. Faz parte da constituição fundamental do ente ser-com ao ser-no-mundo, por isso o mundo é sempre compartilhado.

As mulheres sentem o carinho, o zelo e a preocupação, sendo assim, os profissionais de enfermagem mostram-se ser-aí-com durante o período do tratamento hospitalar, de maneira que sua presença é sempre co-presença em mundo-compartilhado.

Sabe-se que o ser-aí-com dos outros pode vir ao encontro do ente de diversas maneiras, ora ficando meramente por aí, no que se denomina como um modus-de-ser da *ocupação*, ora o outro vem-ao-encontro em seu ser-aí-com no mundo, conhecido como modus-de-ser da pré-ocupação (HEIDEGGER, 2012).

“Mesmo quando um determinado Dasein não se volta factualmente para outros, o que supõe que deles não necessita e os dispensa, ele está no modo do ser-com” (HEIDEGGER, 2012, p.355). Em um momento marcado por dificuldades, as mulheres sentem a presença dos profissionais de enfermagem, não apenas desempenhando as ações técnicas, características da *ocupação*, mas também as vislumbrando como seres-de-possibilidades, o que evidencia o modo da *pré-ocupação autêntico*.

Existe uma relação entre o ser-mulher e a equipe de enfermagem, que os aproximam através das conversas, dos sorrisos, do apoio e da presença. Para Heidegger (2012, p.359), ao “ser com os outros e no ser em relação aos outros reside, portanto, uma relação-de-ser de *Dasein a Dasein*”.

Assim, quando o ente se comporta como *ser-com*, “mas não tem o modo-de-ser do instrumento utilizável, é ele mesmo *Dasein*. Desse ente o *Dasein* não se *ocupa*, pois com ele se *pre-ocupa*” (HEIDEGGER, 2012, p.351).

Em um momento de encontro entre a mulher e o profissional, existe uma relação no interior-do-mundo de Dasein para Dasein, evidenciada pela disponibilidade da enfermagem em dar atenção, ser carinhosa, buscar soluções para diminuir o sofrimento humano e possibilitar a essa mulher lançada-no-mundo e na facticidade de ser-com-câncer de mama o enfrentamento da nova condição de saúde de forma autêntica como ser-de-possibilidades.

Ao ser-no-mundo o “ente pode se entender como preso em seu destino” (HEIDEGGER, 2012, p.177), dessa maneira, enfrentar o câncer de mama e os

cuidados de enfermagem não foi uma escolha ou opção, mas uma facticidade do ser-mulher que é sendo-no-mundo.

Estar doente não perpassa por uma escolha, mas o modo como o evento da doença será percebido e enfrentado caberá de forma individualizada ao ser-mulher, sendo os familiares e profissionais de enfermagem importantes para que ela supere e se compreenda como além daquilo que ela própria não se compreendia.

Enquanto presença na convivência cotidiana, a mulher não é um ser só, ela compartilha um mesmo mundo com os outros, como a equipe de enfermagem que com ela o coabitam, conhecido como mundo circundante. Neste, as situações vivenciadas pelo homem em seu relacionamento com as coisas, onde ele possa ser visto e tocado pelos outros é o mundo da convivência do *ser-aí* no cotidiano, também conhecido como mundo doméstico (HEIDEGGER, 2012).

A equipe de enfermagem, que constitui parte do mundo doméstico da mulher, é percebida como *ser-com* por manter-se como fonte de apoio, segurança e cuidado no transcorrer, principalmente, do tratamento. É com grande comoção que a importância desses profissionais é revelada pelo ser-mulher. Heidegger (2012, p. 190) ressalta que “somente num *ser-com* e para um *ser-com* é que o outro pode faltar”.

A inter-relação com os outros, profissionais de enfermagem, subsidia um melhor enfrentamento à mulher que está lançada na facticidade ao oferecer um cuidado *pré-ocupado*, que vai além do ato de desenvolver procedimentos técnicos que proporcionem o conforto físico e as necessidades básicas, mas envolve um *estar-com* comprometido com o desenvolvimento e recuperação do outro.

No entendimento de Heidegger (2012), as palavras nascem das significações e, ao falar, se tem como possibilidades o ouvir e o calar. Uma palavra de carinho, amor e de força da enfermagem e o ouvir no momento do tratamento é fundamental, inclusive quando as mulheres são ríspidas no modo de tratar os profissionais e, em contrapartida, recebem conforto e compreensão. Assim, cada palavra pronunciada ou não dita por esses é repleta de significações.

O ouvir alguém... é

existenciário ser-aberto do *Dasein* como ser-com para os outros. O ouvir constitui inclusive o estar-aberto primário e autêntico do *Dasein* para o seu poder-ser-mais-próprio, como um ouvir a voz do amigo que cada *Dasein* traz junto de si. O *Dasein* ouve porque entende (...). O ouvir uns aos outros, no qual o ser-com se forma, tem os modos possíveis do seguir, acompanhar (...) (HEIDEGGER, 2012, p.461).

Quando os profissionais de enfermagem se põem a ouvir expressamente o discurso do ser-mulher repleto de significações, entende-se o que é dito e, nesse momento, já estão junto-com. Cabe ressaltar que a enfermagem pode simplesmente ouvir e manter-se junto ao utilizável do interior-do-mundo, como ouvir barulho de carros e motocicletas ou escutar, quando o sujeito dá um salto para alcançar o mundo.

Nesse último caso, não apenas ouve, mas escuta junto às sensações de maneira a se envolver com o que é dito. É na relação de *ser-aí-com*, entre ambos, que se dá a possibilidade existenciária de discorrer, ouvir e escutar (HEIDEGGER, 2012).

Há situações em que as palavras são suprimidas: o *calar-se*. “Quem se cala, no discorrer-um-com-o-outro, pode “dar a entender”, isto é, formar o entendimento mais propriamente do que aquele a quem não faltam palavras” (HEIDEGGER, 2012, p.463). Assim, alguns momentos de cuidado com-o-outro requerem, às vezes, apenas o silêncio e a escuta, sendo a abstenção de palavras naquele instante uma atitude que mostra o entendimento da situação vivida e a necessidade de apenas *estar-com*.

As mulheres ressaltam a presença dos profissionais de enfermagem. Mesmo com a correria e a sobrecarga de trabalho, conseguem deixar um tempo que não é cronológico, mas fenomenológico para com-partilhar sua atenção. A imersão na ocupação com o instrumento utilizável do mundo-do-trabalho não impede os trabalhadores de se pré-ocuparem com as possibilidades das mulheres de quem cuidam.

Ao falar sobre o sentido dos cuidados de enfermagem, ao enfrentar o câncer de mama, o ser-mulher revela que, no hospital, a enfermagem realiza o procedimento de acessar uma veia com habilidade, sem machucá-la, assim como tem o cuidado com o banho, a realização do curativo e a delicadeza no trato. Já quando volta para casa, relatara que a ajuda partiu da vizinha, irmã e amiga. Realizar o tratamento envolve diversos procedimentos que são fundamentais para a cura, mas estes causam grande sofrimento físico, como a dor provocada pelas técnicas não invasivas, a mutilação da mama e os efeitos colaterais da medicação, além do abalo emocional diante do fato que está dado (*facticidade*).

Ressalta a preocupação dos profissionais em oferecer uma assistência cuidadosa, com delicadeza, ao tocar em seu corpo que já está “machucado” emocionalmente. As atividades desempenhadas transcendem as tarefas cotidianas da ocupação em puncionar uma veia, oferecer um banho, realizar a troca de um curativo e englobam uma relação na qual o profissional se comporta como *ser-com*, mas não tem



o modo-de-ser do instrumento utilizável. Desse ser-mulher não se ocupa, mas se pré-ocupa.

Evidencia-se um cuidado que vai além do ato técnico, que imprime um sentido ontológico ao agir além do que se pode perceber. Na perspectiva heideggeriana, o cuidar de forma positiva não é o mesmo que ter “piedade” ou “bondade”, mas é entender autenticamente o que é importante para o outro. A sensibilidade dos profissionais é desenvolvida quando eles se dispõem como ser-aí-com e interagem de forma autêntica com essa mulher e a ajudam a se ver como ser-de-possibilidades.

Com base no pensamento de Martin Heidegger (2012), o modo da preocupação-com-o-outro tem duas possibilidades extremas: a *solicitude substitutiva-dominadora* e a *solicitude antecipativa-liberatória*. Ao relatar como foi vivenciar o cuidado de enfermagem no hospital e no setor de quimioterapia (nível secundário), as mulheres desvelam a *solicitude antecipativa-liberatória*. Pressupõe uma pré-ocupação-com que não substitui-a-mulher, não lhe retira a pré-ocupação, mas a ajuda a obter *transparência* em sua preocupação e a se tornar livre para ela.

Os cuidados, no ambiente hospitalar, é assumido pelo profissional em decorrência das limitações físicas após o procedimento cirúrgico, a quimioterapia e as técnicas que são de competência da enfermagem como a punção venosa.

A dimensão técnica desempenhada é acompanhada por uma atitude de aproximação e consideração da existencialidade de cada ser-mulher naquele instante ao nutrir o sentimento de *solicitude* por ela, mesmo que isso aconteça de maneira inconsciente pelos profissionais. Heidegger afirma que “a partir de aquilo-de-que-se-ocupa e tendo disso o entendimento, a ocupação preocupada-com é entendida” (HEIDEGGER, 2012, p.357).

Busca-se apoiar a mulher para que ela se lance a novas possibilidades através de um empenho comum entre ambos. “Somente essa vinculação própria possibilita a correta relação com-o-que-está-em-causa deixando outro em liberdade para ser si mesmo” (HEIDEGGER, 2012, p.353). A *solicitude libertadora* orienta-se pelo respeito e pela indulgência da enfermagem na relação de convivência com o ser-mulher.

Como ser-aí lançada-no-ambiente-hospitalar, a mulher vislumbra um cuidado autêntico permeado pela paciência, carinho, sensibilidade e preocupação dos profissionais. Em contrapartida, ao estar lançada-no-sistema-de-saúde, constituído pela Atenção Primária, Secundária e Terciária, revela uma desatenção quanto às

necessidades físicas, emocionais e espirituais que constituem o ser-aí-mulher-com-câncer de mama.

Após a realização do procedimento cirúrgico e mesmo durante a quimioterapia e radioterapia, ao retirar-se do espaço hospitalar, a mulher refere ser cuidada não mais pelos profissionais da enfermagem, mas por aqueles que não estão envolvidos no sistema de saúde, pertencem ao seu *mundo doméstico*, os familiares e amigos. A não presença é sentida por algumas, que vislumbram a importância desses profissionais em todas as etapas vivenciadas e não apenas de forma restrita ao hospital.

A in-visibility da enfermagem emerge na fala do ser-mulher ao expressar o seu desconhecimento da presença dos profissionais em outros níveis de atenção e, quando os identifica, estes se tornam invisíveis enquanto *seres-de-cuidado*.

A ausência de uma articulação dos profissionais de enfermagem, que compõem a rede de assistência à saúde, para viabilizar um cuidado que vai além do técnico-biológico é desvelada pelo ser mulher. Para algumas, a presença da família e dos amigos, no pós-cirúrgico, em uma relação de ser-com-o-outro foi suficiente para a recuperação, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas. Desvelam a *solicitude substitutiva* dos entes queridos, pois ocupavam o lugar dela na pré-ocupação, ou seja, faziam por ela, velando sua possibilidade de cuidar-de-si-mesma.

Em outras circunstâncias, diante da dupla facticidade de estar-com-câncer de mama e ser pós-operada que *está-aí* se vê entregue à sua responsabilidade e à possibilidade que foi inteiramente lançada. Assim, o ser-mulher com suporte familiar e social deficiente experimenta a inexistência do cuidado desses profissionais.

Ao reviver o retorno ao lar, as mulheres se mostram no mundo das ocupações ao fazer referência à realização do curativo, do banho e da higiene. O ser ocupa-se em cumprir determinadas tarefas e o faz sem refletir. “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, 2012, p.352). O ser-mulher se mostra ocupada em realizar os cuidados para sua recuperação com a ajuda dos entes queridos.

O ser-mulher manifesta que, em seu cotidiano, há pessoas que não têm o perfil esperado, não sabem tratar o paciente; outras, conversam e brincam. Ao lembrar como foi vivenciar os cuidados de enfermagem, emergiu a figura do profissional desumanizado, tecnicista, imerso na ocupação deficiente das atividades rotineiras, que se distância de uma relação *ser-aí-com* de modo autêntico.

No mundo público em que esses profissionais se encontram, cada mulher é como todas as outras mulheres e localiza-se no espaço do “*agente*”, onde o lugar é de todos e de ninguém. Esse modo de a enfermagem *ser-com* no cotidiano dissolve por completo o *Dasein* próprio, no modo-de-ser “dos outros”, de tal maneira que os outros desaparecem mais e mais em suas singularidades e expressividade (HEIDEGGER, 2012).

Essa mulher não tem nome, pois é a soma de todas que enfrentam o câncer de mama. O profissional de enfermagem dominado pela *cotidianidade*, “um modo de ser da pré-sença, justamente e, sobretudo, quando a pré-sença se move numa cultura altamente desenvolvida e diferenciada” (HEIDEGGER, 2012, p.98), desvela um cuidado que se perde no modo de ser da *inautenticidade*.

O modo inautêntico como os profissionais cuidam do ser-mulher significa o desvio desses do seu projeto essencial em direção às ocupações do cotidiano como entes em seu caráter instrumental.

O olhar da enfermagem se direciona apenas para a dimensão física, volta-se para o ente no que ele “é” e não para o seu “ser”, assim a mulher “é” portadora de uma neoplasia mamária e não o ser-mulher-que-sendo enfrenta o câncer de mama e todas suas repercussões físicas e emocionais em seu momento de vida.

Lançados na *publicidade* são superficiais ao direcionar o seu olhar ao ser-mulher, insensível a qualquer diferença entre elas. “A publicidade tudo obscurece e dá o que é assim encoberto como o notório e acessível a qualquer um” (HEIDEGGER, 2012, p.367).

Os profissionais mostram-se no modo de ser da *impropriedade*, como um “assinalado-ser-no-mundo completamente tomado pelo mundo” (HEIDEGGER, 2012, p.493), em que se afasta de si em direção ao “lá” de um utilizável do ver-ao-redor (HEIDEGGER, 2012).

Lançados no cotidiano de normas e rotinas, extensa carga horária de trabalho e ocupação de várias funções do universo laboral, são impulsionados de maneira imprópria para um cuidado deficiente, restrito à dimensão biológica, “sem afeto”, “com deboche”, “com indiferença”, que os afastam de uma compreensão autêntica do ser-mulher-que-enfrenta-o-câncer-de-mama.

Sendo-com ela no modo deficiente, o movimento do cuidado como ato no sentido ôntico se manifesta na prática diária com todas as normas estabelecidas. No entanto o cuidado não ocupa um espaço de abertura para possibilidades.

O encontro não dá voz ao ser-mulher para expressar o que realmente necessita e qual o sentido do seu *ex-sistir* naquele momento de enfrentamento da doença e do tratamento. Assim, fica encoberta a singularidade de cada ser que é único em sua existência e a assistência de enfermagem prende-se ao cotidiano do impessoal a que está sujeito na maioria das vezes.

Na concepção de Heidegger, “só é possível encontrar um certo número de “sujeitos” quando os outros que vem-de-encontro de imediato no seu Dasein-com são meramente tratados como números”(HEIDEGGER, 2012, p.361). A mulher é apenas mais uma entre todas aquelas que são atendidas rotineiramente, os profissionais se atêm à realização de uma “punção venosa”, um “banho” e uma “medicação”.

A equipe de enfermagem se absorve no mundo comum da *ocupação* e se afasta de um cuidado autêntico, de tal maneira que o ser-mulher-com-câncer-de-mama não reconhece na co-presença desse uma co-existência de ajuda que o impulse para um *poder-ser* diante das possibilidades.

Em contrapartida, emergiu também a figura do profissional preocupado, carismático, delicado e envolvido com as questões que afligem o ser humano. Em uma relação de ser-aí-com-o-ser-mulher no modo autêntico, a enfermagem conduz o *ser* à abertura para o universo existencial. Atitudes acolhedoras e humanizadas se revelam no ato de tocar, escutar e tratar, o que retrata a sensibilidade e a *dis-posição em estar-com*.

A enfermagem cuida de uma pessoa que está vivenciando uma situação de sendo-doente o que afeta várias esferas do seu existir. Isso implica

compreendê-lo em suas subjetividades, captando o seu sentir-se próprio doente. Nesse sentido, cuidar desse homem não envolve apenas buscar e reunir dados para elucidar diagnósticos e propor terapêuticas, como o previsto pela lógica técnico-científica. Requer uma aproximação, um acolhimento que nos ajude a compreendê-los em suas facetas (BOEMER, 2011, p. 63).

Os profissionais de enfermagem desvelam um cuidado autêntico e assumem a possibilidade da preocupação no modo da *solicitude libertadora*, em que o ser-mulher decide seu próprio destino. Os profissionais, ao olharem o ser-mulher de modo compreensivo, auxiliam-no em suas dificuldades, dúvidas e ansiedades, mas não retiram sua responsabilidade final sobre si mesma.

Quando as depoentes revelam que os profissionais de enfermagem fazem a coisa dar certo, proporcionando maior segurança, de tal maneira que, sem a enfermagem, o tratamento não seria feito, elas se mostram no *falatório* ou *falação*.

No *falatório*, é possível tudo entender sem uma prévia apropriação da coisa, assim “não só dispensa da tarefa de um entendimento autêntico, mas desenvolve uma entendibilidade indiferente para a qual já nada está fechado (...) a coisa é assim porque *a-gente diz*” (HEIDEGGER, 2012, p.475).

Movidas no modo de ser próprio do cotidiano, elas repetem nas falas aquilo que todas dizem sobre a responsabilidade da enfermagem em fazer o tratamento dar certo, por estar presente em todo momento e executar procedimentos que não seriam desempenhados por outras categorias profissionais.

A falta de solo do *falatório* não o impede de ingressar no que é público, mas favorece o seu ingresso. “No domínio da publicidade, o ser-do-interpretado já decidiu inclusive sobre o modo fundamental como o Dasein se deixa afetar pelo mundo” (HEIDEGGER, 2012, p.477) ao ser-absorvido no ser-um-com-o-outro, assim decai no mundo.

Ao repetir o que todos dizem, o ser-mulher vive uma existência inautêntica de abertura que não lhe pertence como algo que ela possa dispor, alienando-se para sua principal missão que é de se tornar ela mesma (SALES, 2008).

A partir desse *falatório*, a mulher movimenta-se na *ambiguidade*. Nesse modo-de-ser-no-mundo, “o “outro” é de imediato “aquilo” a partir de que a-gente ouviu a respeito dele, do que discorrem sobre ele e do que dele se sabe” (HEIDEGGER, 2012, p.491).

No modo ambíguo, o ser-mulher pensa que tudo está entendido e apreendido sobre o papel da enfermagem, quando, no fundo, isso não ocorre, o que fica claro ao afirmar que o profissional de enfermagem faz aquilo que é mandado pelo médico, além de considerá-lo, em alguns momentos, igual a este e, em outros, compara-o a um psicólogo pelo fato de oferecer um cuidado que vai além dos procedimentos.

Ressalta-se que a *curiosidade*, como descrita por Heidegger, associa-se ao *falatório* para constituir a *ambiguidade*, no entanto, não se evidenciou como sentido deste ser-mulher.

Conduzida no *falatório* e *ambiguidade*, decai no “mundo” e na impropriedade, apresenta-se completamente tomada pelo “mundo” e pelo Dasein-com os outros em a-gente.

Aceitar a doença é difícil, assim nega o tratamento e esconde de outras pessoas, entretanto, considera que não é uma sentença de morte. Ao anunciar o diagnóstico, o médico trata a mulher com quem está falando como todas as outras que se encontram na mesma situação, volta-se para o ente e não para o ser. Afirma que o “hospital está cheio de casos semelhantes” e até mesmo coíbe a expressão de sentimentos pelo ser que se mostra ao receber a notícia do câncer de mama. A ocupação em revelar o resultado o faz pensar que a família é mais importante para a situação do que a própria mulher envolvida e cogita a possibilidade de conversar primeiro com algum familiar.

Com base na filosofia de Heidegger (2012), pode-se dizer que o cuidado substitutivo do médico retira a “preocupação” da mulher, ocupando o seu lugar na ocupação. É como retirar a outra do seu lugar, afastá-la para regressar posteriormente e receber como algo terminado e disponível, conduzindo o outro para dominação e dependência.

A dominação é evidenciada quando a mulher refere gostar da maneira como o profissional se posiciona ao declarar o diagnóstico. Lançada no cotidiano no modo de ser da *impropriedade* sente-se confortável em ser considerada como todas as outras pessoas que enfrentam a doença, de tal maneira que se entende a partir do “mundo” e do público.

Retira-se dela o projeto de “poder-ser seu-si-mesmo e a entrega à disposição de a-gente” (HEIDEGGER, 2012, p.539). Os médicos não admitem que a mulher apresente um movimento de assimilação e aceitação da doença, optam por condicioná-la a perceber como algo comum a outras pessoas, não levando em conta o significado individual e a representação para cada ser em suas singularidades. Dessa forma, é percebida como um ser-aí-com- todos no mundo.

O distanciamento do médico é uma fuga diante de si mesmo, é o decair do *Dasein* em a-gente e no “mundo” da ocupação (HEIDEGGER, 2012). Escolhe em ser-com a mulher de modo inautêntico ao não se envolver com as questões que afligem o ser. “Esse nivelamento das possibilidades-do-Dasein ao disponível de imediato no cotidiano efetua ao mesmo tempo um obscurecimento dos possíveis como tais” (HEIDEGGER, 2012, p.543).

Na facticidade de estar-com-câncer-de-mama, o ser-mulher desvela a dificuldade em aceitar, a recusa em realizar o tratamento e o seu distanciamento das pessoas significativas, de modo a se fechar para as possibilidades. O abandono pelo

companheiro ou até mesmo o medo de ser deixada contribui para a não aceitação da nova condição.

A doença apresenta-se desde uma ameaça à vida que um dia teve a finitude do ser-aí. Ao ter medo, o ser-mulher se-deixa-afetar e assim põe-em-liberdade o ameaçador. “Somente um ente para o qual seu ser está em jogo esse ser pode atemorizar-se” (HEIDEGGER, 2012, p.403).

No modo de ser da *impessoalidade*, o temor da doença e da morte fica evidente na expressão facial e no choro incontido ao relembrar o vivido. A mulher experimenta o *pavor*, que é algo conhecido, que se encontrava na proximidade e se abateu sobre o ser-no-mundo. A doença, as modalidades de tratamento e seus efeitos colaterais, como a queda de cabelos principalmente, são conhecidos da mulher, já ouviu falar. Ao se encontrar na *inautenticidade*, no modo de ser do impessoal próprio do cotidiano, ela não assume para si a possibilidade de estar-com-câncer-de-mama.

A morte como a *possibilidade* de toda a *im-possibilidade* nunca foi vivenciada pelo ser-mulher, mas se constituiu como experiência por meio da finitude do outro. Assim, após a descoberta da doença, a possibilidade de não mais poder-ser desvela outra modalidade do temor, o *horror*. O medo é de algo que não se conhece, “tem o caráter de algo puro e totalmente insólito” (HEIDEGGER, 2012, p.405).

De modo inautêntico, a mulher foge da condição de ser lançada no mundo para o seu fim, revelando a impropriedade-para-a-morte. Nesse modo de ser, Heidegger (2012, p.350) descreve que “isso apenas mostra que, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, a presença encobre para si mesma o ser-para-a-morte mais próprio em dele fugindo”.

O ser-mulher se horroriza com a possibilidade de morrer e deixar o filho e outros familiares, dessa forma, nega o tratamento com horror de morrer ou o busca na intenção de sobreviver. Assim, foge da condição de ser lançada no mundo para o seu fim, desvelando-se no escape decadente e cotidiano da morte e mostra-se como um *ser-para-a-morte* impróprio (HEIDEGGER, 2012).

A doença projeta-se como uma ameaça à vida e a mulher busca força em Deus para alcançar a cura e a reabilitação. Transfere a responsabilidade da sua recuperação para a divindade, desvelando impessoalidade e a de-cadência. Nesse momento, ela escapa quando a pre-sença exige uma decisão. No entanto há circunstâncias em que o ser-mulher se percebe como ser-de-possibilidades diante da facticidade de estar-com-

câncer-de-mama. Percebe que ainda existe vida e por isso precisa se projetar e aprender a viver nessa nova circunstância.

Ao significar como foi enfrentar o cuidado de enfermagem em um momento de descoberta da doença até seu tratamento, desvelou-se um movimento de ser-mulher-com-câncer-de-mama para ser-mulher-com-os-profissionais-de-enfermagem no enfrentamento do câncer de mama.



## VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido proporcionou a compreensão do cuidado de enfermagem na perspectiva da mulher que vivenciou o câncer de mama desde o diagnóstico até o tratamento, de maneira que as singularidades e a visão de mundo expressas em cada palavra dita ou sentimento não verbalizado evidenciam como o cuidado foi se configurando ao longo da rede assistencial e como foi vivido por essas mulheres.

O simples ato de tocar o outro, saber ouvir e oferecer uma palavra de conforto determina um bem-estar para a mulher que enfrenta uma situação não esperada. O caminho que os profissionais de enfermagem percorrem, na maioria das vezes, no cuidado à mulher com câncer de mama vai além do conhecimento técnico e científico, incorpora também a empatia, escuta, paciência e zelo.

Desvela-se um cuidado autêntico, em que o profissional, através da interação interpessoal, auxilia no direcionamento de uma adaptação positiva ao novo contexto existencial. Por meio da prática diária, com a realização de procedimentos comuns na área da enfermagem, balizam suas ações centradas na pessoa doente. Compreendem que o ser humano necessita de um cuidado além do corpo físico, que contemple as várias dimensões que o constitui.

Revelou-se que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem é fundamental para superar esse momento. O bom humor, a presença constante, a torcida e o carinho colaboram para que o tratamento seja concluído. Nota-se que a enfermagem é visível e valorizada não apenas pela execução de tarefas, mas por oferecer uma assistência que vê o outro como um ser que possui sentimentos, que pensa e que tem possibilidades de escolha.

Em contrapartida, emerge um cuidado que privilegia o aspecto biológico, incorporando técnicas e procedimentos sem perscrutar as reais necessidades da mulher. A maneira grosseira ao cuidar do outro é revelada, tanto no desempenho de tarefas, como na maneira de se expressar. Destaca-se ainda que a principal necessidade de mudança se prende à forma de tratar as pessoas, considerando sua história de vida e o significado que elas atribuem ao fato de estarem com uma doença inesperada.

Percebe-se que a referência que a mulher faz ao cuidado de enfermagem diz respeito somente à atenção secundária e à terciária. A invisibilidade daqueles que atuam na atenção primária é nítida quando a mulher relata desconhecer esse tipo de assistência ou, se conhece, revela a falta de amparo e subsídios desde o diagnóstico até o tratamento.

Embora as políticas de saúde preconizem uma atenção integral nos três níveis de atenção, o que se percebe é uma desarticulação entre estes, de forma que a mulher enfrenta todo o processo de adoecimento e cura de maneira fragmentada e desarticulada. Quando surge o momento de retorno ao seu lar, depara-se com as transformações provocadas pela doença e a falta de amparo dos profissionais para auxiliá-la no seu cuidado. Alguns familiares se disponibilizam em ajudar no desenvolvimento de algumas tarefas, mas compreende-se que a presença destes nem sempre é possível para todas, seja pela distância que os separa ou até mesmo pela ausência de parentes.

Nota-se a ausência de uma ponte entre os outros níveis de atenção e a Atenção Primária. Ao retornar a vida cotidiana essa mulher não encontra o amparo dos profissionais de saúde, dentre eles o da enfermagem de modo que se perde na rede assistencial e torna-se invisível na fase de reabilitação.

O sistema de referência e contrarreferência é organizado de maneira a ocupar-se do ente e não do ser, já que o enfoque é a doença e não as singularidades que envolvem a mulher, funcionando assim de modo deficiente. Evidencia-se a necessidade de apontar as possibilidades assistências fundamentadas no olhar profissional direcionado ao outro não como ente, mas como *ser*.

A mulher em seu movimento existencial revela-se no *fatalório* e na *ambiguidade*. Compreende-se que o papel da enfermagem ainda não está claro entre as mulheres. O apoio psicológico é visto como uma tarefa a ser executada por psicólogos, assim como acreditam que os profissionais de enfermagem realizam atividades conforme o médico estabelece e que, em alguns momentos, podem se igualar a este.

A enfermagem, que detêm uma ciência própria, ainda não é percebida na sociedade, sendo sua atuação vista como restrita à ciência médica, vinculada e subordinada às ordens do médico. Por questões culturais, políticas e sociais, essa associação entre medicina e enfermagem é ainda muito enraizada em nossa cultura. Acredita-se que a aplicação das Teorias de Enfermagem e a Sistematização da

Assistência de Enfermagem, sendo incorporadas paulatinamente em sua prática laboral, possam oferecer autonomia e reconhecimento da profissão.

Revela-se a impropriedade-para-a-morte, o *pavor* e o *horror* com o diagnóstico da doença e a possibilidade da morte. Algumas não aceitam o diagnóstico, outras enfrentam a nova condição, mas temem a morte. A morte é encarada como uma possibilidade que causa horror. As mulheres atribuem à divindade a responsabilidade por sua cura, não se posicionando como o elemento fundamental nesse processo.

A utilização da fenomenologia heideggeriana permitiu emergir sentidos que estavam velados por estudos que se preocupam com os dados quantitativos da problemática do câncer de mama, mas que não buscam compreender a questão existencial que envolve o ser mulher.

No campo do ensino, novas discussões precisam ser efetivadas quanto à necessidade de humanizar e sensibilizar os futuros enfermeiros, que, durante o processo laboral, abarcarão situações nas quais precisarão ir além dos cuidados técnicos aprendidos na graduação. Devem repensar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua efetivação nos serviços de saúde, como a longitudinalidade e integralidade da saúde que ainda apresentam-se ineficazes na atenção oncológica.

Novos estudos precisam ser desenvolvidos no sentido de perscrutar como o sistema de saúde vem se consolidando em outras regiões do país, no que se refere à assistência à mulher com câncer de mama, desde o diagnóstico até o tratamento, ao longo dos três níveis de atenção. Poucas pesquisas abordaram essa problemática, principalmente no que tange ao funcionamento e articulação da rede assistencial na oncologia.

A partir dos sentidos desvelados no estudo, acredito que a enfermagem oncológica na Atenção Secundária e Terciária se movimenta em direção a um cuidado libertador, que considera a dimensão existencial do ser e não restringe as ações que compreendem a tecnologia dura. Tem um olhar sensível ao momento que a mulher vivencia e mostra seu potencial em auxiliá-la a se abrir para as possibilidades de sua existência.

Acredita-se que pensar apenas na tecnologia dura que traz inovações importantíssimas para ciência e auxilia no prolongamento da vida é muito pouco, pois o ser-mulher necessita de algo que vai além da técnica e dos procedimentos, um olhar, apoio, atenção, zelo, carinho e ser percebida não como uma pessoa que tem câncer de mama, mas como um ser de possibilidades.

## VII REFERÊNCIAS

ALVES, P.C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.44, n.4, p. 989-995, dez. 2010.

AMBRÓSIO, D.C.M.; SANTOS, M.A. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 475-484, dez. 2011.

ANDRADE, G.N.; PANZA, A.R.; VARGENS, O.M.C. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2011.

ARAÚJO, I.M.A.; FERNANDES, A.F.C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, out./dez. 2008.

ARAÚJO, V. S. et al. Conhecimento das mulheres sobre o autoexame de mamas na atenção básica. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 27-34, 2010.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

BOEMER, M.R. **A fenomenologia do cuidar- uma perspectiva de enfermagem**. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá, 2011. p.61-66.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Lei Orgânica da Saúde (SUS), **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Lei Orgânica da Saúde (SUS), **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 5 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. 24p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2004. 36p. Disponível: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n. 2439/GM** de 8 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf)>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Mamografia: da prática ao controle**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2007. 109p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade\\_mamografia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_mamografia.pdf)>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. e amp. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2008. 488 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_enfermagem\\_controle\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf)>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2009. 16 p. (Sumário Executivo). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario\\_executivo\\_politicas\\_acoes\\_prevencao\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario_executivo_politicas_acoes_prevencao_cancer.pdf)>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2011. 15p. Disponível: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc\\_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee)>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. rev e atual. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012a. 129p. Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf)>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012b. 52p.: il. Disponível: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/94510f804eb684b48b339bf11fae00ee/Balan%C3%A7o+Recomenda%C3%A7%C3%B5es+C%C3%A2ncer+de+Mama+2012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=94510f804eb684b48b339bf11fae00ee>>. Acesso: 20 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2014.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E.O. Acompanhando mulheres que enfrentam a quimioterapia para o câncer de mama: uma compreensão das singularidades. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 261-272, ago. 2002.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. 93p.

CARVALHO, M.V.B.; MERIGHI, M.A.B. O significado do cuidar no processo de morrer na voz das mulheres. **Revista Bioética**, Brasília, v.16, n. 2, p. 259 –272, 2008.

COSTA, W.B. et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p. 31-37, 2012.

DANTAS, V.M. O papel da linguagem no pensamento de Heidegger. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v.4, n.2, p.16-26, ago./dez. 2011.

DE VITA, V.T.; LAWRENCE, T.S.; ROSENBERG, A.S. **Cancer: Principles & practice of Oncology**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008. 427p.

FABBRO, M.R.C.; MONTRONE, A.V.G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, v.16, n.4, p.532-537, out./dez. 2008.

FARIA, S.L.; LEME, L.H.S.; GOMES, J.C.N. Seguimento pós-tratamento de pacientes com câncer da mama: quando e como orientar? **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.9, n.1, p. 32-37, jan./abr. 2000.

FERREIRA, C.B. **Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FERREIRA, S.M.A.; PANOBIANCO, M.S.; GOZZO, T.O.; ALMEIDA, A.M. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. **Texto & Contexto- Enfermagem**, Santa Catarina, v. 22, n. 3, p. 835-842, jul./set. 2013.

FRANÇA, K.M.A.; RIBEIRO, G.M.F. A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 1-5, jan./dez. 2006.

HEIDEGGER, M. **Meu Caminho na Fenomenologia**. LusoSofia: press: Covilhã, 2009. 13p.

\_\_\_\_\_. **Ser e Tempo**. Tradução de Fausto Castilho. Campinas (SP): Unicamp; Petrópolis (RJ): Vozes, 2012. 1199p.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. Rio de Janeiro (RJ): EAD/Ensp, 2009, p.125-151. Disponível: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_484701327.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf)>. Acesso: 2 set. 2012.

LAFaurie, M.M. et al. Mujeres em tratamiento de cáncer, acogidas por un albergue de apoyo: circunstancias y perspectivas de cuidado de enfermería. **Revista Colombiana de Enfermería**, Bogotá, v.4, n.4, out./dez. 2009.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005. 110p.

MIRANDA, C.L.M. **O sentido do ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal: possibilidades assistenciais de e para a enfermagem**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2011).

MELO, M.C.S.C. **Mulheres em risco familiar para o câncer de mama: uma hermenêutica da prevenção secundária**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2009).

MELO, M.C.S.C.; SOUZA, I.E.O. Ambiguidade – modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 41- 48, jan./mar. 2012.

MENDES, A.B.P.; LINDOLPHO, M.C.; LEITE, A.P. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. **Enfermería Global**, Murcia, v.11, n.2, p.427-437, abr. 2012.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80p.

MINEO, F.L.V.; MATOS, L.F.B.; LIMA, S.S.; DELUQUE, A.L.; FERRARI, R. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n.2, p.366-388. 2013.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 297-300, ago. 2006.

- MOURA, F.M.J.S.P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 477-484, jul./set. 2010.
- OLIVEIRA, E.X.G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, fev. 2011.
- OLIVEIRA, G.F.; RIBEIRO, S.T.M. Sentimento da mulher após diagnóstico de câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. **VOOS Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, Guarapuava, v. 3, n.2, p. 68-81, dez. 2011.
- OLIVEIRA, M.F.V.; CARRARO, T.E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.2, p. 376-380, mar./abr. 2011.
- OLIVEIRA, V.M.; ALDRIGHI, J.M., RINALDI, J.F. Quimioprevenção do câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n.6, p.453-459, nov./dez. 2006.
- PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O. A ocupação da mulher com HIV/AIDS: o cotidiano diante da (im) possibilidade de amamentar. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 241-246, 2006.
- PAULA, C.C. et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.6, p. 984-989, 2012.
- PEIXOTO, A.J. **A fenomenologia, a refundação da filosofia e das ciências**: uma perspectiva do cuidar. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá, 2011. p. 49-59.
- RODRIGUES, M.V.C. **Desvelando o sentido do cuidado de enfermagem: vivências do ser com o câncer**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- SALES, C.A. O Ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.563-568, out./dez. 2008.
- SALIMENA, A.M.O. et al. Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.3, p. 331-340, 2010.
- SILVA, G.; SANTOS, M.A. “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto & Contexto- Enfermagem**, Santa Catarina, v.17, n.3, p.561-568, jul./set. 2008.



SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. **Fenomenologia**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254- 257, mar./abr. 2008.

SILVA, L.C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, S.S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R.M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 73-89, dez. 2008.

SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R. O vivenciar a situação de ser

com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v.15, n.4, p. 605-611, jul./ago. 2007.

SOARES, S.G.S.C.; ALBUQUERQUE, J.O. Intervention nurses in chemotherapy in women with breast cancer. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, Teresina, v. 2, n. 4, p. 58-65, out./nov. 2013.

SOUZA, A.M.F. **Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)- Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2007.

TAVARES, J.S.C.; TRAD, L.A.B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 395-408, abr./jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl.1, p. 1349-1358, 2010.

TOURINHO, C.D.C. **A consciência e o mundo: uma incursão pela fenomenologia transcendental de Edmund Husserl**. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá, 2011. p. 49-59.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO, 2002. 216p.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa sob o título **“O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: DESVELANDO PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS”** que está sendo desenvolvida por mim, Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, enfermeira, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena. Esta pesquisa tem o objetivo de desvelar o vivido das mulheres sobre o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, desde o diagnóstico até o tratamento, com a finalidade de aperfeiçoar o Cuidar em Enfermagem às mulheres com câncer de mama e conscientizar os profissionais da sua importância no processo de saúde /doença em todos os níveis de atenção à saúde.

Como procedimentos de seu desenvolvimento serão realizadas entrevistas gravadas em Mp4 com as mulheres, sendo suas informações transcritas, sistematizadas, analisadas e divulgadas em eventos e ou periódicos de natureza exclusivamente científica, ficando as gravações e transcrições sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos e, após este prazo, serão destruídas. A Sra. deve estar ciente de que: não terá nenhum custo financeiro, não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovados, será indenizada pela pesquisadora responsável. Sua participação é livre e voluntária, podendo participar ou recusar-se a participar, terá esclarecimentos sobre os aspectos que desejar, permitindo-se a retirada de seu consentimento ou sua interrupção a qualquer momento, o que não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela instituição ou pela pesquisadora. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, não sendo disponibilizada em publicações ou eventos resultantes desta pesquisa, e qualquer material a seu respeito só será liberado com sua expressa autorização, ficando os resultados da pesquisa à sua disposição quando esta for finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a sra., que deverá guardá-la.

Eu \_\_\_\_\_ portadora do documento de Identidade: \_\_\_\_\_ fui informada do objetivo da pesquisa: **“O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: DESVELANDO PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS”** 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 cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:  
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus  
Universitário da UFJF: Juiz de fora (MG) - cep: 36036-900 - Fone: (32) 2102-3788 / e-mail:  
[cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br).

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva  
Endereço: Rua Ubá, 153/202 – Democrata, Juiz de Fora-MG cep: 36035-260  
Fone: (32) 9997-9378.

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nome de uma flor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### Questões Norteadoras

Como foi para você o cuidado de enfermagem durante todo o percurso, desde que você descobriu uma alteração na mama, as consultas, os exames, o tratamento, até o dia de hoje?

Quais os cuidados de enfermagem mais a ajudaram durante todo o processo de sua doença?

Qual o significado do cuidado de enfermagem ao longo do processo da doença?

**APÊNDICE C**  
**NOTA DE ESCLARECIMENTO**

O título e o objetivo do projeto inicial encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e o que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Autorização para Realização da Pesquisa foram reelaborados pelas pesquisadoras, com a finalidade de refletir melhor o conteúdo do estudo.

## Anexo I

## AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo Sr. João Paulo Vieira  
Diretor Clínico do Hospital Associação Feminina de Combate ao Câncer (ASCOMCER) de Juiz de Fora, MG.

Solicito de Vossa senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa: "O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: DESVELAMENTO DE PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS" que será desenvolvida por mim, Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, enfermeira mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena.

O objetivo deste estudo é: Conhecer a percepção das mulheres sobre o cuidado prestado pelos Enfermeiros, desde o diagnóstico até o tratamento, ao longo dos três níveis de atenção à saúde. Inicialmente serão identificadas as mulheres em tratamento hormonal por um período de 5 anos e posteriormente serão contatadas e então convidadas a serem depoentes no estudo, sendo abordadas em entrevistas abertas nas dependências do referido hospital no retorno de rotina.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

*APCPaiva*

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva  
Enfermeira mestranda

*Anna Maria de Oliveira Salimena*

Prof. Dr<sup>a</sup> Orientadora Anna Maria de Oliveira Salimena

Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena  
COORDENADORA PPG - ENF/UFJF  
1147652

## AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa e que esta Unidade possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.

Dr. João Paulo Vieira  
DIRETOR CLÍNICO  
HOSPITAL ASCOMCER  
CRM 26177/5  
CPF 544.256.298-04

Diretor clínico do ASCOMCER

Juiz de Fora, 07/11/12



## Anexo II

## AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA – CHEFIA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ilma.Sra. Enfermeira Adriana Moreira C. Barcelos  
Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Maria José Baeta Reis – Associação Feminina de  
Prevenção e Combate ao Câncer – ASCOMCER.

Venho solicitar à Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa provisoriamente intitulada: **“O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: DESVELAMENTO DE PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS”** que está sendo desenvolvida por mim, Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, enfermeira mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena.

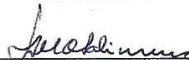
O objetivo deste estudo é: Conhecer a percepção das mulheres sobre o cuidado prestado pelos Enfermeiros, desde o diagnóstico até o tratamento, ao longo dos três níveis de atenção à saúde. Inicialmente serão identificadas as mulheres em tratamento hormonal por um período de 5 anos e posteriormente serão contatadas e então convidadas a serem depoentes no estudo, sendo abordadas em entrevistas abertas nas dependências do referido hospital no retorno de rotina.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.



Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva  
Enfermeira mestranda



Prof. Dr<sup>a</sup> Orientadora Anna Maria de Oliveira Salimena

## AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, e autorizo a realização da coleta de dados.



Adriana Moreira C. Barcelos

Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Maria José Baeta Reis – Associação Feminina de  
Prevenção e Combate ao Câncer – ASCOMCER

Juiz de Fora, 07/11/12

### Anexo III- Declaração de Infraestrutura



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

#### DECLARAÇÃO

A Diretora da Faculdade de Enfermagem/UFJF, autoriza a pesquisadora Prof. Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena e a mestranda Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, a realizar a pesquisa intitulada: "O cuidado de enfermagem às mulheres com câncer de mama: desvelamento de percepções e sentimentos".  
DECLARO que essa instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 18 de dezembro de 2012

Assinatura manuscrita em azul da Prof. Dra. Denise B. de Castro Friedrich.

Prof<sup>a</sup>. Dra. Denise B. de Castro Friedrich  
VICE-DIRETORA DA FACULDADE  
DE ENFERMAGEM/UFJF

**Anexo IV- Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA:  
DESVELAMENTO DE PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS

**Pesquisador:** Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10924312.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 183.405

**Data da Relatoria:** 24/01/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto está bem estruturado. O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico. Os objetos de estudo estão claros e bem delineados. A revisão da literatura é atual.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetos de estudo estão claros e bem delineados. A revisão da literatura é atual.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta apresentada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de risco mínimo. Foram citados os benefícios que a pesquisa trará. Informa que o pesquisador se responsabilizará por possíveis danos que possam ser gerados aos sujeitos, pela participação na pesquisa.

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

Projeto de pesquisa bem estruturado, apresentou boa problematização referente a questão central da pesquisa. Metodologia adequada. Referencial atualizado e pertinente à temática estudada. A pesquisa trará contribuições para os conhecimentos teóricos e práticos referentes ao cuidar em enfermagem

**Recomendações:**

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



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

As solicitações foram atendidas

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 08 de Janeiro de 2013

---

Assinador por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

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