

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira**

**Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do  
câncer de mama**

**Juiz de Fora**  
**2018**

**Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira**

**Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do  
câncer de mama**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Co-orientador: Dr. Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

**Juiz de Fora**

**2018**

**Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira**

**Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do  
câncer de mama**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em (dia) de (mês) de (ano)

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Professor Dr. Lélío Moura Lourenço  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Rudnick  
Centro Universitário da Serra Gaúcha

Dedico este trabalho ao meu avô Manoel,  
meu grande exemplo de resiliência!

*“Quando a situação for boa, desfrute-a. Quando a situação for ruim, transforme-a. Quando a situação não pode ser transformada, transforme-se”*

Viktor Frankl

## RESUMO

No pós-tratamento do câncer de mama compreendido como o término da quimioterapia e/ou radioterapia e a intervenção cirúrgica, as mulheres ainda lidam com diversos estressores que podem repercutir fortemente em sua saúde mental. Dessa forma, considerando-se que as mulheres adotam estratégias de enfrentamento (*coping*) para lidar com tais estressores, o presente estudo tem como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes e sua relação com o nível de resiliência e otimismo - aspectos que são considerados saudáveis para o desenvolvimento humano. Para isso, a pesquisa tem uma abordagem quantitativa e qualitativa e, adotou-se uma entrevista para compreender as repercussões negativas e positivas do câncer de mama para a vida atual da mulher, a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young, a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e o Revised Life Orientation Test (LOT-R) de Scheier, Carver e Bridges, este último como escopo para a avaliação do otimismo. A amostra foi constituída por 50 mulheres que estavam no pós-tratamento do câncer, com idade entre 32 a 75 anos de idade (M= 54, 52; DP= 8, 75) e, como resultado, constatamos que não houve associação significativa entre as estratégias de enfrentamento utilizadas com o nível de resiliência e otimismo ( $p < 0, 05\%$ ). Verificamos que a única associação significativa foi entre as variáveis resiliência e otimismo. Apesar de não haver relação significativa entre as variáveis resiliência, estratégias de enfrentamento e otimismo, é possível constatar que a maioria das mulheres pesquisadas utilizou a estratégia de enfrentamento focada no problema (60%), apresentando um moderado índice de resiliência (58%) e um alto índice de otimismo (60%), aspectos que podem estar associados a um bom ajustamento. No mais, constatamos que apesar das mulheres terem relatado consequências negativas relacionadas ao câncer de mama, como por exemplo, dores, prejuízos na vida laboral, medo da recidiva e mudanças nos relacionamentos interpessoais, a maioria apontou

efeitos positivos advindos da doença, tais como desenvolvimento de forças pessoais, melhor apreciação da vida e melhoria nas relações interpessoais. Os resultados do presente estudo reforçam a importância de pesquisas que visem compreender o momento do pós-tratamento contra o câncer de mama, como também, estudos que busquem compreender a relação entre variáveis psicológicas capazes de favorecer o ajustamento das mulheres que terminaram o tratamento inicial para o câncer de mama.

**Palavras-chave:** Pós-tratamento do câncer de mama. Estratégias de enfrentamento. Resiliência. Otimismo.

## ABSTRACT

In the breast cancer post-treatment, understood as the end of chemotherapy and/or radiotherapy, and surgical intervention, women still deal with diverse stressors which might strongly reverberate in their mental health. Thus, taking into consideration that women adopt coping strategies to manage such stressors, the present study aims at identifying the coping strategies used by patients and their relation with the level of resilience and optimism – aspects which are considered healthy for human development. For this purpose, the current research has both a quantitative and a qualitative approach, and an interview was taken in order to understand the negative and positive repercussions of breast cancer for the contemporary life of women, the Resilience Scale developed by Wagnild and Young, the Ways of Coping Scale (WOCS) and the Revised Life Orientation Test (LOT-R) by Scheier, Carver and Bridges, the latter as the scope for optimism evaluation. The sample was made up with 50 women who were in the post-treatment cancer, with the age varying from 32 to 75 ( $M=54,53$ ;  $SD=8,75$ ) and, as a result, it was verified that there was no meaningful association between the coping strategies used with the level of resilience and optimism ( $p<0,05\%$ ). We noticed that the only significant association was between the resilience and optimism variables. Despite the absence of expressive correspondence among the resilience variables, coping strategies and optimism, it is possible to see that most women who participated in the research took advantage of coping strategy focused on the problem (60%), showing a moderate resilience level (58%) and a high level of optimism (60%), aspects which might be connected to a good adjustment. In addition, we observed that in spite of having reported negative consequences related to breast cancer as, for example, pain, loss in the working life, fear of relapse and changes in personal relationships, most women mentioned positive effects that came from the disease such as the development of personal strength, better appreciation



of life and improvement in personal relationships. The results of the current study reinforce the importance of research which aims at understanding the moment of breast cancer post-treatment, as well as the studies which try to understand the bond among psychological variables capable of favoring the adjustment of women who have finished the initial treatment for breast cancer.

**Key words** – Breast cancer post-treatment. Strategies for coping. Resilience. Optimism.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Processo de <i>data mining</i> evidenciando ao nível de $p < 0, 05$ as relações entre grau de resiliência, grau de otimismo e principal estratégia de enfrentamento.....	77
<b>Quadro 1</b> – Relação entre grau de otimismo e de resiliência através do método Qui - Quadrado múltiplo em <i>Dual Scaling</i> para $p < 0, 05$ .....	78
<b>Quadro 2</b> – Relação entre o grau de resiliência e a principal estratégia de enfrentamento através do método Qui - Quadrado múltiplo em <i>Dual Scaling</i> para $p < 0, 05$ .....	78
<b>Quadro 3</b> – Relação entre o grau de otimismo e principal estratégia de enfrentamento através do método Qui - Quadrado múltiplo em <i>Dual Scaling</i> para $p < 0, 05$ .....	79

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Classificação das forças pessoais.....	27
<b>Tabela 2</b> – Dados sociodemográficos das participantes.....	66
<b>Tabela 3</b> – Dados clínicos das participantes.....	67
<b>Tabela 4</b> – Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo dos itens do Fator 1 - Enfrentamento focado no problema.....	71
<b>Tabela 5</b> – Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do Fator 3 - Práticas religiosas/ Pensamento fantasioso.....	72
<b>Tabela 6</b> – Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do Fator 4 - Busca de suporte social.....	73
<b>Tabela 7</b> – Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do Fator 2 - Enfrentamento focado na emoção.....	73
<b>Tabela 8</b> – Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo dos itens da Escala de Resiliência.....	74
<b>Tabela 9</b> – Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do LOT-R.....	76
<b>Tabela 10</b> – Consequências negativas do câncer de mama para a vida atual da mulher.....	80
<b>Tabela 11</b> – Consequências positivas do câncer de mama para a vida atual da mulher.....	84
<b>Tabela 12</b> – Estratégias de enfrentamento utilizadas no momento do pós-tratamento do câncer de mama.....	88
<b>Tabela 13</b> – Forças pessoais exercidas pelas participantes.....	89

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA – Associação de Psicologia Americana

ASCOMCER - Associação Feminina da Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora

ASCO - American Society of Clinical Oncology

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CPA - Centro de Psicologia Aplicada

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CID – Código Internacional de Doenças

DSM - Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EMEP- Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

INCA - Instituto Nacional do Câncer

LOT-R - Revised Life Orientation Test

MS – Ministério da Saúde

NCI - National Cancer Institute

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>EPIGRAFE.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>xii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
2.1 O PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	19
2.1.1 O tratamento do câncer de mama: repercussões negativas à paciente em curto e em longo prazo.....	19
2.1.2 O pós-tratamento do câncer de mama: repercussões positivas à paciente.....	24
2.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, RESILIÊNCIA E OTIMISMO EM MULHERES NO PÓS-TARAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	29
2.2.1 Estratégias de enfrentamento em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama.....	29
2.2.2 Otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama .....	37
2.2.3 Resiliência em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama.....	42
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>54</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	54
3.2 OJETIVOS ESPECÍFICOS.....	54
<b>4 MÉTODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....</b>	<b>55</b>
4.1 DELINEAMENTO.....	55
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	55

<b>4.2.1 Amostra</b> .....	55
4.2.1.1 <i>Critério de seleção</i> .....	56
4.2.1.2 <i>Critérios para inclusão na amostra</i> .....	56
4.2.1.3 <i>Critérios para não inclusão na amostra</i> .....	56
<b>4.3 INSTRUMENTOS</b> .....	57
<b>4.4 PROCEDIMENTOS</b> .....	62
<b>4.5 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	63
<b>4.6 ESTUDO-PILOTO</b> .....	64
<b>4.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS</b> .....	65
<b>5. RESULTADOS</b> .....	66
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS.....	66
5. 1.1 <b>Caracterização da amostra</b> .....	66
5.1.2 <b>Estratégias de enfrentamento</b> .....	70
5.1.3 <b>Resiliência</b> .....	74
5.1.4 <b>Otimismo</b> .....	75
5.1.5 <b>Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo</b> .....	76
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS.....	80
5. 2.1 <b>Consequências negativas e positivas do câncer de mama: análise qualitativa</b> .....	66
5. 2.2 <b>Enfrentamento de problemas: Análise qualitativa</b> .....	88
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	93
6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	93
6.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, RESILIÊNCIA E OTIMISMO.....	98
6.3 CONSEQUÊNCIAS POSITIVOS E NEGATIVOS DO CÂNCER DE MAMA.....	106
6.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO IDENTIFICAS NA EMEP .....	115
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	117

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO D .....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO E .....</b>	<b>149</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2017), o câncer de mama caracteriza-se como o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo, além de ser o mais comum entre as mulheres<sup>1</sup>. No entanto, caso seja tratado e diagnosticado oportunamente, o prognóstico da doença pode ser relativamente bom. O tratamento varia conforme o estadiamento da doença, suas características biológicas e as condições do paciente. Conforme o INCA (2018), estadiar um caso de neoplasia maligna significa analisar o seu grau de disseminação, sendo tal classificação importante, pois as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos.

Durante o primeiro ano após o diagnóstico inicial, a paciente é encaminhada a um tratamento o qual inclui cirurgia para a remoção do tumor, seguida de quimioterapia, radioterapia e, em alguns casos, hormonioterapia. Após este período preliminar, a mulher permanece realizando exames regulares visando monitorar sua condição clínica. Estes exames são mais frequentes ao longo dos primeiros anos de tratamento, isso porque objetivam rastrear a possibilidade de metástase ou a recidiva da doença (Silva & Santos, 2008).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS, 2013), nos últimos anos ocorreram importantes avanços na abordagem do câncer de mama em decorrência do desenvolvimento tecnológico nas áreas de diagnóstico e biologia molecular. Isso repercutiu na reformulação de técnicas cirúrgicas e na utilização de drogas mais efetivas no tratamento sistêmico. Porém, conforme pontua Fallowfield e Jenkins (2015), mesmo com os louváveis progressos terapêuticos relacionados ao tratamento deste tipo de tumor, consideráveis danos psicossociais e iatrogênicos são suscitados por meio do diagnóstico do câncer de mama e de seus tratamentos. Além disso, apesar de a maioria dos efeitos colaterais relacionados ao tratamento

---

<sup>1</sup> A presente pesquisa terá como foco a análise de dados concernentes ao câncer de mama em pacientes do sexo feminino. Neste sentido, a partir de agora todas as referências relacionadas ao universo dos pacientes em tratamento terá como foco o público feminino.

da doença ser aguda; alguns desses efeitos podem ser de longa duração, impactando na qualidade de vida da mulher acometida pela doença.

Assim sendo, após o período inicial do tratamento do câncer de mama<sup>2</sup>, a paciente continua a lidar com diversos fatores que podem ser vivenciados como possíveis estressores. A fadiga, por exemplo, substitui a náusea e o vômito, sendo o maior problema no pós-tratamento (Fallowfield & Jenkins, 2015); além disso, há a possibilidade do surgimento do linfedema e alterações da mobilidade do ombro como resultado da intervenção cirúrgica (Vieira et al., 2016). Adicionalmente, caso seja submetida à hormonioterapia, a paciente pode sofrer efeitos colaterais indesejáveis como, por exemplo, a secura vaginal (Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni & Jr, 2006). Além de tais estressores físicos, os quais podem ocasionar acometimentos psíquicos e sociais, é possível citar ainda o medo da recidiva e problemas relacionados à imagem corporal (Knobf, 2007).

Diante dos dados mencionados, é importante compreender como as mulheres enfrentam tais estressores no momento do pós-tratamento do câncer de mama, ou seja, quais são as estratégias de *coping* utilizadas. Conforme Lazarus & Folkman (1984) *coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais que são utilizados pelas pessoas para lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas pelo sujeito, sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. No modelo dos autores citados, pressupõe-se a noção de que o processo de *coping* envolveria a questão avaliativa do sujeito, ou seja, como ele percebe, interpreta e representa determinada situação em sua mente (Lazarus & Folkman, 1980). Desse modo, podemos pressupor que um evento estressor é interpretado conforme a percepção do sujeito, por isso, existem diversos fatores que podem influenciar em tal processo avaliativo como, por exemplo, a resiliência e o otimismo.

---

<sup>2</sup> Nesta pesquisa, este período inicial será caracterizado como o período após a intervenção cirúrgica, seguido de quimioterapia e/ou radioterapia e hormonioterapia.

Desse modo, inferimos que uma variável interveniente no processo de enfrentamento é a resiliência, um conceito compreendido por Rutter (1999, p. 119) como “um fenômeno em que se supera o estresse e ou a adversidade”<sup>3</sup>, enquanto o conceito de otimismo é concebido por Scheier e Carver (1985) como disposicional e relacionado a expectativas positivas acerca de eventos futuros. Conforme Bastianello e Hutz (2015), existem diferenças individuais entre otimistas e pessimistas quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas por ambos. Os otimistas seriam mais confiantes em relação ao sucesso da realização de suas metas e, por isso, continuam empreendendo esforços mesmo diante de adversidades. Já os pessimistas tendem a interromper seus esforços precocemente, pois não possuem confiança suficiente no sucesso e tendem a escapar das dificuldades por meio de distrações.

Neste sentido, pressupondo-se que, mesmo após o tratamento do câncer ainda há diversos fatores que podem ser interpretados por essas mulheres como estressores e, considerando-se a possível mediação do otimismo e da resiliência, a pergunta orientadora desta pesquisa é: Qual é a relação entre as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas e o nível de resiliência e otimismo que tais mulheres apresentam? Como hipótese, acredita-se que as diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas se relacionam com o nível de otimismo e resiliência da amostra estudada nesta pesquisa – e que será explorada em seção posterior.

A escolha e a importância em se investigar tais constructos em mulheres que concluíram o período inicial de tratamento, refere-se ao fato de que elas continuam lidando com diversos estressores advindos dos tratamentos que realizaram contra o câncer de mama. Além disso, acredita-se que a presente pesquisa é de grande relevância, pois os resultados podem servir de subsídios para um maior esclarecimento no que se refere ao modo como as mulheres enfrentam tais estressores e se tais estratégias estão associadas ao otimismo e à resiliência, fatores que são relevantes para um desenvolvimento psicológico sadio.

---

<sup>3</sup> Em livre tradução do original em inglês: “The term refers to the phenomenon of overcoming stress or adversity”.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

#### **2.1.1 O tratamento do câncer de mama: repercussões negativas à paciente em curto e em longo prazo**

Segundo o INCA (2017), as modalidades terapêuticas para o tratamento da doença, podem tanto abarcar o tratamento local (radioterapia e intervenção cirúrgica) como o sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica). Segundo afirmam os pesquisadores Kaliks, Holtz e Giglio (2012), as modalidades terapêuticas como quimioterapia, radioterapia e cirurgia procuram diminuir a quantidade de células neoplásicas no corpo. Para os autores, o objetivo é chegar a um número muito pequeno de células neoplásicas, as quais podem ser eliminadas ou controladas pelo sistema imune do indivíduo. Já a hormonioterapia, conforme afirma Buzaid (2015), é um tratamento que interfere na proliferação de células tumorais que dependem de hormônio para sobreviver. Portanto, a terapia hormonal consiste no bloqueio do efeito dos hormônios sobre o tumor.

Os tratamentos para o câncer de mama, geralmente causam efeitos colaterais significativos ao paciente, ocasionando repercussões para além dos sintomas físicos, ou seja, resultam em consequências que afetam tanto o campo emocional como o social. No que concerne ao tratamento quimioterápico, França (2013) aponta que tal procedimento atuará no organismo de forma sistêmica, com exceção dos chamados santuários tumorais (sistema nervoso e testículos). Assim sendo, de acordo com o referido autor, os efeitos colaterais da quimioterapia são diversos e atingem os tecidos doentes e sãos. Como possíveis efeitos adversos da quimioterapia, Caponero e Lage (2008) citam a alopecia, mucosite, diarreia e

implicações nas funções cerebrais superiores, como por exemplo, a capacidade de concentração. Estes autores também esclarecem que apesar de grande parte dos efeitos colaterais da quimioterapia ser reversível com a interrupção do tratamento, alguns danos podem ser definitivos em relação à fertilidade, quer por causa da esterilização de células produtoras de gametas, quer pela indução de amenorreia em algumas mulheres. Ademais, para além dos sintomas físicos, existem pesquisas que discorrem acerca da saúde mental em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, apontando a existência de sintomas depressivos e/ou ansiosos (Ferreira et al., 2015; Cangussu et al., 2010), como também uma pior qualidade de vida (Makluf, Dia & Barra, 2006; Lôbo et al., 2014) durante esta fase do tratamento.

Com relação ao tratamento radioterápico, existe a radioterapia externa, também denominada de teleterapia, e a radioterapia interna, mencionada como braquiterapia. A lógica da radioterapia externa consiste em concentrar ao máximo as doses de radiação ionizante na exata topografia do tumor e, concomitantemente, poupar os tecidos saudáveis dos efeitos tóxicos e deletérios do tratamento. Já a braquiterapia tem uma indicação mais restrita e, geralmente, é prescrita para pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero, de endométrio, de próstata e de cabeça e pescoço (França, 2013). Como possíveis efeitos colaterais da radioterapia em mulheres com câncer de mama, a *American Cancer Society* (2017) cita a fadiga, alterações na pele na área que foi tratada e inchaço no peito. Destacando também efeitos em longo prazo provenientes da radioterapia, como por exemplo, a danificação de alguns nervos do braço, nomeada de plexopatia braquial, o que pode levar ao entorpecimento, dor e fraqueza no ombro, braço e mão. A *American Cancer Society* também menciona que as mulheres as quais receberam a radiação mamária, podem encontrar problemas para amamentar em fases posteriores de sua vida.

Conforme apontado anteriormente, outro tratamento usualmente utilizado contra o câncer de mama é a hormonioterapia. Segundo Buzaid (2015), em diversos casos de tumores malignos de mama, as células cancerosas são estimuladas pelos hormônios femininos, o estrógeno e a progesterona. Desse modo, como o câncer de mama frequentemente depende de hormônios para sobreviver, a hormonioterapia é muito útil para o tratamento da doença, pois ela funciona bloqueando a ação destes hormônios. Cabe mencionar que as medicações utilizadas na terapia hormonal do câncer de mama podem desencadear efeitos colaterais. O Tamoxifeno, por exemplo, pode ocasionar ondas de calor como menopausa, ganho de peso, corrimento vaginal, secura vaginal e aumento do risco de câncer de útero. Já os Inibidores de Aromatase (anastrozol, letrozol e exemestano) também podem causar ondas de calor, secura vaginal, diminuição da libido e perda da massa óssea. Há ainda o Fulvestranto, que é uma medicação muito bem tolerada, mas que pode causar dor nas articulações, leve náusea e dor no local da injeção (Buzaid, 2015). A hormonioterapia é um tratamento que geralmente continua após o tratamento quimioterápico, radioterápico e a intervenção cirúrgica. Deste modo, mesmo na fase da sobrevivência, a mulher permanece sendo exposta de maneira constante, aos possíveis efeitos colaterais das medicações supracitadas.

Por fim, há a intervenção cirúrgica, a qual em um paciente oncológico pode ter caráter curativo ou paliativo, uma vez que será guiada pelos critérios de operabilidade referentes ao paciente, e por critérios referentes ao tumor, como a ressecabilidade (França, 2013). No caso do câncer de mama, a indicação de diferentes tipos de cirurgia varia conforme o estadiamento clínico e do tipo histológico. Tal cirurgia pode ser conservadora, cujo procedimento é caracterizado pela retirada de um segmento da mama (envolve a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia) com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou a cirurgia não conservadora, que é a mastectomia (MS, 2004).

No que concerne às sequelas relacionadas às intervenções cirúrgicas para o câncer de mama, Vieira et al. (2016) apontam que na mama operada pode ocorrer deformidades provenientes do tratamento cirúrgico conservador, dores mamárias e radiodermites. Em mulheres que realizaram a mastectomia sem a reconstrução da mama, podem ocorrer alterações emocionais e sexuais, resultantes da forma corporal. Nas mastectomias com preservação de pele, há a possibilidade de assimetrias derivadas das ptoses ou alterações do volume mamário. Há que se destacar ainda as possíveis alterações provenientes da linfadenectomia axilar, tais como parestesias, paresias, linfedema e alterações da mobilidade do ombro.

Dentre as demais consequências do tratamento do câncer de mama, podemos mencionar também queixas usualmente relatadas por pacientes oncológicos. Conforme Glare et al. (2014), a dor é um problema considerado comum em sobreviventes do câncer, principalmente nos primeiros cinco anos após o tratamento. Em longo prazo, aproximadamente 5% a 10% dos sobreviventes apresentam uma severa dor crônica que interfere em seu funcionamento, sendo a predominância em sobreviventes de câncer de mama. Bower e Ganz (2015) citam também a fadiga e as queixas cognitivas que, segundo os autores, persistem para além do tratamento inicial do câncer de mama. Segundo Bower e Ganz (2015), tais sintomas são mais problemáticos quando os pacientes tentam retomar as atividades que realizavam antes da doença como, por exemplo, responsabilidades domésticas, gerando, portanto, o sentimento de limitação. A recuperação de tais sintomas pode levar meses ou anos e, em algumas mulheres, esses sintomas persistem por um tempo não determinado.

Ademais, passamos a elencar algumas questões referentes às especificidades do acometimento do câncer na mama, órgão que possui diversas representações e simbologias na sociedade atual. Nesta perspectiva, Maciel e Sá-Serafim (2013) apontam que o seio tem um

lugar de destaque no corpo feminino, sobretudo por ser um símbolo cultural da feminilidade e da atratividade sexual. Deste modo, conforme a perspectiva dos autores, o procedimento adotado durante o tratamento cirúrgico pode trazer repercussões tanto na autoestima da mulher como na dimensão afetivo-sexual. Os autores também acrescentam que o tratamento como um todo traz repercussões importantes à identidade feminina, pois as terapêuticas complementares podem ocasionar a perda do cabelo, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, fragilizando ainda mais a paciente, no que concerne à sua percepção de identidade feminina.

Por fim, Maciel e Sá Serafim (2013) afirmam que a ameaça de morte não desaparece com a retirada do tumor, pois há sempre o fantasma da metástase e o medo da recidiva. Corroborando com tal questão, Oliveira e Gaspar (2013), apontam que o indivíduo acometido pela doença, embora possa ter realizado todo o tratamento e obtido resultados favoráveis, lida continuamente com o medo e a insegurança diante da possibilidade da recidiva. Assim sendo, geralmente, ele não consegue desfrutar da ideia de cura, pois teme o retorno da doença. Nesta perspectiva, conforme indicam Simard et al. (2013), a literatura demonstra que de 22% a 87% dos sobreviventes de câncer apresentam moderados a elevados níveis de medo da recorrência da doença. Adicionalmente, em um estudo desenvolvido por Koch et al. (2014) com 2671 mulheres sobreviventes do câncer de mama em longo prazo, 82% apresentavam baixos níveis de medo da recorrência do câncer, 11% experimentavam índices moderados e 6% índices altos.

Em suma, conforme os dados apresentados pelas pesquisas anteriormente elencadas, o tratamento para o câncer de mama pode trazer tanto efeitos agudos como efeitos em longo prazo às mulheres acometidas pela doença. Em decorrência de tais consequências, a etapa da sobrevivência do câncer de mama merece ser pesquisada e compreendida, pois ainda há a presença de diferentes estressores. Nesta perspectiva, a presente pesquisa tem como foco o



período da sobrevivência, aqui compreendido como o período após o tratamento inicial para o câncer de mama, ou seja, após a quimioterapia e/ou a radioterapia e a intervenção cirúrgica.

### **2.1.2 O pós-tratamento do câncer de mama: repercussões positivas à paciente**

Conforme o *National Cancer Institute* (NCI, 2016), na perspectiva da oncologia, uma pessoa é considerada sobrevivente desde o diagnóstico até o fim de sua vida. Já de acordo com a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO, 2016), a sobrevivência em oncologia tem pelo menos dois significados em comum: a pessoa não ter mais sinais de câncer após finalizar o tratamento e “viver com, através e além do câncer”. De acordo com a última perspectiva, a sobrevivência em oncologia se inicia a partir do diagnóstico e inclui pessoas que continuam a ter um tratamento em longo prazo, seja para reduzir o risco da recidiva, ou para manejar alguma doença crônica. Segundo a ASCO (2016), a sobrevivência tem três fases, a saber:

- (i) “*acute survivorship*”, a qual se inicia a partir do diagnóstico da doença e se estende até o final do tratamento inicial, tendo como foco a questão do tratamento;
- (ii) “*extended survivorship*”, cujo início se dá no final do tratamento preliminar do câncer e se estende por meses, tendo como foco os efeitos do câncer e seu tratamento;
- (iii) “*permanent survivorship*”, que se refere ao período no qual já se passaram vários anos desde o final do tratamento do câncer e a recorrência da doença parece menos provável. Nesta fase, o foco reside nos efeitos tardios do câncer e seus respectivos tratamentos.

No que diz respeito ao pós-tratamento em oncologia, Oliveira e Gaspar (2013, p. 518), caracterizam-no como “um período de adaptações em relação às mudanças e transformações desencadeadas pela trajetória da doença”. Conforme os autores, os pacientes devem aprender a conviver com as limitações, as sequelas, os riscos, as fantasias e os conflitos advindos do

câncer. Nesta perspectiva, conforme Ramos e Patrão (2015), um dos focos da intervenção psicológica deve ser a etapa da sobrevivência, na qual existem idas menos frequentes ao hospital, diminuindo conseqüentemente o contato com a equipe de saúde, além das dificuldades que são vivenciadas pelas mulheres devido ao retorno à vida cotidiana e à redefinição do projeto de vida.

Neste sentido, é importante destacar que, embora o período do pós-tratamento do câncer de mama ainda seja caracterizado pela presença de diversas sequelas advindas das terapêuticas utilizadas contra a doença (Cappiello et al., 2007; Aaronson et al., 2014; Ewertz & Jensen, 2017), de acordo com Oliveira e Gaspar (2013), na fase do pós-tratamento do câncer, algumas pessoas modificam a sua maneira de viver, passando então a realizam mais seus desejos, valorizar mais a si próprios e rever a sua forma de autocuidado. Deste modo, embora o sobrevivente de câncer lide com diferentes tipos de estressores, ainda assim, nem todos se rendem a eles. Em outras palavras, estes pacientes se tornam capazes de, diante das adversidades, amadurecer e evoluir.

Assim sendo, o conceito de “crescimento pós-traumático”, nos termos de Calhoun e Tedeschi (1989), é utilizado para designar mudanças positivas oriundas de esforços pessoais para lidar com situações traumáticas. Segundo os autores, o amadurecimento pessoal pós-traumático é manifestado de diferentes maneiras, por exemplo: aumento da apreciação da vida, relacionamentos interpessoais mais significativos, mudanças de prioridades, maior percepção das forças pessoais e vida espiritual mais rica. Tais mudanças têm sido relatadas por muitas sobreviventes da doença (Ruini, Vescovelli & Albieri, 2013; Inan & Üstün, 2014). No mais, outros estudos apontam percepções positivas de pessoas que sobreviveram ao câncer de mama. Nestes trabalhos, são mencionadas experiências frente à doença, tais como a existência de relato de mulheres que possuem a percepção de que tiveram o câncer para algum

propósito maior, e também de sobreviventes que afirmam ter se tornado pessoas melhores desde que tiveram a doença (Hulett et al., 2015).

Diante de tal perspectiva, a Psicologia Positiva tem importantes contribuições a oferecer, pois segundo afirmam Snyder e Lopes (2009, p. 17) este movimento “é o enfoque científico e aplicado da descoberta das qualidades das pessoas e da promoção de seu funcionamento positivo”. Neste sentido, Seligman (1998), o pioneiro deste novo enfoque científico, argumenta que até então a Psicologia havia negligenciado uma de suas missões: potencializar as qualidades humanas. Assim, o autor salienta que o tratamento psicológico não deveria se esgotar e restringir a consertar o que está com defeito, mas também cultivar o que o ser humano tem de melhor.

Outra contribuição muito importante no campo da Psicologia Positiva foi a classificação de qualidades VIA (*VIA Classification of Strengths*) de Peterson e Seligman (2004), desenvolvida como uma maneira de reivindicar o estudo das qualidades humanas como tópicos legítimos no campo da Psicologia. Logo, os autores apontam a existência de manuais que descrevem as patologias do ser humano; como exemplo podemos citar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e o Código Internacional de Doenças (CID), os quais utilizam uma linguagem comum para falar acerca do que há de negativo com as pessoas. Porém, até então, não havia terminologias equivalentes para que os profissionais pudessem descrever as qualidades humanas, o que culminou na criação da classificação VIA de virtudes e forças pessoais.

Assim, como pode ser observado através da tabela 1, na referida classificação, Peterson e Seligman (2004), apontam seis virtudes que seriam universais e, associadas à elas, existiriam as forças pessoais, que são os processos ou mecanismos psicológicos os quais definem as virtudes. Deste modo, citamos as seguintes virtudes:

a) sabedoria e coragem - forças cognitivas que ocasionam a aquisição e a utilização do conhecimento, por isso, as forças pessoais criatividade, curiosidade, postura aberta, amor ao conhecimento e perspectiva (sabedoria) são parte constitutiva desta virtude;

b) coragem - forças emocionais que envolvem o exercício da vontade de atingir as metas, mesmo diante de uma oposição, externa ou interna, por isso, as forças pessoais atreladas à tal virtude são bravura, persistência, integridade e vitalidade;

c) humanidade - forças interpessoais que envolvem cuidar e ajudar os outros, composta por: amor, gentileza e inteligência social;

d) justiça - forças cívicas que constituem a base de uma vida comunitária saudável, como por exemplo, as forças pessoais da cidadania, imparcialidade e liderança;

e) temperança - constituída pelas forças que protegem as pessoas contra os excessos, como por exemplo, o perdão e a compaixão, a humildade/modéstia, a prudência e a autorregulação e, por fim;

f) a virtude da transcendência, a qual engloba as forças pessoais que forjam conexões com o universo mais amplo e proporcionam sentido ao indivíduo, como por exemplo, a apreciação da beleza e da excelência, a gratidão, a esperança/otimismo, o humor e a espiritualidade.<sup>4</sup>

Tabela 1  
**Classificação das forças pessoais**

---

**Classificação das forças pessoais**

---

**1. Sabedoria e conhecimento**

- Criatividade: Pensar em maneiras novas e produtivas de fazer as coisas.
- Curiosidade: Explorar e descobrir; interessar-se pela experiência em andamento.
- Abertura: Refletir sobre as coisas e examiná-las sob diferentes ângulos.
- Amor por aprender: Dominar novas habilidades, tópicos e corpos de conhecimento.
- Perspectiva [sabedoria]: ser capaz de dar conselhos sábios para as outras pessoas.

---

<sup>4</sup> Tal classificação será adotada na presente pesquisa.

## **2. Coragem**

- Bravura: Não recuar diante de ameaças, desafios, dificuldades ou dor.
- Persistência: Finalizar o que terminou, persistir em um curso de ação apesar dos obstáculos.
- Integridade: Falar a verdade, mas apresentar-se de forma genuína e agindo de um modo sincero.
- Vitalidade [entusiasmo]: Encarar a vida com entusiasmo e energia.

## **3. Humanidade**

- Amor: Valorizar relacionamentos íntimos com os outros; ser próximo das pessoas.
- Bondade: Fazer favores e boas ações para os outros, ajudá-los.
- Inteligência social: Estar ciente das próprias motivações e sentimentos, bem como dos outros.

## **4. Justiça**

- Cidadania: Trabalhar bem como membro de um grupo ou equipe; ser leal ao grupo.
- Imparcialidade: Tratar todas as pessoas conforme as mesmas noções de imparcialidade e justiça.
- Liderança: Encorajar um grupo no qual se é membro para fazer as coisas e ao mesmo tempo manter boas relações dentro do grupo.

## **5. Temperança**

- Perdão e compaixão: Perdoar os que erram; aceitar as falhas dos outros; dar às pessoas uma segunda chance; não ser vingativo.
- Humildade/ modéstia: Deixar que as realizações falem por si; não se considerar mais especial do que as outras pessoas.
- Prudência: Ser cuidadoso em relação às próprias escolhas; não correr riscos indevidos.
- Autorregulação: Regular o que se sente e faz; ser disciplinado; controlar as próprias emoções e desejos.

## **6. Transcendência**

- Gratidão: Estar consciente e agradecido pelas coisas boas que acontecem.
- Esperança [otimismo]: Esperar o melhor para o futuro e trabalhar para atingi-lo.
- Humor: Gostar de rir e fazer brincadeiras; levar sorrisos às outras pessoas.
- Espiritualidade [religiosidade, fé, propósito]: Ter crenças coerentes sobre o propósito e sentido maiores do universo; ter crenças sobre o significado da vida que proporcionam conforto.

---

Nota. Fonte: Peterson, C e Seligman, M. E. P. (2004). Character Strengths and Virtue: A Handbook and Classification, Table 1. 1: Classification of Character Strengths.

Destarte, diante destas considerações, destaca-se a importância de um olhar mais abrangente acerca da sobrevivência ao câncer de mama, isto é, a constatação que é uma fase ainda caracterizada pela presença de diversos estressores que surgiram a partir dos tratamentos realizados, porém, nem todas as mulheres sucumbem a eles. Isto porque, conforme visto anteriormente, algumas delas vivenciam o período do pós-tratamento contra o câncer de mama de forma positiva, ressignificando-o.

## 2.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, RESILIÊNCIA E OTIMISMO EM MULHERES NO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

### 2.2.1 Estratégias de enfrentamento em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama

Lazarus & Folkman (1984), em seu livro *Stress, appraisal and coping*, definem o enfrentamento contra estressores, como esforços cognitivos e comportamentais utilizados para manejar demandas externas e/ou internas que, segundo a avaliação do sujeito, excedem seus recursos pessoais. Os autores apontam o enfrentamento como um processo e ressaltam que, para que ele aconteça, são necessárias condições de estresse psicológico, exigindo, portanto, a mobilização do sujeito e a exclusão de comportamentos e pensamentos que não demandam esforços. Segundo os autores, a palavra “manejar”, presente na definição de enfrentamento, inclui minimização, evitação, tolerância e aceitação de condições estressantes, como também a tentativa de controlar o ambiente.

Segundo Folkman e Lazarus (1980), o enfrentamento pode ser focado na emoção ou no problema. De maneira geral, o enfrentamento focado na emoção ocorre mediante a avaliação do sujeito de que nada poderá ser realizado para modificar condições nocivas e ameaçadoras presentes no ambiente. Já o enfrentamento focalizado no problema é mais utilizado quando as condições são avaliadas como possíveis de ser modificadas. Logo, segundo os autores, o enfrentamento focado no problema é direcionado a manejar ou alterar o problema causador do *distress*<sup>5</sup>, enquanto o enfrentamento focado na emoção é direcionado a regular o estado emocional que é associado ao evento estressante.

---

<sup>5</sup> Conforme Souza & Seidl (2014), na língua inglesa, o termo *distress* é utilizado para informar aflição, angústia e sofrimento.

O enfrentamento focado na emoção engloba processos cognitivos direcionados à diminuição ou ao aumento do *distress* emocional. Em relação à diminuição do *distress* emocional, podem-se citar as seguintes estratégias: evitamento, minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e significar positivamente eventos negativos. Já como exemplo do aumento do *distress* emocional, mencionamos o engajamento a formas de autopunição. Deve-se destacar também que certas formas de enfrentamento focadas na emoção são reavaliações, ou seja, há uma mudança na maneira em que a situação é encarada, sem, no entanto, mudar a situação em si (Lazarus & Folkman, 1984).

Já no enfrentamento focado no problema, são adotadas estratégias similares às utilizadas para a resolução de impasses. Como tal, os esforços focados no problema são frequentemente direcionados a defini-lo, gerando soluções alternativas, ponderando as alternativas em termos de seus custos e benefícios, escolhendo entre elas e agindo. No entanto, o enfrentamento focado no problema compreende uma gama mais vasta de estratégias orientadas em função do problema em si, muito mais do que apenas a sua resolução. Enquanto a resolução implica um processo analítico e objetivo, que se direciona primariamente no ambiente, o enfrentamento focado no problema inclui estratégias dirigidas ao interior do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Diante dessas considerações, destacam-se os estudos de Gimenes (2000), quando ela aborda que existem algumas condições de ameaça que não permitem possibilidades para uma ação direta sobre o ambiente. Como exemplo, a autora elenca situações nas quais uma pessoa é relativamente impotente para lidar diretamente com o problema que causa o dano, como é o caso de uma doença grave ou a morte de uma pessoa querida. Há também ocasiões de ação direta, isto é, os esforços para a resolução de problemas e a regulação da emoção (processo intrapsíquico) ocorrendo juntos. Assim sendo, Gimenes (2010) parte do exemplo de uma mulher que acabou de receber a notícia de um diagnóstico de câncer de mama e pode estar,

concomitantemente, realizando exames complementares e providenciando detalhes para a internação hospitalar para a realização da cirurgia. Enquanto paralelamente, essa mulher está procurando distrair-se para não “pensar” nas sequelas do procedimento.

Ao considerarmos o enfrentamento como um processo, é possível dizer que um mesmo indivíduo pode apresentar diversas estratégias de enfrentamento diante de episódios estressantes, cujos temas são aparentemente semelhantes. Desse modo, como um bom exemplo de enfrentamento como processo, podem-se citar as diversas estratégias utilizadas pela mulher com câncer de mama ao longo do desenrolar da doença, ou seja, desde a notícia do diagnóstico até a remissão ou reincidência da doença. Destarte, deve-se considerar as ameaças e preocupações específicas nas diferentes etapas do desenvolvimento da doença em vez de focalizar no contexto geral do câncer (Gimenes, 2000).

Nesse sentido, fazemos alusão à pesquisa desenvolvida por Rossi e Santos (2003), que tem como objetivo investigar as repercussões psicológicas associadas ao adoecer em mulheres com câncer de mama, submetidas à cirurgia de mama radical ou reparadora e que já haviam passado pelos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Nesta pesquisa, os autores constataram que as repercussões psicológicas variam conforme a fase do adoecimento e do tratamento, ou seja, de acordo com o pré-diagnóstico, o diagnóstico, o tratamento e o pós-tratamento, afetando de maneira distinta o ajustamento psicossocial segundo os tais estágios. No momento do pós-tratamento, apareceram as repercussões psicológicas que afetam o plano do relacionamento afetivo-sexual e também geram dificuldades de adaptação à nova situação de vida, com as restrições e limitações físicas. Embora haja a presença desses estressores, as mulheres que participaram da entrevista também apontaram mudanças positivas trazidas pela experiência de terem passado pelo câncer de mama e seus tratamentos.

Silva e Santos (2010) realizaram importante estudo para área, tendo como objetivo identificar, por meio da análise de conteúdo, os estressores presentes na vida de mulheres que



já passaram pela experiência de ser acometidas pelo câncer de mama e estavam no período de um a cinco anos pós-diagnóstico. Os resultados do estudo indicaram que as mulheres entrevistadas apresentavam conflitos com a autoimagem e alteração na sensação de autossuficiência, temor em relação à evolução do quadro, sentimento de culpa pelo transtorno causado no meio familiar, vivência de situações sociais geradoras de desconforto emocional e vontade de retornar à ocupação profissional.

Diante dessas considerações, deve-se avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas no momento do pós-tratamento do câncer de mama que, conforme apresentado anteriormente, possuem suas especificidades. No Brasil, não existem muitos estudos realizados acerca dessa temática, o que foi constatado por intermédio de uma pesquisa realizada na base de dados brasileira Pepsic, utilizando-se os descritores “câncer de mama” AND “enfrentamento”, “câncer de mama” AND “ *coping* ”; “câncer de mama” AND “enfrentamento” AND “pós-tratamento”, “neoplasias da mama” AND “enfrentamento”, “neoplasias da mama” AND “ *coping* ”; e “neoplasias da mama” AND “enfrentamento” AND “pós-tratamento”. O único artigo encontrado que contempla esta temática foi: “Percepções, sentimentos e experiências físico emocionais de mulheres após o tratamento do câncer de mama”, cujo objetivo era caracterizar as estratégias de enfrentamento da doença desenvolvidas por mulheres após o tratamento do câncer de mama.<sup>6</sup>

Nesta pesquisa realizada por Toriy, Krawulski, Viera, Luz e Sperandio (2013) foram entrevistadas vinte mulheres mastectomizadas, casadas, com mais de doze meses de cirurgia e sem reconstrução mamária. Os autores utilizaram a abordagem qualitativa dos dados e comprovaram duas unidades temáticas: 1) alterações físicas após o câncer de mama, e 2) alterações emocionais após o câncer de mama e iniciativas de enfrentamento. A segunda

---

<sup>6</sup> Buscamos artigos que contemplassem como um de seus objetivos a questão do enfrentamento em mulheres que já tinham passado pelo tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou intervenção cirúrgica contra o câncer de mama, e/ou ter no mínimo um ano de diagnóstico da doença. Foram incluídos nesta pesquisa somente artigos que estavam disponíveis para acesso e que estavam escritos em língua portuguesa. Foram excluídos artigos que contemplassem somente um tipo de enfrentamento, como por exemplo, o enfrentamento espiritual.

unidade temática foi subdividida na subcategoria “identificando as alterações emocionais e as expressões de enfrentamento: a) conhecendo as implicações emocionais; e b) gerenciando o casamento após o câncer”.

No item a, Toriy et al. (2013) apontam que, mesmo depois de todo o tratamento, as mulheres temem a recidiva da doença e criam gradativamente uma dependência psicológica ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, os autores também ressaltam “que o câncer agregou experiências, novos significados e/ou sentidos para a reformulação de suas vidas” (Toriy et al., 2013, p. 4).

Neste sentido, destacamos que alguns estudos brasileiros a respeito do tema podem ter sido realizados, porém, ainda não foram localizados na base de dados brasileira Pepsic. Provavelmente por encontrarem-se registrados em bases de dados internacionais, o que será abordado posteriormente.

No contexto brasileiro, há que se destacar também a pesquisa de Gimenes e Queiroz (2000) que teve como propósito investigar longitudinalmente as possíveis relações entre fatores psicossociais e o bem-estar psicológico e, mais especificamente, o papel do enfrentamento em mulheres mastectomizadas. Além disso, as pesquisadoras investigaram como a mulher mastectomizada lida com o estresse nas diferentes etapas da doença, isto é, diagnóstico, tratamento e alta médica, durante o primeiro ano após a mastectomia. Os dados foram coletados em três fases distintas; a saber: na primeira fase, a coleta inicial dos dados foi realizada 48 horas após a mastectomia; na segunda fase, três meses após a mastectomia com a mesma amostra de mulheres da fase I; e na fase três, realizada um ano após a mastectomia, com a mesma amostra de mulheres que havia participado das fases um e dois. Como resultado, as autoras demonstraram que 48 horas após a mastectomia, as estratégias de enfrentamento “culpar os outros” e “pensamento esperançoso” influenciavam negativamente a variável do bem-estar psicológico. Depois de três meses, o “pensamento esperançoso”

continuava sendo uma estratégia de enfrentamento não efetiva para lidar com o contexto estressante da doença. Adicionalmente, um ano após a mastectomia, o “pensamento esperançoso” continuava a apresentar uma relação negativa com a variável de bem-estar psicológico, enquanto a estratégia de enfrentamento “focalizar no positivo” apontou uma relação positiva com o bem-estar psicológico.

Diante dos resultados obtidos na pesquisa citada, Gimenes e Queiroz (2000) tecem algumas considerações fundamentais. Conforme as autoras, neste estudo, a variável “pensamento esperançoso” contribuiu negativamente para o bem-estar psicológico das mulheres pesquisadas. As mulheres que consideravam que a resolução de problemas, ou seja, a cura do câncer, ocorreria de forma inesperada, mágica ou milagrosa também apresentaram menores índices de bem-estar psicológico. Portanto, segundo as autoras, esse dado refuta o papel da esperança como agente promotor e mantenedor da saúde física e mental, como sugerem alguns estudos. Gimenes e Queiroz (2000) apontam também que níveis mais baixos de bem-estar psicológico foram observados em mulheres que culpam a si mesmas ou aos outros pelo aparecimento do câncer.

Embora não tenham constatado distinções estatísticas significativas, Gimenes e Queiroz (2000) comentam as diferentes formas de enfrentamento utilizadas nas fases de evolução da doença e suas relações com o bem-estar psicológico. De acordo com as autoras, apenas quatro mulheres apresentaram escores crescentes relativos ao índice de bem-estar psicológico nos três momentos analisados. Como característica comum a essas mulheres, pode-se citar o uso da estratégia de enfrentamento “focalizado no problema” em todos os momentos.

Conforme Gimenes e Queiroz (2000), através dos resultados do estudo, é possível reafirmar que as mulheres expostas ao estresse de um diagnóstico de câncer e mastectomia não irão necessariamente sucumbir às adversidades, apresentando problemas psicológicos. Na

verdade, essas mulheres se engajam numa relação dinâmica com a situação ameaçadora da doença e apresentam diversas estratégias de enfrentamento, procurando responder às exigências de cada fase.

No que se refere a pesquisas externas ao contexto brasileiro, realizamos uma busca na base de dados Pubmed com os seguintes descritores: “*breast neoplasms*” AND “*coping*” AND “*post-treatment*”, localizando ao todo 200 artigos. Posteriormente, efetuamos, na mesma base de dados, uma busca com os descritores “*breast neoplasms*” AND “*coping*” AND “*survivors*”, resultando em 614 artigos. Dentre os artigos encontrados, havia apenas dois que apontavam como um de seus objetivos o intuito de averiguar a questão do enfrentamento no momento do pós-tratamento do câncer de mama<sup>7</sup>. Em um destes estudos, Nápoles, Ortíz, O'Brien, Sereno e Kaplan (2011), apresentam discussão a respeito das lacunas existentes na literatura acerca dos recursos de enfrentamento associados à saúde de sobreviventes latinas de câncer de mama. Para tanto, os autores realizaram uma pesquisa transversal para examinar as relações entre os recursos de enfrentamento (autoeficácia para enfrentar o câncer, espiritualidade e suporte social da família, amigos e dos médicos), com a autoavaliação de saúde e limitações funcionais em mulheres latinas sobreviventes de câncer de mama, com um a cinco anos de diagnóstico. Como resultado foi possível constatar altos níveis de autoeficácia para o câncer, exercendo um fator protetivo para os relatos de limitações funcionais e autoavaliações de saúde consideradas como pobres ou razoáveis. Os autores verificaram ainda que os recursos de enfrentamento eram bastante elevados entre este grupo de sobreviventes latinas de câncer de mama. Assim, a média da autoeficácia para o câncer foi 3.41 em uma escala de 1-4; a média de bem-estar espiritual foi 40.8 em uma escala

---

<sup>7</sup> Primeiramente, os artigos foram selecionados através de títulos que contemplassem a questão do enfrentamento. Posteriormente, foi analisado se nos objetivos do artigo, havia como um de seus propósitos, a avaliação do enfrentamento em mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama, ou seja, quimioterapia e/ou radioterapia e intervenção cirúrgica, e/ou ter no mínimo um ano de diagnóstico. É importante salientar que, não foram considerados artigos que averiguassem somente um tipo de enfrentamento, como, por exemplo, o enfrentamento espiritual.

de 0-48; e a média do suporte social percebido da família, amigos e oncologistas foi de 3,5 em uma escala de 1 a 4.

Em outro estudo localizado na base de dados Pubmed, elaborado por Gonzalez et al. (2016), foram realizados seis grupos focais com sobreviventes chinesas, coreanas e mexicanas/americanas, com a finalidade de identificar e comparar as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas. Como resultado foram reveladas oito estratégias de enfrentamentos, a saber: religiosa/ espiritual; descoberta de benefícios; fatalismo; otimismo; espírito de luta; busca por informações; negação e autodistração. Entre as chinesas e americanas, a descoberta de benefício foi a estratégia mais citada, enquanto o enfrentamento religioso/espiritual foi mais frequentemente relatado entre as coreanas e mexicanas/americanas. A negação e a autodistração foram as estratégias menos citadas. Adicionalmente, nesta pesquisa, os autores ressaltam que os modelos de enfrentamento devem considerar a diversidade de sobreviventes de câncer de mama e a variedade de estratégias de enfrentamento entre minorias étnicas culturais das sobreviventes dessa doença.

Por fim, conforme Gimenes (2000) há diversos determinantes relacionados à seleção das respostas de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo, ou seja, há a influência de exigências situacionais, limitações, recursos disponíveis e fatores pessoais. Assim, quanto aos fatores pessoais, Scheier e Caver (1986) apontam diversos estudos os quais exploram o impacto do otimismo no enfrentamento. Segundo os autores, os achados sugerem que o otimismo disposicional é um mediador na forma como as pessoas respondem ao estresse. Deste modo, discutiremos a seguir, as possíveis relações entre o otimismo e as estratégias de enfrentamento e estudos acerca do otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama.

### 2.2.2 Otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama

Conforme afirmam Carver, Scheier e Segerstrom (2010), os otimistas são pessoas que esperam que coisas boas aconteçam a eles, enquanto os pessimistas são pessoas que esperam que coisas ruins aconteçam a eles. De acordo com os autores, esta simples diferença de antecipar coisas boas *versus* antecipar coisas ruins está associada a processos essenciais que fundamentam o comportamento de um indivíduo. Desse modo, as maneiras pelas quais os otimistas e os pessimistas diferem na forma como lidam com o mundo tem um importante impacto em suas vidas. Destarte, as pessoas otimistas se diferem das pessoas pessimistas no que se refere ao modo como confrontam seus problemas e no quão bem enfrentam a adversidade. Os autores destacam ainda que os otimistas tendem a ser confiantes e persistentes diante dos desafios da vida, enquanto os pessimistas tendem a ser indecisos e hesitantes diante das mesmas situações. Essas diferenças têm implicações para o sucesso em concluir comportamentos direcionados a determinada meta e também influenciam na maneira como estas pessoas tendem a lidar com o estresse.

Segundo os estudos de Carver et al. (2010), as definições científicas referentes ao otimismo e ao pessimismo focam nas expectativas a respeito do futuro. Tal concepção está relacionada à “*expectancy-value models of motivation*”, em que um comportamento revela a busca por objetivos que são ações ou estados desejados. Dessa forma, Scheier e Carver (1985) consideram que quando determinado objetivo tem um valor suficiente, o indivíduo produzirá uma expectativa para alcançá-lo. Logo, as pessoas otimistas tendem a ter uma expectativa positiva em relação ao futuro e a persistirem em seus esforços, enquanto os pessimistas têm expectativas negativas, esforçam-se menos e desistem mais facilmente de seus objetivos.

Por conseguinte, Scheier e Carver (1985, p. 227) como citado em Nes e Segerstrom (2006, p. 236), concebem o otimismo como “um dos principais determinantes da disjunção

entre duas classes de comportamentos: (a) continuar lutando *versus* (b) desistir e afastar-se”.

De acordo com Nes e Segerstrom (2006), tal disjunção remete a duas classes de *coping* - a aproximação e a evitação -, nas quais:

O enfrentamento de aproximação se refere ao engajamento às estratégias de enfrentamento na qual o objetivo é diminuir, eliminar ou manejar as demandas internas ou externas de um estressor. O enfrentamento de evitação, por outro lado, refere-se a um enfrentamento de desengajamento, na qual o objetivo é ignorar, evitar ou se afastar do estressor ou de suas consequências emocionais (Aspinwall & Taylor, 1992; Endler & Parker, 1990; Suls & Fletcher, 1985; Tobin, Holroyd, Reynolds & Wigal, 1989 como citado em Nes & Segerstrom, 2006, p. 236 ).<sup>8</sup>

Como exemplo do enfrentamento evitativo, Nes e Segerstrom (2006) citam a negação, o distanciamento, o desengajamento mental, o pensamento desejoso, o retraimento social, a evitação de problema e o desengajamento comportamental. Já em relação ao enfrentamento de aproximação, as autoras mencionam como exemplos a reestruturação cognitiva, a aceitação, a reinterpretação positiva, o voltar-se para religião, a procura por suporte social, o planejamento, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, em uma meta-análise conduzida por Nes e Segerstrom (2006), que teve como objetivo examinar o impacto do otimismo disposicional no enfrentamento, foi constatado que o otimismo pode ter importante relação no modo como as pessoas lidam com os desafios e as situações estressantes. As autoras também apontaram que o otimismo está positivamente associado às estratégias de enfrentamento de aproximação e negativamente associado a estratégias de enfrentamento voltadas a evitação. Salienta-se ainda que a correlação entre o otimismo e as estratégias de enfrentamento sofrem modificações conforme o estressor. Ou seja, quando o estressor é algum trauma, o otimismo está mais altamente correlacionado com o enfrentamento focado na emoção. Já em relação aos estressores

---

<sup>8</sup> Tradução livre do original em inglês: “*Approach coping* refers to engaged coping strategies in which the goal is to reduce, eliminate, or manage the internal or external demands of a stressor. *Avoidance coping*, on the other hand, refers to disengaged coping, in which the goal is to ignore, avoid, or withdraw from the stressor or its emotional consequences”.

acadêmicos, o otimismo está, segundo a pesquisa, mais altamente correlacionado ao enfrentamento focado no problema. Desse modo, Nes e Segerstrom (2006, p. 247) também discorrem que o otimismo está relacionado a diferentes estratégias de enfrentamento em resposta a diferentes estressores, o que reflete padrões de enfrentamento flexíveis.

Destacamos também o estudo realizado por Scheier e Carver<sup>9</sup> (1986), que representa uma tentativa de relacionar o otimismo com o modelo de *stress* e *coping* de Lazarus. No estudo, foi defendido que o otimismo está positivamente associado à utilização do enfrentamento focalizado no problema, com a reinterpretação positiva e a aceitação/resignação, quando o evento estressor é visto pelo entrevistado como incontrolável. Além disso, o otimismo está inversamente associado com o uso da estratégia de enfrentamento negação/distanciamento.

No que se refere a pesquisas realizadas sobre o otimismo em mulheres em pós-tratamento do câncer de mama, no contexto brasileiro, não foi encontrado nenhum artigo na base de dados Pepsic ao explorar os descritores “câncer de mama” AND “pós-tratamento” AND “otimismo”; “neoplasias da mama” AND “pós-tratamento” AND “otimismo”; “neoplasias da mama” AND “sobreviventes” AND “otimismo”, “câncer de mama” AND “sobreviventes” AND “otimismo”, “neoplasias da mama” AND “otimismo”, e “câncer de mama” AND “otimismo”. No entanto, nesta mesma busca foi encontrado um estudo de Fonseca, Lencastre e Guerra (2014) sobre a relação entre satisfação com a vida, sentido de vida, otimismo, imagem corporal e depressão em mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas. Porém, esse estudo foi realizado com uma amostra de mulheres portuguesas.

---

<sup>9</sup> Os sujeitos do estudo foram motivados a se recordarem de um evento estressante que houvesse ocorrido durante o mês anterior e mencionarem como eles haviam lidado com tal situação. Além disso, os sujeitos eram solicitados a avaliarem o quanto consideravam que o evento estressante citado era controlável. Para analisar as estratégias de enfrentamento adotadas, foi utilizado um instrumento padronizado chamado “Ways of Coping Checklist” (Folman & Lazarus, 1980) e o otimismo foi mensurado por intermédio do instrumento *Life Orientation Test* (LOT; Scheier & Carver, 1985).



Já em relação a pesquisas sobre a temática otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama fora do contexto brasileiro, ao realizar uma busca na base de dados Pubmed com os descritores “*breast neoplasms*” AND “*optimism*” AND “*post-treatment*”, dentre os 46 artigos encontrados, nenhum discorria acerca da questão do otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama e/ ou que tinham no mínimo um ano de diagnóstico, conforme avaliado primeiramente por meio do título e, posteriormente através do resumo. Quanto à busca realizada por meio dos descritores “*breast neoplasms*” AND “*optimism*” AND “*survivors*” foram encontrados 141 artigos, dentre os quais se destaca o de Croft, Sorkin e Gallicchio (2015) e de Perkins et al. (2007), cujo assunto se refere à temática estudada.

No estudo de Croft et al. (2015), os autores estimam a associação entre otimismo e estado civil em 722 sobreviventes de câncer de mama, chegando à conclusão de que a associação entre essas duas variáveis foi modificada pelo tempo que a mulher tem de sobrevivência ao câncer de mama desde o diagnóstico. Assim sendo, as mulheres casadas e recém-diagnosticadas, ou seja, aquelas que tem até cinco anos de diagnóstico, tem uma média maior de otimismo do que as sobreviventes não casadas. Porém, tal associação não foi observada entre sobreviventes ao câncer de mama com mais de cinco anos de diagnóstico.

Já no artigo de Perkins et al. (2007), referentes às diferenças individuais no bem-estar de idosas sobreviventes, os autores utilizaram um modelo de fatores de risco e de proteção. Foram estudados os preditores de bem-estar em 127 mulheres com idade superior a 70 anos e com pelo menos um ano de sobrevivida ao câncer de mama. Conforme os autores, no estudo que compreende o otimismo, a espiritualidade, o suporte social e a sensação de controle sobre a vida, os resultados revelaram a importância dos recursos psicossociais como fatores protetivos para mulheres mais velhas que estão enfrentando o pós-tratamento desta doença.

Nessa pesquisa níveis maiores de otimismo estavam associados a menores índices de depressão e maiores níveis de satisfação com a vida e percepção geral de saúde.

Ressalta-se ainda que foi consultada outra base de dados, a saber: a Psycnet, para a busca de mais artigos que complementassem a compreensão do tema. Dentre os estudos que foram encontrados, destacamos o de Karademas, Karvelis e Argyropoulou (2007), cujo objetivo era examinar se o otimismo é predito pela autoeficácia e pelo “estresse relacionado a doença” em sobreviventes de câncer de mama que sofreram mastectomia. Na pesquisa, também foram incluídas as seguintes variáveis relacionadas ao estresse: ajustamento e autoeficácia, além do enfrentamento, dados médicos e sociodemográficos. Como resultado, foi constatado que, para a maioria das mulheres entrevistadas, o câncer de mama continua causando impacto em suas vidas, mesmo após o diagnóstico inicial e o tratamento. As variáveis demográficas, como idade, nível de educação e *status* civil, quase não tiveram repercussão no otimismo ou nas outras variáveis psicológicas. Já em relação às variáveis médicas, verificou-se que o estresse foi positivamente predito pelo tempo transcorrido, desde o diagnóstico da doença; e negativamente predito pelo tempo transcorrido, desde a mastectomia. No que diz respeito às estratégias de enfrentamento utilizadas, o foco no positivo esteve associado positivamente ao otimismo, enquanto a evitação comportamental esteve associada negativamente.

A análise constatou também que o otimismo é predito por fatores psicológicos, como a autoeficácia, o enfrentamento e o estresse relacionado à doença, mesmo após o controle de variáveis médicas e sociodemográficas. As autoras discorrem que, diante de uma condição de doença estressante, a avaliação sobre o futuro (otimismo) repousa-se em informações sobre o ambiente (doença) e sobre si mesmo (habilidades pessoais para enfrentar a situação estressante). Expectativas mais fortes de autoeficácia e uma percepção mais benigna sobre a própria condição resultam em maior uso de reavaliações positivas e de resolução de

problemas e menor utilização de estratégias de enfrentamento de evitação, o que proporciona uma perspectiva mais positiva de si no futuro.

Por fim, conforme uma revisão de literatura realizada por Conversano et al. (2010), é aparente que o otimismo influencia fortemente a saúde física e a saúde mental. Segundo os autores, os sujeitos otimistas tendem a utilizar estratégias de enfrentamento mais apropriadas e são mais resilientes ao estresse. Carver et al. (2010) destacam também que o otimismo parece ser uma fonte de resiliência frente aos eventos estressantes. A seguir, serão expostas explanações acerca do conceito de resiliência e sua interface com sobreviventes ao câncer de mama.

### **2.2.3 Resiliência em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama**

Conforme afirmam Poletto e Koller (2008), o termo resiliente é proveniente da Física, a ciência que define este constructo como a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica. De acordo com os autores, “em psicologia este conceito está superado, pois uma pessoa não pode absorver um evento estressor e voltar à forma anterior. Ela aprende, cresce, desenvolve e amadurece” (2008, p. 48).

A este respeito Rutter (1993) - que, segundo Yunes (2003), é um dos pioneiros no estudo sobre a resiliência no campo da Psicologia -, a resiliência não se refere ao termo invulnerabilidade, que sugere uma absoluta resistência ao dano. Segundo Rutter (1993), influentes pesquisadores utilizaram este termo durante muitos anos, sendo posteriormente substituído pelo constructo resiliência.

Neste sentido, mencionamos algumas definições acerca do termo, conforme apontam diferentes estudiosos da área. Segundo a concepção de Master, Best e Garmezy (1990), a resiliência refere-se à capacidade do indivíduo em adaptar-se com sucesso frente às

circunstâncias ameaçadoras. Nesta linha de investigação, Rutter (1987), afirma que os estudos acerca da resiliência estão interessados em compreender as variações individuais em resposta ao risco, ou seja, enquanto algumas pessoas sucumbem ao estresse e à adversidade, outras superam os riscos da vida. No entanto, segundo o referido autor, a resiliência não poderia ser vista como um atributo fixo do indivíduo, pois, se as circunstâncias mudam, a resiliência também pode mudar. Segundo a Associação de Psicologia Americana (APA), a resiliência é um processo de se adaptar bem diante das adversidades, dos traumas, das tragédias ou demais fontes de estresse. Desse modo, conforme a APA, a resiliência significa “voltar” de experiências difíceis. No mais, considera-se que a resiliência não seria um traço presente ou não em um indivíduo, mas sim comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidos e/ou desenvolvidos. Segundo os autores McCleary e Figley (2017), as definições, as mensurações e a utilização do termo resiliência permanecem complexas e multifacetadas. Para os pesquisadores, o termo tem sido descrito tanto como um processo quanto como um resultado, e vem sendo utilizado tanto para se referir aos indivíduos, como às comunidades.

Deste modo, em conformidade com a questão supracitada, demais autores também apontam a dificuldade em definir o constructo na área da Psicologia. Em estudo realizado por Rooke (2015), com o intuito de apresentar um panorama acerca da produção científica sobre a resiliência em âmbito nacional, no período de 1970 a 2014, foi constatado que o termo resiliência carece de uma definição consensual e de uma tradição empírica consolidada. No levantamento bibliográfico de pesquisas relacionadas à resiliência, abarcando o período entre 2000 a 2006, realizado por Oliveira, Reis, Zanelato e Neme (2008), também foi observado que o conceito ainda se encontrava em fase de discussão e construção. Ademais, os autores ainda apontaram a seguinte constatação em relação ao termo resiliência:

[...] grande parte dos estudos mostrou que esse termo está relacionado à construção positiva no enfrentamento das adversidades, na capacidade de lidar de maneira positiva buscando a superação, na recuperação através do uso de recursos

adaptativos, na noção de sobrevivência e na capacidade potencial para o desenvolvimento da resiliência em maior ou menor grau, fatores que podem tornar um indivíduo mais ou menos vulnerável ao risco e, além disso, na forma como alguns indivíduos conseguem ser resilientes frente às adversidades (Oliveira et al., 2008, p. 761).

Há que se destacar também o estudo de revisão sobre o tema resiliência, realizado por Junqueira e Deslandes (2003), no qual as autoras discutiram criticamente o conceito, dando ênfase às contradições, avanços, limitações e eventuais falácias a respeito do termo. Destarte, as pesquisadoras citam definições de diversos autores em relação à resiliência, como também expõem a sua própria compreensão. Conforme Junqueira e Deslandes (2003), a resiliência não é um processo estanque, nem linear, pois o indivíduo pode se apresentar resiliente diante de um contexto, mas não o ser frente a outro. Desse modo, de acordo a concepção das autoras, não é possível falar de “indivíduos resilientes, mas de uma capacidade do sujeito de em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela” (Junqueira e Deslandes, 2003 p. 229).

Ainda a respeito da revisão crítica realizada por Junqueira e Deslandes (2003), as autoras concluíram que o conceito de resiliência apresenta polarizações que podem ser divididas nas seguintes categorias: adaptação/superação, inato/adquirido e permanente/circunstancial. Além disso, em um trabalho realizado por Taboada, Legal e Machado (2006), cujo objetivo era investigar na literatura especializada as principais definições de resiliência e seus conceitos operacionais, os autores se valeram do modelo de organização de Junqueira e Deslandes (2003) para a explanação e exposição das acepções encontradas. Desse modo, no que concerne à questão do polo “adaptação *versus* superação”, Taboada et al. (2006) realizam a seguinte indagação: “o processo resiliente consiste em um manter-se saudável *apesar* das adversidades, ou a resiliência implica em crescimento e desenvolvimento pessoal *através* das adversidades?” (2006, p. 106, grifo dos autores). Segundo os autores, no que se refere ao viés “através da adversidade”, a resiliência atua de tal

forma que o sujeito é caracterizado por diversas qualidades, ora resultantes do processo resiliente, ora propiciadoras dele. Diante dessa perspectiva, “a situação de risco é vista como oportunidade de superar os próprios limites, construindo uma identidade fortalecida (superação)” (Taboada et al., 2006, p. 106). Esses autores asseveram que compreender a resiliência enquanto um processo de superação propicia ao pesquisador uma série de características referentes ao indivíduo e ao contexto. Tais características são focadas nos métodos de mensuração da resiliência, bem como estratégias para estimular o seu desenvolvimento.

Apesar das divergências encontradas na literatura acerca do termo em questão, conforme Oliveira et al. (2008), o que há em comum em muitos estudos é o estabelecimento de uma relação próxima entre resiliência e desenvolvimento humano, sendo que dois fatores estão na base desse processo: (1) os fatores de risco, que se referem às adversidades vivenciadas pelo sujeito; e (2) os fatores de proteção, como por exemplo, o otimismo, o enfrentamento, a autoeficácia e a espiritualidade, cujo objetivo é amenizar o efeito e as consequências negativas que são esperadas pela maioria das pessoas. No que concerne às sobreviventes de câncer de mama, Cardoso (2014) tem como pressuposto que aquelas com baixo grau de resiliência apresentam como fatores de risco aspectos que dificultam sua adaptação, como, por exemplo, a perda parcial ou total da mama, o linfedema, a perda da feminilidade, o sentimento de independência dá lugar a fragilidade tanto na relação familiar como na social, além de alterações psicológicas. Já como fatores de proteção e que contribuem para a adaptação e superação da adversidade, o autor cita o apoio social e familiar, a espiritualidade e a autoestima.

No que se refere à questão de fatores de risco Poletto e Koller (2011) destacam que o termo risco tem sido utilizado no campo da saúde mental com a significação de um estressor ou condição que predispõe um resultado negativo ou indesejado. O risco poderá suscitar um

distúrbio ou uma doença de acordo com sua severidade, duração, frequência ou intensidade de um ou mais sintomas. Já segundo as pesquisadoras Yunes e Szymanski (2011, p. 24) “os fatores de risco relacionam-se com toda a sorte de eventos negativos de vida e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais e emocionais”. Segundo a concepção de Rutter (1987), não faz sentido rotular variáveis como de risco e sim como “processos de risco”, pois o que pode ser determinado como risco em uma situação pode ter o significado de proteção em outra.

No que faz referência aos fatores protetivos, Rutter (1985, p. 600), assevera que estes “referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum perigo no ambiente que predispõe a um resultado desadaptativo”. O autor também chama a atenção para o fato de que o conceito não é sinônimo de “experiência positiva” e que os fatores protetivos são definidos conforme seus efeitos e não suas qualidades hedônicas. Adicionalmente, ele aponta que as experiências positivas são aquelas que geralmente predispõem a um resultado adaptativo um efeito benéfico direto. Nesse sentido, segundo Rutter (1985), os fatores de proteção podem não ter nenhum efeito detectável na ausência de um algum estressor, já que o seu papel é modificar respostas a situações adversas. Para o pesquisador, um fator protetivo não é somente uma experiência, mas também qualidades do indivíduo. Em uma revisão referente aos processos protetivos, Rutter (1987) sugere que eles devem incluir: a) a redução do impacto dos riscos; b) a redução das reações negativas em cadeia, resultantes do encontro com o risco; c) a promoção da autoestima e autoeficácia por meio da disponibilidade de relações pessoais seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; e d) abertura para oportunidades.

Em relação aos instrumentos de coleta de dados para a compreensão da resiliência, no levantamento bibliográfico realizado por Oliveira et al. (2008), foi constatada a prevalência da entrevista (38,09%), o uso de escalas ou entrevistas combinadas com outros instrumentos

(25%) e, posteriormente, a utilização de escalas (18,75%). Já na pesquisa realizada por Roocke (2015) acerca da produção científica sobre resiliência no âmbito nacional, os pesquisadores encontraram 31 estudos em que havia a predominância da adoção de métodos qualitativos, enquanto 16 estudos abordaram métodos quantitativos, nos quais a maioria, correlacional, tentando associar a resiliência a constructos convergentes como, por exemplo, estratégias de *coping*.

Destacamos que, como aponta Tusai (2004), faltam instrumentos empíricos que mensurem a resiliência por causa da diversidade de definições acerca do construto, como também, devido à tendência em utilizar estudos qualitativos para a compreensão desse complexo fenômeno. Porém, conforme esclarecem Paludo e Koller (2011), os diversos métodos experimentais para compreender a resiliência psicológica se mostraram úteis para entender as estruturas psicológicas que estão conectadas aos seus resultados cognitivos e fisiológicos. As autoras acrescentam que os delineamentos quantitativos têm se mostrado eficazes. No entanto, existem várias discussões sobre essa tentativa de mensurar ou avaliar processos relacionados à resiliência.

Acerca dos instrumentos utilizados para mensurar o constructo, cabe mencionar, que a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), instrumento que será utilizado no presente trabalho, contém itens que refletem as definições geralmente aceitas acerca do conceito. Portanto, cinco componentes inter-relacionados foram identificados como constituintes da resiliência, a saber:

- (1) a equanimidade – aspecto referente à uma perspectiva balanceada da própria vida e das experiências;
- (2) a perseverança – conceito referente ao ato de se persistir, apesar das dificuldades;
- (3) a autoconfiança – conceito relacionado à crença em si próprio e nas próprias capacidades;



(4) a busca por significado – aspecto referente à percepção de que a vida tem um significado e,

(5) a solidão existencial – aspecto referente à percepção de que o caminho de cada pessoa diante da vida é único.

Salienta-se ainda que as definições e perspectivas acerca da resiliência foram validadas e clarificadas através de uma revisão de literatura realizada pelos autores. Nessa investigação eles citaram a contribuição de alguns pesquisadores que são referência no assunto, tais como: Druss e Douglas (1998); Rutter (1985) Caplan (1990), Frankl (1985); Richmond e Beardslee (1988), dentre outros.

No Brasil, no que concerne ao estudo da resiliência em sobreviventes de câncer de mama, constatamos que o país carece de pesquisas na área. Uma consulta realizada na base de dados Pepsi - com os descritores: “câncer de mama” AND “pós-tratamento” AND “resiliência”; “neoplasias da mama” AND “pós-tratamento” AND “resiliência”; “câncer de mama” AND “sobreviventes” AND “resiliência”; “neoplasias da mama” AND “sobreviventes” AND “resiliência”; “câncer de mama” AND “resiliência” e “neoplasias da mama” AND “resiliência”, revelou apenas dois estudos acerca da temática.

O primeiro estudo localizado nessa base de dados pertence a Pereira et al. (2013) e teve como objetivo conhecer a vivência de mulheres mastectomizadas, sobreviventes do câncer de mama e com alto grau de resiliência. A coleta de dados realizada pelos pesquisadores se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e o grau de resiliência das participantes foi mensurado conforme a Escala de Resiliência de Wagnild e Young. A análise dos dados da entrevista foi feita conforme análise temática, sendo agrupadas em três temas: “sentimentos das mulheres frente ao câncer e a mastectomia”, “fatores relacionados à sobrevivência ao câncer de mama e mastectomia” e “caminhos percorridos pelas mulheres após o tratamento”. Como resultado, os pesquisadores constataram que as mulheres

entrevistadas - e que apresentavam um alto grau de resiliência durante todo o processo de sobrevivência - encontraram forças para enfrentar a doença no apoio e cuidado da família, amigos e por meio da religião e da fé. Com o fim do tratamento, a vida dessas mulheres se modificou e elas passaram a avaliar a maneira como viviam até então, buscando formas de viver condizentes com as consequências deixadas pelo câncer, procurando caminhos alternativos que lhes assegurassem uma vida com qualidade para além do câncer. Convém realçar que no referido artigo, não foi especificado o tempo de sobrevivência das mulheres que participaram do estudo.

O segundo estudo encontrado na base de dados Pepsic pertence a Genz et al. (2016). Neste trabalho, os pesquisadores intentaram averiguar o grau de resiliência e de estadiamento frente aos fatores sociodemográficos dos sobreviventes ao câncer de mama em acompanhamento em um serviço de oncologia. A amostra do estudo foi constituída por 112 sobreviventes de câncer de mama, sendo a sobrevivência avaliada a partir do final do tratamento até a data da presente pesquisa. O estudo constatou que 41,96% das participantes apresentaram um alto nível de resiliência, conforme a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young, além disso, o estadiamento não esteve associado ao grau de resiliência, mas sim ao tempo de sobrevivência e à idade, reforçando as evidências levantadas em outros estudos.

No que se refere às teses e dissertações concernente à temática no Brasil, ao acessar o Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e realizar uma busca pelos descritores “resiliência” AND “câncer de mama”, foi possível encontrar onze dissertações de mestrado e duas teses de doutorado, nas quais, quatro dissertações discorriam em seus objetivos sobre a questão da resiliência em sobreviventes do câncer de mama. Desse montante, a maior parte das pesquisas encontradas se referia especificamente à natureza qualitativa e tinha como um de seus objetivos a

identificação de fatores de proteção e/ou indicadores de resiliência em mulheres sobreviventes de câncer de mama.

Como exemplo, destacamos a dissertação de mestrado de Forgerini (2010), na qual a autora buscou investigar as vivências de mulheres que estavam fora do tratamento do câncer de mama ou do controle da doença há no mínimo cinco anos, identificando mecanismos de proteção importantes para adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento, bem como indicadores de resiliência no processo de enfrentamento da doença. As mulheres da pesquisa foram entrevistadas e os dados obtidos foram analisados com os pressupostos do método fenomenológico. Dentre as categorias de vivências identificadas, a autora cita: “descobrir-se com câncer de mama: dos primeiros sinais à confirmação do diagnóstico”; “ser-no-mundo-com câncer de mama: percepções e significados do diagnóstico”; “trajetória do tratamento”; “a vida após o câncer de mama”; “indicadores de resiliência” e “mecanismos de proteção que auxiliaram na adaptação à vida após o adoecimento e o tratamento do câncer de mama”. Em relação à última categoria, a autora diz que os mecanismos de proteção mais frequentemente identificados nas mulheres entrevistadas foram tanto o apoio como o suporte social que receberam, sendo a família a fonte de apoio mais referida. Já na categoria temática “indicadores de resiliência”, a autora apresenta unidades de significados identificadas nos relatos das mulheres que as ajudaram a manter o bem-estar físico e psíquico ao longo do tratamento até o controle final da doença. As unidades de significados que surgiram nos relatos das entrevistadas foram compreendidas como indicadores de resiliência, pois mostraram superação e capacidade de ressignificação da vida e das experiências vividas. Desta maneira, as participantes apresentaram os seguintes indicadores de resiliência: sentimentos positivos, bom humor, laços afetivos positivos, envolvimento em atividades diversificadas, amadurecimento, solidariedade, compreensão do momento vivenciado, busca por informações, flexibilidade e aceitação de mudanças, postura ativa diante da doença, força

e coragem diante do adoecimento, sentido existencial, fé em Deus e esperança, visão equilibrada da experiência adversa, identificação de aspectos positivos na experiência vivida e mudanças existenciais significativas. Salientamos que, conforme a percepção da autora, apesar de as mulheres do estudo apresentarem sequelas, elas não se mostraram como vítimas, mas sim como corajosas sobreviventes, sinalizando que os indicadores de resiliência presentes não as tornaram invulneráveis à dor, ao sofrimento ou ao câncer, mas as tornaram mais sábias e fortalecidas.

Ressalta-se também a dissertação de mestrado de Cardoso (2014), na qual - através do pressuposto de que os fatores de risco podem ser eliminados ou reduzidos e os fatores de proteção maximizados nas mulheres sobreviventes ao câncer de mama - a autora apresenta como objetivo principal de sua pesquisa a construção da resiliência com mulheres sobreviventes ao câncer de mama com baixa resiliência. Para tanto, Cardoso (2014) busca identificar os fatores de risco e de proteção para mulheres sobreviventes ao câncer de mama com baixo grau de resiliência, elaborando estratégias de intervenção para tais pacientes. Como resultado, a autora identificou que os fatores de proteção para as mulheres pesquisadas são o apoio familiar, a espiritualidade e as características individuais, tais como autoestima, autonomia e autoconfiança. Porém, no que se refere aos fatores de risco, houve diferenças importantes entre as participantes, mais especificamente, enquanto para uma participante a falta de informação sobre o câncer e a dificuldade de autocuidado comprometia sua resiliência, para outra, o isolamento social e a inatividade decorrente da doença eram os dificultadores de sua superação. Desse modo, por meio do plano de ação, a autora buscou, através de um plano terapêutico, minimizar os riscos e fortalecer os fatores de proteção de cada participante.

Paralelamente, destacamos importantes pesquisas realizadas fora do contexto brasileiro. Para tanto, pesquisamos a base de dados PubMed, com os seguintes descritores:

“breast neoplasms” AND “resilience” AND “post treatment” AND “breast neoplasms” AND “resilience” AND “survivors”. Porém não foram encontrados artigos que contemplassem a questão da resiliência em mulheres em pós-tratamento do câncer de mama. Identificamos apenas estudos como o de Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva e Dejanova (2015) a respeito da associação entre resiliência e depressão, e a pesquisa realizada por Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski e Dejanova (2015) sobre a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde. Ambas as pesquisas foram empreendidas com mulheres que haviam completado a cirurgia inicial e o tratamento oncológico contra o câncer de mama.

No estudo realizado por Ristevska-Dimitrovska, Stefanovski, Smichkoska, Raleva e Dejanova (2015), os pesquisadores buscaram avaliar a resiliência e explorar se a depressão afetava tal constructo. Como resultado constataram que existe uma correlação negativa entre depressão e resiliência, ou seja, o nível de resiliência pode ser um fator protetivo para a depressão e o *distress* psicológico. Já na pesquisa realizada por Ristevska-Dimitrovska, Filov, Rajchanovska, Stefanovski e Dejanova (2015) acerca da associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde, os autores chegaram à conclusão de que a qualidade de vida global esteve positivamente correlacionada com a resiliência, e que pacientes com câncer de mama menos resilientes relataram pior imagem corporal e perspectiva de futuro, além de sofrerem mais com os efeitos adversos da terapia sistêmica e dos sintomas relacionados ao braço e à mama.

Por fim, apesar de a resiliência ainda ser conceito que se encontra em construção e discussão, como bem pontua Poletto e Koller (2011), o enfoque da resiliência está direcionado às situações que visam ao estudo do desenvolvimento humano sadio e positivo. Desse modo, conforme os autores, além da possibilidade de compreender as situações estressoras, as pesquisas referentes à resiliência permitem uma investigação acerca dos fatores que

minimizam os efeitos originados de tais situações. Nesse sentido, partindo-se do pressuposto de que a resiliência é um fenômeno comum, o qual emerge da operação básica do sistema de adaptação humana - ou seja, que não emerge de qualidades especiais ou raras (Master, 2011) - atemo-nos a tal fenômeno, visto que a resiliência pode ser um recurso essencial, podendo auxiliar mulheres que estão no pós-tratamento do câncer de mama a se adaptarem a tal momento.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento ( *coping* ) utilizadas em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama e sua relação ao grau de otimismo e ao grau de resiliência.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em mulheres no pós- tratamento do câncer de mama:

- Avaliar níveis de resiliência e otimismo;
- Identificar as estratégias de enfrentamento ( *coping* ) utilizadas;
- Compreender como vivenciam o período do pós-tratamento do câncer de mama e as consequências negativas e positivas do câncer de mama para a sua vida atual.

## **4 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

### **4.1 DELINEAMENTO**

Estudo exploratório, correlacional, de corte transversal. O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa e quantitativa.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

A coleta de dados foi realizada na Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de mama de Juiz de Fora (ASCOMCER), no período de janeiro a setembro de 2017. A instituição é uma entidade civil de caráter filantrópico e sem fins lucrativos que presta serviços médicos hospitalares com referência em oncologia destinados às pessoas de Juiz de Fora e região. A maior parte (94%) de seu atendimento é ofertado a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os outros atendimentos direcionados aos diversos pacientes oriundos de planos de saúde e particulares. A ASCOMCER possui leitos para internamentos e também presta atendimentos ambulatoriais de diagnóstico e prevenção, além de realizar tratamentos especializados em radioterapia e quimioterapia.

#### **4.2.1 Amostra**

A amostra foi composta por 50 mulheres em pós-tratamento do câncer de mama e que estavam realizando consulta de controle na ASCOMCER.

Justifica-se o número da amostra pois, quando temos um  $n \geq 30$  sujeitos experimentais constituindo a amostra, temos uma distribuição de probabilidades aproximadamente normal (Arango, 2009).



#### ***4.2.1.1 Critério de seleção***

As participantes foram selecionadas por conveniência no período da coleta de dados. Foram selecionadas pacientes que se inseriam no critério de inclusão e que estavam frequentando o ambulatório de Oncologia da ASCOMCER. As mulheres eram abordadas pela pesquisadora na sala de espera enquanto esperavam pela consulta médica e, caso expressassem o desejo de participar da pesquisa, era apresentado às mesmas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ([TCLE] Apêndice A).

Dentre as mulheres que foram convidadas para participar da pesquisa, houve cinco recusas e, uma mulher desejou interromper a sua participação no momento que se deparou com as perguntas abertas da entrevista. Frisa-se ainda que, duas mulheres foram encaminhadas para o atendimento psicológico, devido às manifestações emocionais que as perguntas pareceram suscitar.

#### ***4.2.1.2 Critérios para inclusão na amostra***

Mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama há no máximo cinco anos, que foram submetidas à cirurgia radical ou reparadora e finalizaram o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, podendo estar ou não, sendo submetidas à hormonioterapia.

#### ***4.2.1.3 Critérios para não inclusão da amostra***

Mulheres que apresentassem dificuldades em compreender as questões da escala e da entrevista.

### 4.3 INSTRUMENTOS

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (Anexo A)

Conforme Wagnild e Young (1993, p. 167), “o propósito da Escala de Resiliência é identificar o grau de resiliência individual, considerado como uma característica positiva da personalidade que melhora a adaptação individual”. Conforme os autores, a escala foi desenvolvida a partir de um estudo qualitativo com vinte e quatro mulheres que se adaptaram com sucesso à adversidade da vida. De suas narrativas, cinco componentes foram identificados como fatores que constituem a resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido da vida e autosuficiência. Tais definições e perspectivas sobre a resiliência foram validadas e clarificadas através de uma revisão de literatura sobre o tema.

A escala é composta por 25 itens, que podem ser pontuados de 1 (discordo totalmente) até 7 (concordo plenamente). Os escores variam de 25 a 175 pontos, na qual quanto maior a pontuação, maior o nível de resiliência. É importante salientar ainda que, segundo Wagnild (2009), é possível afirmar que escores abaixo de 121 indicam baixa resiliência, escores entre 121 e 145 indicam moderada resiliência e escores acima de 146 indicam elevados níveis de resiliência.

No contexto brasileiro, o instrumento foi submetido à adaptação transcultural e avaliação psicométrica por Pesce et al. (2005), valendo-se de estudantes de sétima e oitava séries do Ensino Fundamental e primeiro e segundo anos do Ensino Médio da rede pública de ensino do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. No que concerne à equivalência funcional da escala de resiliência, foi constatado um satisfatório grau de equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração entre a

versão brasileira e a original. Destaca-se também que, referente à validade de constructo, a escala de resiliência mostrou-se correlacionada com alguns conceitos relevantes na literatura sobre o tema, como a autoestima, supervisão familiar, satisfação com a vida e apoio social.

- Revised Life Orientation Test (LOT-R) (Anexo B)

O Revised Life Orientation Test (LOT-R) foi desenvolvido por Scheier, Carver e Bridges (1994) e contém dez itens, sendo três afirmativas sobre o otimismo (itens 1, 4 e 10), três sobre pessimismo (itens 3, 7 e 9) e itens-filtro que não são pontuados. Os entrevistados são solicitados a indicar o grau de concordância de cada uma das afirmativas, variando desde “discordo plenamente” até “concordo plenamente”. Nas instruções para a realização do teste, é solicitado que o respondente seja o mais exato e honesto o possível, que não deixe a resposta de uma sentença influenciar na resposta da sentença seguinte e que não existem respostas certas ou erradas. No que se refere à aplicação do instrumento no Brasil, conforme Bastianello e Pacico (2014), foram realizados dois estudos para a adaptação e validação do LOT-R para o português brasileiro: um com amostra de estudantes universitários por Bastianello, Zanon, Pacico e Hutz (2013 como citado em Bastianello & Pacico, 2014) e outro com adolescentes do Ensino Médio do sul do Brasil por Bastianello, Pacico, Zanon, Reppold e Hutz (2013 como citado em Bastianello & Pacico, 2014).

Segundo Bastianello e Pacico (2014), as pontuações totais podem variar de 6 a 30 e o escore total do respondente é obtido através do somatório dos itens positivos e negativos, excluindo-se as questões filtro. É importante ressaltar que os itens negativos devem ser invertidos, antes de serem somados ao item positivo. Para interpretar o escore bruto obtido, é necessário procurar o percentil correspondente na tabela de normas adequada. Quanto maior o percentil, maior o grau de otimismo. Salienta-se

ainda que, foi realizado o contato por e-mail com Cláudio Hutz, organizador do livro “Avaliação em Psicologia Positiva” no qual consta o instrumento LOT-R, lhe questionando acerca dos pontos de corte do instrumento. Assim, conforme a resposta do referido autor, escores entre o percentil 40 e o percentil 60 são escores médios; escores cima do percentil 70, seriam altos; abaixo do percentil 30, baixos; entre 30 e 40 são escores médios-baixos e, entre 60 e 70 médios altos.

- Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP (Anexo C)

Conforme Gimenes e Queiroz (2000), a Escala Modos de Enfrentamento de Vitaliano (1985) é delineada de acordo com o conceito de enfrentamento como processo e elaborada para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas em situações estressantes. A escala foi adaptada e traduzida para o português por Gimenes e Queiroz (2000) e a análise fatorial da referida escala foi investigada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001).

A escala originada da análise fatorial de Seidl, et al. (2001) é composta por 45 itens, distribuídos em quatro fatores de enfrentamento: a) enfrentamento focalizado no problema (18 itens); b) enfrentamento focalizado na emoção (15 itens); c) busca de práticas religiosas/ pensamento fantasioso (5 itens) e d) busca de suporte social (7 itens). As respostas são dadas em uma escala Likert de cinco pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre) e os escores são obtidos pela média aritmética. Os valores mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento (Seidl, Melchíades, & Brito, 2007).

A seguir são descritos os quatro fatores utilizados na EMEP conforme Seidl, et al. (2001):

- Enfrentamento focado no problema: são 18 itens que representam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo sujeito no intuito de

solucionar o problema, lidar ou manejar o evento estressor. Inclui também itens que envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos direcionados para a reavaliação do problema (reestruturação cognitiva), percebendo-o de modo positivo. Assim sendo, as questões que expressam o enfrentamento focado no problema são: “eu digo a mim mesmo o quanto já consegui”; “eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela”; “eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema”; encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez”; “eu levo em conta o lado positivo das coisas”; “mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo”; “estou mudando, me tornando uma pessoa mais experiente”; “eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir a minha primeira ideia”; “eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo”; “eu sei o que deve ser feito e estou aumentando os meus esforços para ser bem sucedido”; “eu me concentro nas coisas boas da vida”; “eu insisto e luto pelo o que eu quero”; “eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação”; “tento ser uma pessoa mais forte e otimista”; “eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores”; “aceito a simpatia e a compreensão de alguém”; “encontro diferentes soluções para o meu problema” e “eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida”.

- Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção: são 15 itens que podem ser referentes a reações emocionais negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas direcionados a uma solução mágica do problema, bem como respostas de esquiva. Inclui também reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio pelo aparecimento ou pelas consequências do problema. Desse modo, abarcam estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir função paliativa no enfrentamento e/ou resultar em afastamento do estressor. As questões que

caracterizam tais estratégias são: “eu culpo os outros”; “demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema”; “desconto em outras pessoas”; “eu acho que as pessoas foram injustas comigo”; “penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor” “eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema”; “eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer”; “eu me culpo”; “procuro um culpado para a situação”; “eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim”; “procuro me afastar das pessoas em geral”; “descubro quem mais é ou foi responsável”; “eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer”; “eu desejaria mudar o modo como eu me sinto”; e “eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo”.

- Práticas religiosas/ pensamento fantasioso: são sete itens que representam pensamentos e comportamentos religiosos que possam auxiliar no enfrentamento do problema, a saber: “eu me apego à minha fé para superar esta situação”; “espero que um milagre aconteça”; “pratico mais a religião desde que tenho esse problema”; “eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo”; “tento esquecer o problema todo”; “eu rezo/oro”; “eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele que estou”.
- Busca de suporte social: são cinco itens que têm como significado a busca de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégia de enfrentamento da situação causadora do estresse. São representados pelas seguintes afirmativas: “converso com alguém sobre como estou me sentindo”; “converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema”; “converso com alguém para obter informações sobre a situação”; “peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite”; e “eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo”. É importante salientar que este último item possui análise fatorial negativa.
- Questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice B)

Instrumento elaborado pela pesquisadora, visando caracterizar a amostra quanto a dados sociodemográficos e clínicos. O instrumento é formado por vinte questões que contemplam as seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, renda individual mensal, sexo, situação ocupacional, religião, com quem mora e raça. Em relação aos dados clínicos, o instrumento contempla o tempo de diagnóstico de câncer de mama, os tratamentos oncológicos realizados para o câncer de mama, período de finalização dos tratamentos, se realizou a reconstrução da mama operada, se está sendo submetida à hormonioterapia e, caso positivo, o nome da medicação, frequência que realiza consultas de rotina com mastologista e/ou oncologista e se realiza ou já realizou tratamento psiquiátrico e psicoterápico.

- Entrevista (Apêndice C)

Instrumento elaborado pela pesquisadora, visando compreender as principais consequências negativas e positivas do câncer de mama para a vida atual da mulher entrevistada.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS

Após a mulher expressar o interesse em participar do estudo, a pesquisadora lia para a referida participante o TCLE e esclarecia eventuais dúvidas acerca da pesquisa. Após o consentimento da paciente, iniciava-se a etapa da coleta de dados, que sempre ocorria individualmente e na sala de espera da instituição. No referido espaço, buscava-se um espaço de maior privacidade e aonde a mulher dizia sentir-se mais confortável.

Primeiramente, era aplicado o questionário sociodemográfico e clínico e, posteriormente, a entrevista (que foi gravada em áudio), a EMEP, a Escala de Resiliência e o LOT-R. As escalas eram lidas e preenchidas pela própria pesquisadora.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

As questões abertas da entrevista elaborada pela pesquisadora - que foram gravadas em áudios e posteriormente transcritas na íntegra -, e a questão aberta do questionário EMEP foram analisadas conforme a abordagem qualitativa, segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que é caracterizada como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2011, p. 44). Para a realização de tal técnica, a referida autora afirma ser necessário o seguimento das seguintes fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Deste modo, inicialmente organizamos o material que seria utilizado (entrevistas transcritas e respostas da questão aberta do instrumento EMEP) e realizamos uma leitura flutuante dos documentos. Posteriormente, os dados foram agrupados em categorias específicas e subespecíficas. Por fim, conforme a orientação de Bardin (2011), os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, por isso, construímos tabelas, os quais condensaram e colocaram em relevo as informações fornecidas pela análise, através da frequência absoluta e frequência relativa.

Já para a análise da EMEP, Escala de Resiliência, LOT-R, dados sociodemográficos e clínicos e questões fechadas da entrevista, foi construído um banco de dados pela tabulação e codificação dos dados que serão analisados pelo programa SPHINX LEXICA e EURECA V. 5, estabelecendo a frequência de cada variável na amostra levantada.

Para a realização da montagem do banco de dados, foi necessário proceder às seguintes etapas: determinação da correspondência entre os dados e a variável; codificação das variáveis; categorização dos resultados; formação do banco de dados e análise estatística.



Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis de interesse, anteriormente citadas, analisando média, desvio padrão e amplitude. Em seguida, os dados foram submetidos à técnica de mineração de dados (*Data mining*), utilizada para trabalhar em grandes bancos de dados, procurando tendências, padrões e relações estatísticas significativas no nível de significância de 5% (IC 95%) entre as variáveis de interesse do estudo, segundo metodologia descrita por Berry e Linoff, 1997; Ham e Kamber, 2001.

#### 4.6 ESTUDO-PILOTO

Conforme Barret (2010) quando já existem fatores que indicam que a pesquisa é exequível, é extremamente útil conduzir um estudo-piloto para que sejam testados os métodos, materiais, o equipamento, etc., antes de executar o próprio estudo em sua completude. Segundo a autora, esse estudo-piloto deve ser realizado com um grupo menor de participantes que tenham características similares.

Assim sendo, é importante mencionar que os instrumentos que foram utilizados foram testados com seis mulheres que estavam realizando consultas de rotina na ASCOMCER e, se mostraram adequados. É importante salientar que, antes da utilização da EMEP, a pesquisadora utilizou o instrumento “Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus”, que não foi considerado adequado pelo número excessivo de itens, que causava exaustão nas participantes na hora de responder.

No que se refere às limitações da pesquisa, é válido mencionar que as mulheres responderam aos instrumentos na sala de espera das instituições parceiras, o que pode ter ocasionado uma maior inibição. Além disso, a amostragem foi por conveniência, o que gera um menor rigor estatístico sobre a população pesquisada.

#### 4.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Primeiramente, foi realizado contato com a instituição parceira, a fim de que fosse possível a autorização do estudo (ANEXO D). Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sendo aprovado em 14 de abril de 2016, sob parecer nº 1.698.170 (ANEXO E).

O presente estudo respeita as disposições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas envolvendo seres humanos e conta com o TCLE, na qual foi especificado á participante a finalidade da pesquisa, a garantia de seu anonimato, o procedimento de coleta de dados, a participação voluntária e o direito de desistir do estudo a qualquer momento.

Ressalta-se que a participação da voluntária poderia implicar em risco mínimo à mesma e, caso fossem despertadas na voluntária respostas emocionais incômodas e fosse o desejo da participante, a mesma poderia ser encaminhada para o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UFJF.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS

#### 5.1.1 Caracterização da amostra

No intuito de compreender acerca do perfil da amostra estudada, realizamos um levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos, conforme evidenciado por meio da tabela 2 e da tabela 3, apresentadas a seguir:

Tabela 2  
Dados sociodemográficos das participantes

Variável	Categoria	N	Frequência relativa
<b>Gênero</b>	Feminino	50	100%
	Masculino		0%
<b>Faixa etária</b>	De 30 a 40 anos	3	6%
	De 41 a 50 anos	14	28%
	De 51 a 60 anos	23	46%
	De 61 anos a 70 anos	8	16%
	Acima de 70 anos	2	4%
<b>Cor de pele</b>	Branca	28	56%
	Parda	13	26%
	Negra	9	18%
<b>Escolaridade</b>	Fundamental incompleto	16	32%
	Fundamental completo	8	16%
	Médio incompleto	3	6%
	Médio completo	18	36%
	Superior incompleto	1	2%
	Superior completo	3	6%
	Pós-graduação	1	2%
<b>Estado Civil</b>	Solteira	6	12%
	Casada/amigada	26	52%
	Divorciada/separada	12	24%
	Viúva	6	12%
<b>Renda individual mensal</b>	Nenhuma	18	36%
	Até 3 salários mínimos	28	56%
	De 3 a 5 salários mínimos	4	8%

<b>Situação ocupacional</b>	Trabalha com vínculo empregatício	5	10%
	Trabalha sem vínculo empregatício	4	8%
	Não trabalha	8	16%
	Aposentada por invalidez	7	14%
	Aposentada por tempo de serviço	4	8%
	Outro	22	44%
<b>Religião</b>	Católica	35	70%
	Evangélica ou protestante	12	24%
	Espírita		
	Umbanda ou candomblé	1	2%
	Não tem religião	1	2%
<b>Com quem mora</b>	Mora com esposo e filho(s)	15	30%
	Mora com esposo/companheiro	10	20%
	Mora com filho(s)		
	Mora sozinha	9	18%
	Mora com filho(s), parente(s) e/ou amigo(s)	6	12%
		4	8%
	Mora com esposo, filho(s), parente(s) e/ou amigo(s)	1	2%
	Mora com esposo, parente(s) e/ou amigo(s)	1	2%

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 3**  
Dados clínicos das participantes

Variável	Categoria	N	Frequência relativa
<b>Tempo de diagnóstico</b>	Até 1 ano	12	24%
	De 1 a 2 anos	13	26%
	De 2 a 3 anos	9	18%
	De 3 a 4 anos	7	14%
	De 4 a 5 anos	9	18%
<b>Realização de quimioterapia</b>	SIM	44	88%
	NÃO	6	12%
<b>Realização de radioterapia</b>	SIM	43	86%
	NÃO	7	14%
<b>Realização da cirurgia radical</b>	SIM	17	34%
	NÃO	33	66%
<b>Realização da cirurgia reparadora</b>	SIM	33	66%
	NÃO	17	34%
<b>Realização da reconstrução da mama</b>	SIM	12	24%
	NÃO	38	76%
<b>Realização de outro procedimento</b>	SIM	12	24%
	NÃO	38	76%

<b>Hormonioterapia</b>	SIM	49	98%
	NÃO	1	2%
<b>Medicação hormonioterapia</b>	Tamoxifeno	39	78%
	Anastrozol	8	16%
	Não soube mencionar	2	4%
	Não se aplica	1	2%
<b>Realização de tratamento psicológico</b>	SIM	0	0%
	NÃO	50	100%
<b>Realização de tratamento psiquiátrico</b>	SIM	4	8%
	NÃO	46	92%
<b>Alteração no braço homolateral à mama operada</b>	SIM	23	46%
	NÃO	27	54%
<b>Dor na mama/região operada</b>	SIM	14	28%
	NÃO	36	72%
<b>Satisfação ao se olhar no espelho</b>	SIM	31	62%
	NÃO	19	38%
<b>Alteração na vida sexual</b>	SIM	16	32%
	NÃO	34	68%
<b>Piora da vida sexual</b>	SIM	15	30%
	NÃO	1	2%
	Não se aplica	34	68%
<b>Hormonioterapia - ondas de calor</b>	SIM	29	59%
	NÃO	20	40%
<b>Hormonioterapia - secura vaginal</b>	SIM	15	30,6%
	NÃO	34	69,3%
<b>Hormonioterapia - dor nas articulações</b>	SIM	26	53,06%
	NÃO	23	46,9%
<b>Hormonioterapia - outros efeitos adversos</b>	SIM	28	57,1%
	NÃO	21	42,8%

Fonte: Elaboração própria.

Desse modo, conforme é possível observar na Tabela 2, a amostra estudada na presente pesquisa é caracterizada pela predominância de mulheres da cor branca (56%) e que estão majoritariamente entre a faixa etária de 41 a 60 anos de idade (74%) – sendo que a idade mínima foi de 32 anos e a máxima de 75 anos. Ainda no que se refere à faixa etária dos sujeitos experimentais, contatou-se que a média da amostra foi de 54, 52 (DP= 8,75) com nível de significância ( $p < 0,05\%$ ).

Quanto ao nível de escolaridade, apontamos uma discrepância em relação às duas maiores frequências encontradas, visto que a maior parte das mulheres tinha o ensino médio completo (36%), seguidamente da predominância de mulheres com ensino fundamental incompleto (32%). Já no que diz respeito à renda individual das entrevistadas, 56% delas recebiam até três salários mínimos. Além disso, quando questionadas acerca da sua situação ocupacional, 44% apontaram o item “outro” do questionário, discorrendo acerca de condições que não se enquadravam em nenhum item fechado da questão, como por exemplo, estarem afastadas pelo INSS em decorrência de seus problemas de saúde.

Por fim, identificamos nos dados 52% de mulheres casadas ou amigadas e 88% das mulheres que afirmaram não estar morando sozinha, sendo que a grande maioria estava morando com o esposo/companheiro e com o(s) filho(s), totalizando 30% da amostra.

Referindo-se às variáveis “clínicas estudadas”, verificou-se 48% das mulheres que tinham até dois anos de diagnóstico de câncer de mama. Quanto aos tratamentos realizados, 88% das entrevistadas mencionaram ter realizado a quimioterapia, 86% a radioterapia e 66% realizaram a cirurgia reparadora em detrimento da cirurgia radical (34%), isto é, retiraram apenas um segmento da mama ao invés da mama inteira. No mais, apenas 24% da amostra estudada, realizou a reconstrução da mama.

Na época em que foram entrevistadas, apesar de terem finalizado a quimioterapia e/ou a radioterapia e a intervenção cirúrgica, a grande maioria estava sendo submetida à hormonioterapia (98%), com a predominância da utilização do Tamoxifeno (78%). Das mulheres que estavam recebendo a hormonioterapia, houve uma frequência significativa de pacientes que reportaram efeitos colaterais advindos dessa terapêutica. Como expresso na Tabela 3, mais da metade das mulheres relataram efeitos adversos da medicação, como por exemplo, ondas de calor (59%), dor nas articulações (53,06%) e demais efeitos adversos

(57,1%), tais como dor no corpo, boca amarga e seca, cansaço, ganho de peso, dentre outros. Não foi possível afirmar se tais sintomas seriam efeitos colaterais das medicações utilizadas.

Além dos efeitos adversos da hormonioterapia, algumas mulheres também mencionaram demais sintomas que vivenciam como consequência do tratamento contra o câncer de mama, como por exemplo, algum tipo de alteração no braço homolateral à mama que foi operada (46%) e dor na mama/região que foi operada (28%). Adicionalmente, 38% das mulheres não se sentem satisfeitas ao se olhar no espelho e 30% reportaram uma piora na vida sexual após os tratamentos que realizaram contra o câncer de mama.

Por fim, como é possível observar a partir dos dados expostos na tabela 3, apesar de haver um número significativo de mulheres que alegaram conviver com algum tipo de efeito oriundo do tratamento para o câncer de mama, não houve nenhuma que estivesse sendo submetida ao tratamento psicológico. Além disso, os dados apontam que 8% das entrevistadas estavam realizando tratamento psiquiátrico.

### **5.1.2 Estratégias de enfrentamento de problemas**

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas participantes da pesquisa foi a estratégia focalizada no problema (60%); posteriormente, a busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos (28%); seguido da busca de suporte social (8%); e houve ainda, duas participantes (4%) que utilizaram em maior prevalência a estratégia focalizada no problema concomitantemente com a busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos. Destacamos que a estratégia focalizada na emoção não foi a principal utilizada por nenhuma mulher pesquisada.

Quanto às médias obtidas em cada uma das estratégias empregadas, constatou-se que o escore médio da estratégia focalizada no problema foi de 4,096 (DP = 0,5547); o escore

médio da busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos foi de 3,736 (DP = 0,6639); a busca de suporte social foi de 2,846 (DP = 1,0027) e, no que se refere à estratégia focalizada na emoção, a média foi de 1,626 (DP = 0,5820). Cada um desses fatores pode variar de 1 até 5 pontos.

Quanto aos itens que avaliam as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, conforme evidenciado por meio da Tabela 4, foi constatado que aqueles que obtiveram uma maior média, foram os “Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o meu problema” (M= 4,72; DP = 0,640), “Eu me concentro nas coisas boas da vida” (M = 4,72; DP = 0,730) e “Tento ser uma pessoa mais forte e otimista” (M = 4,72; DP = 0,607).

Tabela 4

**Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo dos itens do Fator 1 – Enfrentamento focado no problema**

Item	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	4,62	0,923	1	5
Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	4,58	0,928	1	5
Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto Várias saídas para o problema	4,72	0,640	2	5
Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	4,22	1,075	1	5
Eu levo em conta o lado positivo das coisas	4,18	1,240	1	5
Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	3,54	1,581	1	5
Estou mudando, tornando-me uma pessoa mais experiente	4,26	1,103	1	5
Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir a minha primeira ideia	3,34	1,394	1	5
Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	3,7	1,515	1	5
Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando os meus esforços para ser bem sucedida	4,48	0,953	1	5
Eu me concentro nas coisas boas da vida	4,72	0,730	1	5
Eu insisto e luto pelo o que eu quero	4,46	0,952	1	5
Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	3,92	1,441	1	5



Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	4,72	0,607	3	5
Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	3,48	1,542	1	5
Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	4,48	0,863	1	5
Encontro diferentes soluções para o meu problema	3,36	1,575	1	5
Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	3,78	1,461	1	5

**Fonte:** Elaboração própria.

Diante dos itens referentes às práticas religiosas/pensamento fantasioso, como pode ser observado através da tabela 5, aqueles que obtiveram uma maior média foram: “Eu me apego à minha fé para superar essa situação” ( $M = 4,8$ ;  $DP = 0,452$ ) e “Eu rezo/oro” ( $M = 4,72$ ;  $DP = 0,536$ ), sendo que ambos também apresentaram uma menor amplitude (2 e 3, respectivamente). Todos os outros itens, apresentaram a amplitude de 4.

Tabela 5

**Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do Fator 3 - Práticas religiosas/ Pensamento fantasioso**

Item	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Eu me apego à minha fé para superar esta situação	4,8	0,454	3	5
Espero que um milagre aconteça	4,26	1,291	1	5
Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	3,62	1,76	1	5
Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	2,56	1,752	1	5
Tento esquecer o problema todo	3,06	1,544	1	5
Eu rezo/oro	4,72	0,536	2	3
Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele que estou	3,5	1,717	1	5

**Fonte:** Elaboração própria.

Já no que concerne aos itens referentes à busca de suporte social, aquele que obteve uma maior média foi “Converso com alguém sobre como estou me sentindo” ( $M = 3,24$ ;  $DP = 1,437$ ), como pode ser notado por meio da tabela 6. Quanto aos itens relacionados às

estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, “Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer” (M = 2, 72; DP = 1, 526) e “Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer” (M = 2, 60; DP = 1, 690), foram os que obtiverem uma maior média (Tabela 7).

Tabela 6

**Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do Fator 4 - Busca de suporte social**

<b>Item</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
Converso com alguém sobre como estou me sentindo	3,24	1,437	1	5
Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	2,66	1,636	1	5
Converso com alguém para obter informações sobre a situação	2,76	1,661	1	5
Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	2,54	1,528	1	5
Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesma	2,76	1,623	1	5

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7

**Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do Fator 2 - Enfrentamento focado na emoção**

<b>Item</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
Eu culpo os outros	1,04	0,198	1	2
Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1,16	0,548	1	4
Desconto em outras pessoas	1,14	0,405	1	3
Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1,40	1,069	1	5
Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1,50	1,129	1	5
Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1,72	1,089	1	5
Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	2,72	1,526	1	5
Eu me culpo	1,42	0,906	1	5

Procuro um culpado para a situação	1,31	0,935	1	5
Eu percebo que eu mesma trouxe o problema para mim	1,76	1,117	1	5
Procuro me afastar das pessoas em geral	1,46	1,054	1	5
Descubro quem mais é ou foi responsável	1,38	0,855	1	4
Eu brigo comigo mesma; eu fico falando comigo mesma o que devo fazer	2,60	1,690	1	5
Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	2,52	1,594	1	5
Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1,66	1,099	1	5

Fonte: Elaboração própria.

### 5. 1. 3 Resiliência

No que se refere ao escore médio obtido na Escala de Resiliência pelos sujeitos experimentais, foi constatado o valor de 136,22 (DP = 16,603). A maior parte da amostra obteve um moderado índice de resiliência (58%); posteriormente; elevado nível de resiliência (28%); e a minoria um baixo nível de resiliência (14%).

Dentre os itens que obtiveram uma maior média, cita-se o “Minha vida tem sentido” (M = 6,36; DP = 1,306) e “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida” (M = 6,30; DP= 1,015). Salienta-se também que as afirmativas “Manter interesse nas coisas é importante para mim”; “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida” e “Eu posso normalmente olhar uma situação de diversas maneiras”, foram aquelas que apresentaram uma menor amplitude (4).

Tabela 8  
Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo dos itens da Escala de Resiliência

Item	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	5,2	1,784	1	7
Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	6,1	0,974	2	7
Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	4,98	1,953	1	7
Manter interesse nas coisas é importante para mim.	6	0,926	3	7

Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	4,92	1,926	1	7
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	6,30	1,015	3	7
Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	5,16	2,084	1	7
Eu sou amiga de mim mesmo.	6,12	1,223	1	7
Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	4,84	2,024	1	7
Eu sou determinada.	5,58	1,5	1	7
Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	4,26	1,967	1	7
Eu faço as coisas um dia de cada vez.	5,04	1,884	1	7
Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	6,18	1,044	2	7
Eu sou disciplinada.	5,52	1,502	1	7
Eu mantenho interesse nas coisas.	5,64	1,411	2	7
Eu normalmente posso achar motivo para rir.	6	1,325	2	7
Minha crença em mim mesma me leva a atravessar tempos difíceis.	5,22	2,003	1	7
Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	6,22	1,112	1	7
Eu posso normalmente olhar uma situação de diversas maneiras.	5,86	0,948	3	7
Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	4,96	1,737	1	7
Minha vida tem sentido.	6,36	1,306	1	7
Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	5,22	1,595	1	7
Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	5,70	1,502	1	7
Eu tenho energia suficiente para fazer tudo que eu tenho que fazer.	5,28	1,906	1	7
Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	5,90	1,515	1	7

**Fonte:** Elaboração própria.

#### 5.1. 4 Otimismo

O escore médio obtido na escala LOT-R foi de 26,48 (DV= 3,394), sendo que o valor mínimo obtido foi de 16 e o valor máximo foi de 30. Nessa escala, cada participante poderia pontuar de 6 até 30 pontos. Quanto à predominância do nível de otimismo, 60% das mulheres apresentadas na amostra pontuou elevado índice de otimismo, 12% médio-alto nível de otimismo, 10% médio-baixo nível de otimismo, 10% baixo índice de otimismo e 8% médio índice de otimismo.

Conforme citado anteriormente, a escala é constituída por itens negativos: “Se alguma coisa pode dar errado comigo, com certeza vai dar errado”; “Em geral, eu não espero que as coisas vão dar certo para mim” e “Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo”. Tais itens devem ser invertidos antes de serem somados aos itens positivos (Bastianello & Pacico, 2014). Assim sendo, dentre os citados, o que obteve uma menor média foi “Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo” ( $M= 1,52$ ;  $DP = 1,111$ ). Já com relação aos demais itens que são considerados positivos: “Diante das dificuldades, acho que tudo vai dar certo”; “Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro” e “Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim”, aquele que obteve uma maior média foi “Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim”, alcançando a média de 4,74 e desvio padrão de 0,784 (Tabela 9).

Tabela 9

**Média, desvio padrão e valor mínimo e máximo dos itens do LOT-R**

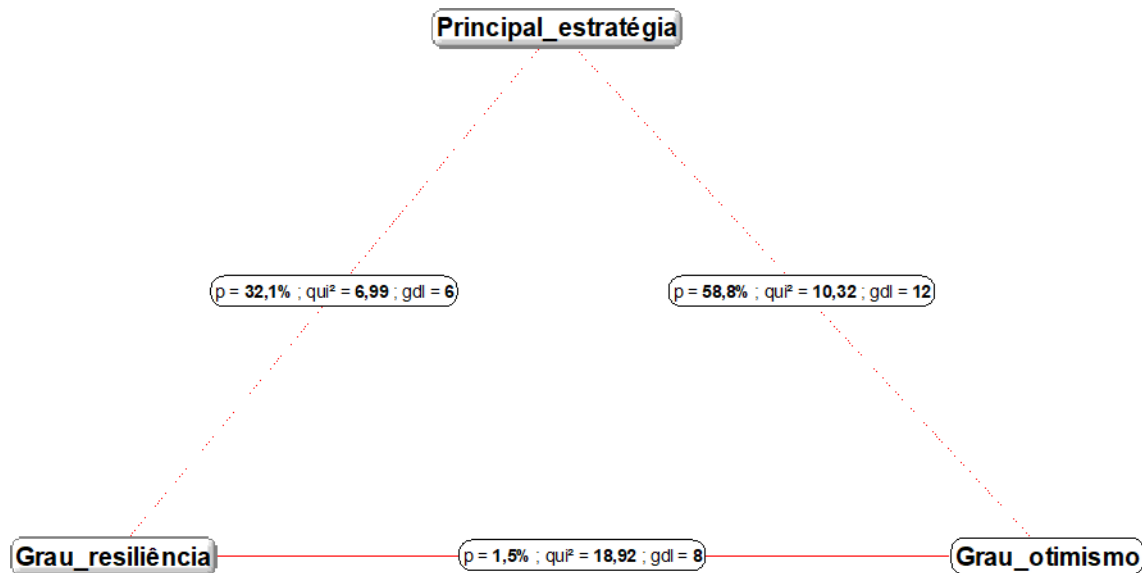
Item	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Diante das dificuldades, acho que tudo vai dar certo.	4,70	0,614	2	5
Se alguma coisa pode dar errado comigo, com certeza vai dar errado.	2,20	1,294	1	4
Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro.	4,52	0,909	1	5
Em geral, eu não espero que as coisas vão dar certo para mim.	1,80	1,050	1	5
Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo.	1,52	1,111	1	5
Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim.	4,72	0,784	1	5

**Fonte:** Elaboração própria.

**5. 1. 5 Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo**

No intuito de compreender a relação entre as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas e sua relação ao grau de otimismo e ao grau de resiliência, realizou-se o processo de *data mining*, evidenciando ao nível de  $p < 0,05$  as relações entre a principal estratégia de

enfrentamento utilizada, grau de otimismo e grau de resiliência, conforme discriminado na Figura 1, a seguir:



**Figura 1.** Processo de data mining evidenciando ao nível de  $p < 0,05$  as relações entre grau de resiliência, grau de otimismo e principal estratégia de enfrentamento

**Fonte:** Elaboração própria.

Como pode ser observado por meio da figura anterior, o processo de *data mining* evidenciou uma relação significativa entre o grau de otimismo e o grau de resiliência. Contudo, não foi observada relação significativa entre a principal estratégia de enfrentamento em relação ao grau de resiliência, nem em relação ao grau de otimismo, para  $p < 0,05$ .

Acerca da relação entre o grau de otimismo e o grau de resiliência, pode-se observar uma relação significativa, em um nível de significância de  $p < 0,05$ , entre o baixo otimismo e a baixa resiliência e, entre o médio-baixo otimismo com a baixa resiliência. Observou-se também que é muito pouco significativa a relação entre baixa resiliência e alto otimismo. Tal constatação pode ser observada através do quadro 1 a seguir:

Grau_otimismo	Baixo otimismo	Médio otimismo	Alto otimismo	Médio-baixo	Médio-alto	TOTAL
Grau_resiliência						
Baixa resiliência	28,6% (2)	0,0% (0)	14,3% (1)	42,9% (3)	14,3% (1)	100% (7)
Média resiliência	10,3% (3)	6,9% (2)	69,0% (20)	6,9% (2)	6,9% (2)	100% (29)
Alta resiliência	0,0% (0)	14,3% (2)	64,3% (9)	0,0% (0)	21,4% (3)	100% (14)
<b>TOTAL</b>	<b>10,0% (5)</b>	<b>8,0% (4)</b>	<b>60,0% (30)</b>	<b>10,0% (5)</b>	<b>12,0% (6)</b>	<b>100% (50)</b>

**Quadro 1.** - Relação entre grau de otimismo e de resiliência através do método Qui - Quadrado múltiplo em *Dual Scaling* para  $p < 0, 05$ .

A dependência é significativa.  $Qui_2 = 18,92$ ,  $gl = 8$ ,  $1-p = 98,47\%$ .

As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

Atenção, 13 (86,7%) células têm uma frequência teórica inferior a 5, as regras do  $Qui_2$  não são realmente aplicáveis.

% de variância explicada (Cramer): 18,92%

Os valores da tabela são os percentuais em linha estabelecidos sobre 50 observações.

**Fonte:** Elaboração própria.

No que se refere à relação entre a principal estratégia de enfrentamento utilizada e o grau de resiliência, conforme evidenciado por meio do quadro 2, não houve uma relação significativa entre as duas variáveis, considerando-se  $p < 0, 05$ :

Principal_estratégia	Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema	Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	Busca de suporte social	E. focalizado no problema e busca de práticas religiosas/pen	TOTAL
Grau_resiliência					
Baixa resiliência	42,9% (3)	57,1% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (7)
Média resiliência	58,6% (17)	31,0% (9)	6,9% (2)	3,4% (1)	100% (29)
Alta resiliência	71,4% (10)	7,1% (1)	14,3% (2)	7,1% (1)	100% (14)
<b>TOTAL</b>	<b>60,0% (30)</b>	<b>28,0% (14)</b>	<b>8,0% (4)</b>	<b>4,0% (2)</b>	<b>100% (50)</b>

**Quadro 2.** Relação entre o grau de resiliência e a principal estratégia de enfrentamento através do método Qui - Quadrado múltiplo em *Dual Scaling* para  $p < 0, 05$

A dependência não é significativa.  $Qui_2 = 6,99$ ,  $gl = 6$ ,  $1-p = 67,86\%$ .

As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

Atenção, 9 (75,0%) células têm uma frequência teórica inferior a 5, as regras do  $Qui_2$  não são realmente aplicáveis.

% de variância explicada (Cramer): 6,99%

Os valores da tabela são os percentuais em linha estabelecidos sobre 50 observações.

**Fonte:** Elaboração própria.

No que concerne à relação entre a principal estratégia de enfrentamento utilizada e o grau de otimismo, também não foi constatado uma relação significativa a um nível de significância para  $p < 0,05$ , conforme quadro 3 a seguir:

	Grau_otimismo		Alto otimismo	Médo o-baixo	Médo o-alto	TOTAL
Principal_estratégia	Baixo otimismo	Médo otimismo				
Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema	6,7% (2)	6,7% (2)	66,7% (20)	6,7% (2)	13,3% (4)	100% (30)
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	21,4% (3)	7,1% (1)	35,7% (5)	21,4% (3)	14,3% (2)	100% (14)
Busca de suporte social	0,0% (0)	25,0% (1)	75,0% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (4)
E. focalizado no problema e busca de práticas religiosas/pe	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (2)
<b>TOTAL</b>	<b>10,0% (5)</b>	<b>8,0% (4)</b>	<b>60,0% (30)</b>	<b>10,0% (5)</b>	<b>12,0% (6)</b>	<b>100% (50)</b>

**Quadro 3.** Relação entre o grau de otimismo e principal estratégia de enfrentamento através do método Qui - Quadrado múltiplo em Dual Scaling para  $p < 0, 05$

A dependência não é significativa.  $Qui^2 = 10,32$ ,  $gl = 12$ ,  $1-p = 41,17\%$ .

As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

Atenção, 18 (90,0%) células têm uma frequência teórica inferior a 5, as regras do Qui<sup>2</sup> não são realmente aplicáveis.

% de variância explicada (Cramer): 6,88%

Os valores da tabela são os percentuais em linha estabelecidos sobre 50 observações.

**FONTE:** Elaboração própria.

Sumariamente, pode-se observar que a maioria das participantes da amostra estudada apresenta um alto nível de otimismo (60%), moderado índice de resiliência (58%) e, utiliza em maior predominância a estratégia de enfrentamento focada no problema (60%). Tais variáveis estão associadas a desfechos positivos na saúde mental, como pode ser observado através da revisão de literatura e, conforme será discutido posteriormente na seção de discussão. Todavia, no presente estudo, não foi encontrada uma associação significativa entre as principais variáveis estudadas, isto é, entre a principal estratégia de enfrentamento utilizada e o grau de otimismo, e entre a principal estratégia de enfrentamento e o grau de resiliência. A única associação significativa encontrada a um nível de significância de  $p < 0,05$ , foi entre o grau de otimismo e o grau de resiliência.



## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

### 5.2.1 Consequências negativas e positivas do câncer de mama: análise qualitativa

Esta pesquisa contou com uma entrevista aplicada a pacientes que concluíram todas as etapas do tratamento inicial para câncer de mama. Nesta entrevista, foram realizadas questões abertas que foram investigadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Assim, a presente investigação contou com uma análise qualitativa para melhor conhecimento e compreensão das consequências negativas e positivas do câncer de mama para a vida atual da mulher após os tratamentos. Deste modo, seguido de criteriosa e detalhada leitura dos dados, foi possível identificar as seguintes categorias específicas e subespecíficas a respeito destas consequências, conforme aponta tabela 10 a seguir:

Tabela 10

#### Consequências negativas do câncer de mama para a vida atual da mulher

Específicas	Subespecíficas	Frequência absoluta	Frequência relativa
Alterações físicas advindas do tratamento para o câncer de mama	Dor	10	20%
	Alteração no braço	9	18%
	Dormência	6	12%
	Cansaço	6	12%
	Modificação na mama	5	10%
	Alteração na memória	2	4%
	Calor	1	2%
	Secura na vagina e alteração no útero	1	2%
	Fraqueza e mal estar	1	2%
	Locomoção	1	2%
	Secura na língua	1	2%
	Alteração no sono	1	2%

<b>Alterações psicossociais advindas do tratamento para o câncer de mama</b>	Medo da recidiva	9	18%
	Emoções sentidas após o câncer	5	10%
	Mudança nas relações interpessoais	5	10%
	Alteração na vida sexual	5	10%
	Pensamentos acerca do câncer	2	2%
<b>Limitações na funcionalidade</b>	Prejuízos na vida laboral	12	24%
	Dificuldades para a realização de tarefas domésticas	8	16%
	Perda de autonomia	3	6%
<b>Demais alterações advindas após o tratamento do câncer de mama</b>	Consultas regulares ao médico	3	6%
	Mudança de vestimenta	2	4%
	Mudança na alimentação	1	2%
	Mudança na aparência física (com exceção à mama)	1	2%
<b>Não apontou consequências negativas</b>	XX	13	26%

Fonte: Elaboração própria.

No que concerne às respostas obtidas acerca das consequências negativas do câncer de mama para a vida atual da mulher, é importante salientar a constatação de que 13 (treze) mulheres (26%) não consideraram vivenciar consequências negativas advindas do tratamento. Porém, considerando-se a amostra como um todo (N=50), foi observado que 48% das mulheres entrevistadas mencionaram alterações físicas resultantes do tratamento, 36% apontaram alterações psicossociais, 32% discorreram acerca das limitações na funcionalidade e 14% relataram demais alterações que foram originadas a partir do câncer de mama.

Neste sentido, na primeira categoria específica “alterações físicas advindas do tratamento para o câncer de mama”, as seguintes subcategorias foram encontradas, a saber: dor (20%); alteração no braço (18%); dormência (12%); cansaço (12%); modificação na mama (10%); alteração na memória (4%); ondas de calor (2%); secura na vagina e alteração no útero (2%); fraqueza e mal-estar (2%); dificuldades na locomoção (2%); secura na língua (2%) e alteração no sono (2%). É importante sublinhar que na subcategoria “dor” as participantes que especificam os locais da referida sensação, citam partes como as

articulações, pernas, mãos, pés, mama, ossos, “cadeira” e braço. Já no que se refere à dormência, tal sensação foi citada nas mãos, nos pés e nos braços. Como exemplo de falas que exemplificam a categoria anteriormente mencionada, pode-se citar trechos como:

*P16* - eu era diarista, então é um serviço que você está constantemente abaixando, levantando, abaixando, levantando, e hoje em dia eu não aguento mais isso né, porque tudo dói, junta das pernas dói, junta dos braços dói, então isso aí dificultou muito em relação ao meu trabalho entendeu, porque eu sobrevivia disso.

*P18* - tenho dificuldade de movimento do braço, é... cansaço né?! Dá muito cansaço, qualquer esforço físico que você fizer, você se sente mais cansaço do que normal. Não sei se por causa da cirurgia ou dos tratamentos, são muitas limitações até por causa do tratamento mesmo [...] Eu dependo dos meus braços pra trabalhar, é... fisicamente me atrapalha muito também no meu serviço de casa, e... até o meu prazer mesmo, até sexualmente falando, esta limitação física a gente se sente mais cansada, se sente mais fragilizada.

*P22* - Ah, ele [o câncer] está me deixando de ruim depois que eu comecei a sentir dor, quando eu estava com a quimio e radio eu não estava sentindo nada [...] eu era uma pessoa normal. Agora que eu estou sentindo mais dor que eu estou me deixando eu um pouco para baixo.

Assim sendo, diversas mulheres se referiam às alterações físicas originadas pelo câncer de mama conjuntamente com repercussões psicossociais e limitações na funcionalidade. Neste sentido, como pôde ser observado por meio dos trechos transcritos, as sequelas físicas advindas do tratamento ressoavam em diversos aspectos de suas vidas, o que resultou nas demais categorias específicas criadas.

Com relação ao quesito “limitações na funcionalidade”, foram constatadas as seguintes subcategorias: “prejuízo na vida laboral” (24%); “dificuldades na realização de tarefas domésticas” (16%) e perda da funcionalidade (6%). Além dos trechos de entrevistas transcritos anteriormente, outros fragmentos podem exemplificar tal categoria, a saber:

*P24* - as meninas já até falaram ali fora, é o celular descarregado, parece que vai descarregando, você como começa a movimentar e a força vai embora, aí tem que parar. Aí eles falam ‘não pode pegar peso, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo’, mas se eu quiser voltar para o meu trabalho, pode?! Pode, mas eu não estou conseguindo varrer uma casa...

A categoria “repercussões psicossociais advindas do tratamento do câncer de mama” descreve emoções e pensamentos presentes no momento do pós-tratamento do câncer de mama e alterações no âmbito social. Neste sentido, foram constatadas as seguintes subcategorias: medo da recidiva (18%); mudanças nas relações interpessoais (10%); emoções sentidas após o câncer (10%); alteração na vida sexual (10%) e pensamentos acerca do câncer (2%). Alguns trechos de entrevista que podem ilustrar tal categoria são:

*P12* - tudo que aparece você logo pensa na doença, apesar da minha não ter tido a metástase né?! [...] É uma doença que eu acho é quarenta por cento física e sessenta por cento psicológica, você tá sempre, qualquer coisa que eu sinto, passa isso pela minha cabeça, será que é? [...] É uma doença que eu acho que te causa sofrimento para o resto da vida.

*P18* - a gente se sente mesmo mais fragilizada, tem vergonha de marido, tem vergonha de ir à praia, não põe um biquíni, não põe um maiô, porque é bem complicado para comprar uma roupa que não vai marcar muito, porque se a roupa marca muito fica nítido que você usa um enchimento, porque eu ainda não fiz reconstrução, por hora eu não posso fazer, pra mim atrapalha muito, assim, esteticamente o meu psicológico fica abalado nesta hora.

Por fim, no que se refere às consequências negativas do câncer de mama para a vida atual da mulher, foi criada a categoria “demais alterações advindas do tratamento para o câncer de mama”, na qual se obteve as seguintes subcategorias: consultas regulares ao médico (6%); mudança na vestimenta (4%); mudança na alimentação (2%) e mudança na aparência física (excetuando-se a mama) (2%). Tais questões podem ser vistas nas seguintes passagens em destaque:

*P12* - e para mim também uma coisa que me afeta muito é ter que vir aqui no hospital buscar o remédio, me faz lembrar tudo que eu passei naquela época, foi muito ruim pra mim, pensei em me matar.

*P15* - a consequência negativa foi mais a alimentação que tem que mudar, que eu tinha um tipo de alimentação diferente, aí a gente tem que evitar bastante coisa e tomar bem mais cuidado, né?

Apesar de todas as dificuldades observadas e citadas nas transcrições em destaque, pode-se perceber também aspectos positivos relacionados à vivência da doença. A tabela 11 a seguir destaca estes aspectos:

Tabela 11  
**Consequências positivas do câncer de mama para a vida atual da mulher**

<b>Específicas</b>	<b>Subespecíficas</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
<b>Desenvolvimento de forças pessoais</b>	Bondade	7	14%
	Bravura	4	8%
	Espiritualidade	4	8%
	Esperança	3	6%
	Humildade	3	6%
	Autocontrole	2	4%
	Perseverança	2	4%
	Gratidão	2	2%
<b>Apreciação da vida</b>	Valorização da vida	11	22%
	Valorização das pequenas coisas	6	12%
<b>Aspectos relacionados à vivência da doença</b>	XX	11	22%
<b>Melhoria nas relações interpessoais</b>	XX	11	22%
<b>Mudança de percepção acerca da vida</b>	XX	8	16%
<b>Ter se tornado uma pessoa melhor</b>	XX	6	12%
<b>Autocuidado</b>	XX	5	10%
<b>Demais modificações positivas advindas do tratamento do câncer de mama</b>	Viver o momento presente	2	4%
	Refletir sobre a vida	2	4%
	Percepção de que existem pessoas melhores	2	4%
	Descanso	1	2%

**Fonte:** Elaboração própria.

Com relação às consequências positivas do câncer de mama para a amostra estudada, é importante destacar que estas foram mais mencionadas pelas participantes do que as

consequências negativas, pois, apenas três mulheres (6%) não conseguiram constatar mudanças positivas em suas vidas. Sendo que duas das entrevistadas mencionaram a questão da dor como consequência negativa, e uma outra citou o aumento dos sintomas de depressão após a doença.

Desde modo, como pode ser evidenciado por meio da tabela 11, a maioria das mulheres entrevistadas relatou o desenvolvimento de alguma força pessoal no momento do pós-tratamento do câncer de mama (38%), tais como: bondade (14%); bravura (8%); espiritualidade (8%); humildade (6%); esperança (6%); autocontrole (4%); perseverança (4%) e gratidão (2%). Pode-se observar tais questões, nos seguintes trechos transcritos:

*P18* - eu me emociono de saber que a gente consegue tirar força para os filhos, tirar força do mais íntimo da gente, para você não deixar seu filho perceber que você está com medo, então a gente consegue. [...] Eu aprendi a trabalhar com as minhas emoções, as horas que eu posso liberar minhas emoções e as horas que eu devo me conter.

*P46* - porque antes de você ter uma doença séria assim, você, sei lá, eu acho que você pensa menos, e no caso quando você tem uma doença assim você pensa mais nos outros, você pensa mais em ajudar.

Conforme indicado na tabela 11, outra categoria específica bastante citada refere-se à apreciação da vida (28%), no qual engloba as participantes que discorrem acerca do fato de valorizarem mais a vida após o tratamento do câncer de mama. Esta valorização diz respeito tanto com o fato de estarem vivas, como também no sentido de valorizarem a vida como um todo, assim como diante de seus mínimos detalhes. Deste modo, esta classe abarca as seguintes subcategorias: valorização da vida (22%) e valorização das pequenas coisas da vida (12%). Como exemplos podemos citar os seguintes trechos transcritos:

*P24* - saber que eu tenho a possibilidade de viver (choro), de viver, eu só quero viver, não me interessa, incomoda meu seio estar desse jeito? Incomoda, mas eu quero viver, então a partir do momento que eu quero viver, isso aí é um detalhe [...]. Positivo para mim é querer viver, poder mesmo com limitações.

*P10* - A gente vê a vida de uma maneira diferente, você valoriza momentos simples da vida...Você vê que as pessoas brigam, implicam, xingam, vivem de uma maneira errada...Se preocupam muito com a superficialidade, tudo é muito pequeno perto da vida, perto da doença, perto da morte (choro) e é isso, a gente vê a vida de outra maneira [...] Valoriza muito mais os amigos, a família, né?! Valoriza a vida...

Destacamos ainda que, conforme é possível observar no último trecho transcrito, outros participantes também mencionaram a melhoria nas relações interpessoais após o tratamento do câncer de mama (22%) e a mudança de percepção acerca da vida (16%). Na categoria específica “melhoria nas relações interpessoais”, foram agrupados participantes que discorreram sobre a melhoria na qualidade de seus relacionamentos interpessoais, como também, na melhor valorização das pessoas. Como exemplo, cabe destacar o seguinte fragmento:

*P34* - hoje eu compreendo mais as pessoas, coisa que antigamente eu era um pouquinho ranzinza, agora eu não sou mais, melhorei em todos os aspectos no tratamento com as pessoas.

A respeito da categoria específica “mudança de percepção acerca da vida”, foram agrupadas participantes que passaram a perceber a vida segundo uma nova perspectiva, como pode ser observado nos seguintes relatos:

*P38* - eu passei a enxergar a vida com outros olhos.

*P13* - eu acho que qualquer obstáculo que você tem na vida, você fica com outra visão de vida.

Dentre as entrevistadas, 22% apontou que um dos aspectos positivos foi o próprio desfecho do tratamento, a experiência de ter tido o câncer e o modo como enfrentarem e/ou vivenciaram a doença. Tais questões foram agrupadas na categoria específica “aspectos relacionados à vivência da doença. A este respeito, destacamos a transcrição a seguir:

*P12* - a segurança de, principalmente na mama, a gente sabe que tem cura quando diagnosticado a tempo, como foi no meu caso, eu me sinto muito segura em relação a isso, eu sei que o meu foi curado, eu acredito nisso.

*P17* - me deixou só a experiência né?! Porque aí eu posso conversar com outras pessoas, animar alguém, né? Isso aí foi bom porque tem gente que está vivendo uma situação muito pior, né? E a gente pode chegar e dar uma palavra de conforto pra pessoa, isso aí foi bom, a experiência que eu tive.

Dentre as participantes 12% apontou que a experiência de ter tido o câncer de mama lhes transformou em pessoas melhores, originando, deste modo, a categoria específica “ter se tornado uma pessoa melhor”. A transcrição a seguir ilustra este aspecto:

*P40* - com certeza me ensinou a ser uma pessoa melhor, bem melhor, mais preparada pros problemas.

Ademais, algumas mulheres explicitaram que após a doença começaram a priorizar mais o cuidado consigo mesmas e direcionar o seu olhar para as suas próprias necessidades, o que culminou na categoria específica do “autocuidado” (10%), ilustrada por intermédio dos seguintes relatos:

*P24* - o câncer foi bom para mim no sentido de eu me enxergar que eu existo, porque até então eu não existia, era só serviço que era prioridade, a casa que era prioridade, meu marido que era prioridade, eu não, eu não existia.

*P25* - eu era assim uma pessoa muito agitada, assim, trabalhava muito, então assim, a doença veio assim pra me dar um sinal, você tem que parar um pouquinho, porque você está muito acelerada, eu assim eu vejo nesse sentido.

Por fim, como constatado através da tabela 11, houve a criação da categoria “demais modificações positivas advindas do câncer de mama”, totalizando 14% da amostra e que originou as seguintes categorias subespecíficas: “viver o momento presente” (4%); “refletir sobre a vida” (4%); “percepção de que existem pessoas piores” (4%) e “descanso”. A título de exemplo, é possível citar trechos como:



P38 - eu passei a enxergar a vida com outros olhos e dar mais valor às pequenas coisas. A viver cada dia de cada vez sem fazer planejamento e sem ficar pensando no futuro, viver aquele dia, porque a gente nunca sabe o dia de amanhã

P32 - dá tempo da gente refletir sobre a vida, sobre tudo que a gente faz assim na vida.

Assim sendo, se por um lado, o período do pós-tratamento do câncer de mama ainda é uma fase repleta de estressores tanto físicos como psicossociais, por outro lado, é uma etapa na qual diversas mulheres conseguem perceber e vivenciar diversas consequências positivas.

### 5.2.2 Enfrentamento de problemas: Análise qualitativa

Os dados obtidos na última questão da escala EMEP também foram examinados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), originando a categoria global “enfrentamentos realizados” e desmembrando-se em 15 categorias específicas, conforme evidencia a tabela a seguir:

Tabela 12

#### Estratégias de enfrentamento utilizadas no momento do pós-tratamento do câncer de mama

Enfrentamento utilizado	Participantes	Frequência absoluta	Frequência relativa
Exercício das forças pessoais	P4, P8, P10, P16, P18, P19, P20, P24, P26, P27, P28, P30, P31, P42, P47, P49, P50	17	34
Espiritualidade	P3, P8, P9, P12, P13, P14, P20, P22, P29, P36, P37, P38, P40, P43, P50	15	30
Apoio social	P2, P7, P8, P11, P15, P16, P20, P25, P29, P31, P37, P41, P43, P45, P46	15	30
Lazer	P7, P8, P11, P15, P31, P35, P39, P41, P48	9	18
Autocuidado	P1, P10, P17, P18, P32, P33, P34, P47	8	16%
Pensamento positivo	P2, P16, P21, P24, P27, P30	6	12%
Não pensar no problema	P2, P11, P35, P46	4	8%
Trabalhar	P13, P35, P43, P49	4	8%
Perceber a situação como algo "normal"	P5, P6, P33	3	6%
Distrair	P15, P41	2	4%
Viver um dia de cada vez	P16, P42	2	4%

Se adaptar às circunstâncias	P23, P24	2	4%
Evita falar com as pessoas	P33	1	2%
Tentar não ficar magoada ou com raiva de ninguém	P34	1	2%
Aceitação	P44	1	2%

Fonte: Elaboração própria

Como evidenciado na tabela anterior, a estratégia mais adotada pelas mulheres da amostra analisada foi o exercício das forças pessoais para enfrentar a fase da sobrevivência do câncer de mama. Nesta categoria, reúnem-se as participantes que fizeram alusão à utilização de forças pessoais, tais como: bravura, vitalidade, persistência, otimismo, bondade, humor e perspectiva (sabedoria), conforme demonstra a tabela 13, a seguir:

Tabela 13  
**Forças pessoais exercidas pelas participantes**

<b>Forças pessoais exercidas</b>	<b>Participantes</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Otimismo	P24, P27, P30, P42, P50	5	29,4%
Bondade	P10, P16, P26, P28, P31	5	29,4%
Vitalidade	P4, P19, P30, P49	4	23,5%
Humor	P16, P20, P42	3	17,6%
Bravura	P8, P30	2	11,7%
Sabedoria	P18, P28	2	11,7%
Persistência	P8, P47	2	11,7%

Fonte: Elaboração própria.

Perante os dados expostos na tabela 12 também é possível constatar o expressivo número de mulheres apontando a espiritualidade, a religiosidade e/ou a fé, como um recurso para enfrentar a sobrevivência ao câncer de mama. As mulheres que se inseriram nesta categoria, mencionaram respostas como as transcritas nos trechos a seguir:

*P14* - Entrego na mão de Deus. É Ele que está me ajudando a enfrentar.

*P22* - Pedi a Deus, agradeço pelo o que Ele fez por mim e pedir que ele faça mais.

No que concerne à categoria “espiritualidade/religiosidade/fé” ela foi criada em decorrência do número significativo de participantes que mencionaram a utilização de tal estratégia para lidar com a sobrevivência do câncer de mama, embora tal constructo também seja considerado uma força pessoal. Deste modo, se inseríssemos a espiritualidade/religiosidade e fé na categoria “exercício das forças pessoais”, a frequência relativa seria de 58%.

Dentre as outras estratégias utilizadas por um grande número de participantes, pode-se citar o apoio social, o lazer, o autocuidado e o pensamento positivo. Na categoria apoio social, agruparam-se as participantes que discorreram acerca da ajuda da família, amigos e/ou de demais pessoas para o enfrentamento de seus problemas. Como exemplo, podemos citar a participante 2, quando afirma:

*P02* - para enfrentar o pós-tratamento do câncer de mama procuro conversar com outras pessoas, não se isolar e estar no meio da multidão.

Quanto ao lazer, tal categoria reúne mulheres que apontaram a procura por algum tipo de entretenimento, visando o enfrentamento da sobrevivência ao câncer de mama, como: leitura, busca por diversão, sair, viajar e ouvir música, por exemplo.

Acerca da categoria autocuidado, inserem-se participantes que procuram seguir as recomendações da equipe de saúde e/ou realizam hábitos de vida saudável, como alimentação adequada e ginástica. Já no que diz respeito à categoria “pensamento positivo”, cita-se mulheres que fazem referência à estratégia de pensar conforme uma perspectiva positiva, como por exemplo:

*P21* - penso muito no positivo, nunca no negativo.

Como evidenciado nos dados da Tabela 13, demais estratégias foram citadas, porém, por um número menor de participantes, como por exemplo, não pensar no problema (8%); trabalhar, tanto no sentido de realizar funções domésticas e/ou para exercer determinada profissão (8%); perceber a situação como algo normal (6%), como ilustram os seguintes trechos de entrevista:

*P05 - vivendo a vida de forma mais normal possível, procuro fazer as atividades que eu fazia antes.*

*P06 - não faço nada, procuro encarar as coisas com a maior naturalidade possível.*

Ou ainda fatores como distrair-se (4%); viver um dia de cada vez (4%); adaptar-se às circunstâncias (4%), como evidenciam os seguintes trechos:

*P23 - eu faço o está ao meu alcance, distribuo a tarefa semanalmente de acordo com o que eu posso*

*P24 - me adaptar a ela, se adaptando à situação.*

Dentre as entrevistadas, algumas apontaram ainda evitar falar com as pessoas (2%) acerca do que estão enfrentando, como afirma a participante a seguir citada:

*P33 - não comento; poucas pessoas sabem, sempre mostrar que eu estou bem, procuro fazer o tratamento direitinho, mas evito falar com as pessoas.*

Dentre as estratégias elencadas, ainda foram abordados aspectos como tentar não ficar magoada e nem com raiva de ninguém (1%) e, por fim, a utilização da aceitação para o enfrentamento do pós-tratamento do câncer de mama (2%), como ilustra o trecho a seguir:

*P44 - Eu não questiono, não brigo com Deus por conta disto.*

Em suma, como pode ser constatado ao longo dos resultados obtidos por meio das respostas abertas do questionário EMEP, as mulheres discorreram acerca de estratégias de enfrentamento focadas no problema, estratégias focadas na emoção, no apoio social, assim como no auxílio das próprias forças pessoais para manejar a etapa da sobrevivência do câncer de mama.

## 6. DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentamos uma discussão acerca dos dados que foram analisados conforme a abordagem quantitativa. Assim, em um primeiro momento discutiremos a caracterização da amostra que foi estudada, no que se refere aos dados sociodemográficos, clínicos e diante das perguntas fechadas da entrevista realizada. Em um segundo momento, debatemos os resultados obtidos através da EMEP, LOT-R e Escala de Resiliência.

Por fim, a discussão será realizada acerca dos dados que foram analisados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin, ou seja, as perguntas abertas da entrevista e a pergunta aberta da escala EMEP.

### 6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Os resultados referentes aos dados sociodemográficos no presente estudo indicam que 74% das mulheres entrevistadas na referida amostra apresentam entre 41 a 60 anos de idade, sendo a média de idade da amostra de 54,52 anos (DP= 8,75). Conforme os dados do Inca (2017), o câncer de mama é raro antes dos 35 anos e, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, sobretudo a partir dos 50 anos.

Assim como identificado por Fayer et al. (2016) em sua pesquisa realizada no município de Juiz de Fora, com 195 mulheres sobreviventes do câncer de mama, identificamos em nossa amostra maior incidência da doença entre mulheres brancas. Na pesquisa de Fayer et al. (2016), 79,7% da amostra era constituída por mulheres brancas. Ademais, no estudo de Guerra et al. (2015), também realizada com uma amostra composta por mulheres que se submeteram ao tratamento oncológico no município de Juiz de Fora, 85%

das pacientes que realizaram o tratamento nos serviços privados eram brancas, enquanto 73% das mulheres que realizaram tratamento no serviço público também eram caucasianas.

No que diz respeito aos dados clínicos, a maior parte das mulheres entrevistadas na presente pesquisa realizou a quimioterapia (88%) e/ou a radioterapia (86%). No estudo supracitado de Guerra et al. (2015), 65% das mulheres que frequentavam o serviço público haviam se submetido à quimioterapia, enquanto 83% à radioterapia. Já no estudo de Fayer et al. (2016), apenas 38,5% da amostra realizou o tratamento quimioterápico e 59,5% a radioterapia. Com relação a demais estudos realizados no Brasil com sobreviventes de câncer de mama, destacamos o de Soares et al. (2013), no qual em uma amostra com 70 sobreviventes da referida doença, 81,4% haviam se submetido à quimioterapia e 98,6% à radioterapia. Adicionalmente cita-se a pesquisa de Kluthcovsky e Urbanetz (2012), realizada com 199 sobreviventes da doença, que em sua maioria se submeteram à radioterapia (72,9%) e à quimioterapia (67,3%). Como pode ser observado, o que há em comum nos estudos já mencionados, é uma maior porcentagem de mulheres que realizaram o tratamento radioterápico em comparação àquelas que realizaram o tratamento quimioterápico.

Quanto ao procedimento cirúrgico utilizado na amostra aludida, 66% das mulheres relatou ter se submetido à cirurgia conservadora em detrimento da cirurgia radical (34%). Já no contingente das mulheres que realizaram a segunda opção, somente onze delas efetivaram o procedimento para a reconstrução da mama. Conjecturamos que tais dados podem justificar o fato de que a maior parte das mulheres entrevistadas na presente amostra esteja, de fato, satisfeita ao se olhar no espelho. Isso porque, dentre o grupo de mulheres que realizaram a cirurgia conservadora, apenas 27,2% reportaram a insatisfação diante do espelho. Por outro lado, no grupo de mulheres que realizaram a cirurgia radical, mais da metade (58,8%), mencionou a insatisfação com sua imagem corporal.

Neste aspecto, o presente estudo condiz com os achados da pesquisa de Prates et al. (2017), no qual foi constatado que as mulheres que estavam em processo de quimioterapia e as que foram submetidas à mastectomia reportaram maior insatisfação com a sua imagem corporal (relacionada à aparência) em relação às mulheres que realizaram a cirurgia conservadora. Quanto às repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher, na revisão sistemática de literatura realizada por Almeida, Guerra e Filgueiras (2012), os autores constataram estudos apontando que os maiores problemas relacionados à imagem corporal estavam associados às cirurgias mais invasivas, com mulheres mastectomizadas, as quais reportaram menor insatisfação com o próprio corpo, menor autoestima e maiores prejuízos na vida social e sexual, se comparadas àquelas que realizaram a cirurgia conservadora.

Quando questionadas acerca da alteração da vida sexual após o tratamento contra o câncer de mama, 32% das entrevistadas assinalaram que houve tal mudança. Já 30% disseram que foi uma mudança para pior. Dentre as mulheres que assinalaram a alteração na vida sexual, nove realizaram a cirurgia conservadora e sete tiveram a retirada total da mama. Ademais, dentre as sete mulheres que realizaram a cirurgia radical, apenas duas delas fizeram a reconstrução da mama. Assim, em conformidade com uma revisão sistemática de literatura acerca da sexualidade e o câncer de mama, Santos, Santos e Vieira (2014) dizem não haver consenso na literatura sobre qual tipo de cirurgia pode gerar maior dano à sexualidade feminina. Não obstante, destacamos que há diversas possíveis variáveis que podem interferir na sexualidade da mulher acometida pelo câncer de mama, como por exemplo, a qualidade do relacionamento com o parceiro (Santos, Santos & Vieira, 2014), como também a própria terapia hormonal, em especial a utilização do anastrozol, o qual está associado à perda da libido (Buzaid, 2015; Fallowfiel & Jenkins, 2015). No mais, dentre o grupo de mulheres que relataram alteração na vida sexual, nove (56,2%) estavam casadas/amigadas, quatro (25%) estavam divorciadas/separadas, duas (12,5%) eram solteiras e apenas uma era (6,2%) viúva.



Adicionalmente algumas mulheres reportaram à entrevistadora que não tiveram alteração na sua vida sexual, por não ter tido nenhuma experiência após a finalização do tratamento contra o câncer de mama.

Acerca dos efeitos colaterais da hormonioterapia, mais da metade das mulheres que estavam sendo submetidas a esse tratamento indicaram sentir como efeito colateral da medicação: ondas de calor (59%) e dor nas articulações (53,06%). Estudos apontam que as ondas de calor são efeitos recorrentes em muitas mulheres que estão sendo submetidas à terapia hormonal, em especial aquelas que estão utilizando o Tamoxifeno (Loprinzi et al., 2000; Kennecke et al, 2006). Já no que concerne às dores nas articulações, também há estudos que constata tais reações adversas (Fellowers et al., 2000), principalmente em mulheres que utilizam os inibidores da aromatase (Stan et al., 2013).

Ainda na análise dos dados, foi possível verificar que 46% das entrevistadas manifestaram conviver com alguma alteração no braço homolateral que foi operado, como por exemplo, inchaço, dor, dormência, diminuição da amplitude do movimento, sensação de peso e de falta de sensibilidade. Face às referidas queixas, encontra-se na literatura, diversos estudos constatando algum tipo de comprometimento no braço após determinados procedimentos contra o câncer de mama, principalmente após a linfadenectomia axilar, cuja consequência pode ser linfedema, dores, alterações na mobilidade do ombro, parestesias e paresias (Fallowfield & Jenkins, 2015; Vieira et al, 2016). Destaca-se também, as descobertas de Sciafani e Baron (2008), os quais constataram que meses após o tratamento cirúrgico, as pacientes submetidas ao procedimento, apresentavam alterações no movimento do braço, principalmente as mulheres que haviam realizado a mastectomia (77%). Ademais, ainda acerca das possíveis sequelas oriundas dos procedimentos cirúrgicos, há autores que citam a possibilidade de uma dor crônica após os procedimentos mencionados (Labrèze et al., 2007; Polshuck et al., 2006).

Objetivando caracterizar a dor em mulheres após o tratamento do câncer de mama, Ferreira et al. (2014) realizaram um estudo cujo resultado apresentou 46,7% das entrevistadas revelando ter sentido algum tipo de dor após a cirurgia da mama, sobretudo em locais como: no hemotórax direito (43,3%) e no hemotórax esquerdo (40%). Na presente pesquisa, verificamos que 28% das mulheres entrevistadas, reportaram a presença de dor na mama/região que foi operada.

Face aos dados expostos, evidencia-se que após a realização do tratamento contra o câncer de mama, isto é, após a radioterapia e/ou quimioterapia e a intervenção cirúrgica, muitas mulheres que foram entrevistadas revelaram continuar sofrendo danos físicos e psicossociais advindos do tratamento. Deste modo, por meio dos dados clínicos constatados, a presente pesquisa dialoga com os resultados apresentados pelos demais autores que salientam a importância do reconhecimento e do manejo das possíveis sequelas do tratamento contra esta doença (Bodai & Tuso, 2015; Ng et al, 2017; Cappiello et al., 2007; Fallowfield & Jenkins, 2015).

Assim, conforme a perspectiva de Bodai e Tuso (2015), o câncer de mama tem se caracterizado mais por uma condição crônica do que como uma doença que ameaça a vida, sobretudo em virtude dos avanços do diagnóstico precoce e dos tratamentos efetivos. Isto reforça a necessidade de os profissionais de saúde atuarem no manejo dos sintomas presentes em mulheres que estão no pós-tratamento do câncer de mama. Acrescenta-se ainda que, conforme o INCA (2015), a sobrevida em cinco anos para os pacientes que já enfrentaram o câncer de mama está aumentando na maioria dos países desenvolvidos e em relação à América do Sul, particularmente no Brasil. Este aumento ocorreu entre os períodos de 1995 a 1999 e 2005 a 2009 (de 78% para 87%).

Deste modo, considerando-se a grande incidência da doença e, tendo em conta também o aumento da sobrevida em mulheres diagnosticadas com o tumor, devemos nos ater às

especificidades do momento do pós-tratamento do câncer de mama, com o propósito de que as demandas referentes a este período possam ser atenuadas.

## 6. 2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, RESILIÊNCIA E OTIMISMO

Como visto na seção dos resultados, o enfrentamento focado no problema foi a estratégia mais utilizada pelas mulheres entrevistadas. Em segundo lugar, a análise indicou que as práticas religiosas e os pensamentos fantasiosos foram os de maior recorrência, seguidos da busca por suporte social. Tal resultado corrobora com as conclusões advindas da pesquisa de Silva (2005), na qual foi aplicado o questionário EMEP a uma amostra de 16 sobreviventes de câncer de mama, os quais tinham entre um a quatro anos de diagnóstico, constatando-se as mesmas estratégias utilizadas.

Adicionalmente, mencionamos a pesquisa realizada por Leite et al. (2011) na qual, objetivou-se examinar a relação entre as estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com câncer de mama em uso de Tamoxifeno e as condições sociodemográficas. Nessa pesquisa, foi constatado que independente das características sociodemográficas, as estratégias mais utilizadas são aquelas com foco no problema e na religião. Já na pesquisa de Alves et al. (2012) realizada com mulheres que ainda não haviam se submetido à quimioterapia nem à radioterapia, a estratégia mais adotada por 21 das entrevistadas estava relacionada à prática religiosa. Porém, tal estratégia era principalmente usada por mulheres que apresentavam um significativo nível de estresse, uma vez que naquelas com baixo nível de estresse, a mais utilizada estava focada no problema.

Deste modo, ressalta-se que dentre as pesquisas citadas anteriormente, somente uma era com uma amostra de sobreviventes de câncer de mama. Porém, como pôde ser observado, apesar de as mulheres das demais pesquisas não estarem na fase da sobrevivência, ainda

assim, elas também apresentaram a estratégia focada no problema e a estratégia de práticas religiosas e nos pensamentos fantasiosos em maior grau. Nesse sentido, comparando-se os estudos mencionados, não há diferença entre a predominância de determinada estratégia de enfrentamento segundo a fase do ciclo psicooncológico na qual a mulher se encontra.

Conforme os pesquisadores Gimenes e Fávero (2000, p. 120) “alguns investigadores vêm procurando organizar a diversidade de estratégias que compõem o processo de enfrentamento, introduzindo a noção de etapa”. Perante tal questão, destaca-se a concepção de Lazarus e Folkman (1984), os quais acreditam não haver um padrão dominante de etapas de enfrentamento frente à determinada circunstância. Para os autores, o mais importante é ter informações acerca da seguinte questão: se alguns padrões de enfrentamento são mais benéficos que outros para determinados tipos de pessoas, para determinados tipos de estressores psicológicos, dentre outras condições. Deste modo, posteriormente, será discutido acerca dos padrões de enfrentamento associados à resiliência e ao otimismo, considerando-se que ambos são variáveis capazes de promover desfechos positivos à saúde.

Conforme citado anteriormente, outra estratégia utilizada pelas mulheres da presente amostra, foi a adoção de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos. Dentre as afirmativas que obtiveram uma maior média, cita-se “Eu rezo/ oro” ( $M = 4,72$ ) e “Eu me apego à minha fé para superar essa situação” ( $M = 4,8$ ). Salientamos que, embora a estratégia de enfrentamento focalizada no problema tenha sido a principal tática utilizada pelas mulheres pesquisadas, o item “eu me apego à minha fé para superar essa situação”, foi o que obteve uma maior média dentre todos os itens da escala. Logo, conforme a perspectiva de Koenig (2012), a religião pode ser utilizada como uma estratégia de enfrentamento pessoal, sendo comum as pessoas se submeterem às crenças e práticas religiosas para enfrentarem as circunstâncias estressantes da vida. Geralmente, segundo o autor, as crenças e práticas

religiosas oferecem um senso de controle às pessoas, como também, auxiliam-nas a se adaptarem mais facilmente a situações difíceis.

Desta forma, com os dados apontados, é possível verificar a existência de estudos que corroboram os referidos achados, tanto no que concerne à adoção de estratégias religiosas, como espirituais (Wildes et al., 2009; Levine et al., 2009). Com relação aos estudos brasileiros, também localizamos duas pesquisas relacionadas ao enfrentamento religioso/espiritual no tratamento para o câncer de mama, a saber: Macieira (2007) e Veit e Castro (2013). Em ambas, as participantes faziam o uso da religião/espiritualidade para enfrentar o tratamento e, segundo dados dos autores, muitas recorriam com maior frequência ao *coping* religioso/espiritual positivo em detrimento do negativo, isto é, utilizavam estratégias religiosas e/ou espirituais que acarretavam mais consequências positivas para quem as adotava. Mencionamos ainda que, na pesquisa de Veit e Castro (2013), todas as mulheres pesquisadas acreditavam em Deus. Tal dado assemelha-se ao revelado na presente pesquisa, já que 98% do contingente entrevistado declarou possuir algum tipo de religião.

As estratégias religiosas não se relacionaram com o grau de otimismo, fato que não está em conformidade com os estudos de Koenig (2012), já que este pesquisador constatou pesquisas que apontam associações positivas entre envolvimento religioso e emoções positivas, como bem-estar, esperança e otimismo. Conforme o autor, essas relações são mais fortes entre pessoas submetidas a estresse, principalmente aquele proveniente da doença clínica. Na perspectiva de Koenig (2012), os ensinamentos religiosos frequentemente promovem uma visão positiva do mundo e, as escrituras religiosas apresentam a esperança de que coisas boas podem surgir diante de qualquer circunstância difícil.

Em relação à associação entre as estratégias de enfrentamento adotadas e sua correspondência com o otimismo, não foi verificada combinação entre ambas variáveis. Tal constatação vai de encontro a diversos estudos que verificaram uma ligação entre o otimismo

e as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Como exemplo, podemos citar as pesquisas de Scheier, Weintraub e Carver, 1986; Nes e Segerstrom, 2006; Büyükaşık-Çolak et al. 2012. A título de exemplo cabe citar a pesquisa de Büyükaşık-Çolak et al. (2012), já que segundo os autores as mulheres com câncer de mama que estavam no pós-operatório e eram otimistas, possuíam maior propensão em utilizar a estratégia de enfrentamento focalizada no problema que, por sua vez, propiciava o crescimento pós-traumático. Por outro lado, no estudo de Matthews e Cook (2009) acerca das relações entre otimismo, bem-estar, autotranscedência, *coping* e suporte social em mulheres em tratamento radioterápico para o câncer de mama, verificou-se que a relação entre otimismo e a estratégia de enfrentamento focalizada no problema não era significativa.

Destacamos ainda, algumas pesquisas acerca do nível de otimismo em mulheres acometidas pela doença, as quais também utilizaram o LOT-R. Em um estudo realizado por Croft et al. (2015), com 722 sobreviventes do câncer de mama, os pesquisadores verificaram que a média do otimismo foi de 17,0. E na pesquisa de Trunzo e Pinto (2003), também com sobreviventes, os autores constataram que a média de otimismo foi de 16,0. Porém, salienta-se que as pontuações dessas pesquisas poderiam variar de 0 a 24,0. Já as pontuações totais do LOT-R adaptadas para o português brasileiro, podem variar de 6 a 30 pontos (Bastianello & Pacico, 2014). Deste modo, apesar de a utilização do instrumento da presente pesquisa ser o mesmo que as pesquisas supracitadas, não é possível tecer considerações acerca da comparabilidade entre ambas.

Dentre outros estudos que também adotaram o instrumento LOT-R com mulheres com câncer de mama, pode-se citar a investigação realizada por Wimberly, Carver e Antoni (2006) com 136 mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Nesta pesquisa os autores verificaram que a média de otimismo da amostra foi 19,78. Já na pesquisa de Von Ah, Kang e Carpenter (2007), constituída por mulheres com câncer de mama que já haviam passado pela

cirurgia, os pesquisadores constataram que a média de otimismo foi de 16,4. Porém, assim como já discutido anteriormente, os escores das pesquisas mencionadas também variam entre 0 a 24.

Os dados coletados no presente estudo revelam que também não foi detectada a associação entre o otimismo e a estratégia de enfrentamento de busca de suporte social, resultado que não está em conformidade com o estudo de Bastianello e Hutz (2016). Estes pesquisadores realizaram uma revisão sistemática de literatura acerca das duas variáveis em pacientes com câncer de mama. Como resultado, constataram que há associação entre o otimismo e o suporte social em mulheres com câncer de mama, porém, não conseguiram estabelecer relações causais entre essas duas variáveis. Destacamos que Bastianello e Hutz (2016) verificaram que o instrumento mais utilizado para a mensuração do otimismo foi o LOT-R, enquanto para a mensuração do suporte social foram utilizados diversos instrumentos.

No que se refere ao nível de resiliência da amostra da presente pesquisa, apuramos que a maior parte da amostra (58%) apresenta um moderado índice de resiliência, contra 28% apresentando um alto índice de resiliência e 14% um baixo nível de resiliência. Tal resultado assemelha-se aos dados encontrados no estudo de Genz et al. (2016), no qual a maioria dos sobreviventes (50%) apresentava um moderado nível de resiliência, 41,96% elevado índice de resiliência e (8,03%) apresentavam um baixo nível de resiliência. Neste sentido, os autores constataram que 91,96% dos sobreviventes desenvolveram habilidades para responder de forma positiva às situações adversas enfrentadas ao longo do processo de suas doenças.

Em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas e o índice de resiliência, também não foi possível constatar a associação significativa entre as duas variáveis, o que não está em conformidade com alguns estudos que objetivaram compreender a relação entre as estratégias de enfrentamento empregadas e o nível de resiliência. A título de exemplo citamos o estudo

de Júnior e Zanine (2011), cujas temáticas são: o estresse, as estratégias de *coping*, a resiliência e o bem-estar subjetivo em pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. Os pesquisadores constataram que as estratégias de *coping* podem interferir no bem-estar subjetivo e podem estabelecer relação significativa com fatores de resiliência em pacientes oncológicos em radioterapia. No entanto, destacamos que os instrumentos utilizados para avaliar a resiliência foram tanto o Inventário de Resiliência e de Sintomas de Estresse, como o *Coping Response Inventory – Adult Form*.

Cabe citar ainda o estudo de Thompson et al. (2018), no qual os pesquisadores constataram uma relação positiva entre a resiliência e a maioria das estratégias de enfrentamento ativas, e uma correlação negativa entre as estratégias de enfrentamento evitativas e a variável resiliência. As estratégias de enfrentamento ativas são utilizadas nos contextos nos quais a pessoa tenta alterar suas percepções acerca do estressor ou as qualidades do estressor, como por exemplo, a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas. Enquanto as estratégias de enfrentamento evitativas envolvem pensamentos e ações utilizadas para escapar da confrontação direta com o estressor (Wu et al., 2013).

Por fim, no que se refere à associação entre otimismo e resiliência, foi possível averiguar a relação entre tais variáveis, estando a baixa resiliência associada ao baixo otimismo e a baixa resiliência associada ao médio-baixo otimismo. Face a tal questão, citamos Masten e Reed (2002), os quais afirmam existir um conjunto de atributos individuais e ambientais relacionados ao bom ajustamento e desenvolvimento frente às diversas condições que ameaçam a vida em diferentes contextos culturais.

Nesta perspectiva, destacamos os fatores protetivos que, conforme Rutter (1987), englobam também as qualidades do indivíduo. Neste sentido, Peterson e Seligman (2004) afirmam que alguns teóricos têm tentado dividir os fatores protetivos em ambientais e internos. Em relação aos aspectos ambientais, os autores citam, por exemplo, a boa relação



com os pais. Por outro lado, em relação aos fatores internos, os autores mencionam que estes incluem algumas forças pessoais. Assim, Peterson e Seligman (2004) exemplificam os fatores internos atrelados à resiliência, segundo a concepção de Kumpfer (1999) apontando a aproximada correspondência desse fator à determinada força pessoal. Ressaltamos, como exemplo, que o otimismo e a esperança são considerados fatores protetivos na aceção de Kumpfer (1999), e são classificados como forças pessoais na perspectiva de Peterson e Seligman (2004).

Neste sentido, acreditando que as forças pessoais podem promover a resiliência, no estudo de Martínez-Martí e Ruch (2016), os autores objetivaram investigar a relação entre as 24 forças pessoais e a resiliência e, como resultado, constataram a associação entre as variáveis. Os autores verificaram que o grupo das “forças emocionais” – no qual inseriam-se: entusiasmo, bravura, inteligência social, amor, humor e esperança/otimismo – foi preditor da resiliência. Segundo os autores, as três forças que apontaram uma correlação mais forte com a resiliência foram a esperança/otimismo, o entusiasmo e a bravura.

Outros estudos também destacaram a associação entre o otimismo e a resiliência. Hamby, Grych e Banyard (2017) examinaram diversos fatores protetivos, com o objetivo de avaliar quais deles teria o maior potencial para ajudar as pessoas a amadurecerem após a adversidade. Neste sentido, eles constataram que os principais fatores foram: o senso de propósito, a generatividade e o otimismo. Estando este último também associado à variável bem-estar subjetivo. Corroborando tal perspectiva, citamos Masten e Reed (2002), quando apontam que as pessoas consideradas resilientes utilizam o pensamento otimista.

Assim, os resultados da presente pesquisa dialogam com os demais estudos que averiguaram a associação entre a resiliência e o otimismo. Compreendemos que a associação entre essas duas variáveis pode ser explicada pelo fato de o otimismo ser considerado um fator de proteção para a resiliência.

Não obstante, apesar de os dados encontrados neste estudo não serem generalizáveis, lançamos reflexão acerca da relação entre as variáveis estudadas, isto é, entre a resiliência, o otimismo e as estratégias de enfrentamento utilizadas, bem como ressonância em uma amostra constituída por sobreviventes do câncer de mama. Assim, conforme constatado, a maioria das mulheres utilizou predominantemente a estratégia de enfrentamento focada no problema que, conforme apontam diversos estudos (Faria & Seidl, 2006; Carlotto, Teixeira & Dias, 2015; Zanini, Forns & Kirchner, 2005), associa-se a desfechos positivos à saúde em diferentes tipos de amostra e contexto. Porém, as estratégias de enfrentamento utilizadas não se associaram ao otimismo e à resiliência, as quais são duas variáveis relacionadas ao desenvolvimento saudável e positivo e, por isso, aspectos que poderiam auxiliar tais mulheres no ajustamento à etapa do pós-tratamento do câncer de mama.

Todavia, destacamos a correspondência entre o otimismo e a resiliência. Embora não seja possível discorrer acerca da causalidade entre as duas variáveis, é possível encontrar autores que sugerem que para o desenvolvimento da resiliência, é importante aumentar os fatores relacionados a tal constructo. Essa concepção é partilhada por Lee et al. (2013), ao constatarem que o afeto positivo, a autoeficácia, o otimismo, a autoestima, o suporte social e a satisfação com a vida possuem uma relação mais forte com a resiliência do que os fatores de risco e as variáveis sociodemográficas. Porém, ressaltamos a concepção de Hamby, Grych e Banyard (2017), ao afirmarem que as pesquisas a respeito de fatores de proteção podem ajudar a identificar os alvos mais úteis para a prevenção e intervenção. No entanto, de acordo com os autores, deve-se considerar um conjunto de forças e não somente uma única variável para reduzir a exposição ao risco e melhorar o enfrentamento à adversidade.

Sumariamente, por intermédio dos resultados obtidos na presente pesquisa, constatamos que a maioria das mulheres entrevistadas lida com estressores advindos do tratamento realizado contra o câncer de mama. No que concerne às estratégias utilizadas, estas

não se associaram às variáveis resiliência e otimismo. Porém, analisando todos os fatores de modo isolado, isto é, o grau de resiliência, otimismo e a principal estratégia utilizada, é possível inferir que a maioria das participantes do estudo apresentou recursos e estratégias que parecem favorecer o enfrentamento deste momento.

### 6.3 CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS E NEGATIVAS DO CÂNCER DE MAMA

Ao analisar os dados levantados por esta pesquisa, foi possível constatar uma maior prevalência de consequências positivas do câncer de mama em relação às negativas que influenciaram diretamente a vida das entrevistadas. Apesar disso, 74% das participantes entrevistadas apontaram algum tipo de consequência negativa advinda da doença. Assim sendo, foi constatado que na fase do pós-tratamento do câncer de mama, as mulheres ainda lidam com diversos estressores resultantes dos tratamentos que realizaram. Estes dados apresentam-se em conformidade com alguns estudos referentes à sobrevivência da doença, entre eles: Silva e Santos (2010); Aaronson et al., (2014); Ewertz e Jensen (2011) e Fallowfield e Jenkins (2015).

Em concordância com os resultados até aqui analisados, a maior parte das entrevistadas que relatou alterações físicas advindas do tratamento contra o câncer de mama, citou queixas como dor, dormência, alteração no braço e cansaço como consequências negativas da doença. Ademais, muitas mulheres atrelaram tais sintomas físicos às dificuldades na realização de tarefas domésticas e/ou prejuízo na vida laboral. Deste modo, apesar de os dados obtidos na entrevista não serem capazes de especificar e afirmar com clareza acerca da causa de tais sintomas, ressalta-se alguns estudos que discorrem sobre a questão da dor crônica, linfedema e fadiga em sobreviventes do câncer de mama. De mais a mais, deve-se ainda, compreender o impacto de tais sintomas na funcionalidade dessas mulheres.

Neste sentido, conforme apontam Rief et al. (2013), é escasso o conhecimento referente ao curso dos sintomas de dor a longo prazo em mulheres com câncer de mama. Segundo os autores, não está claro como as mudanças de intensidade da dor ao longo do tempo estão associadas com o tipo de tratamento médico, o estágio de câncer de mama antes da cirurgia e as questões atreladas à fatores psicológicos e comportamentais. Porém, apesar da falta de consenso, nota-se que, conforme apontam Andersen e Kehlet (2011), cerca de 25% a 60% das pacientes são afetadas pela dor crônica após o tratamento.

Assim sendo, do mesmo modo que o presente estudo está em consonância com demais pesquisas que apontam a presença da dor em sobreviventes de câncer de mama, a presente pesquisa também está de acordo com demais trabalhos que discorrem acerca do impacto da dor em mulheres no pós-tratamento desta doença. Como exemplo, cita-se um estudo desenvolvido por Ferreira et al. (2015) com 30 sobreviventes brasileiras de câncer de mama, no qual também foi possível constatar que a dor interfere principalmente no humor, no desenvolvimento do trabalho normal e no sono. Há que se destacar também a pesquisa de Peretti-Watel et al. (2012) realizada com 21 mulheres sobreviventes de câncer de mama, na qual os dados apontam que dez dessas pacientes conviviam diariamente com a dor crônica. Esta condição debilitante e desconfortável acabou por compelir estas mulheres a abandonar alguns serviços domésticos e atividades de lazer, por não se sentirem mais aptas a realizá-las. No entanto, algumas delas relataram que aprenderam a recorrer a certas precauções ou a realizar ações de maneiras diferentes para que as atividades fossem menos dolorosas. Porém, de forma geral, a adaptação diária à dor crônica foi vista como penosa e autodidata. Diante de tais questões, cabe mencionar um trecho da entrevista de uma das participantes abordadas para esta pesquisa. Em sua declaração, é possível perceber um discurso de readaptação frente às tarefas do dia a dia:

*P24* - Positivo pra mim é querer viver, poder mesmo com limitações, conseguir com a vassoura de pelo menos varrer o meio da minha casa, mesmo que eu não consiga ariar uma panela cem por cento, mas eu consegui arear aquela panela, eu consegui mexer a panela ou fazer uma comida, eu consegui, eu tenho dificuldade ainda pra arrumar cama, então o que nós estamos fazendo lá em casa?! Nós estamos trocando roupa de cama, comprei aqueles lençóis de elástico, já estou me adaptando. É adaptação, tudo é uma questão de adaptação, não adianta eu chegar pra falar e falar o truque é este, não existe truque, o truque é a mulher colocar na cabeça que eu quero viver, eu tenho possibilidade de viver, eu tenho possibilidade de fazer as coisas mesmo com limitação, eu consigo, eu levo meia hora pra arrumar, pra trocar um lençol, mas eu consigo, pra colocar a colcha o braço não abre, mas eu joga ela no meio e vou puxando, é uma questão de adaptação, então cada coisa que eu consigo pra mim é uma vitória.

Muitas participantes citaram alterações no braço, a este respeito cabe destacar estudos acerca do linfedema. Conforme Paskett (2015), este tipo de sintoma é um dos principais efeitos tardios do tratamento do câncer de mama, afetando cerca de 3% a 60% das pacientes que sobreviveram. Os sintomas do linfedema incluem inchaço, dor, vermelhidão, restrição no movimento e/ou aperto tanto nas mãos como nos braços. Ainda, segundo Paskett (2015), tais sintomas podem não só limitar o funcionamento físico da pessoa acometida pelo linfedema, como também podem afetar a sua qualidade de vida, assim como sua imagem corporal e o funcionamento social.

Nos dados coletados para o presente estudo, cabe ressaltar que além do contingente de 18% das entrevistadas que fizeram referência à dor no braço, das dez mulheres que citaram a questão da dor, três delas se referiram à dor especificamente neste membro. Ademais, como já visto, algumas mulheres associaram a questão da alteração no braço ao comprometimento funcional, por isso, torna-se importante citar alguns estudos já publicados consonantes com os resultados da presente análise.

Panabiando et al. (2014) apresentam uma pesquisa a respeito da qualidade de vida das mulheres com linfedema após a cirurgia do câncer de mama. No referido estudo, os pesquisadores constataram a menor qualidade de vida dessas sobreviventes quanto à participação em atividades de recreação e trabalho. Paralelamente a esta investigação, existe

também a pesquisa de Boyages et al. (2016) referente ao impacto do linfedema na carreira e no trabalho de mulheres após o câncer de mama. Na mencionada pesquisa, foram entrevistadas tanto mulheres que apresentaram o linfedema, como aquelas em que o sintoma não se desenvolveu. Segundo Boyages et al (2016), foi possível constatar que o câncer de mama e o linfedema influenciaram negativamente no trabalho e na carreira das mulheres entrevistadas. Ademais, as participantes da pesquisa relataram mudanças no emprego provenientes do estresse e/ou do comprometimento físico, repercutindo na frequência ao trabalho e na sua ocupação. Porém, a percepção do impacto negativo do câncer de mama no ambiente profissional foi maior entre participantes com o linfedema, sendo o impacto proporcional à severidade do referido sintoma.

No que se refere à questão da fadiga, mencionamos outros estudos que se assemelham aos resultados da presente pesquisa. Adicionalmente, destacamos estudos acerca da repercussão da fadiga em sobreviventes do câncer de mama, porque no presente estudo, a maioria das mulheres que reportaram a fadiga, também fizeram menção à questão da dificuldade na realização de tarefas domésticas e/ou algum tipo de prejuízo na vida laboral. Nesta linha de raciocínio, Kluthcovsky e Urbanetz (2015)<sup>10</sup> constataram que as sobreviventes apresentaram maiores escores de fadiga e pior qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e nas relações sociais.

Nesse sentido, uma das consequências físicas também citadas nas entrevistas da presente pesquisa refere-se à alteração na mama. Conforme apontando anteriormente, essa mudança esteve atrelada a algum tipo de repercussão psicossocial, no sentido de ressoar nas relações interpessoais da mulher e também pelo fato de suscitar determinadas respostas emocionais, como por exemplo, o sentir-se “fragilizada”, “deprimida” e “estressada”. Tal questão pode ser ilustrada por meio dos seguintes trechos de entrevistas:

---

<sup>10</sup> Estes autores realizaram um estudo com o intuito de avaliar a fadiga e a qualidade de vida em sobreviventes brasileiras de câncer de mama, em relação a uma amostra de mulheres da mesma idade sem histórico da doença,

*P18 - a gente sente mesmo mais fragilizada, tem vergonha de marido, tem vergonha de ir à praia.*

*P24 - mas a aparência estética da cirurgia não é legal [...] a gente se olha no espelho não é legal, porque deixa a gente um pouquinho meio pra baixo.*

*P37 - gente não fica normal mais né?! A pessoa que vai ficar pro resto da vida com aquele, com aquela falta daquele pedaço do seio que tirou né?! [...] Ah, tem muito preconceito, muito preconceito, isso que magoa a gente [...] Ser humano acha que por causa de ter tirado [seio] que aquela pessoa já não é a mesma mais né?! Isso que o preconceito do povo né?!*

Assim sendo, acerca dos dados apresentados, aponta-se constatações de autores que discorrem a respeito das implicações psicossociais do câncer de mama para a vida da mulher. Segundo Neme (2016), ao ser acometida por esta doença a paciente não tem apenas os seios afetados, mas todo um conjunto de fatores relacionados à feminilidade, à sexualidade, à sensualidade e à maternidade. Acrescenta-se ainda que, segundo a perspectiva de Maciel e Sá-Serafim (2013, p. 495), “por se tratar de uma parte facilmente perceptível para si e para os outros, traz importantes implicações, uma vez que anuncia publicamente a condição de ser mulher”.

Ainda conforme a perspectiva de Maciel e Sá-Serafim (2013), quando a mulher lida com o câncer de mama, passa por um importante processo de reformulação da imagem corporal. A este respeito, tal questão pode ser observada na transcrição da entrevista de uma das pacientes:

*P05 - a gente tem que vencer essa barreira dentro da cabeça da gente, acho que o mais difícil é esse, é você tentar superar é...e voltar a sua vida normal. Porque você fica com uma marca [seio] no corpo né? É uma marca que toda vez que você se olha no espelho você vê. É isso que a gente, eu, tento todos os dias superar isso.*

Nesta perspectiva, o estudo de Silva e Santos (2010) - que visou identificar os estressores presentes na vida das mulheres entre um a cinco anos de diagnóstico de câncer de mama - corrobora com os achados da presente pesquisa. Isso porque aponta que muitas

mulheres entrevistadas mencionaram de forma significativa a perda da mama e, muitas relataram vivências relacionadas à autoimagem. Ferreira et al (2011), ainda neste tópico de discussão, indicam os resultados de uma pesquisa realizada com casais que vivenciaram esta doença. Segundo os dados, a repercussão do câncer de mama na vida conjugal de pacientes mastectomizadas é permeada de sentimentos como constrangimento e preconceito.

Outra consequência ocasionada pelo câncer e que foi significativamente citada pelas entrevistadas da presente pesquisa, refere-se à questão do medo da recidiva. Nesse sentido, é importante retomar o que afirmam Oliveira e Gaspar (2013) quando discutem o término do tratamento. Segundo os pesquisadores a paciente pode se sentir insegura e vulnerável frente à possibilidade da recidiva. Desta forma, a presença constante da incerteza parece ser um elemento que se manifesta na vida do indivíduo que adoeceu. Nesta linha de investigação, em um estudo desenvolvido por Mehnert et al. (2009), acerca da frequência do medo da progressão do câncer em sobreviventes do câncer de mama, foi verificado que em uma amostra de 1083 mulheres, 23,6% foram classificadas como tendo de moderado a alto medo da progressão da doença. No mais, tal estudo constatou também que um dos medos mais frequentes das mulheres da amostra analisada estava associado a ir a consultas médicas e realizar exames. Este mesmo tópico foi revelado na presente pesquisa, conforme é possível perceber na transcrição a seguir do depoimento de uma das entrevistadas:

*P12* - uma coisa que me afeta muito é ter que vir aqui no hospital buscar o remédio, me faz lembrar tudo o que eu passei naquela época, foi muito ruim, pensei em me matar.

Em paralelo à pesquisa de Mehnert et al. (2009) cabe citar também os estudos de Vickberg (2003) realizados com 169 sobreviventes de câncer de mama. A investigação de Vickberg (2003) constatou níveis moderados de medo da recorrência da doença. Conforme os dados obtidos pela pesquisadora, o medo centrava-se muito mais na possibilidade de morte,



no tratamento futuro e na ameaça à saúde, do que nas questões referentes à imagem corporal, sexualidade e feminilidade. Tal questão é corroborada por Duarte e Andrade (2003, p. 161) ao afirmarem que “inicialmente ao ser informada do diagnóstico, a maior preocupação da paciente volta-se para a sua sobrevivência”. Assim sendo, conforme os autores, no momento do diagnóstico e nas fases posteriores ao tratamento, a atenção da paciente volta-se à luta pela vida. Somente após a exclusão da possibilidade de morte é que a mulher irá se ater à questão da mutilação da mama e suas consequências.

Contudo, conforme já citado, apesar dos diversos fatores físicos e psicossociais encontrados no momento do pós-tratamento, foi possível constatar que a maior parte das mulheres entrevistadas menciona aspectos positivos desta fase do ciclo psico-oncológico. Isto reforça a importância de melhor compreender os fatores positivos oriundos de um processo de adoecimento. Adicionalmente, a presente pesquisa corrobora com outros estudos que apontam a presença desses fatores positivos em sobreviventes de câncer de mama, como os realizados por Bahrami et al. (2015), İnan e Üstün (2014) e Barthakur et al. (2016).

Documet et al. (2012) desenvolveu uma pesquisa com 113 sobreviventes de câncer de mama, visando verificar os benefícios advindos do fato de terem tido o câncer. Segundo os dados levantados, 109 participantes mencionaram ao menos um benefício emergido da referida experiência. Dentre alguns dos benefícios encontrados, 95 participantes citaram uma “nova apreciação da vida” atrelada a uma maior consciência da própria mortalidade e da preciosidade do tempo. Nesta categoria, muitos participantes relataram a questão de passarem a gastar seu tempo mais cuidadosamente com seus entes queridos e com atividades que eles realmente gostam. Em consonância com Documet et al. (2012), no *corpus* analisado na presente pesquisa, também foi possível constatar esta mesma categoria de análise em que as pacientes entrevistadas afirmaram ter se tornado capazes de valorizar “as pequenas coisas”. Ainda, de acordo com os dados apresentados por Documet et al. (2012), as entrevistas por

elas realizadas apontam “melhoria das relações” em 63 participantes. Ainda, segundo Documet et al. (2012), as participantes mencionaram mudanças positivas em seus relacionamentos, afirmando ter se tornado mais próximas às demais pessoas ou começaram a apreciá-las mais em comparação a outros momentos da vida.

Ainda a respeito das categorias criadas por Documet et al. (2012), menciona-se o “auto aperfeiçoamento” (45 participantes), a qual expressa uma mudança para melhor na pessoa, como o aumento do controle emocional (se tornando mais calma e mais forte), maior compassividade para com os outros e desenvolvimento de novas habilidades. Segundo os autores, 27 participantes também disseram que a experiência do câncer de mama as auxiliou a se voltarem às outras pessoas, no intuito de ajudá-las, criando a categoria “*help orientation*”. Em tal categoria, algumas participantes mencionaram a questão da ajuda ao próximo como uma responsabilidade pessoal e, como uma oportunidade de compartilhar a sua experiência com pessoas que estavam lutando contra a doença. Ademais, 13 participantes fizeram referência à “mudança espiritual”, categoria que se refere à renovação da fé, um maior aprofundamento no senso da espiritualidade e conexão com Deus.

Assim sendo, salientamos que tais categorias criadas pelos autores se assemelham à categoria específica: “desenvolvimento de forças pessoais”, nas quais surgiram subcategorias particulares que apontam questões mencionadas pelos autores, tais como: espiritualidade, bondade, autocontrole e bravura. Documet et al. (2012) também apontam que os participantes citaram uma “maior atenção à saúde” (23 participantes), discorrendo sobre uma maior ênfase na saúde pessoal e a respeito do atendimento às próprias necessidades. Tal categoria se assemelha à categoria específica do presente estudo, relacionada ao “autocuidado”, na qual as mulheres falam de um maior cuidado consigo mesmas.

Neste raciocínio, é possível citar outras pesquisas que também apontam para o mesmo direcionamento dos dados obtidos neste estudo. No estudo de Williams e Jeanetta (2015), cujo

intuito é compreender a experiência vivida por mulheres que são sobreviventes de câncer de mama, foi constatado que algumas dessas mulheres se nomeavam como “guerreiras”, fato também ocorrido na presente análise. Como exemplo, podemos observar o seguinte trecho de entrevista:

*P05* - na fase que eu estou que é de controle, eu penso assim, eu sou forte, eu sou guerreira.

No mais, ainda sobre o estudo de Williams e Jeanetta (2015), algumas mulheres relataram que para elas, a sobrevivência significa o desenvolvimento de novas atitudes e percepções sobre a vida. Tal constatação se aproxima também da categoria específica do presente estudo, intitulada “mudança de percepção acerca da vida”. Cita-se ainda, a pesquisa de Tisnado et al. (2016), realizada com sobreviventes latinas de câncer de mama. No que se refere às percepções positivas dessas mulheres acerca da sobrevivência, algumas pontuam o crescimento pessoal advindo da experiência e, descreveram que ser uma sobrevivente é gratificante, empoderador e também é uma conquista. No presente estudo isso pode ser visto por intermédio do seguinte trecho transcrito:

*P20* - fiquei mais forte, fiquei me sentindo mais empoderada , porque eu vi que a vida não acaba ali, pelo contrário, a gente tem umas experiências que fazem a gente crescer dali pra frente, me fortaleci nisso, eu tenho uma filha de 14 anos agora, na época ela estava com uns 10, ela estava precisando muito de mim, então eu tive que ser muito forte, então isso me ajudou muito porque graças a Deus eu não tive depressão, não tive medo de enfrentar o tratamento, pelo contrário, eu tive força apesar das adversidades.

Em suma, conforme os dados obtidos na presente pesquisa, pode-se constatar determinadas especificidades do período do pós-tratamento do câncer de mama. O período ainda é caracterizado pela presença de diversos estressores, principalmente físicos, como a questão das dores, cansaço, limitações no braço e alteração na mama. Tais aspectos trazem repercussões psíquicas, sociais e na funcionalidade da mulher acometida. Não obstante,

mesmo na presença de tais estressores, as mulheres conseguem vivenciar mudanças positivas oriundas da experiência com o câncer de mama, como por exemplo, desenvolvimento de forças pessoais, melhoria nas relações interpessoais, maior apreciação da vida e autocuidado. Deste modo, tais dados reforçam a importância do estudo de aspectos saudáveis do desenvolvimento humano, pois, tais recursos parecem auxiliar a mulher frente ao processo de adaptação e ajustamento a um período ainda fortemente caracterizado pela presença de estressores.

#### 6.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO IDENTIFICADAS NA EMEP

Como pode ser constatado na seção dos resultados, as participantes do presente estudo utilizam diversas estratégias para enfrentar o período do pós-tratamento contra o câncer de mama. Tal constatação também foi evidenciada por Silva (2005), o qual aplicou a escala EMEP em sobreviventes ao câncer de mama e encontrou respostas diversificadas, a saber: a fé, a aceitação do adoecimento, a busca por ajuda médica, a mudança na alimentação, a busca de forças em si mesma, a busca de informações acerca do câncer, manter a calma, a tentativa de melhorar a qualidade de vida por meio de recursos tais como a acupuntura, a psicoterapia a prática esportiva e a busca por instituições de tratamento. Assim, foi possível observar a utilização de algumas estratégias semelhantes entre as mulheres do estudo de Silva (2005) e as mulheres da presente pesquisa, principalmente no que concerne à questão do autocuidado.

Porém, apesar de ambos os estudos constatarem diferentes tipos de estratégias utilizadas, salientamos a predominância da utilização de diferentes tipos de forças pessoais pelas mulheres por nós entrevistadas. Tais estratégias são avaliadas pelas participantes como recursos capazes de auxiliar no enfrentamento do pós-tratamento contra o câncer de mama. Assim, em relação a essa questão, os estudos de Seligman (1998) apontam a ideia de que as

forças humanas possuem uma grande capacidade de suavizar as doenças mentais. Salientamos ainda que, conforme pesquisa desenvolvida por Peterson, Park e Seligman (2006), indivíduos que já haviam sofrido uma doença física considerada séria apresentavam um maior nível de determinadas forças pessoais, como por exemplo, justiça, perdão, apreciação da beleza, bravura, curiosidade, gratidão, humor, bondade, amor por aprender e espiritualidade.

Assim, por meio dos resultados encontrados na EMEP, evidenciamos e reforçamos a necessidade de melhor compreender os recursos que auxiliam no enfrentamento do pós-tratamento contra o câncer de mama, em especial as forças pessoais, pois, conforme a concepção de Peterson e Seligman (2004), esses potenciais são características pessoais passíveis de ser desenvolvidas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo, possibilitou identificar a relação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas e sua associação quanto ao nível de resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama. Ademais, foi possível avaliar o nível de resiliência, otimismo e as estratégias mais utilizadas pelas mulheres na presente pesquisa, além de compreender as consequências positivas e negativas do câncer de mama para a vida atual das mulheres entrevistadas.

Nesse sentido, primeiramente, destacamos que, a partir dos dados obtidos nas entrevistas realizadas, foi possível constatar que após o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico e intervenção cirúrgica, a maioria das mulheres continua a vivenciar sequelas das terapêuticas, como também, efeitos colaterais da própria hormonioterapia. As diversas sequelas mencionadas são tanto da ordem física como psicossocial. Assim, foi constatado, por exemplo, alterações no braço, as quais repercutem principalmente na vida laboral; medo da recidiva; alteração na imagem corporal; dores; mudanças nas relações interpessoais; cansaço; dentre outras. Tais conclusões reforçam a importância de que as pacientes continuem sendo assistidas em suas necessidades físicas, psíquicas e sociais, mesmo após o tratamento inicial contra o câncer de mama. Dessa forma, ao psicólogo cabe conhecer as especificidades do período referente ao pós-tratamento do câncer de mama, e investigar as possíveis contribuições que a Psicologia pode oferecer às sobreviventes, inclusive no que diz respeito à prevenção primária.

Porém, mesmo lidando com diversos estressores, a maioria das mulheres entrevistadas reportou vivenciar consequências positivas do câncer de mama, como por exemplo, o desenvolvimento de forças pessoais, uma nova apreciação da vida, melhoria nas relações interpessoais, dentre outros. Nesse sentido, salientamos a importância das possíveis

contribuições da Psicologia Positiva para a compreensão dos aspectos saudáveis do ser humano, como também, de constructos que alavanquem tal conhecimento.

Assim, inicialmente, teve-se como hipótese que na amostra a ser estudada, as estratégias de enfrentamento poderiam estar associadas ao grau de otimismo e resiliência, porém, a hipótese foi refutada. Não obstante, apesar de não terem sido encontradas tais associações, verificou-se que a maioria das mulheres pesquisadas, utilizava, predominantemente, a estratégia de enfrentamento focalizada no problema. Tal estratégia, geralmente é associada às variáveis promotoras de uma boa saúde mental. No mais, constatou-se que a maioria das participantes da amostra parece estar bem adaptada ao período do pós-tratamento do câncer de mama, visto que a minoria das participantes obteve a pontuação de baixa resiliência, e a maioria obteve um alto grau de otimismo, variável que inferimos ser capaz de favorecer o ajustamento ao período do pós-tratamento do câncer de mama.

As variáveis que obtiveram uma relação significativa foram a resiliência e o otimismo. Destarte, inferimos que tal relação seja em decorrência de o otimismo ser considerado como um dos fatores de proteção associados à resiliência. Embora não tenha sido possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis, tal constatação suscita a reflexão acerca das forças pessoais na questão da resiliência. Acrescentamos ainda que, embora diversas variáveis estejam envolvidas para compreender a questão da resiliência, como por exemplo, os fatores de risco e os fatores de proteção, concebemos que há a associação entre o otimismo e a resiliência na amostra estudada, isso permite refletir acerca de possíveis intervenções no âmbito da Psicologia.

Por meio da pergunta aberta do questionário EMEP, muitas mulheres pesquisadas reportaram utilizar alguma força pessoal para enfrentar o pós-tratamento do câncer de mama, com a predominância da espiritualidade/religiosidade e fé, seguidamente do otimismo e da

bondade. Neste sentido, destacamos que, conforme Seligman e Peterson (2004), as forças pessoais do otimismo/esperança e espiritualidade/religiosidade e fé, encontram-se na virtude transcendência, suscitando a importância de se refletir melhor acerca da utilização dessa virtude após a vivência de uma doença que ameaça a vida, como o câncer de mama.

Além disso, destacamos que, embora a presente pesquisa possa ter ofertado diversas contribuições no que se refere à melhor compreensão do pós-tratamento do câncer de mama, deve-se ater às limitações nela presentes. Assim sendo, primeiramente, salientamos que os dados encontrados não podem ser generalizáveis pelo fato de a amostra não ser representativa. Enfatizamos também que diversas pesquisas citadas ao longo deste estudo utilizaram diferentes instrumentos para avaliar a resiliência e as estratégias de enfrentamento, o que dificulta a comparabilidade entre os variados estudos. Por fim, as forças pessoais que foram descritas a partir dos resultados obtidos - através da entrevista e da questão aberta da escala EMEP - foram classificadas segundo o autorrelato das participantes, e não por intermédio de algum instrumento específico.

Finalmente, destacamos ainda a importância de novos estudos que objetivem investigar possíveis intervenções psicológicas às mulheres que estão no pós-tratamento contra o câncer de mama. Para tanto, sugere-se investigações científicas acerca de outras forças pessoais ou demais variáveis psicológicas que favoreçam o ajustamento das mulheres que terminaram o tratamento inicial contra essa doença.



## REFERÊNCIAS

Aaronson, N. K., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S., Verdonck-de Leeuw, I. M., Stein, K. D., Alfano, C. M., Mehnert, A., Boer, A. & Poll-Franse, L. V. (2014). Beyond treatment – Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *Ejc S upplements*, 12, 54-56.

Almeida, T. R. D., Guerra, M. R., & Filgueiras, M. S. T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: revista de saude coletiva*, 22, 1003-1029.

Alves, P. C., Santos, M. C. L. & Fernandes, A. F. C. (2012). Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. *Online braz.j nurs*, 11(2), 305-18.

American Cancer Society. *Radiation for Breast Cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/radiation-for-breast-cancer.html>

American Society of Clinical Oncology (ASCO). *About Survivorship*. Recuperado de <http://www.cancer.net/survivorship/about-survivorship>.

Andersen, K. G. & Kehlet, H. (2011). Persistent Pain After Breast Cancer Treatment: A Critical Review of Risk Factors and Strategies for Prevention. *The Journal of Pain*, 12 (7), 725-746.

Associação de Psicologia Americana (APA). *What is resilience?* Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

Bahrami, M., Teleghani, F., Loripoor, M. & Yousefy, A. (2015). Positive changes after breast cancer: A qualitative study. *J Educ Health Promot*, 4: 55.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Barret, M. (2010). Questões práticas e éticas do projeto de pesquisa. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. A. Smith (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia* (pp. 42-63). Porto Alegre: Artmed.

Barthakur, M. S., Sharma, M. P., Chaturvedi, S. K. & Manjunath, S. (2016). *Indian J Palliat Care*, 22(2): 157–162.

Bastianello, M. R. & Hutz, C. S. Do Otimismo Explicativo ao Dispocional (2015). *Psico-USF*, 20 (2), 237-246.

Bastianello, M. R. & Pacico, J. C. (2014). Otimismo. In C. S. Hutz (Org.), *Avaliação em Psicologia Positiva* (pp. 95-100). Porto Alegre: Artmed.

Bastianello, M. R. & Hutz, C. M. (2016). Otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(2), 19-33.

Berry, M. J. A. & Linoff, G. (1997). *Data Mining techniques*. USA: John Wiley.

Bodai, B. I. & Tusso, Phillip. (2015). Breast Cancer Survivorship: A Comprehensive Review of Long-Term Medical Issues and Lifestyle Recommendations. *The Permanente Journal/Spring*, 19 (2), 48-79.

Boyages, J., Kalfa, S., Xu, Y., Koelmeyer, L., Mackie, H., Vivero, H. & Taksa, L. (2016). Worse and worse off: the impact of lymphedema on work and career after breast câncer. *SpringerPlus*, 5, 1-8.

Bower, J. E. & Ganz, P. A. (2015) Symptoms: Fatigue and Cognitive Dysfunction. In Ganz, P. A (Ed.), *Improving Outcomes for Breast Cancer Survivors: Perspectives on Research Challenges and Opportunities* (pp. 53-75). Springer.

Büyükaşık-Çolak, C., et al. Mediating role of coping in the dispositional optimism–posttraumatic growth relation in breast cancer patients. (2012). *J Psychol: Interdisciplinary and Appl*, 146, 471–483.

Buzaid, A. C. (2015). A Hormonioterapia. Em A. C. Buzaid & F. C. Maluf, (Orgs.), *Vencer o Câncer de mama: evitar tratar curar* (pp.134-139). São Paulo: Dendrix.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1989). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Journal of Death and Dying*, 20(4), 265–272.

Cangussu, R. O., Soares, T. B. C., Barra, A. A. & Nicolato, R. (2010) Depressive symptoms in breast cancer: Beck Depression Inventory – Short Form. *J Bras Psiquiatr*, 59(2), 106-10.

Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, E. & Jr, J. R. (1996). A oncopsiquiatria no câncer de mama—considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 124-133.

Cappiello, M., Cunningham, R. R., Knobg, M. T. & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16(4), 278-293.

Caponero, R. & Lage, L. M. (2008). Quimioterapia. In V. A. D. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 155-167). São Paulo: Summus.

Cardoso, D., H. (2014). *Estratégias para a promoção da resiliência com mulheres sobreviventes ao câncer de mama* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Carlotto, R. C., Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2015). Adaptação Acadêmica e *Coping* em Estudantes Universitários. *Psico-USF*, (20)3, 421-432.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 879-889.

Cavalcante, R. B., Calixto, P. & Pinheiro, M. M. K. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidade e limitação do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 24 (1), 3-18.

Conversano, C., Rotondo, A., Lensil, E., Vista, O. D., Arpone, F. & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29.

Croft, L., Sorkin, J. & Gallicchio, L. (2014). Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22 (11), 3027-3034.

David, A., Windlin, I. & Gaspar, K. C. (2013), O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma contribuição da psicologia. In V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar, (Orgs.), *Psicologia & Câncer* (pp. 119-138). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Documet, P. I., Trauth, J. M., Key, M., Flatt, J. & Jernigan, J. (2012). Breast Cancer Survivors' Perception of Survivorship. *Oncol Nurs Forum*, 39(3): 309–315.

Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.

Ewertz, M. & Jensen, A. B. (2011). Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncologica*, 50, 187–193.

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2015). Psychosocial/Survivorship Issues in Breast Cancer: Are We Doing Better? *Journal of the National Cancer Institute*, 107(1), 1-5.

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.

Fathers, E., Thrush, D., Huson, S. M. & Norman, A. (2002). Radiation-induced brachial plexopathy in women treated for carcinoma of the breast. *Clinical Rehabilitation*, 16(2), 160-165.

Ferreira, A. S., Bicalho, B. P., Oda, J. M. M., Duarte, S. J. H. & Machado, R. M. (2015). Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. *Arq. Ciências saúde*, 19(3), 185-189.

Ferreira, D. B., Farago, P. M., Reis, P. E. D. & Funghetto, S. S. (2011). Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras Enferm*, 64 (3), 536-44.

Ferreira, V. T. K., Dibai-Filho, A. V., Oliveira, A. K., Gomes, C. A. F. D. P., Melo, E. S. & Almeida, A. M. D. (2015). Assessing the impact of pain on the life of breast cancer survivors using the Brief Pain Inventory. *J. Phys. Ther. Sci.*, 27, 1361–1363.

Ferreira, V. T. K., Prado, M. A. S., Panobianco, M. S., Gozzo, T. O. & Almeida, A. M. (2014). Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama. *Esc Anna Nery*, 18(1), 107-111.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

Fonseca, S., Lencastre, L. & Guerra, M. (2014). A satisfação com a vida em mulheres com cancro de mama. *Pandéia (Ribeirão Preto)*, 24 (59), 295-303.

Forgerini, M. (2010). *Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, São Paulo, Brasil.

França, B. D, A.L. (2013). O tratamento do paciente com câncer. Em V. A. Angerami-Camon, K. C. Gaspar, (Orgs.), *Psicologia & Câncer* (pp. 119-138). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Genz, N., Muniz, R. M., Andrade, F. P., Lange, C., Pinto, A. H. & Almeida, N. L. D. (2016). Estadiamento e grau de resiliência do sobrevivente ao câncer de mama. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 8(4), 4935-4941.

Gimenes, M. D. G. G. (2000). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In M. D. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A Mulher e o Câncer* (pp. 111-148). Campinas: Livro Pleno.

Gimenes, M. D. G. G. & Queiroz, E. (2000). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. D. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A Mulher e o Câncer* (pp. 173-196). Campinas: Livro Pleno.

- Glare, P. A., Davies, P. S., Finlay, E., Gulati, A., Lemanne, D., Moryl, N., Oeffinger, K. C., Paice, J. A., Stubblefield, M. D. & Syrjala, K. L. (2014). Pain in Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (16), 1739-1747.
- Gonzalez, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, Jung-Won., Flores, Katrina & Nápoles, A. M. (2016). Coping with Breast Cancer: Reflections from Chinese, Korean, and Mexican-American Women. *Health Psychology*, 35 (1), 19-28.
- Gorman, J. R., Usita, P., Madlensky, L. & Pierce, J. P. (2011). Young Breast Cancer Survivors: Their Perspectives on Treatment Decisions and Fertility Concerns. *Cancer Nurs*, 34(1), 32–40.
- Gosselink, R., Rouffaer, L., Vanhelden, P., Piot, W., Troosters, T. & Christiaens, M.R. (2003) Recovery of upper limb function after axillary dissection. *Journal of Surgical Oncology*, 83(4), 204-211.
- Guerra, M. R., Silva, G. A., Nogueira, M. C., Leite, I. S. G., Oliveira, R. D. V. C., Cintra, J. R. D. & Bustamante-Teixeira, M. T. (2015). Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 31(8), 1673-1684.
- Han, J. & Kamber, M. (2001). *Data Mining: concepts and techniques*. USA: Morgan Kaufmann.
- Jung, B. F., Ahrendt, G. M., Oaklander, A. L., Dworkin, R. H. (2003). Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*. 104 (1-2), 1–13.
- Júnior, W. D. P. & Zanini, D. S. (2011). Estratégias de *Coping* de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 491-497.
- Junqueira, M. de. F. P. da. S. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235.
- Hamby, S., Grych, J. & Banyard, V. (2017). Resilience Portfolios and Poly-Strengths: Identifying Protective Factors Associated With Thriving After Adversity. *Psychology of Violence*, Advance online publication, 1-12.
- Hulett, J. M., Armer, J. M., Stewart, B. R. & Wanchai, A. (2015). Perspectives of the breast cancer survivorship continuum: diagnosis through 30 Months post-treatment. *Journal of Personalized Medicine*, 5, 174-190
- İnan, F. S. & Üstün, B. (2014). Breast Cancer and Posttraumatic Growth. *J Breast Health*, 10, 75-78.

Instituto Nacional do Câncer José Alencar da Silva (2017). Controle do câncer de mama. Tratamento. Recuperado de: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/tratamento](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento).

Instituto Nacional do Câncer José Alencar da Silva (2018). Estadiamento. Recuperado de: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=54](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54).

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2015). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2016). Radioterapia. Recuperado de: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=100](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100)

Kaliks, R., Holtz, L. & Del Giglio, A. (2012). Os diferentes tipos de tratamento. Em R. Kaliks, L. Holtz & A. Del Giglio, (Orgs.), *Paciente com câncer: um guia para quem acabou de receber o diagnóstico* (17-26). Barueri: Manole

Karademas, E. C., Karvelis, S. & Argyropoulou, K. (2007). Short Communication: Stress - related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 23, 11-168.

Kennecke, H. F., Ellard, S., O'Reilly, S. & Gelmon, K. A. (2006). New guidelines for treatment of early hormone-positive breast cancer with tamoxifen and aromatase inhibitors. *B C Med J*, 48(3), 121-6.

Kimberly, A. W., Miller, A. R., Majors, S. S. M & Ramirez, A. G. (2009). The Religiosity/Spirituality of Latina Breast Cancer Survivors and Influence on Health-Related Quality of Life. *Psychooncology*.18(8): 831–840.

Kluthcovsky, A. C. G. C. & Urbanetz, A. A. (2015). Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama: um estudo comparativo. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 37(3):119-26.

Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.

Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H. & Arndt, V. (2014) Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors— still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship—a multi-regional population based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547–554.

Koenig, H. G. (2012). *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM.

Labrèze, L., Dixmérias-Iskandar, F., Monnin, D. et al. – Postmastectomy pain syndrome evidence based guidelines and decision trees. (2007). *Bull Cancer*, 94, 275-285.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A. R., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A meta-analytic approach. *Journal of Counseling and Development*, 91, 269–279.

Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S. D & Primo, C. C. (2011). Estratégias de Enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paul Enferm*, 00(0).

Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A. & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639.

Levine, E. G., Yoo, G., Ewing, C. & Au, A. (2007). Ethnicity and spirituality in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*, 1, 212–225.

Lôbo, A. S., Fernandes, A. F., Almeida, P. C., Carvalho, C. M. & Sawada, N. O. (2014) Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm*. 27(6), 554-9.

Loprinzi, C. L., Zahasky, K. M., Sloan, J. A., et al. Tamoxifen-induced hot flashes. (2000). *Clin Breast Cancer*, 1(1), 52–6.

Macieira, R. C., Cury, M. C. S., Mastese, J. C., Novo, N. F., Barros, A. C. S. D.(2007). Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia*, 17(3), 102-6.

Maciel, S. C. & Sá-Serafim, R. C. (2013). Câncer de mama e mastectomia: representações da doença e do corpo. In K. C. Gaspar & V. A. Angerami-Camon (Orgs.), *Psicologia e Câncer* (pp. 487-510). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Maetínez-Martí, M. L. & Ruch, W. (2016). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive*, 1-10.

Makluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A. (2006) Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.

Master, A. S. (2011). Ordinary Magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.

Master, A. S., Best, K. M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.

Master, A. S. & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.

Matthews, E. E., Cook PF. Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. (2009). *Psycho-Oncology*, 18(7), 716–726.

Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. & Hershbach, P. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors.(2009). *Psychooncology*, 18(12), 1273-1280.

McCleary, J. & Figley, C. Resilience and Trauma: Expanding Definitions, Uses, and Contexts. *Traumatology*, 23 (1), 1–3.

Ministério da Saúde. (2013). *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama* (2 ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2004). *Controle do Câncer de Mama: documento de consenso*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer.

Morais, N. A. & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do Desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ng, Z., X., Ong, M. S., Tamilarasi, J., Deng, S. & Yap, C. T. (2017). Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and beyond Treatment. *Healthcare*, 5, 1–10.

Nápoles, A. M., Ortíz, C., O'Brien, H., Sereno, A. B. & Kaplan, C. P. ( 2011). Coping Resources and Self-Rated Health among Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38 (5), pp. 523-531.

Neme, C. M. B. (2016). Mulheres de peito aberto: experiências grupoterápicas com mulheres com cancer de mama. In V. A. Angerami & K. C. Gaspar (Orgs.), *O câncer diante da psicologia: uma visão interdisciplinária* (pp. 233-254). São Paulo: Casa do Psicólogo.



Nes, L. S. & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 235-251.

Oliveira, D. A. D. & Gaspar, K. C. (2013). Implicações do câncer no cotidiano da pessoa no pós-tratamento. In V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia & Câncer* (pp. 511-538). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M. A. de., Reis, V. L. dos., Zanelato, L. S. & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia Ciência & Profissão*, 28 (4), 754-767.

Paludo, S., & Koller, S. H. (2011). Psicologia positiva, emoções e resiliência. In D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller & M. A. M. Yunes. (Orgs), *Resiliência e Psicologia Positiva - Interfaces do Risco à Proteção* (pp.69-86). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pereira, C. M., Pinto, B. K., Muniz, R. M., Cardoso, D. H. & Wexel, W. P. (2013). O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizada. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5 (2), 3837-3846.

Peretti-Watel, P., Bendiane, M. K., Spica, L. & Rey, D. (2012). Pain Narratives in Breast Cancer Survivors. *Pain Research and Treatment*, 1-8.

Perkins, E. A., Smalla, B. J., Balduccib, L., Extermannb, M., Robbc, C. & Haleya, W. E. (2007). Individual Differences in Well-Being in Older Breast Cancer Survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 62 (1), 74-83.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V. Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Públicas*, 21 (2), 436-448.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 17-26.

Prates, A. C. L., Freitas-Júnior, R., Prates, M. F. O., Veloso, M. F. & Barros, N. M. (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 39 (4), 175-183.

Poleshuck, E. L., Katz, J., Andrus, C. H. et al. (2006). Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. *J Pain*, 7, 626-634.

Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 405-416.

Ramos, C. & Patrão, I. (2015). Intervenção cognitivo-comportamental em grupo com mulheres portadoras e sobreviventes de câncer de mama. In T. Rudnicki, C. Ramos, I. Patrão & F. Pimenta (Orgs.), *Ciclo de vida da mulher: intervenção cognitivo-comportamental na saúde e na doença* (pp. 162-195). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Rief, W., Bardwell, W. A., Dimsdale, J. E., Natarajan, L., Flatt, W., Pierce, J. P. & WHEL Study Group. (2011). Long-term course of pain in breast cancer survivors: A four year longitudinal study. *Breast Cancer Res Treat.*, 130(2), 579–586.

Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P. & Dejanova, B. (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 727, 331.

Ristevska-Dimitrovska<sup>1</sup>, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M. & Dejanova, B. (2015). Depression and Resilience in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 661-665.

Rodrigues, M. S., & de Almeida, T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher-uma revisão sistemática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1003-1028.

Rossi, L. & Santos, M. A. D. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41.

Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15 (2), 671-687.

Ruini, C., Vescovelli, F. & Albieri, E. (2013). Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors: New Insights into its Relationships with Well-Being and Distress. *J Clin Psychol Med Settings*, 20, 383-391.

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatric*, 57 (3), 316-329.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.

Santos, D. B., Santos, M. A. & Vieira, M. E. (2014). Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde Soc. São Paulo*, 23 (4), 1342-1355.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1986). Coping With Stress: Divergent Strategies of Optimists and Pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1257-1264.

Scheier, M. F., Carver, C. S & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem). A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.

Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.

Sclafani, L. M. & Baron, R. H. Sentinel lymph node biopsy and axillary dissection: added morbidity of the arm, shoulder and chest wall after mastectomy and reconstruction. (2008). *Cancer J.*,14(4), 216-22.

Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V. & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Caderno de Saúde Públicas*, 23 (10), 2305-2316.

Seidl, E. M. F., Tróccolo, B. T. & Zannon, C. M. L. da C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 17 (3), 225-234.

Seligman, M. (1998). Building human strenght: Psychology's forgotten mission. *APA Monitor*, 2.

Silva, D. G. (2005). *Processo de enfrentamento no pós-tratamento do câncer de mama*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Silva, D. G. & Santos, M. A. D. (2010). Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (4), 688-695.

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S. & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.

Soares, P. B. M., Carneiro, J. A., Rocha, L. A., Gonçalves, R. C. R., Martellis, D. R. B., Silveira, M. F. & Júnior, H. M. (2013). *Rev Esc Enferm USP*, 47(1):69-75.

Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Souza, J. & Seidl, E. M. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. *Brasília med*, 50 (3), 242-252.

Stan, D., Loprinzi, C. L. & Ruddy, K. J. (2013). Breast Cancer Survivorship Issues. *Hematol Oncol Clin North Am*, 27(4), 1-25.

Survivor. In National Cancer Institute, *Dictionary of Cancer Terms*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/dictionary?cdrid=450125>

Taboada, N. G., Legal, E. J. & Machado, N. (2006). Resiliência:em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (3), 104-113.

Thompson, N. J., Fiorilloa, D., Rothbaum, B. O., Resslerba, K. J. & Michopouloa, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 153-159.

Tisnado, D. M., Mendez-Luck, C., Metz, J., Peirce, K. & Monta-no, M. (2016). Perceptions of Survivorship Care among Latina Women with Breast Cancer in Los Angeles County. *Public Health Nursing*, 34 (2), 118–129.

Toriy, A. M., Krawulski, E., Viera, J. D. S. B., Luz, C. M. D. & Sperandio, F. F. (2013). Percepções, sentimentos e experiências físicoemocionais de mulheres após o câncer de mama. *Journal of Human Growth and Development*, 23 (3), 303-308.

Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805-811.

Tusaie, K., Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3-8.

Veit, C. M. & Castro, E. K. (2013). Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65 (3), 421-435.

Vickberg, S. M. (2003) The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med* 25,16–24.

Vieira, R. A. C., Silva, F. C. B., Biller, G., Silva, J. J., Paiva, C. E. & Sarri, A. J. (2016). Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. *Revista Brasileira de Mastologia*, 26(3), 126-32.

- Von Ah, D., Kang, D. H., & Carpenter, J. S. (2007). Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 72-83.
- Wagnild G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- Williams, F. & Jeanetta, S C. (2015). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health Expectations*, 19, 631–642.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 23(1), 57-72.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S., Charney, D.S. & Mathe, A.A. (2013) Understanding resilience. *Front. Behav. Neurosci.* 7, 10.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A. M & Szymanski (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação* (2 ed., pp. 1342). São Paulo: Cortez.
- Zanini, D. S., Forns, M., & Kirchner, T. (2005). Estrategias de afrontamiento: Implicación en la salud mental de los adolescentes catalanes.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TCLE

### APÊNDICE A – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa "Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama". Nesta pesquisa pretendemos identificar quais são as estratégias que as mulheres que estão no pós-tratamento do câncer de mama utilizam para enfrentarem tal período e, sua relação com o processo de resiliência (capacidade para superar dificuldades e lidar com problemas) e otimismo (expectativas positivas sobre eventos futuros). O motivo que nos leva a estudar tal questão, refere-se ao fato de que os resultados que serão encontrados, podem nos ajudar a compreender o tema e, podem auxiliar em possíveis intervenções na área.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: será realizada uma entrevista com a Sra., que será grava em áudio, sobre questões referentes ao pós-tratamento do câncer de mama (no presente estudo compreendido como o período após a realização da cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia) e instrumentos que avaliam o seu nível de otimismo; resiliência; a forma como enfrenta o período do pós-tratamento do câncer de mama e sobre dados sociodemográficos e clínicos. Ao participar da pesquisa, a Sra. está suscetível ao risco mínimo, ou seja, há a possibilidade de que a presente pesquisa lhe cause algum tipo de resposta emocional incômoda. Em tal caso, a Sra. poderá ser encaminhada para alguma clínica de psicologia, caso desejar. A pesquisa contribuirá para uma maior compreensão na forma que a Sra. enfrenta o pós-tratamento do câncer de mama e, a avaliação do seu nível de otimismo e resiliência.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

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

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016 .

---

Nome	Assinatura participante
Data	

---

Nome	Assinatura pesquisador
Data	

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

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

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

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

**Nome do Pesquisador Responsável: Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira**

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, s/n. Campus Universitário. UFJF. Bairro Martelos, Juiz de Fora, MG.

CEP: 3603-6330/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 99945-1931

E-mail: maryferreira90@hotmail.com



**APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e clínico**

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de identificação do questionário: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Local da pesquisa: \_\_\_\_\_

- 1) Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- 3) Você se considera: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Amarelo ( ) Indígena
- 4) Grau de Escolaridade: ( ) Analfabeto  
 ( ) Fundamental Incompleto  
 ( ) Fundamental Completo  
 ( ) Médio Incompleto  
 ( ) Médio Completo  
 ( ) Superior Incompleto  
 ( ) Superior  
 ( ) Pós-graduação
- 5) Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado/Amigado ( ) Divorciado/Separado  
 ( ) Viúvo
- 6) Renda individual mensal: ( ) Nenhuma ( ) Até 3 salários mínimos ( ) De 3 a 5 salários mínimos ( ) De 5 a 10 salários mínimos ( ) De 10 a 20 salários mínimos ( ) Acima de 20 salários mínimos
- 7) Situação ocupacional: ( ) Trabalha com vínculo empregatício ( ) Trabalha sem vínculo empregatício ( ) Não trabalha ( ) Aposentado por invalidez  
 ( ) Aposentado por tempo de serviço ( ) Estuda ( ) Estuda e trabalha  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- 8) Qual é a sua religião? ( ) Católica ( ) Evangélica ou Protestante ( ) Espírita ( ) Umbanda ou Candomblé ( ) Judaísmo ( ) Não tem religião  
 ( ) Outra: \_\_\_\_\_
- 9) Quem mora com você? ( ) Mora sozinha ( ) Mora com esposo (a)/companheiro (a) ( ) Mora com filhos (as) ( ) Mora com parentes e/ou amigos ( ) Outro: \_\_\_\_\_

- 10) Quando teve o diagnóstico de câncer de mama? \_\_\_\_\_
- 11) Tratamentos realizados para o câncer de mama  
( ) QUIMIOTERAPIA ( ) RADIOTERAPIA ( ) CIRURGIA RADICAL  
( ) CIRURGIA REPARADORA ( ) OUTRO ( )
- 12) Realizou a reconstrução da mama operada? ( ) SIM ( ) NÃO
- 13) Quando terminou o tratamento do câncer de mama?  
\_\_\_\_\_
- 14) Está sendo submetida a hormonioterapia? ( ) SIM ( ) NÃO
- 15) Nome da medicação: \_\_\_\_\_
- 16) Realiza consultas de rotina com mastologista e/ou oncologista? ( ) SIM ( ) NÃO  
NÃO  
Se sim, com qual frequência? \_\_\_\_\_
- 17) Realiza tratamento psicoterápico? ( ) SIM ( ) NÃO
- 18) Já realizou? ( ) SIM ( ) NÃO  
Se sim, quando? \_\_\_\_\_
- 19) Realiza tratamento psiquiátrico? ( ) SIM ( ) NÃO
- 20) Já realizou? ( ) SIM ( ) NÃO  
Se sim, quando? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

### APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Perguntas sobre o momento do pós-tratamento do câncer de mama (No presente estudo, o pós-tratamento do câncer de mama é compreendido como a etapa após o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico e cirúrgico)

- 1) A senhora apresenta alguma alteração no braço homolateral à mama que foi operada, que lhe causa incômodo? ( ) SIM ( ) NÃO
- 2) A senhora apresenta dor na mama que foi operada? ( ) SIM ( ) NÃO
- 3) Após a intervenção cirúrgica, a senhora sente-se satisfeita ao se olhar no espelho? ( ) SIM ( ) NÃO
- 4) Após o tratamento que realizou para o câncer de mama houve alteração na sua vida sexual? ( ) SIM ( ) NÃO
- 5) Caso positivo, piorou? ( ) SIM ( ) NÃO
- 6) Caso a senhora esteja sendo submetida à hormonioterapia:
  - a) A senhora apresenta ondas de calor? ( ) SIM ( ) NÃO
  - b) A senhora apresenta secreção vaginal? ( ) SIM ( ) NÃO
  - c) A senhora apresenta dor nas juntas? ( ) SIM ( ) NÃO
- 7) Quais são as consequências negativas do câncer de mama para a sua vida atual?
- 8) Quais são as consequências positivas do câncer de mama para a sua vida atual?

**ANEXOS**

**ANEXO A – Escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young e adaptada para o português por Pesce et al. (2005)**

**ANEXO A – ESCALA DE RESILIÊNCIA DESENVOLVIDA POR WAGNILD E YOUNG  
E ADAPTADA PARA O PORTUGÊS POR PESCE et al. (2005)**

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORD O, NEM DISCORD O	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso normalmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer tudo que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

SOMA DOS PONTOS: \_\_\_\_\_

## ANEXO B - Teste para avaliar otimismo (LOR-R)

### ANEXO B – TESTE PARA AVALIAR OTIMISMO (LOT-R) DE SCHEIER, CARVER E BRIDGES (1994)

Laboratório de Mensuração da UFRGS

#### Instruções

Abaixo você encontrará 10 frases. Assinale na escala o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas. A escala varia de 1 (Discordo plenamente) a 5 (Concordo Plenamente). Não há respostas certas ou erradas. O importante é você responder com sinceridade como se sente com relação a cada uma das frases.

1	Diante das dificuldades, acho que tudo vai dar certo. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
2	Para mim é fácil relaxar. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
3	Se alguma coisa pode dar errado comigo, com certeza vai dar errado. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
4	Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
5	Eu gosto muito dos meus amigos. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
6	Eu considero importante me manter ocupado. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
7	Em geral, eu não espero que as coisas vão dar certo para mim. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
8	Eu não me incomodo com facilidade. Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
9	Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente
10	Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim Discordo Plenamente   1   2   3   4   5   Concordo Plenamente

BASTIANELLO, M. R.; PACICO, J. C. Otimismo. In: HUTZ, C. S. *Avaliação em psicologia positiva*. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 8, p. 97-98.



## ANEXO C - Escala modos de enfrentamento de problemas

"Quando as mulheres terminam o tratamento do câncer de mama, ou seja, a quimioterapia e/ou radioterapia e intervenção cirúrgica, entram em um período de "controle da doença". Nesta fase, muitas mulheres apresentam mudanças em suas vidas, como consequência de terem tido câncer e de terem passado por seus tratamentos. Algumas dessas mudanças e consequências podem gerar estresse.

Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a etapa do "controle do câncer de mama", ou seja, com as consequências do câncer de mama para a sua vida atual. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição, no momento atual."

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigado pela sua participação!

Registro: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas. .... 1 2 3 4 5
2. Eu me culpo. .... 1 2 3 4 5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação. .... 1 2 3 4 5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo. .... 1 2 3 4 5
5. Procuro um culpado para a situação. .... 1 2 3 4 5
6. Espero que um milagre aconteça. .... 1 2 3 4 5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite. .... 1 2 3 4 5
8. Eu rezo/ oro. .... 1 2 3 4 5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo. .... 1 2 3 4 5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero. .... 1 2 3 4 5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo. .... 1 2 3 4 5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer. .... 1 2 3 4 5
13. Desconto em outras pessoas. .... 1 2 3 4 5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema. .... 1 2 3 4 5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista. .... 1 2 3 4 5

Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 17*, 225-234.

16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida. .... 1 2 3 4 5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida. .... 1 2 3 4 5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto. .... 1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém. .... 1 2 3 4 5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema. .... 1 2 3 4 5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema. .... 1 2 3 4 5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim. .... 1 2 3 4 5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema. .... 1 2 3 4 5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido. .... 1 2 3 4 5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo. .... 1 2 3 4 5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou. .... 1 2 3 4 5
27. Tento esquecer o problema todo. .... 1 2 3 4 5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente. .... 1 2 3 4 5
29. Eu culpo os outros. .... 1 2 3 4 5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores. .... 1 2 3 4 5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema. .... 1 2 3 4 5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia. .... 1 2 3 4 5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo. .... 1 2 3 4 5

Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 17*, 225-234.

34. Procuro me afastar das pessoas em geral. .... 1 2 3 4 5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer. .... 1 2 3 4 5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez. .... 1 2 3 4 5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável. .... 1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
	Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso quase sempre

38. Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor. .... 1 2 3 4 5
39. Eu saírei dessa experiência melhor do que entrei nela. .... 1 2 3 4 5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui. .... 1 2 3 4 5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo. .... 1 2 3 4 5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo. .... 1 2 3 4 5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação. .... 1 2 3 4 5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação. .... 1 2 3 4 5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema. .... 1 2 3 4 5

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

---



---



---




---

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.


Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T. & Zannon, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.

**ANEXO D – Termo de concordância da ASCOMCER**

<b>ASCOMCER</b> <b>Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora</b>	
<b>DECLARAÇÃO</b>	

Eu, Dr. Jairo Antonio Silvério, na qualidade de Diretor Técnico responsável pela ASCOMCER – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada *“Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama”* a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira, e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 15 de Fevereiro de 2016.

  
**DR. JAIRO ANTONIO SILVÉRIO**  
DIRETOR TÉCNICO DA ASCOMCER

*Jairo Antonio Silvério*  
MÉDICO - CRMMG 7605  
DIRETOR TÉCNICO  
HOSPITAL ASCOMCER

## ANEXO E - Parecer Consubstanciado do CEP



ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Estratégias de enfrentamento, resiliência e otimismo em mulheres no pós-tratamento do câncer de mama.

**Pesquisador:** Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 55187916.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Psicologia (UFJF)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.698.170

#### Apresentação do Projeto:

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

#### Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO

**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



ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG

Continuação do Parecer: 1.698.170

devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

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

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, na qual a pesquisadora responsável solicita substituição do instrumento Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus para Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: Junho de 2017.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao 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.

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





ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG

Continuação do Parecer: 1.698.170

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_759561E2.pdf	14/07/2016 18:07:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojetodetalhado.doc	14/07/2016 18:05:43	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	anexocnovo2.doc	14/07/2016 17:47:37	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	apendicecnovo.docx	01/06/2016 16:23:35	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclenov.docx	01/06/2016 16:19:16	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACISPES.pdf	14/04/2016 11:24:58	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	apendicebquestionario.docx	13/04/2016 20:10:10	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Cronograma	cronogramapreprojeto.docx	13/04/2016 19:41:59	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopesquisa.pdf	14/03/2016 12:34:17	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	curriculomariana.pdf	12/03/2016 14:29:54	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	viabilidadeeconomica.pdf	12/03/2016 14:21:04	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	registrodopesquisador.pdf	12/03/2016 14:19:54	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	comprovantederegistro.pdf	12/03/2016 14:19:00	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Orçamento	orcamentoprojeto.docx	10/03/2016 22:54:51	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	curriculolattesraquel.pdf	09/03/2016 18:31:52	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	curriculojulia.pdf	09/03/2016 18:28:32	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	curriculolattesgiselle.pdf	09/03/2016 18:27:06	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	curriculolattesfrancisco.pdf	09/03/2016 18:25:35	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	curriculolattesfabiane.pdf	07/03/2016 23:57:29	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Outros	anexob.docx	07/03/2016 23:30:44	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito

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



ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG

Continuação do Parecer: 1.698.170

Outros	anexoa.docx	07/03/2016 23:29:52	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	huuff.pdf	07/03/2016 23:13:42	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ascomcer.pdf	07/03/2016 23:12:09	Mariana Barbosa Leite Sérgio Ferreira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 25 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**Vânia Lúcia Silva**  
(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@ufff.edu.br