



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Alberto Carlos Hott de Oliveira

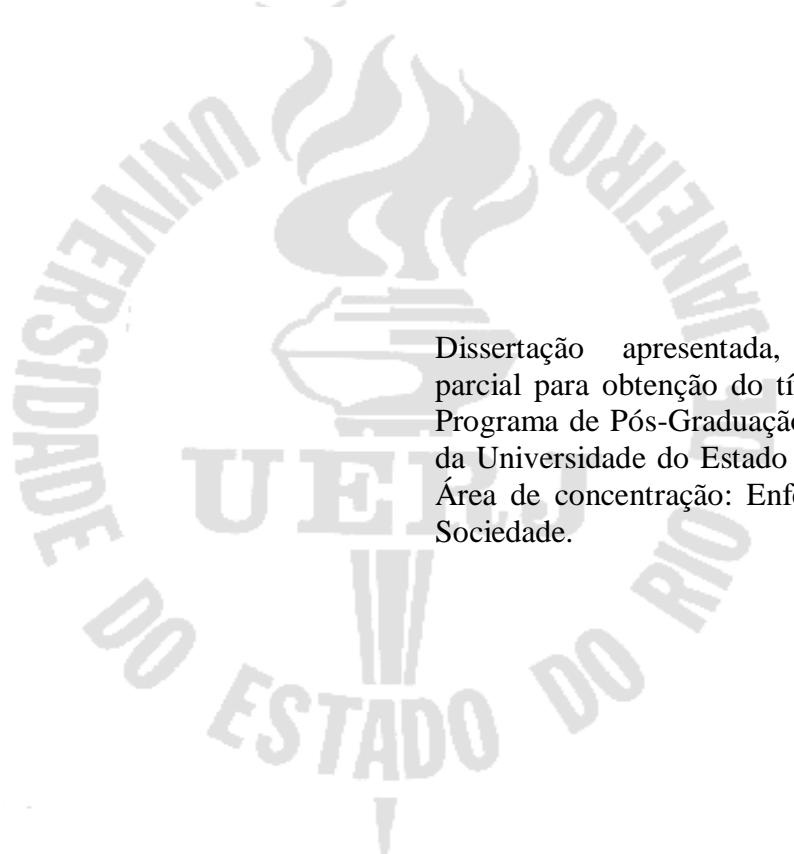
Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer
de mama: um estudo transdisciplinar

Rio de Janeiro

2009

Alberto Carlos Hott de Oliveira

Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama: um estudo transdisciplinar



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Co-orientador: Prof^º. PhD. Octávio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

048	Oliveira, Alberto Carlos Hott de.
Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama : um estudo transdisciplinar. / Alberto Carlos Hott de Oliveira. - 2009.	
183 f.	
Orientador: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza. Co-orientador: Octávio Muniz da Costa Vargens. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.	
1. Mamas – Câncer. 2. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II. Vargens, Octávio Muniz da Costa. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.	

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Alberto Carlos Hott de Oliveira

**Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de
mama: um estudo transdisciplinar**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em 05 de fevereiro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a Dr^a Neide Aparecida Titonelli Alvim
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^a Dr^a Maria de Fátima Batalha de Menezes
Instituto Nacional do Câncer - INCA

Rio de Janeiro
2009

RESUMO

OLIVEIRA, Alberto Carlos Hott de. *Resiliência de mulheres em processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama: um estudo transdisciplinar*. 2009. 183f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, à luz da concepção teórico-metodológica transdisciplinar. Teve como objeto: a expressão da resiliência de mulheres no processo de adoecimento e de recuperação com câncer de mama. Objetivos: Identificar a expressão da resiliência de mulheres recuperadas do adoecimento com câncer de mama e das mulheres com prognóstico desfavorável no controle ao mesmo tumor; analisar os mecanismos de proteção e de risco que conformam o processo de resiliência dessas mulheres e; discutir as contribuições das expressões da resiliência para a co-construção do cuidado de enfermagem a ser desenvolvida com estas mulheres. O campo de pesquisa foi um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro tendo como ênfase três cenários distintos: o ambulatório de quimioterapia; o ambulatório de radioterapia e; o ambulatório de ginecologia. A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2008, utilizando-se a entrevista semi-estruturada. Dois grupos de sujeitos foram alvo de investigação: o primeiro caracterizado pelas mulheres recuperadas do câncer de mama – G1, com 8 sujeitos; e o segundo caracterizado pelas mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao câncer de mama – G2, com 8 sujeitos; totalizando 16 depoentes. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin (2000). As categorias emergidas foram: contextualização do processo de ser de mulheres adoecidas com câncer de mama implicadas na construção da resiliência; expressão da resiliência no processo de adoecimento com câncer de mama; expressão da resiliência no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama e; expressão da resiliência no processo de vida. O estudo demonstrou que ser resiliente não é somente ter mecanismos de proteção fortalecidos para superar as adversidades. É gerar uma relação entre o processo de enfrentamento, através dos mecanismos de proteção e o estado consciencial de reconstituição do ser humano em prol da superação das adversidades e transformação de sua vida.

Palavras-chave: Câncer de mama. Recuperação. Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive study of qualitative nature, in the light of theoretical and methodological design transdisciplinary. Had the object: the expression of resilience of women in the process of illness and recovery with breast cancer. Objectives: To identify the expression of resilience of women recovered from illness with breast cancer and women with unfavorable prognosis in the same tumor control; analyze the mechanisms of protection and risk that make the process of resilience and of these women; discuss the contributions of the terms of resilience to the co-construction of nursing care to be developed with these women. The field of research was a university hospital located in Rio de Janeiro with the emphasis on three different scenarios: the clinic of chemotherapy, radiotherapy and the outpatient clinic, the clinic of gynecology. Data collection was conducted from May to October 2008, using the semi-structured. Two groups of subjects were subject to investigation: the first characterized by women recovered of breast cancer - G1, with 8 subjects, and the second characterized by women with unfavorable prognosis in controlling of breast cancer - G2, with 8 subjects, totaling 16 subjects. Data analysis was done through content analysis of Bardin (2000). The categories have emerged: the process of contextualization be adoecidas of women with breast cancer involved in building the strength, words of resilience in the process of becoming ill with breast cancer; expression of resilience in the recovery process with the disease and breast cancer; expression of resilience in the process of life. The study showed that being resilient is not only have strengthened protection mechanisms to overcome the adversity. You create a relationship between the process of coping, through the mechanisms of protection awareness and the state of restoration of human beings for the sake of overcoming adversity and the transformation of his life.

Keywords: Breast cancer. Recovered. Nursing.

INTRODUÇÃO

Objeto e sua contextualização

O presente estudo tem como objeto: a expressão da resiliência de mulheres no processo de adoecimento e de recuperação com câncer de mama. Esta investigação, entre outros referenciais teóricos, fundamenta-se na concepção transdisciplinar. Esta concepção é definida por Guerra (2003, p.1) como:

Uma atitude de buscar compreender o conhecimento, também, como algo além do que é produzido pelas disciplinas e entre as disciplinas, estas que têm seus métodos, linguagens, preocupações e áreas de conhecimentos específicos. Uma postura de respeito à diversidade, reconhecendo que não há referenciais – culturais, étnicos, científicos, religiosos – privilegiados para julgar como mais corretos ou verdadeiros determinado conjunto de conhecimentos, crenças ou valores. É um movimento de reintegração da ciência, da arte e das tradições espirituais; uma abordagem holística do conhecimento.

Para compreender este processo de adoecimento e recuperação, à ótica da transdisciplinaridade, precisa-se da apropriação de uma outra lógica, um outro paradigma de entendimento sobre os seres humanos. Seres constituídos por diversas dimensões: biológica, psíquica, social, de espiritualidade/de religiosidade, as quais se revelam dinâmicas e integradas em uma relação constante consigo, com o outro e com o cosmos.

Considerando a influência dessa constante relação nas várias dimensões constituintes do ser humano, é possível apreender a sua importância não só no processo de adoecimento, mas também no processo de recuperação.

Nesta perspectiva, Guerra (2003) e Gerber (2002) afirmam que só existe vida onde há troca constante, como uma relação. E os autores inferem que esta troca não pode ser somente de substâncias materiais, mas, em um sentido amplo, incluindo as informações genéticas, as energias, as idéias, os sentimentos, as intenções, os movimentos e a interação corporal.

Assim sendo, este estudo parte do pressuposto que as mudanças ocorridas nas esferas social, econômica, política, cultural, ambiental, enfim, no planeta, se refletem no processo de recuperação e de adoecimento (MORIN, 2002) e, portanto, devem ser consideradas como fatores imprescindíveis nas discussões.

Em contrapartida, não se pode deixar de considerar que o paradigma vigente é o newtoniano-cartesiano, que na área das ciências da saúde é representado pelo paradigma biomédico/tecnocrata, contrapondo-se a essa idéia de integralidade. Este paradigma compreende o ser humano como uma máquina formada por partes, por peças, que podem ser substituídas ou consertadas, fragmentando e segregando o conhecimento em especializações, em disciplinas do corpo e da mente (CAPRA, 1997).

No entanto, esse mesmo paradigma contribuiu e permanece somando contribuições para o avanço da ciência, ajudando a compreender o funcionamento de nossas estruturas físicas e biológicas, além de nos fornecer subsídios para desenvolver técnicas sofisticadas de diagnósticos, como: tomografia computadorizada, ressonância magnética, raios-X, e diversos exames laboratoriais de alta complexidade e técnicas sofisticadas de cirurgias como: videolaparoscópicas, cirurgias a laser, entre outras.

Contudo, há de se ressaltar que esse paradigma é insuficiente para compreender o processo de adoecimento em toda sua amplitude, assim como o processo de recuperação de mulheres com câncer de mama, de forma holística. Buscando-se apreender o objeto desse estudo anteriormente, faz-se relevante valorizar outras fontes de conhecimento, como a artística, de religiosidade/espiritualidade e a filosófica, além da intuição, do sentimento e da emoção (WEIL; D'AMBROSIO; CREMA, 1993).

Devido ao elevado nível de produção de conhecimento, adicionado ao fenômeno da globalização, o qual possibilita sua rápida socialização dos conhecimentos e, por sua vez, incentivando e retroalimentando o processo de produção de novos saberes, o mundo vem sendo transformando rapidamente e, nesse movimento, transformam-se também os seres humanos. Os anseios, desejos, emoções, demandas não são, em geral, as mesmas de um passado recente (WEIL, 2002). Neste contexto de mudanças, o planeta, como morada dos seres vivos e a sociedade, buscam estas transformações e novas respostas.

Acompanhando esse movimento, entendo que é através de um paradigma de complexidade, que ao mesmo tempo separa e associa, reintegra o conhecimento e valoriza a sensação, o sentimento, a intuição, que se promoverá uma abordagem de qualidade: a abordagem holística e, por sua vez, novas descobertas e produções de conhecimentos e práticas possibilitarão o entendimento do ser humano com melhores possibilidades de resolução de seus problemas e dilemas.

Com o intuito de contribuir para este reintegrar de valores e conhecimentos a fim de prestar um cuidado de enfermagem holístico e, em consonância com os desejos e demandas da pessoa com alterações no seu processo de vida, as minhas experiências e vivências pessoais e profissionais foram e são de grande importância. Sempre busquei compreender quem é este ser humano e, por conseguinte, o seu processo de vida, para tornar mais claro o pensar e o fazer no processo de cuidar de enfermagem.

Essa busca vem desde minha graduação em Enfermagem, quando construí um trabalho de conclusão de curso que me permitiu compreender que o processo de recuperação advém em grande parte do interior do ser humano. Aprendi que este processo é dinâmico e integrado.

É dinâmico porque busca a recuperação de cada dimensão e se transforma a cada novo impacto, obstáculo que o adoecimento proporciona; e integrado, porque é um processo que age em e advém de todas as dimensões (OLIVEIRA, 2006).

E, sendo um processo que advém do interior do ser humano, próprio dele, somente este pode se recuperar, e os profissionais, amigos, familiares, representantes religioso/de religiosidade, caracterizam-se como grandes auxiliares, tal como os medicamentos e os aparelhos, que são nossos instrumentos de auxílio.

Seguindo nessa trajetória, percebi que a recuperação surge a partir de vivências, de relações interpessoais, de instrumentos, de habilidades, de conhecimentos adquiridos e intrínsecos que constituem a força interna do ser. Uma força interna que se desenvolve e se transforma, através dos enfrentamentos, dos auxílios externos, gerando vivências e experiências. Esta força é denominada pelos estudiosos como resiliência. Segundo Pinheiro (2004), a resiliência é a capacidade do indivíduo ou da família, de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las.

Ralha-Simões (2001) discute o conceito de resiliência destacando que não se trata de uma espécie de escudo protetor que alguns seres humanos teriam, mas a possibilidade de flexibilidade interna que lhes tornaria possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa em face dos confrontos adversos com o meio exterior. Assim, resiliência não seria uma forma de defesa rígida, ou mesmo de contrapressão à situação, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano.

Em complemento, Yunes e Szymanski (2001) e Rutter (1993) afirmam que a resiliência não é um atributo fixo, havendo mudanças ao longo do tempo. A resiliência não é uma qualidade que nasce com o ser humano e, ainda, é muito mais do que uma simples combinação de condições felizes.

Neste sentido, Yunes e Szymanski (2001) questionam alguns estudos realizados sobre o tema que tendem apenas à mensuração, e interrogam se a resiliência poderia ser mensurada.

Yunes e Szymanski (2001) criticam, ainda, o caráter ideológico muitas vezes encontrado nos estudos da resiliência. “A lista de qualidades pessoais, da família e da rede social nos faz pensar naqueles que não apresentam as características mencionadas, não têm família no modelo descrito e não têm acesso a uma rede social” (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p.41). Neste contexto, se o ser humano não apresenta sucesso em um desses âmbitos da vida, ele deixaria de ser resiliente? Manter-se vivo não seria uma forma de resiliência?

Em resposta a estas perguntas, Teles (2005) informa que os primeiros estudos de resiliência na área de câncer surgiram após perceber-se uma mudança positiva na condição do padrão de sobrevivência, apesar dos instrumentos e dos processos terapêuticos biomédicos serem similares para todos aqueles acometidos deste adoecimento. Essas mudanças percebidas permitiram a introdução de um novo foco de investigação, ou seja, objetos de estudo que permeavam o enfrentamento, a competência, ajustamento e adaptação do ser humano adoecido e sua família frente às crises específicas deste adoecimento.

Com relação a resiliência de mulheres adoecidas com câncer de mama, o estudo de Oliveira (2001) indica que a totalidade das mulheres apresentavam características de otimismo, auto-estima positiva, auto-eficácia, espiritualidade e flexibilidade de comportamento. A pesquisa concluiu que a mobilização de recursos positivos da personalidade é capaz de acionar as forças regeneradoras da pessoa, favorecendo a atuação do sistema imunológico e conduzindo à recuperação da saúde, bem como a uma melhor qualidade de vida. Estes dados servem de referência para novas pesquisas na área da saúde, não só em relação ao tratamento e ao cuidado de mulheres com câncer de mama, mas também na abordagem, tratamento e cuidado com outras patologias crônicas.

Questões norteadoras e objetivos

Neste caminho de experiências, vivências e conhecimentos, considerei importante aprofundar um pouco mais o entendimento do processo de vida ao qual passa a mulher com câncer de mama, buscando compreender sua resiliência diante do fenômeno câncer, a partir do paradigma transdisciplinar. Assim sendo, selecionei duas questões que nortearam este estudo:

- Como se expressa a resiliência de mulheres que se recuperaram do câncer de mama?
- Como se expressa a resiliência de mulheres com prognóstico desfavorável no controle do câncer de mama?

O uso do termo mulheres adoecidas com câncer de mama, utilizada no estudo, está fundamentado no argumento de que o adoecimento é um processo multicausal e transdimensional. Portanto, a doença câncer de mama teria surgido de um processo de adoecimento já existente nas diversas dimensões que integram o ser humano não se limitando à dimensão física. Mas, na escolha dos sujeitos da pesquisa, determinou-se que fossem

incluídas as mulheres que estivessem com o câncer físico comprovado através de exames histopatológicos e outros de suporte ao diagnóstico.

Nesta visão, o câncer de mama é um dos componentes do processo de adoecimento já instalado. Por ser um processo dinâmico, o surgimento do câncer de mama se integra ao adoecimento já existente, transformando o processo de adoecimento, o estilo de vida da pessoa e seu enfrentamento da situação.

Com este fundamento, justifica-se a importância de estudar o processo de adoecimento que originou o câncer de mama dos sujeitos pesquisados, em conjunto com o processo de recuperação, para alcançar a expressão da resiliência de nossos sujeitos, a fim de atender à indagação acima.

A opção por estudar dois grupos de mulheres foi no sentido de possibilitar traçar distanciamentos e aproximações em relação ao objeto de estudo, enriquecendo a discussão e contribuindo para o avanço das pesquisas sobre resiliência de mulheres adoecidas com câncer de mama.

Na tentativa de responder às questões norteadoras, tracei os seguintes objetivos:

- Identificar a expressão da resiliência de mulheres recuperadas do adoecimento com câncer de mama e das mulheres com prognóstico desfavorável no controle ao mesmo tumor;
- Analisar os mecanismos de proteção e de risco que conformam o processo de resiliência dessas mulheres e;
- Discutir as contribuições das expressões da resiliência para a co-construção do cuidado de enfermagem a ser desenvolvida com estas mulheres.

Justificativa e importância do estudo

Para a Organização Mundial da Saúde (2007), o câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo, representando 7,6 milhões (13%) dos 58 milhões de mortes registrados em 2005. Neste cenário, dentre todos os tipos, o câncer de mama assume a quinta maior mortalidade em todo o mundo, com 502.000 mortes anuais em 2005, sendo a mais freqüente por mortalidade entre as mulheres. E no que se refere aos casos novos, segundo estimativas de incidência de câncer no Brasil para 2008, o câncer de mama seria o segundo mais incidente, com 49.400 casos novos (BRASIL, 2008).

Esses dados revelam o impacto de uma doença crescente e que traz tanto sofrimento não somente para o ser humano adoecido, como também para a sua família e sociedade. Em se tratando do câncer de mama, o seu impacto gera conflitos emocionais, familiares, sociais e

de espiritualidade graves para a mulher, conforme afirma Oliveira (2006). Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (BRASIL, 2006, p.10), “o câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade, feminilidade e a própria imagem pessoal”.

Para ampliar a importância deste estudo no cenário científico, realizei um estudo descritivo quanti-qualitativo na modalidade de revisão sistemática em base de dados, tendo, como descritores resiliência; Enfermagem; nursing; câncer de mama; resilience e; breast cancer. Os dados foram caracterizados pela temática abordada no estudo. Objetivei nas bases eletrônicas de dados BDNF, LILACS, MEDLINE e SCIELO, a resiliência como temática nos estudos sobre câncer de mama e nas produções de Enfermagem entre janeiro de 1998 e setembro de 2008.

DESCRITORES	BASES ELETRÔNICAS DE DADOS				
	BDEF	LILACS	SCIELO	MEDLINE	TOTAL
Resiliência	3	148	71	7	229
Resiliência e Enfermagem	3	6	4	0	13
Resiliência e Câncer de Mama	0	0	0	0	0
Resilience	1	98	70	2182	2251
Resilience e Nursing	0	4	1	50	55
Resilience e Breast Cancer	0	0	0	9	9

Quadro 1 - Números de Artigos por Bases Eletrônicas de Dados e Descritores

Fonte: Bases Eletrônicas de Dados – BVS, 2009.

Na busca realizada em todas as bases de dados supra citadas, com o descritor resiliência, foram encontrados 229 (100,00%) artigos, sendo 13 trabalhos relacionados ao descritor resiliência e Enfermagem, o que representa aproximadamente 5,60% dos artigos encontrados. Com o descritor resilience foram encontrados 2251 (100,00%) artigos, porém 55 trabalhos relacionados aos descritores resilience e nursing, o que representa aproximadamente 2,44% dos artigos encontrados.

No LILACS foram encontrados 148 (100,00%) artigos com o descritor resiliência e apenas 6 (4,05%) com os descritores resiliência e Enfermagem. Já com o descritor resilience

foram encontrados 98 (100,00%) artigos e apenas 4 (4,08%) com os descritores resilience e nursing.

No SCIELO do total de 71 (100,00%) artigos com o descritor resiliência e apenas 4 (5,63%) artigos com os descritores resiliência e Enfermagem. Com o descritor resilience foram encontrados 70 (100,00) contra 1 (1,42%) artigo encontrado com os descritores resilience e nursing.

Na base de dados MEDLINE, foi encontrado um total de 7 (100,00%) artigos com o descritor resiliência e nenhum 0(0,00%) com os descritores resiliência e Enfermagem. Porém, com o descritor resilience foram encontrados 2182 (100,00%) e com os descritores resilience e nursing foram encontrados 50 (2,29%).

Esses dados demonstram a precariedade das produções de Enfermagem com a temática resiliência, corroborando com Sória et al (2006) ao afirmar a existência de uma lacuna acerca da utilização do conceito de resiliência na área da Enfermagem na América Latina, fortalecendo a sua importância como temática de estudo.

No que tange as temáticas câncer de mama e resiliência, dos 229 (100,00%) artigos encontrados com o descritor resiliência, nenhum 0 (0,00%) artigos foi encontrado com os descritores resiliência e câncer de mama. Contudo, dos 2251 (100,00%) com o descritor resilience, 9 (0,40%) artigos foram encontrados com os descritores resilience e breast cancer, todos na base eletrônica de dados MEDLINE.

Com essas informações, conclui-se a necessidade do desenvolvimento de estudos que abordem a temática resiliência no contexto do adoecimento com câncer de mama, para melhor compreensão dos mecanismos de enfrentamento e superação gerados pelas mulheres neste processo de adoecimento, auxiliando-as na co-construção de um cuidado de reconstituição holística.

Com essa contextualização inicial é possível evidenciar a relevância que este estudo possui para o desenvolvimento de conhecimentos acerca do processo de vida da mulher com câncer de mama. Conhecimentos que não se resumem apenas às questões biológicas, mas a outras dimensões do ser humano (psíquica, social, de espiritualidade/religiosidade, cultural). Assim, conseqüentemente, busca-se o desenvolvimento de abordagens holísticas, seja no cuidar ou no tratar.

Este trabalho também possui relevância na Linha de Pesquisa denominada “Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem” da Pós-graduação – Mestrado, da Faculdade de Enfermagem. Estudos inseridos nesta Linha de Pesquisa desenvolvem investigações sobre o processo de cuidar, a qualidade de vida das

peças e a qualidade institucional, considerando os aspectos éticos e bioéticos e o respeito à cidadania com autonomia para o cliente e o profissional.

Além disso, este estudo busca contribuir com o GEPACHS – Grupo de Estudo, Pesquisa, Assistência e Cuidado Humano em Saúde, trazendo resultados que possam fortalecer e consolidar os estudos desenvolvidos pelos pesquisadores inseridos neste Grupo. Caracteriza-se também como importante ao crescimento e divulgação da transdisciplinaridade como paradigma do conhecimento, metodologia de pesquisa e base para o desenvolvimento da abordagem holística no cuidado humano.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentadas teoria e conceitos sobre o universo que envolve a construção do conhecimento transdisciplinar e o processo de vida da mulher adoecida com câncer de mama. Este universo não se limita à doença, mas está voltado para o ser humano/mulher adoecido/a, compreendendo suas formas de existência e suas relações. Para atender a tal objetivo, iniciarei apresentando estudos de autores que se aprofundaram no conhecimento e aplicabilidade da concepção transdisciplinar. A seguir, trarei reflexões e conceitos, buscando ampliar a compreensão, com um olhar holístico a este ser humano/mulher adoecida, sobre seu processo de vida; o terceiro incluído do processo de adoecimento e de recuperação, além dos três pilares que fundamentam a metodologia transdisciplinar que são a complexidade, os níveis de realidade e a lógica do terceiro incluído. E finalizarei contextualizando o cuidado de enfermagem voltado à mulher adoecida com câncer de mama.

1.1 Paradigma transdisciplinar

A transdisciplinaridade, como o prefixo “trans” indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina (NICOLESCU, 2001). Ela permite a compreensão do mundo, através do conhecimento integrado, do real.

Na Declaração de Veneza, em evento promovido pela Unesco, no dia 07 de março de 1986, registra uma citação a respeito da importância deste paradigma:

Recusando qualquer projeto globalizante, qualquer sistema fechado de pensamento, qualquer nova utopia, reconhecemos ao mesmo tempo a urgência de uma procura verdadeiramente transdisciplinar, de uma troca dinâmica entre as ciências ‘exatas’, as ciências ‘humanas’, a arte e a tradição. Pode-se dizer que este enfoque transdisciplinar está inscrito em nosso próprio cérebro, pela interação dinâmica entre seus dois hemisférios. O estudo conjunto da natureza e do imaginário, do universo e do homem, poderia assim nos aproximar mais do real e nos permitir enfrentar melhor os diferentes desafios de nossa época (CETRANS, 2002a, p.188).

O paradigma transdisciplinar compreende o ser humano como um ser holístico. Nesta concepção, as dimensões da inteireza humana, com sua natureza própria, se encontram em níveis diferentes de realidade, integradas, formando uma unidade aberta que sempre estará em transformação e desenvolvimento (NICOLESCU, 2002). São dimensões que não podem ser entendidas ou transformadas isoladamente.

A transdisciplinaridade é uma ferramenta de alcance a uma abordagem holística, definida por Weil, D’Ambrosio e Crema (1993) como a resultante da prática experiencial com o estudo intelectual, de um enfoque analítico e sintético e de um equilíbrio dinâmico entre a

sensação, o sentimento, a razão e a intuição. A American Holistic Nurses association (2007) afirma que conceitos holísticos incorporam um equilíbrio sensível entre arte e ciência, habilidades intuitivas e analíticas, habilidades e interconexões de corpo, mente e espírito.

No entanto, para promover a abordagem holística, através deste paradigma, deve-se ter postura e conhecimentos transdisciplinares. É neste sentido que a transdisciplinaridade também atua na pesquisa, garantindo que conhecimentos transdisciplinares possam ser construídos, através de seus postulados.

Para a construção da pesquisa transdisciplinar, há de se respeitar três pilares: a complexidade, os níveis de realidade e a lógica do terceiro incluído. Estes pilares formam o que chamamos de metodologia transdisciplinar (NICOLESCU, 2001).

1.2 - Metodologia transdisciplinar

Nesta seção, serão apresentados os conceitos dos três pilares da pesquisa transdisciplinar, proporcionando o conhecimento acerca da concepção teórico-metodológica escolhida.

1.2.1 Teoria da complexidade

Segundo Sommerman (2003, p.115-116), a ciência, com uma consciência individualista, separatista e tecnocrata, “tinha a idéia de que o ‘conhecimento realmente pertinente’ se apoiava na separação entre o sujeito observador e o objeto observado, e também na separação deste em partes”. Neste sentido, diversas transformações ocorreram na sociedade, como grandes avanços científicos e tecnológicos, porém, acompanhado de conseqüências muitas vezes danosas, como a miséria, a violência, o medo, as catástrofes climáticas (WEIL, 2002).

É preciso compreender o que Guerra (2003) nos diz: só existimos porque vivemos em uma constante relação. E dentro desta visão nada pode ser separado, tudo está relacionado. Como afirma Morin (2002, p. 37), “o global é mais do que o contexto, é o conjunto das diversas partes ligadas a ele de modo inter-retroativo ou organizacional”.

O mesmo acontece com os seres humanos, veja-se a fala de Morin (2002, p.37):

Tanto no ser humano, quanto nos outros seres vivos, existe a presença do todo no interior das partes: cada célula contém a totalidade do patrimônio genético de um organismo policelular; a sociedade, como um todo, está presente em cada indivíduo, na sua linguagem, em seu saber, em suas obrigações e em suas normas. Desta forma, assim como cada ponto singular de um holograma contém a totalidade da informação do que representa, cada célula singular, cada indivíduo singular contém de maneira “holográfica” o todo do qual faz parte e que ao mesmo tempo faz parte dele.

É neste contexto de complexidade que se compreende o ser humano em sua transdimensionalidade, ou seja, que se compreende o que se encontra entre, além e nas diversas dimensões que integram o ser humano a si mesmo e ao cosmos, pois estas dimensões estão em inter-retroação umas com as outras.

De acordo como Morin (2002, p.38) quando afirma que “a dimensão econômica carrega em si, de modo ‘holográfico’, necessidades, desejos e paixões humanas que ultrapassam os meros interesses econômicos”.

E para corroborar com esse pensamento, Korte (2004, p.05) infere que “na medida em que todos os fenômenos são dependentes e interligados, nada é simples, tudo é complexo. Todos os fenômenos, inclusive todos os seres vivos, estão interligados e são interdependentes.”

Portanto, todos “os fenômenos, de qualquer natureza, inclusive os pensamentos, são complexos e nada ocorre isolada ou independentemente de tudo que existe no Universo” (KORTE, 2004, p. 06).

E quando se percebe que tudo é complexo, em inter-retroação, compreende-se que a ciência, também é, e que desta forma:

A complexidade das ciências é a complexidade dos nossos conhecimentos. Ela é, portanto, produto de nossa cabeça, que é complexa por sua própria natureza. Porém, esta complexidade é a imagem refletida da complexidade dos dados experimentais e vivenciais, que se acumulam sem parar. Ela também está, portanto, na natureza das coisas (NICOLESCU, 2001, p.21).

É com a compreensão de que tudo é complexo, que a complexidade da ciência depende da complexidade do ser que a constrói, que pretendo trazer à luz desse referencial, uma nova forma de olhar as mulheres adoecidas e recuperadas de câncer de mama e, assim, vislumbrar uma forma diferenciada de propor o cuidado / cuidar dessas mulheres.

1.2.2 Níveis de realidade

Cada um, a partir de suas observações, faz leituras, processos e métodos que são diferentes de uma pessoa a outra, por razões pessoais e subjetivas decorrentes de pressupostos diferenciados, o que possibilita percepções diferenciadas para diversas situações. Portanto, com este pensamento, o estado de consciência, de natureza intelectual, se expressa através dos conteúdos subjetivos e objetivos, permitindo, a cada um, a identificação e localização de níveis de realidade distintos, pois distintas são as percepções produzidas pela consciência (KORTE, 2004).

Segundo Nicolescu (2001, p.18):

Deve-se entender por nível de Realidade um conjunto de sistemas invariável sob a ação de um número de leis gerais: por exemplo, as entidades quânticas submetidas às leis quânticas, as quais estão radicalmente separadas das leis do mundo macrofísico. Isto quer dizer que dois níveis de Realidade são diferentes se, passando de um ao outro, houver ruptura das leis e ruptura dos conceitos fundamentais. [...] Contudo, não há nada de catastrófico nisso. [...] Isto não impede os dois mundos de coexistirem. A prova: nossa própria existência. Nossos corpos têm ao mesmo tempo uma estrutura macrofísica e uma estrutura quântica.

Logo, “sempre que há uma ruptura das leis gerais e a derrogação dos conceitos que regem determinados fenômenos, há a manifestação de outro nível de realidade” (SOMMERMAN, 2003, p. 126).

Para efeito de exemplificação de uma temática muito complexa, eis o que diz Sommerman (2003, p.126) sobre a quebra de leis na passagem de um nível para outro.

No nível do mundo sensível (apreendido pelos cinco sentidos) dois corpos não podem ocupar o mesmo espaço no mesmo momento, enquanto no nível psíquico isto é possível, com a imaginação. Também é possível, no nível psíquico, voltar no tempo, com a memória e/ou com a imaginação, e projetar-se para o futuro, com a imaginação, coisas que são impossíveis para as leis do nível sensível (macrofísico). Portanto, trata-se de dois níveis diferentes de realidade.

Nesta perspectiva, os resultados de diferentes leituras, processos e métodos podem ser considerados válidos e eficazes, mesmo quando as formas de percepção indiquem incompatibilidades e incongruências. E ocorrendo estas incompatibilidades e incongruências, as dificuldades serão superadas, nesse estado de consciência, quando se identifica e localiza as contradições em níveis de realidade diferentes, ou seja, por pensamentos, lógicas e observações distintas. Por esta abordagem, os antagonismos podem ser superados pela diversidade das formas de percepção em cada nível de realidade (SOMMERMAN, 2003).

No Comunicado final originado do colóquio sobre Ciência e Tradição: perspectivas transdisciplinares para o século XXI, realizado em Paris entre 02 a 06 de dezembro de 1991, patrocinado pela UNESCO, há referência sobre os níveis de realidade, mais particularmente quanto ao surgimento da física quântica, que fez com que os conceitos de continuidade, localidade e determinismo, bases para o raciocínio da existência de uma única realidade, caísse por terra (KORTE, 2004).

Para o físico alemão Albert Einstein, em 1905, o espaço deixa de ser tridimensional e o tempo uma entidade separada. Espaço e tempo formam, assim, um *continuum* quadridimensional “espaço-tempo”. No *continuum* “espaço-tempo” de Einstein, a aparente linearidade dos acontecimentos passa a depender do observador, ou seja, espaço e tempo são sempre relativos e condicionados a um sistema referencial dado, por isso, a queda do conceito de continuidade, linearidade (CREMA, 1989).

Segundo Capra (1980), a matéria não existe com certeza em lugares definidos, na mesma medida em que os eventos atômicos não ocorrem com certeza em tempos e modos

definidos. Ela apresenta ainda um comportamento dual. Dependendo do tipo de observação que se faça sobre ela, às vezes se comporta como partícula, às vezes como onda. Esta lei introduzida por Werner Heizenberg como princípio da incerteza, derruba a concepção do determinismo da mecânica newtoniana, surgindo, assim, o indeterminismo, ou seja, apenas existem probabilidades em relação ao comportamento das partículas subatômicas.

Com este indeterminismo, não se pode determinar a localidade exata de uma partícula, apenas sua probabilidade. Assim sendo, o conceito de localidade deu lugar ao conceito de não-localidade (GOSWAMI, 2006).

Na Carta da Transdisciplinaridade, adotada no Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, realizado no Convento de Arrábida, Portugal, entre 02 e 06 de novembro de 1994, lê-se no artigo 2:

O reconhecimento da existência de diferentes níveis de realidade, regidos por lógicas diferentes, é inerente à atitude transdisciplinar. Qualquer tentativa de reduzir a realidade a um único nível regido por uma única lógica não se situa no campo da transdisciplinaridade. (CENTRO DE EDUCAÇÃO TRANSDISCIPLINAR, 2002b, p.168).

O reconhecimento de que existem diferentes níveis de realidade em que se processam os pensamentos e a valorização das experiências, ajudará a compreender este ser humano e suas relações, tão complexos, e agora, que se encontram integrados a diversos níveis de realidade.

Korte (2004) elaborou um método de pesquisa no qual consegue reunir e definir oito níveis de realidade: misticismo, autoritarismo, racionalismo, empirismo, pragmatismo, ceticismo, amorosidade e intuicionismo. Estes níveis, segundo o autor, são caminhos que levam a construção do saber, pois coexistem nos mesmos níveis de realidade em que são processados os conhecimentos, o chamado estado de consciência; o período em que, no contexto pessoal, físico e mental, ocorre o conhecimento.

Portanto, a definição e a descrição destes níveis serão de grande valia para a construção de conhecimentos em diversos níveis, ou pelo menos em oito, o que significa um enorme avanço na construção do conhecimento, pois o tradicional é a utilização de apenas um.

1.2.2.1 Autoritarismo

Para o autor, é um nível de realidade importado subjetivamente dos pensamentos alheios. Neste nível, o ser humano recebe e adota conhecimentos e formas de pensar do outrem. Tais conhecimentos, advindos do outro, assumem crédito, autoridade intelectual, moral ou até mística, dependendo da origem.

1.2.2.2 Racionalidade

É um nível em que as razões procuram se integrar com a realidade. Possui como essência o processamento mental, a compatibilidade, a congruência e a verificabilidade da realidade. A racionalidade, por ser um processo mental, não deixa de ser influenciada pelas emoções, sentimentos e intuição, assim como o inverso também ocorre. É o nível de “comunicação de matemáticos, físicos e demais cientistas, sejam eles atuantes em campos empíricos ou simplesmente teóricos, como as transmissões de ensinamentos místicos e religiosos” (KORTE, 2004, p.8).

1.2.2.3 Empirismo

É um nível de realidade que utiliza os sentidos como forma de adentrar a realidade, e das diversas formas de percepção como um decodificador da mesma. É um nível que utiliza a sensibilidade humana adquirida ao longo da vida.

1.2.2.4 Pragmatismo

O pragmatismo tem como característica a valorização da utilidade das ações, assim como a sua facilidade e rapidez. Korte (2004) assinala que o princípio pragmático está implícito na declaração de que a verdade de uma teoria depende da validade prática de suas conseqüências.

1.2.2.5 Misticismo

O misticismo é formado pela vivência e usos de costumes e de tradições particulares a cada contexto social que o ser humano se insere. “Cada um de nós aceita e acolhe como crenças fundamentadas e verdadeiras, certas narrativas históricas de cunho místico e mitológico, referentes às origens do universo, do mundo, do planeta e de nós mesmos” (KORTE, 2004, p.7).

1.2.2.6 Ceticismo

Segundo Korte (2004), é o princípio da dúvida sistemática. O cético age como se a verdade contida na dúvida em si mesma fosse um dogma indiscutível. Ceticismo serve às abordagens de natureza experimental, onde tudo deve ser provado.

1.2.2.7 Amorosidade

Nas relações de amor, que se revestem do significado contido na palavra amorosidade, não se exclui o que o senso comum indica por sexo, porém, traduz desejo, vontade, paixão e na linguagem mitológica e mística, uma Divindade. A atitude amorosa expressa “um comportamento de respeito, zelo, cuidado, atenção e carinho”. Neste nível, “o Amor é a Força Suprema que induz ao encontro do Conhecimento. E por aí se conscientizar do significado da expressão Deus é Amor” (KORTE, 2004, p.10).

1.2.2.8 Intuicionismo

Para os monges Bonistas, seguidores da religião Bon Po, o intuicionismo é um método eficaz para revelar o conhecimento. A explicação para tal fenômeno é baseada no fato de que se intui o que é conscientizado por intermediação de formas de percepção interiores, independentes dos conhecimentos anteriores, da atividade racional e da experiência pessoal.

Com o intuito de maior esclarecimento, Korte (2004, p.11) explica:

O que designamos intuição não está preso nem à linguagem discursiva nem a outras formas específicas de comunicação, tais como palavras, idéias, linhas ou formas de pensar, formas geométricas ou plásticas, sensações causadas por sons, ruídos, luminosidades, gosto, tato ou olfato. Em verdade, quer-nos parecer, a intuição traduz a existência do nível de realidade em que ocorrem os pensamentos intuitivos.

1.2.3 Lógica do terceiro incluído

A abordagem transdisciplinar, segundo Korter (2004), sugere um estado de consciência em que existe um outro, podendo estar incluído ou excluído da relação observada. Esta idéia surgiu com a coexistência entre o mundo quântico e o mundo macrofísico, oriundo da descoberta da física quântica. Esta coexistência gerou reflexões importantes no plano da teoria e da experiência científica, construindo diversos pares de contraditórios mutuamente exclusivos (A e não-A): onda e corpúsculo, continuidade e descontinuidade, separabilidade e não separabilidade, causalidade local e causalidade global, simetria e quebra de simetria, reversibilidade e irreversibilidade do tempo (NICOLESCU, 2001).

Nesse contexto, os pares de contraditórios, construídos a partir do surgimento da mecânica quântica, são de fato mutuamente opostos quando vistos pelo prisma da lógica clássica, que acredita na existência de apenas uma realidade. Nesta lógica, realmente é impossível a existência de um terceiro que seja ao mesmo tempo A e não-A, o que foi denominado de terceiro excluído. Esta lógica, segundo Nicolescu (2001, p.22) baseia-se em três axiomas:

1. O axioma da identidade: $A \text{ é } A$; 2. O axioma da não-contradição: $A \text{ não é não-}A$; e 3. O axioma do terceiro excluído: não existe um terceiro termo T (T de “terceiro incluído”) que é ao mesmo tempo A e não- A .

A partir dos construtos da mecânica quântica, principalmente, advindos das teorias de Stéphane Lupasco, “a lógica do terceiro incluído é uma verdadeira lógica, formalizável e formalizada, multivalente (com três valores: A , não- A e T) e não-contraditória”. Isto só foi possível com a introdução da teoria dos níveis de realidade (NICOLESCU, 2002).

Para clarificar o entendimento sobre o Terceiro Incluído, um esquema visual desta lógica quântica encontra-se representado na Fig.1.

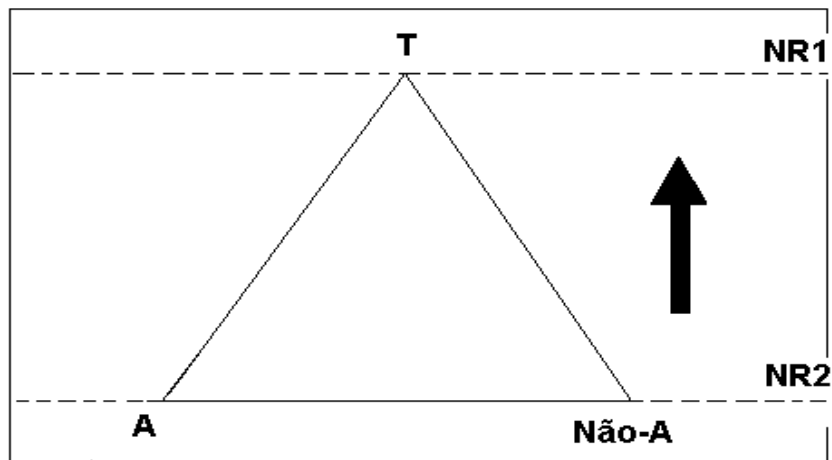


Figura 1: Representação simbólica da ação da lógica do 3º incluído.

Fonte: NICOLESCU, B. **Fundamentos para o estudo transcultural**. In: Educação e Transdisciplinaridade, II. Coord. CENTRO DE EDUCAÇÃO TRANSDISCIPLINAR. São Paulo: TRIOM, 2002, p. 50.

Na Fig.1 estão representados os três termos da nova lógica: A ; não- A e T (Terceiro Incluído). Os níveis de realidade 1 e 2 são representados, respectivamente, por: NR1 e NR2. A seta expressa a mudança de nível de realidade. Para a lógica ternária ou Terceiro Incluído, em um determinado nível de realidade, os contrários formarão um dualismo, ou seja, estarão em conflito pela natureza contrária (como: A e Não- A). No entanto, existindo um segundo nível de realidade, aquilo que parece dual, contrário, em conflito, pode está de fato unido, em coexistência, representado pelo T , terceiro incluído. Para esta lógica, o elemento T , existente em um nível de realidade NR1, também encontrará o seu contraditório no nível de realidade em que se encontra, pois , todos os níveis possuem contraditórios, mesmo que um dos seus constituintes seja o elemento Terceiro Incluído de um determinado par de contraditórios no nível de realidade adjacente ao seu (NICOLESCU, 2002). Exemplificando, um determinado par de contraditórios formado no nível de realidade pragmático, pode encontrar o seu elemento T no nível de realidade místico. E este elemento T , no nível de realidade místico,

pode formar um par de contraditórios com algum outro elemento, gerando um outro elemento T, em outro nível de realidade qualquer.

De acordo com Korte (2004, p.11).

A presença ou ausência desse outro [...] é sempre um sinal de que a humildade deve presidir o processo de conhecimento. Daí porque a ação transdisciplinar cuida de mostrar-se resolutamente sensível às aberturas propiciadas por novos conhecimentos na medida em que ultrapassa o domínio das ciências exatas. Impõe-se, por seu diálogo e tendência à reconciliação, não somente com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência espiritual.

1.3 Processo de vida

Nesta seção, será apresentada uma lógica acerca do processo de adoecimento e de recuperação do ser humano, em uma dinâmica de ser e (con)viver na vida, o processo de vida.

Pela existência de diversos paradigmas e correntes filosóficas e antropológicas sobre o ser humano, este pode ser compreendido por diversos olhares. Pode ser somático, sendo a dimensão biológica a única privilegiada. Pode ser psico-somático, que dentro do real significado da palavra, está integrado a duas dimensões; a psíquica e a biológica, em uma constante dualidade. Pode ser psico-somático-noético, integrando não somente as dimensões psíquica e biológica, mas ainda uma dimensão silenciosa, contemplativa da consciência, que também pode ser chamada de alma ou de dimensão de espiritualidade/religiosidade, a noética. Ou ainda, pode ser um ser humano que além de possuir as dimensões biológica, psíquica e noética, também está relacionado com uma dimensão do sagrado, integradora de todas as suas dimensões a ele mesmo, ao outro e ao cosmos, denominado pneumático (LELOUP, 2007).

A partir das correntes filosóficas apresentadas anteriormente e, tendo-se como foco a especificidade do objeto deste estudo e a compreensão que melhor se aproxima da concepção teórica utilizada neste trabalho, considero que a mais adequada é a que busca compreender o ser humano em uma relação psico-somático-noético-pneumático.

A relação psico-somático-noético-pneumático surge com o objetivo de caminhar para o entendimento da inteireza humana. A inteireza humana, segundo Crema (2002), pressupõe o ser humano além de suas diversas dimensões resumidas em biológica, psíquica, contemplativa da consciência ou de religiosidade/espiritualidade e social. Ele seria composto também por uma dimensão denominada pneuma, com a função de integrar todas estas dimensões a si mesmo, ao outro e ao cosmos. Esta pneuma, em um sentido antropológico, é o mistério que ronda a vida, a real existência do ser.

Seguindo com a reflexão, é necessária a compreensão da trindade psico-somático-noético, que traz consigo a idéia de uma integração entre psique, corpo e nous (dimensão noética).

Se penetrarmos na matéria que estamos sendo, vamos nos deparar com um campo energético-informacional, a memória que nos habita. Se mergulharmos neste campo de energia e informação, vamos penetrar em uma qualidade consciencial silenciosa, lúcida e pacífica, além das nuvens projetivas, o claro céu de nous (CREMA, 2002, p.29).

Nesta lógica ternária, a dimensão social parece ausente, porém, ao aprofundar, percebe-se que esta dimensão se encontra diluída no somático, na psique e no nous. É a lógica do social na matéria: amigos, família, natureza, entre outros. Do social na psique, citamos o inconsciente coletivo, entre outros. Do social no nous, há concepções variadas: podem ser espíritos, almas ou a contemplação coletiva da consciência, ente tantos outros.

Todavia, Crema (2002) afirma que ao permanecer nesta lógica ternária, cai-se em um grande erro, ou seja: a compreensão somente das partes. Existe algo que integra todas estas partes, que permite o existir do todo. E quando se permite o existir das partes e do todo, encontra-se a inteireza, na linguagem transdisciplinar, o terceiro incluído. Para complementar a reflexão, acerca da existência desta inteireza, Crema (2002, p.32) nos permite compartilhar:

Estamos sendo um corpo, já que este se transforma, continuamente. Estamos sendo uma psique, também transitória e mutante. Estamos sendo nous, um testemunho consciencial de vir a ser permanente. Estes são nossos companheiros de passagem, nascidos e compostos, fadados à morte e em decomposição, cada um no seu devido tempo, o que permanece é o ser, a inteireza.

Compreende-se então, que a lógica ternária é atravessada pelo mistério da vida, transformando-a em uma lógica quaternária, a lógica psico-somático-noético-pneumático. É neste sentido que este trabalho compreende não mais um processo vinculado somente ao estar com saúde ou doença, o processo saúde-doença, e sim um processo de ser, viver e estar na e com vida, o processo de vida.

E para compreender de que forma o processo de vida se relaciona com a saúde e a doença, em uma lógica quaternária, alguns conceitos referentes à física quântica devem ser explicitados, como: salto quântico; consciência não-material; causação descendente e; campos morfogenéticos epigenéticos.

“Salto quântico” ou colapso quântico “é a passagem de uma condição de possibilidade para um estado de ser”. Isto ocorre, porque para a física quântica, “os objetos são descritos como ondas de possibilidades, formados por partículas elementares, que podem estar em dois (ou mais) lugares ao mesmo tempo, além de realizar conexões não-locais que estabelecem comunicação instantânea sem ajuda de sinais”. O que promoverá o estado de ser de um

objeto, dentre as possibilidades, é a consciência não-material, a consciência da consciência, o Ser que nos habita. (GOSWAMI, 2006, p.37).

Para Goswami (1998), a consciência pode ser definida como: a agente que afeta objetos quânticos para lhes tornar o comportamento apreensível pelos sentidos. Talvez, para uma melhor compreensão, seja necessária adentrar nas definições concedidas aos objetos classificados de clássicos ou quânticos.

Desde a época de Newton, nossa física adequa-se a um sistema filosófico conhecido como realista-materialista. Os físicos materialistas, também conhecidos como físicos clássicos, acreditavam que, se conhecêssemos um determinado ponto no espaço, poderíamos facilmente prever o seu comportamento em qualquer momento futuro. Sendo assim, o universo começou a ser decifrado através da genialidade de Isaac Newton (GOSWAMI, 2006).

No entanto, Einstein com sua teoria da relatividade e as dúvidas perturbadoras oriundas da física quântica, introduziu o caos na ordem supostamente inabalável do determinismo de Newton (GOSWAMI, 1998).

Na medida em que físicos como Bohr e Heisenberg penetravam no interior da matéria, desvelando as interações entre as partículas subatômicas, eles foram apresentados a um universo evasivo, fugaz, escorregadio e absolutamente imprevisível (GOSWAMI, 1998):

1. Partículas supostamente feitas de matéria, como elétrons, apresentam comportamentos também de energia, rompendo com um pressuposto do pensamento realista-materialista;
2. Um objeto quântico pode estar em mais de um lugar no mesmo instante, e isso é inadmissível para as leis da física clássica. O elétron, como um objeto quântico se torna matéria e, portanto, encontra-se definido em um determinado local, quando há a presença de um observador, de uma consciência;
3. O elétron pode se comportar como uma partícula; matéria, ou onda; energia. Este fenômeno possibilitou a afirmação de que um objeto quântico se manifesta no espaço-tempo como onda, até que a consciência de um observador o torne uma partícula, através do colapso quântico;
4. Um objeto quântico parece saltar os limites do espaço-tempo. Isto significa dizer que quando um elétron recebe uma determinada quantidade de energia, pode saltar para outras camadas pertencentes ao átomo em questão, para outras eletrosferas, ou dimensões, caso a teoria seja considerada no contexto da inteireza humana.

Segundo Goswami (2006, p.56), este processo de escolha da consciência, dentre as possibilidades de ser das partículas elementares, chama-se causação descendente. Neste pensamento, “as possibilidades mentais são não-materiais, ou melhor, são possibilidades de significados”.

“Quando a consciência causa o colapso dessas possibilidades de significado em conjunto com possibilidades do cérebro, a manifestação do cérebro que sofreu colapso faz uma representação do significado mental do pensamento que sofreu colapso (GOSWAMI, p. 69).”

Para Goswami (2006) consciência não é mente, é o fundamento de todo ser, o fundamento tanto da matéria como da mente. Matéria e mente são ambas as possibilidades de consciência. Algumas possibilidades sofrem o colapso como físicas e algumas como mentais. Desta forma, serão os colapsos produzidos pela consciência não-material que influenciará e transformará todas as dimensões do ser humano.

Uma teoria importante para compreender as afirmações da física quântica, referentes à doença e à saúde, é a teoria dos campos morfogenéticos epigenéticos. Esta teoria, segundo Sheldrake (1986, p.103),

propõe a existência de um campo ou estrutura espacial, que é responsável pelo desenvolvimento da forma. Tem-se alguma coisa já dotada de uma adequada complexidade de forma apta a modelar o organismo em desenvolvimento; o campo morfogenético desempenharia um papel causal. O organismo em desenvolvimento estaria dentro do campo morfogenético, que orientaria e controlaria a forma desse desenvolvimento.

Para Sheldrake (1986), as instruções da estruturação da forma, da diferenciação celular, não se encontram em nenhum lugar do corpo físico, e isso inclui os genes. Assim, o corpo vital (corpo situado entre o corpo físico e o mental) seria o reservatório dos campos morfogenéticos. Portanto, o corpo físico atuaria segundo as formas programadas dos campos morfogenéticos epigenéticos.

Neste contexto, a consciência não-material, na concepção causal descendente atuaria tanto no corpo físico, como no corpo vital e mental. Isto explica os fenômenos que desencadeiam o processo de adoecimento e de recuperação.

Se a consciência não-material, através de influências negativas externas e/ou internas ao ser, produzir colapsos quânticos repetitivos e condicionantes, as representações que estes colapsos produzem em nossos corpos (mental, vital e físico), induzirão alterações também negativas nestes, propiciando o adoecimento. Agora, se a consciência não-material, através de influências positivas externas e/ou internas ao ser, produzir colapsos quânticos repetitivos e condicionantes, o inverso será observado, propiciando a recuperação (GOSWAMI, 2006).

É importante explicar que o fato do colapso quântico ter natureza não local permite que o mesmo possa desencadear um colapso quântico em qualquer dimensão do ser humano,

assim como em outros seres humanos, através das ondas de possibilidades, que se propagam por zonas não locais, influenciando a consciência não-material e o campo mórfico coletivo, explicado por Jung como inconsciente coletivo (GOSWAMI, 2006).

Para refletir sobre esta mudança de consciência sobre os processos que envolvem o ser humano, Moreschi (2007) afirma que o mesmo em geral, não pode ser classificado como saudável ou doente, isso porque, ele apresenta diferentes graus nas suas condições de saúde, que podem variar, dependendo da interação de fatores que as determinam em um dado momento e das dimensões que estejam envolvidas. Esta interação determina as condições de saúde que podem ser boas ou ruins em graus diversos. Portanto, não se pode determinar o momento exato em que um ser humano pode ser considerado saudável ou doente.

Segundo Braz (2001, p.6),

a doença é o caminho necessário para atingir a cura ou a saúde; através dela pode-se entrar em contato com a essência de ser, refletir sobre o momento e qualidade de vida. A partir desta reflexão e contato maior com o próprio 'eu', tem-se a possibilidade de transformar, transmutar e transcender a um novo patamar ou padrão energético, o chamado 'Salto Quântico'.

Esta afirmativa corrobora com Nightingale (1860), ao dizer que a doença é parte do processo reparador que a natureza tem instituído.

Nesse sentido, o processo de adoecimento é mais amplo do que estar doente. É um momento em que move o ser humano para sua transformação, seja através de um adoecimento somático e/ou psíquico e/ou noético. Já o processo de recuperação é dinâmico e integrado ao ser humano, ao seu próximo e ao cosmos, gerado por uma força interna que o move rumo à transformação através do enfrentamento do adoecimento.

Logo, o processo de vida é a dinâmica de ser e (con)viver na vida, integrando o adoecimento e a recuperação em vista à transformação do ser.

1.4 Resiliência e suas dimensões

Nesta seção, serão apresentados os conceitos fundamentais sobre resiliência e as dimensões que a integram ao processo de vida do ser humano.

A resiliência segundo Sória (2004, p.10) surge “do latim *resiliens* saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper”. Para Yunes e Szymanski (2002, p.68), o primeiro emprego da palavra foi na física, termo definido como “a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade”.

Porém, em 1966, Flach, visando descrever as forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças na vida, utiliza pela primeira vez este termo na psicologia, iniciando um desdobramento do conceito, uma adaptação para as relações

humanas. Este então, definiu um ser humano resiliente como “aquele que tem habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva” (YUNES; SZYMANSKY, 2002, p. 69).

Com o passar do tempo, vários autores com o intuito de adaptar o novo conceito aos seus pensamentos, criaram uma gama de definições, algumas delas contidas no Quadro 2, criado por Sória (2006, p.12):

AUTOR	DEFINIÇÃO/CONCEITUAÇÃO
Rutter (1993)	<i>“é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida “sadia” num ambiente “insano”.</i>
Grotberg (1995)	<i>“resiliência é uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades”.</i>
Ruegg (1997)	<i>“Uma qualidade de resistência e perseverança da pessoa humana face às dificuldades que encontra”.</i>
Martineuau (1999)	<i>“Habilidade de superar as adversidades”.</i>
Tavares (2001)	<i>“capacidade de um sujeito resistir a uma doença, a uma infecção, a uma intervenção, por si próprio ou com ajuda de medicamentos (ponto de vista médico). “uma qualidade de resistência e perseverança da pessoa humana face às dificuldades que encontra” (ponto de vista psicológico). “é a qualidade de resistência de um material ao choque, à tensão, à pressão, a qual lhe permite voltar, sempre que é forçado ou violentado” (ponto de vista da física).</i>
Yunes (2003)	<i>“Processos que explicam a ‘superação’ de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações”.</i>
Pinheiro (2004)	<i>“capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir supera-las”.</i>
Pesce (2004)	<i>“compreende-se resiliência como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio”.</i>

Quadro 2 - Definições da resiliência

Fonte: SÓRIA, D. de A. C. **A Resiliência dos Profissionais de Enfermagem na Unidade Terapia Intensiva**. Denise de Assis Corrêa Sória. Tese- Doutorado, Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

Para melhor compreensão da temática é necessária a apresentação dos conceitos de mecanismos de risco, mecanismos de proteção, vulnerabilidade e mecanismos de *coping*.

Parafraseando Yunes e Szymanski (2002), risco é um processo que envolve eventos negativos, relacionados à probabilidade do ser humano apresentar problemas sejam físicos, sociais ou emocionais. Porém a presença dos mecanismos de risco não é suficiente para gerar uma consequência indesejável. Isto dependerá do comportamento que se tem em mente e dos mecanismos pelos quais os processos de risco operam seus efeitos negativos. Ou seja, os mecanismos de risco podem operar de diferentes maneiras em diferentes períodos de desenvolvimento. Assim, a resiliência não está no fato de se evitar experiências de risco e apresentar características saudáveis ou ter boas experiências.

Logo, é necessário focar em mecanismos de risco e não fatores de risco, pois o que é risco em uma determinada situação pode ser proteção em outra (RUTTER, 1993). O mesmo pensamento está presente nos mecanismos de proteção.

Mecanismo de proteção são elementos que modificam, melhoram ou alteram os mecanismos de respostas em desadaptação (RUTTER, 1987). Para o mesmo autor, três aspectos devem ser considerados para a compreensão do conceito: o mecanismo de proteção não é significado de acontecimento agradável; ele pode não agir como protetor na ausência de mecanismos de risco; e ele não é sinônimo de experiência, mas um conjunto de elementos de identificação pessoal e coletiva.

Rutter apud Yunes e Szymanski (2002) classifica quatro estratégias de elaboração dos mecanismos de proteção, assim entendidos:

1. Modificar a exposição do ser humano aos eventos estressores;
2. Minimizar as reações negativas consecutivas geradas pela interação do ser humano com a situação de risco;
3. Construir e manter a auto-estima e auto-eficácia, através da rede de apoio segura e imprescindíveis para o enfrentamento e superação dos eventos estressores;
4. Criar possibilidades do ser humano enfrentar e transformar os eventos negativos em positivos.

Outro conceito importante é o de vulnerabilidade, que tem origem no “verbo *vulnerare*, do latim, que significa ferir, penetrar”. Vulnerabilidade se refere à predisposição a desordens ou suscetibilidade ao estresse, que existe sempre mediante a presença do mecanismo de risco (YUNES; SZYMANSKI, 2002, p.28).

Pereira (2002, p.80) afirma que através do mecanismo de proteção, oriundo dos elementos protetores, o ser humano cria mecanismos de *coping*, na tentativa de diminuir a sua suscetibilidade aos eventos estressores. A autora definiu o termo *coping*, uma palavra anglo-saxônica, como “formas de lidar com, ou estratégias de confronto”. Em complemento, Lazarus e Folkman (1986, p.141) afirmam que *coping* é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situação de estresse.

Para outros autores, como Monat e Lazaurus (1987), *coping* está relacionado com os esforços de atuar em situações de dano, ameaça ou desafio. Para Pereira (2002), dano explicita situações desagradáveis e está direcionado ao presente, com a função de reinterpretar o acontecimento negativo; ameaça é a antecipação de um acontecimento

negativo que se projeta para futuro; e desafio refere-se a confiança em superar as dificuldades, podendo gerar mecanismos positivos para tal superação.

Desta forma, verifica-se que resiliência envolve complexidade, e que está articulada à compreensão da interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Partindo desta contextualização, a discussão que se segue busca aprofundar o conhecimento dado sobre resiliência e o contexto que envolve o processo de vida.

1.5 Resiliência no processo de vida

Para iniciar a discussão, dois conceitos base devem ser explicitados: a imanência e a transcendência. Silva (1997, p.48-49) afirma que “imanência é aquilo que, fazendo parte da substância de uma coisa, não subsiste fora desta substância, é algo que está dentro de certo âmbito ou círculo de realidade. E transcendência é aquilo que se situa fora e acima do mesmo círculo”.

Fazendo referência à metodologia transdisciplinar, dependendo do nível de realidade em que o objeto esteja, o imanente pode ser transcendente, assim como o inverso é verdadeiro. Seguindo este pensamento, o que é imanente para o nível de realidade místico pode ser transcendente para o racionalismo, assim como o transcendente para o nível de realidade místico pode ser imanente no racionalismo. Portanto, ambos não existem separadamente, estando em uma constante relação. É o princípio da indeterminação proposto pelo físico Heisenberg (GOSWAMI, 2006). A imanência e transcendência, neste contexto, segundo Silva (op.cit, p.57) “estão co-presentes ao longo do processo infinito do vir-a-ser, o qual se dá do todo para as partes, do universo para o indivíduo e inversamente”.

Assim, “imanência e transcendência são entendidas como um sistema dinâmico de forças vitais, a diferenciarem-se e organizarem-se em todos os elementos existentes. Enquanto forças dinâmicas e criativas, elas estão sempre presentes no movimento do processo do ser, tornar-se” (SILVA, 1997, P.54).

Portanto, ao entender este sistema dinâmico e integrado de forças vitais, como um sistema transformativo que move o ser em busca de crescimento, considera-se que tal fenômeno caracteriza-se como resiliência. Ou seja, a resiliência sob um olhar transdisciplinar, atuante em um ser humano psico-somático-noético-pneumático é uma força vital. Uma força que permite a coexistência do imanente e do transcendente. E como suporte a esta reflexão, Oliveira (2006) afirma:

como o ser humano possui todos os seus aspectos integrados, os fatores de recuperação, se resumiram em um mecanismo de recuperação único, integrado pelas mulheres. Mecanismo que se baseia na busca e na atuação de uma força interior, a resiliência. Força esta produzida

pelo auxílio de diversos fatores, que, transformados no interior da mulher, foram e são gerados para mantê-la viva, mesmo após sua morte.

Desta forma, compreendo que a resiliência e seus elementos constituintes estão intimamente interligados ao processo de vida, ou melhor, são causa desse processo. Causa porque sendo a resiliência expressão da força vital, ela atua no processo de recuperação, dinamizando-o e integrando-o, rumo à transformação. O mesmo acontece no processo de adoecimento, seja superando-o, ou até exteriorizando-o, agravando-o, entre tantos outros mecanismos de ação, como vimos na seção sobre o processo de vida. E a resiliência se expressa no processo de vida, porque os novos instrumentos de enfrentamento e percepção, como resultados do processo de vida, não apenas se integram com os já existentes, mas os transforma.

Por este prisma, os diversos auxiliadores, sejam eles família, amigos, profissionais, representantes de religiosidade/espiritualidade devem atuar, ajudando os seres humanos adoecidos na busca por novos instrumentos. O ser humano e, por conseguinte, a resiliência, possui dimensões pessoais e internas, imanentes e dimensões sociais e externas, transcendentais, daí a complexidade da vida.

1.6 Câncer de mama e suas dimensões

Neste tópico, serão apresentadas as particularidades desta doença, discutindo conceitos e desafios.

O câncer é definido pelo INCA (2008) como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Barbosa (2002, p.68) define o câncer como “multiplicação descontrolada de células defeituosas ou atípicas, que escapam ao controle do nosso sistema imunológico por alguns motivos, até hoje, não muito bem esclarecidos”.

Entretanto, Oliveira (2006), dentro de uma visão transdisciplinar, redefiniu o câncer como: reação de desestruturação do ser humano contra si próprio e o mundo que o cerca, através da multiplicação descontrolada de células defeituosas, ou atípicas, modificadas por agentes internos e/ou externos, na tentativa de mudar uma condição interna e/ou externa estabelecida por diversas relações, podendo levar à morte física do ser ou promover seqüelas que o marquem para toda a vida. O autor continua sua definição inferindo que o câncer repercute também no grupo em que o ser humano adoecido vive, possibilitando que ambos reflitam sobre uma nova postura diante da vida.

Com essa definição entende-se o câncer como muito mais do que uma doença biológica, como um adoecimento em seus diversos aspectos constituintes (social, biológico, espiritual e psicológico).

Para o INCA (BRASIL, 2003), esta doença se configura hoje, como um grande problema de saúde pública, tanto nos países em desenvolvimento, quanto nos desenvolvidos. Esta situação é consequência de um aumento considerável da expectativa de vida, e também dos mecanismos de risco, como a urbanização desordenada, a industrialização, somados à orientação deficiente e à desinformação sobre os mecanismos de risco, as medidas preventivas e os sinais de alerta (VANZIN, 1997).

A ciência tradicional efetuou nos últimos anos grandes descobertas referentes ao câncer, não somente na formulação de soluções para a recuperação, como também para a prevenção deste adoecimento.

Em se tratando de soluções para a recuperação, o estadiamento (Quadro-6) tem grande importância, pois avalia o prognóstico do cliente, assim como define uma melhor abordagem terapêutica. Pode-se classificar o estadiamento em clínico e anatomopatológico. A International Union Against Cancer - UICC (2008) preconiza, para tumores sólidos carcinomatosos, o sistema TNM, onde o T (Quadro-3) significa o tamanho do tumor primário, N (Quadro-4) o número de metástase ganglionar e M (Quadro-5) a existência ou não de metástase à distância.

T	Descrição
Tx	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> (intraductal, lobular e Paget do mamilo, sem tumor).
T1	Tumor ≤ 2,0 cm
T1a	Tumor ≤ 0,5 cm
T1b	Tumor > 0,5 cm e < 1 cm
T1c	Tumor > 1,0 cm e ≤ 2 cm
T2	Tumor > 2,0 cm e ≤ 5 cm
T3	Tumor > 5,0 cm
T4	Extensão para parede torácica / pele
T4a	Extensão para parede torácica
T4b	Edema de pele / ulceração ou nódulos satélites na pele
T4c	T4a + T4b
T4d	Carcinoma inflamatório

Quadro 3 - Classificação T

Fonte: INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER. Disponível em: <http://www.uicc.org>. Acessado em: 23 de setembro de 2008.

Clínico		Patológico	
Nx	Linfonodos não acessíveis	Nx	Idem
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais	N0	Idem
N1	Metástase em linfonodo (s) axilar (es), homolateral (is), móvel (is).	pN1	Metástase em linfonodo(s) axilar (es) homolateral (is), móveis.
		pN1a	Somente micrometástases ($\leq 0,2$ cm)
		pN1b	Metástases em linfonodos, com no mínimo uma $> 0,2$ cm
		pN1bi	Metástase em 1 a 3 linfonodos, com no mínimo uma $> 0,2$ cm e todas as outras menores do que 2 cm em sua maior dimensão.
		pN1bii	Metástase em 4 ou mais linfonodos, com no mínimo uma $> 0,2$ cm e todas as outras $< 2,0$ cm em sua maior dimensão
		pN1biii	Extensão do tumor além da cápsula do linfonodo metastático $< 2,0$ cm em sua maior dimensão
		pN1biv	Metástase em um linfonodo $\geq 2,0$ cm em sua maior dimensão
N2	Metástase em linfonodos axilares fixos uns aos outros ou a outras estruturas	pN2	Idem
N3	Metástase em linfonodos da cadeia mamária interna homolateral	PN3	Idem

Quadro 4 - Classificação N

Fonte: **INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER**. Disponível em: <http://www.uicc.org>. Acessado em: 23 de setembro de 2008.

M	Descrição
Mx	Presença de metástase à distância não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástase, exceto axila e mamária interna homolateral
M1	Presença de doença fora da mama, axila ou mamária interna homolateral

Quadro 5 – Classificação M

Fonte: **INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER**. Disponível em: <http://www.uicc.org>. Acessado em: 23 de setembro de 2008.

Estadiamento	T	N	M
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
Estádio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estádio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estádio III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estádio III B	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Quadro 6 - Grupamento por Estádios

Fonte: UICC, 2008. Fonte: **INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER**.
Disponível em: <http://www.uicc.org>. Acessado em: 23 de setembro de 2008.

Segundo Camargo e Marx (2000), é também importante para o processo de recuperação adequada, proceder-se à classificação histológica das neoplasias de mama, isto porque, estão relacionadas como fatores prognósticos, assim como orientar para as decisões a respeito do tratamento. As principais classificações são:

A – Principais Tumores malignos epiteliais	
Não invasivos	Carcinoma ductal <i>in situ</i> (intraductal) Carcinoma lobular <i>in situ</i>
Invasivos	Carcinoma ductal infiltrante Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante Carcinoma lobular invasivo Carcinoma medular Carcinoma papilífero
B - Tumores mistos epiteliais mesenquimais	
Tumor filóide maligno Carcinossarcoma	
C - Tumores malignos diversos	
Sarcoma Angiossarcoma Linfoma Mieloma Melanoma maligno Carcinoma epidermóide	

Quadro 7 - Classificação dos Tumores de Mama

Fonte: UICC, 2008. Fonte: **INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER**. Disponível em:
<http://www.uicc.org>. Acessado em: 23 de setembro de 2008.

Abrão (1995) afirma que o câncer começa com transformações celulares malignas, e que estas transformações se efetuam por um processo celular trifásico chamado de carcinogênese: iniciação, promoção e progressão.

Segundo Menke et al. (2000), a carcinogênese é composta por múltiplos eventos que podem ser divididos em três fases:

- a) Iniciação: esta etapa envolve eventos genéticos desencadeados por fatores carcinogênicos. Pode ser dividida em ativação de proto-oncogenes e perda de bloqueio de genes supressores. Os proto-oncogenes são genes normais, envolvidos na multiplicação celular normal. Podem transformar-se em oncogenes por vários fatores genéticos, realizando então a síntese de proteínas que estimulariam o crescimento e a multiplicação celular de forma anormal;
- b) Promoção: esta fase está relacionada à associação de fatores hormonais, reações inflamatórias e fatores de crescimento, que são necessários como estímulos ao desenvolvimento do tumor;
- c) Progressão: etapa referente à capacidade de invasão, que se refere a propagação direta, no caso do câncer de mama, pela infiltração de células tumorais ao longo de ductos, diretamente através do estroma e do parênquima e de metastização, que se refere a propriedade que tem o tumor de se disseminar para outros órgãos e tecidos, através da corrente linfossanguínea.

Esses agentes ou fatores denominados de carcinógenos estão incluídos os vírus, agentes químicos, fatores genéticos ou familiares, fatores alimentares e agentes hormonais (BEREK et al, 2001).

Berek et al (2001) classificam os fatores que são responsabilizados pelo processo de carcinogênese em seis grupos: vírus; agentes físicos; agentes químicos; fatores genéticos ou familiares; fatores alimentares; e agentes hormonais.

Os vírus, segundo Abrão (1995), se incorporam à estrutura genética da célula, alterando-a, através de substâncias produzidas pelo próprio vírus, gerando células filhas mutantes, podendo assim, desencadear populações de células cancerígenas.

Para Menke et al (2000), os agentes físicos que se relacionam com a carcinogênese são: os raios solares, radiação, irritação ou inflamação crônicas e uso de tabaco. Outros autores como Teixeira e Nogueira (2003); Castro, Vieira e Assunção (2004) relatam que o uso do álcool, o consumo de alimentos e bebidas quentes, exposição a poeiras minerais

contribuem para o surgimento de neoplasias malignas. Para o INCA (Brasil, 2006), a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos são integrantes dos mecanismos de risco para o câncer de mama, assim como a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada.

Menke et al (2000); Teixeira e Nogueira (2003); Castro, Vieira e Assunção (2004) afirmam que a irritação e a inflamação também podem causar diversos cânceres. De acordo com os autores, as irritações prolongadas e as inflamações crônicas causam danos à estrutura celular, acarretando em uma diferenciação celular anormal que podem, por conseguinte, causar mutações.

Os agentes químicos formam um outro grupo de agentes causadores do câncer, que segundo Berek et al (2001) estão relacionados ao desenvolvimento de 85% de todos os cânceres. Dentre estes agentes, a fumaça do cigarro é responsável por 35% das mortes por câncer, com câncer de pulmão, cabeça e pescoço, esôfago, pâncreas, cérvix e bexiga. Os carcinógenos químicos incluem as aminas aromáticas, corantes de anila, hidrocarbonetos aromáticos e alifáticos clorados; arsênico, fuligem, sílica e pinche; asbestos; benzeno; noz da bétele e cal; cádmio; compostos de cromo; minério de níquel e zinco; compostos de berílio; e cloreto de polvinil. Estes agentes químicos produzem efeitos tóxicos alterando a estrutura do DNA, principalmente nos órgãos que possuem função de desintoxicação ou biotransformadores, como pulmões, fígado e rins (BRUNNER; SUDDARTH, 2000; CASTRO; VIEIRA; ASSUNÇÃO, 2004; MEDRADO-FARIA, 2001).

Os fatores genéticos são os principais causadores da formação do câncer. Estudos mostram que os fatores genético e familiar determinam qual adoecimento aquele ser humano terá através de suas relações. Esta informação faz parte de um estudo desenvolvido por Wunsch Filho (2002), concluindo que 90% dos adoecidos com câncer fumavam, mas apenas 20% dos fumantes, usuários por mais de 20 anos desenvolviam a doença, e que a maioria dos adoecidos com câncer tinham históricos de câncer na família.

Isso indica que o fator genético é um dos componentes para determinar qual adoecimento o ser humano está mais propenso, e dependendo como este ser humano percorre sua jornada nesta vida, determinará o aparecimento do adoecimento. Para Berek et al (2001), alguns tipos de câncer estão ligados diretamente a anomalias genéticas, como o linfoma de Burkitt, leucemia mielóide crônica, meningiomas, leucemias agudas, retinoblastomas, tumor de Wilms e cânceres de pele. E para as mesmas autoras alguns estão ligados com herança familiar, como os retinoblastomas, nefroblastomas, feocromocitomas, neurofibromatose

maligna, leucemias, e cânceres de mama, do endométrio, colorretal, do estômago, próstata e pulmão.

Os fatores alimentares também estão relacionados com o desenvolvimento do câncer e Lima, Fisbey e Slater (2003) nos informam que o excesso de consumo de gorduras tem sido relacionado ao câncer de mama. Outro estudo realizado por Teixeira e Nogueira (2003) conclui que o uso de dietas com altas concentrações de cloreto de sódio, nitratos, e nitritos contidos em alimentos defumados e fritos podem causar a ocorrência do câncer gástrico.

Os agentes hormonais, de acordo com Menke et al (2000), possuem papel fundamental para a iniciação e crescimento de determinados tumores. Relatos científicos afirmam que os distúrbios no equilíbrio hormonal agem estimulando cascatas de reações químicas alterando as funções celulares, e que este estímulo prolongado, gera em alguns seres humanos propensos, o desenvolvimento de tumores malignos. Estes hormônios, segundo as autoras podem ser produzidos pelo próprio organismo (endógenos) ou elaborados fora do corpo (exógenos). Os endógenos estão relacionados com câncer de próstata, mama e útero, que são dependentes destes tipos de hormônio para se desenvolver. Os exógenos, como os contraceptivos orais e tratamento de reposição hormonal têm sido associados com carcinomas hepatocelulares, carcinomas vaginais e câncer de mama (BEREK et al, 2001).

Estudos revelam que a visão da vida, como sofrimento, penitência, desamor são típicas de um grande número de pessoas adoecidas com câncer, pois vivem desesperançadas, sem coragem para realizar seus prazeres e seus desejos. Esta afirmação é explicada pelo fato de sucessivas repressões emocionais causarem modificações funcionais das energias da dimensão vital, que estão associadas as matrizes vitais, que por sua vez, estão integradas as funções da dimensão física, como por exemplo, o sistema imunológico, que também serão reprimidas. Quando o sistema imunológico falha no realizar da tarefa de eliminar células que crescem de modo anormal, há a probabilidade de desenvolver um câncer (GOSWAMI, 2006).

No entanto, pessoas aparentemente felizes, corajosas, também possuem predisposição para tal doença, isto porque o problema pode estar em sua instância tão íntima que acaba passando por despercebido. Para o mesmo autor, esses sentimentos e emoções também podem gerar a produção de hormônios que podem alterar o desenvolvimento ou predispor o organismo para o surgimento do câncer.

A urbanização causada pela industrialização, também tem sido relacionada com uma maior ocorrência do câncer. Vanzin (1997) afirma que o excesso de atividade em desequilíbrio entre as horas de trabalho, ausência de lazer e sono sem descanso e estresses, também fazem parte destes fatores.

Pode-se compreender que o conceito do câncer jamais pode deixar de estar vinculado ao ser humano adoecido em sua totalidade e também ao mundo em que vive.

1.7 **Mulher e as dimensões envolvidas no adoecimento com câncer de mama**

Nessa seção, o universo da mulher adoecida com câncer de mama será compreendido através das suas dimensões.

1.7.1 Mulher e o câncer de mama

De acordo com Barbosa (2002) e Vanzin (1997), o câncer é um dos problemas de saúde de caráter milenar, que não escolhe idade, raça, sexo, religião, ou classe social, é uma doença “democrática” e também “traíçoeira”, lembra a morte, e conseqüentemente o fim da vida, ou desta vida, de acordo com a religiosidade/espiritualidade ou crença de cada um. E lidar com tal percepção não é fácil, a maioria das pessoas não se sente confortável para falar sobre ela ou enfrentá-la. É uma fase da vida de grande impacto, não só sobre o ser acometido, mas também entre os que lhe são próximos. É um momento em que vêm à mente lembranças de alguém saudável, alegre que após um diagnóstico de câncer, partiu em meio a muito sofrimento.

Segundo Lima (2002, p.56), “o estigma que a sociedade carrega em relação ao câncer ainda é muito forte. Mesmo com as campanhas nacionais para favorecer a detecção precoce e o aumento da sobrevida global das mulheres, o câncer ainda está associado à morte”.

No universo do câncer de mama, surgem vários agravantes no processo de adoecimento, sinalizando um olhar diferenciado para as questões de sexualidade, feminilidade e gênero. Para Lima (2002, p.55), “a palavra ‘mama’ está muito ligada ao feminino: ‘mamar’, ‘amamentação’, ‘amamentar’. Essas palavras fazem lembrar a figura da mulher, da mãe”.

Para a mulher, enfrentar o câncer de mama é muito doloroso, não só no aspecto físico como no psicológico. As autoras Jesus e Lopes (2003) afirmam que em nossa sociedade, as mamas são fontes de prazer e estimulação sexual, além de possuírem uma simbologia de feminilidade e maternidade. Desta forma, percebe-se como o câncer agride a mulher e a sociedade, levando o adoecimento a um âmbito além do físico, ao social, ao espiritual e ao psicológico.

Segundo Maluf, Mori e Barro (2005), é no momento em que a mulher descobre que tem um nódulo na mama, que se dá início a um processo interno de dúvidas e incertezas, podendo ou não ser amenizadas pelos exames físicos e radiológicos. E havendo a confirmação de um tumor maligno, a mulher desenvolve um processo natural que pode ser iniciado com a

negação da doença, perpassando por estigmas e incertezas sobre a sua sobrevivência, até chegar à aceitação real do seu adoecimento (MALUF; MORI; BARRO, 2005).

Com a realização da mastectomia, o seu impacto não afeta somente a mulher, mas a família e seu grupo social; além disso, algumas mulheres se sentem culpadas, rejeitadas e perdem a feminilidade. Estes sentimentos de rejeição, de culpa e de perda da feminilidade são gerados pelos conceitos de sexualidade e gênero, gerados por nossa sociedade (JESUS; LOPES, 2003).

Para Lopes, Meyer e Waldow (1996), a discussão de sexualidade ganhou força, nas décadas de 60 e 70, proporcionada por produções intelectuais vindas do movimento feminista. Tais estudos traziam a discussão das relações sociais entre homens e mulheres, que até então, eram estabelecidas pelas bases da biologia.

A visão da formação da sexualidade feminina ainda fica muito ligada ao corpo e ao ato sexual. Porém de acordo com Penna (1997), a sexualidade apresenta como característica principal a sua complexidade; ela é “uma construção social que se articula em muitos pontos com as estruturas econômicas, sociais e políticas do mundo material” (PENNA, 1997, p.125). Para Chauí (1984), a sexualidade é polimorfa, polivalente, ultrapassa a fisiologia e tem a ver com a simbolização do desejo, ou seja, transcende a visão de apenas um contato genital entre corpos, levando em consideração o imaginário da mulher para a formação da sexualidade.

O conceito de gênero nasceu com uma definição anatômico-fisiológica, se referindo à identidade biológica de uma pessoa. Este conceito, na verdade servia para diferenciar a mulher do homem, colocando-a como inferior ao homem no aspecto anatômico-fisiológico, fundamentando assim a sua posição inferior em tal sociedade. Todavia, segundo as autoras Lopes, Meyer e Waldow (1996), a relação de gênero está ligada ao papel social, que é formado de acordo com a cultura e o costume da sociedade em que o homem e a mulher estão inseridos, traduzido na distribuição concreta de tarefas, na divisão do trabalho, na participação na vida política, na participação nas esferas decisórias, entre outras.

Porém, em nossa sociedade, a mulher continua a sofrer desigualdade, principalmente com relação ao conhecimento de si mesma. Na visão biológica, a diferenciação entre os sexos masculino e feminino é feita pela natureza. Segundo Beauvoir, em sua obra intitulada “O Segundo Sexo”, a sociedade paternalista utiliza as bases da biologia para exercer sua dominação sobre as mulheres. Essa visão de inferioridade do sexo feminino é defendida desde a antiguidade, “Aristóteles imaginava que o feto é produzido pelo encontro do esperma com o mêsruo; nessa simbiose a mulher fornece apenas uma matéria passiva, sendo o princípio masculino, força, atividade, movimento, vida” (BEAUVOIR, 1949, p. 29).

É neste sentido que os fatores de recuperação do câncer não devem ser direcionados apenas para a remoção do tumor, ou seja, da concretização do câncer, mas de todo o adoecimento gerado pela doença. Em outras palavras, a cirurgia em si, muitas vezes, não recupera totalmente a mulher do câncer, apenas elimina o tumor, permanecendo a dor, a auto-destruição, a parte do câncer que se encontra no âmbito psicológico, espiritual e social. Logo, o câncer de mama é uma doença que se inscreve no feminino, pois figura no universo da mulher.

1.7.2 Enfermagem no cuidado com mulheres adoecidas com câncer de mama.

O cuidado é, sem dúvida, uma virtude da vida. E como constituintes e participantes desta, o ser humano é o próprio cuidado, afirma Boff (1999, p.33):

[..] mais do que um ato; é uma atitude. [...] um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Em outras palavras, uma atitude de ocupação, preocupação de envolvimento afetivo, que pertence à atitude do cuidado, que se encontra na raiz do ser humano, por ser ele o próprio cuidado singular e na sua essência.

E sendo o cuidado a essência da Enfermagem, o ser humano é o seu existir. Portanto, é na Enfermagem que o ser humano busca informação, o suporte emocional, segurança, conforto, higiene (VANZIN, 1997). E em se tratando das mulheres adoecidas com câncer de mama, Camargo e Souza (2003, p.116) relatam que as mesmas “desejam compartilhar com a enfermeira suas dúvidas, angústias, tristezas, e neste compartilhar, esperam o suporte necessário para enfrentar o seu adoecimento e seu tratamento”. Para isso, os profissionais de enfermagem devem estar disponíveis, possuir uma atitude de aceitação, de escuta e de criação de um ambiente terapêutico (VANZIN,1997).

Todavia, o ser humano vive em uma constante relação consigo mesmo, com o outro e com o cosmos. Nesta perspectiva, o processo de adoecimento influencia não só o próprio ser adoecido, mas também quem lhe é próximo, sua família, amigos, comunidade. Logo, o cuidado também deve ser extensivo à família e à comunidade, como afirmam Vieira e Queiroz (2006). Segundo Vanzin (1997), este cuidado deve permitir a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliar o paciente e familiares a identificar e mobilizar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da família; fornecer informações e esclarecer as percepções do paciente e familiares; auxiliar na busca de soluções dos problemas relacionados aos tratamentos; permitir que o paciente e familiares tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar a pessoa ao auto-cuidado dentro do possível.

Com este intuito, Batista (2006, p. 55) nos exemplifica:

Sempre aprendi na vida acadêmica, o tratamento adequado para úlceras gástricas, tipos de alimentos permitidos ou não para cada doença, ação bioquímica de alimentos x, y ou z, mas até hoje nunca aprendi dentro da universidade o remédio mais simples e de fácil aquisição para a maioria das doenças: o ouvir e o falar. Aprendi na vivência que ouvir, mostrar amizade, deixar nossa intuição gerar perguntas e pequenos comentários era capaz de gerar mudanças nas pessoas e nas famílias.

Este discurso aponta que o cuidado nem sempre requer grandes tecnologias, mas um aprender a olhar e a escutar com sensibilidade, pois segundo Crema (2007), a visão é a véspera do conhecimento e o escutar antecedente do compreender.

É com este olhar, aberto às emoções e à intuição, que a escuta captará informações mais transcendentais, permitindo, na concepção psico-somático-noético-pneumático, uma melhor compreensão do ser humano. Esta afirmação pode ser compreendida na fala a seguir.

A experiência desse dia me fez refletir como será minha conduta no futuro quando estiver formada, ao mesmo tempo que deixou-me esperançosa pela possibilidade de poder fazer parte de um grupo que pretende revolucionar o que existe. E o início estava ali, na mudança de atitude com relação ao meu posicionamento enquanto profissional de saúde. Este não possui o controle da situação, seu conhecimento acadêmico não o reveste de um poder que torne as pessoas assistidas em meros cumpridores de recomendações, sem ao menos considerar sua história de vida. É por demais valioso ser acolhido e saber acolher a pessoa como um todo, e para que isso ocorra é preciso deixar-se sensibilizar e agir com base em algo que a racionalidade não proporciona, que é a emoção (PEREIRA, 2006, p.202).

O cuidado possui outras dimensões, como a contemplativa consciencial ou de religiosidade/espiritualidade (CREMA, 2007). E o profissional, com seu olhar e escuta, deve valorizar esta dimensão. Segundo Jaramillo-Vélez (2005), os fatores espirituais auxiliam a mulher/ser humano a se tornar um ser resiliente. E para corroborar com a afirmativa do autor, Dossey (1999) defende o uso da oração na medicina, pois, segundo Silva (1997), aquela autora apresenta estudos que demonstram que uma simples atitude de devoção, somada com os sentimentos de empatia, totalidade, cuidado e de compaixão por alguém necessitado, encaminha para o processo de recuperação, a cura.

Entender a religiosidade/espiritualidade como apenas um aspecto que deve ser respeitado ao cuidar e tratar do ser humano, pode ser um grande erro; é necessário estimular, valorizar. Este aspecto é tão transcendente que ultrapassa os limites da sua própria dimensão. Penetra nas demais e possibilita integrar o ser humano em busca de conhecer a si mesmo e o mundo. E esse auto-conhecimento torna possível, aos seres humanos, homem, mulher, criança, adolescente, adulto e idoso, adentrar pelos conhecimentos mais profundos, permitindo valorizar e compreender que a família, amigos, a natureza, a emoção, os sentimentos, a fé, a oração, os remédios, a tecnologia são igualmente importantes para reconstituí-los. E é desta forma, que a dimensão religiosidade/espiritualidade ou contemplativa consciencial integra o ser à vida, pois compõe o sagrado. Segundo Weil, D'Ambrosio e Crema (1993), a arte, a filosofia, a ciência e a religiosidade não se separam,

são completamente integradas em torno da expressão e da apreensão do sagrado. E Pereira (2006, p.204), novamente, compartilha do seu pensar sobre o cuidar, na dimensão espiritualidade/ religiosidade.

É difícil para os profissionais declarar estes aspectos da espiritualidade no seu dia-a-dia. Mas como não considerá-los se, para mim, eles permeiam as minhas atitudes e o modo como me relaciono com as outras pessoas? Na verdade, até há pouco tempo temia falar sobre as experiências que a comunhão com Deus permitiam. O que vivencio através da minha fé, em crer na existência de Deus e no seu amor por nós, renova minha alegria e o prazer de servir através do cuidar, o que permite que eu seja mais humilde, tenha mansidão e consiga ouvir, mais do que dar orientações. O que deixa profundas marcas no meu coração. Então, por que não falar sobre o que é a motivação do meu cuidar?

Para Camargo e Souza (2003), o pensar atual em oncologia é pensar em recuperação com qualidade de vida, de morte e do processo do morrer, através da educação, provendo suporte psicossocioespiritual, administrando a terapia recomendada, selecionando e administrando intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando da reabilitação e provendo conforto e cuidado.

Portanto, segundo Crema (2002) cuidar do ser é abrir espaço entre nós, para que a dança de encontro autêntico possa se processar e nos transformar. Cuidar do ser é ser capaz de silêncio e de inocência, além das projeções mentais, pois é através de um vazio fértil conquistado, como oco de um bambu que se faz flauta, que a melodia da vida ressoa e as forças curativas da natureza atuam. Cuidar do ser é se abrir para esta presença, este espaço misterioso e incapturável, onde nossos olhares se encontram. E como exemplo final deste cuidar, Vasconcelos (2006, p.73-74) nos brinda com seu depoimento:

[...] Lá vou eu para a reunião do Clube das Amigas da Mama – grupo de mais ou menos quarenta senhoras que têm ou tiveram câncer de mama. [...] É chegada a hora. Meio nervoso vou me pintando e literalmente me transformando numa criatura que mesmo eu nem conhecia. É o palhaço Atchim! [...] Entro como um raio dando uma extensa e alegre gargalhada e disse: Alô meninas!!! – O susto foi geral! Os olhos das “meninas” brilhavam! Pareciam crianças paralisadas por uma magia solta no ar e por eternos segundos o tempo parou. Vi os olhos lacrimejando de emoção e logo peguei o primeiro objeto contido na caixa para começarmos a atividade. [...] a cada fala das integrantes do grupo fui encantado por um sentimento tão amoroso, tão fraterno que meus olhos transbordaram minha felicidade em lágrimas e sentia minha maquiagem desmanchando como se minha alma estivesse realmente se enchido de luz, de uma força maior que tudo que já havia sentido... é o AMOR.

Na teoria do cuidado transpessoal, o amor é parte integrante do cuidado, amplificando a atitude de cuidar. Essa forma de externar este sentimento torna propícia a realização da coexistência, e esse ato de acolher o outro estabelece as condições para que se instaure o cuidado como o mais alto valor da vida (WATSON, 2005).

2 METODOLOGIA

Neste caminhar de construção do conhecimento acerca do objeto e dos objetivos expostos nas considerações iniciais, a utilização adaptada da perspectiva metodológica transdisciplinar facilitou a integração e a tomada de consciência sobre os diversos níveis de realidade envolvidos na apreensão do objeto de estudo.

Portanto, a metodologia é permeada pela estética inovadora do embasamento filosófico-metodológico da transdisciplinaridade e, sendo assim, é dividida em dimensões, sendo aplicados os diversos níveis de realidade descritos por Gustavo Korte (2004).

Neste momento, apresentarei de forma adaptada, as dimensões que compõem a perspectiva metodológica desenvolvida por Silva (2007), um grande ciclo de construção do conhecimento. Segundo o mesmo autor (2007, p.20) são elas: afetiva, conceitual, estratégica, conceptiva, cognitiva e efetiva.

A perspectiva parte do olhar de um sujeito que se coloca com a disposição de atuar de forma transdisciplinar. O que se vê na perspectiva são dimensões de realidade e de percepção, através das quais o sujeito irá construir suas zonas de transição sem resistência. Existe uma hierarquia nestas dimensões que, uma vez construídas, desaparecem. Esta ordem é exigida pela coerência da dialógica ternária, já que o terceiro incluído está sempre no nível dimensional superior. A retroatividade acontece na medida que o sujeito ascende de uma dimensão a outra. O fechamento do ciclo – sempre garantindo a abertura de novos - acontece com a construção da relação entre a efetividade dos resultados e a afetividade das pessoas que participaram e/ou foram objeto da ação.

2.1 Dimensão afetiva

A primeira dimensão deste grande ciclo de construção do conhecimento é a afetiva. E para esclarecer esta ordem de iniciação, Silva (2007, p.22) argumenta:

Primeiro porque o racional somente não convence, é insuficiente. Precisamos de um novo ponto de partida. Segundo porque a transcendência é a primeira exigência do transdisciplinar. E não se transcende pelo racional. Terceiro porque a finalidade intrínseca do trans é o *religare* do conhecimento. Não podemos recomeçar pela mesma capacidade analítica e disjuntiva, dada pelo racional. O ponto de partida, portanto, são as emoções e nossa capacidade autopoietica de emocionar o outro e nos emocionar.

A dimensão afetiva é construída através de três abordagens: a cooperativa, a estética e a cognitiva. A primeira produz um emocionar que pretende integrar o sujeito ao universo, ao ambiente e aos demais seres humanos. “A segunda produz um emocionar voltado para o reconhecimento da estética, do acoplamento estrutural do sujeito com o seu ambiente, através dos conceitos de essência, criatividade e estética”, e a terceira abordagem um emocionar expresso pela subjetividade do sujeito pesquisador (SILVA, 2007, p.22).

Assim, através dessa dimensão, durante o momento de construção da pesquisa, em especial, da análise das informações coletadas busquei articular as questões

emocionais/afetivas, intuitivas, filosóficas, artísticas, espirituais e de religiosidade que permearam o objeto de estudo.

2.2 **Dimensão conceitual**

A dimensão conceitual se caracteriza pela integração dos diversos conceitos-chave, na tentativa de proporcionar e ampliar a integração das emoções ao processo cognitivo de construção do conhecimento. “Ao participar da construção de cada conceito e sua respectiva era histórica, o participante tem a oportunidade de aportar todo o conhecimento específico de seu universo disciplinar, cujas essências integram os diversos níveis de realidade” (SILVA, 2007, p. 23). Foi com este intuito que no tópico a seguir se definiu o tipo de estudo, construindo tais conceitos.

2.2.1 Tipo de estudo

O estudo foi do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, à luz da concepção teórico-metodológica transdisciplinar.

Segundo Waldow (1998), as pesquisas em enfermagem estão sendo direcionadas para abordagens mais humanas Leopardi (2001, p.224), por sua vez, afirma que “a pesquisa em saúde é um aprender a perceber, a sentir e a pensar”.

Considerando a afirmativa destas pesquisadoras e enfermeiras, há muito que avançar para aprender a perceber, a sentir e a pensar na pesquisa, tornando-a uma abordagem humana que dê conta de compreender parte da imensa complexidade que é o ser humano e suas relações.

Foi neste sentido que o estudo se apropriou da pesquisa qualitativa, que, para Polit e Hungler (1995, p.270), se caracteriza como holística e naturalista: “Os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”. E Minayo (2000) acrescenta que a pesquisa qualitativa requer flexibilidade, abertura, capacidade de observação e de interação dos pesquisadores com os sujeitos envolvidos.

Para permitir o estudo das relações existentes no processo de vida do ser humano, assim como a sua descrição, este projeto seguiu o pensamento das pesquisas descritivas. Segundo Gil (1999, p.44) “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Assim, para garantir a flexibilidade, a abertura, a capacidade de observação e de interação, de aprender a perceber, a sentir e a pensar, com o pesquisador e com os sujeitos envolvidos, a concepção teórico–metodológica transdisciplinar foi a proposta.

O objetivo da transdisciplinaridade é de reintegrar o conhecimento, fragmentado em científico, de religiosidade/espiritualidade, filosófico e artístico, pelo paradigma vigente (WEIL, D'AMBROSIO; CREMA, 1993).

Foi este princípio que a construção do caminho para o conhecimento seguiu. Um caminhar que, mesmo planejado, esteve aberto para sua reconstrução a cada momento, a cada transformação.

2.3.1 Dimensão estratégica

A dimensão estratégica é uma metodologia resultante da interação de duas técnicas, ambas para permitir que os conceitos anteriores atinjam seus objetivos. São elas: a elaboração do diagnóstico estratégico, um “elemento analítico dialógico fundamental”; e a formulação de estratégias, um elemento logístico, composto por técnicas criativas (SILVA, 1999, p. 24). Esta dimensão teve como função criar as estratégias de aplicabilidade dos conceitos construídos na dimensão anterior.

Para criar estas estratégias, utilizou-se dois instrumentos; o diagnóstico estratégico e a formulação de estratégias da pesquisa.

No diagnóstico estratégico, o objetivo foi estudar o cenário da pesquisa e o sujeito que nele habitava, com os conceitos que foram produzidos na dimensão conceitual.

Os tópicos a seguir buscaram as características dos sujeitos e do cenário da pesquisa, que foram determinados pelos diversos conceitos acerca do objeto e dos objetivos da pesquisa. Em seguida, será apresentado o tópico das estratégias da pesquisa.

2.3.1 Cenário do estudo

O campo de pesquisa foi um hospital universitário de grande porte, que envolve um complexo de assistencial terapêutico e diagnóstico extenso, situado no município do Rio de Janeiro. Optei por desenvolver o estudo em três cenários distintos dentro desse complexo hospitalar, devido à complexidade do objeto de estudo. Sendo assim, apresento as características dos três cenários:

1. O primeiro cenário foi o “ambulatório de quimioterapia”, destinado a realizar a administração dos quimioterápicos para o controle do câncer, e todos os cuidados inerentes a esta terapêutica medicamentosa;

2. O segundo cenário foi o “ambulatório de radioterapia”, destinado a realizar a administração das doses de radiação para o controle do câncer, e todos os cuidados inerentes a esta terapêutica radioionizante;
3. O terceiro cenário foi o “ambulatório de ginecologia”, que realiza acompanhamento das mulheres recuperadas do adoecimento com câncer de mama, além dos casos iniciais e em tratamento.

Desenvolvi a pesquisa nos ambulatórios com o intuito de obter um banco de dados das clientes, onde se puderam captar as informações necessárias para a pré-seleção dos sujeitos da pesquisa e posteriores contatos com os sujeitos selecionados.

2.3.2 Sujeitos da pesquisa

Fundamentado na perspectiva filosófica-metodológica aqui explicitada, dois grupos de mulheres foram alvo de investigação. O primeiro caracterizado pelas mulheres recuperadas do câncer de mama; e o segundo caracterizado pelas mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao câncer de mama. Cabe ressaltar, que se considerou como prognóstico desfavorável a presença de metástase e/ou recidiva do tumor e/ou surgimento de outro(s) tipo(s) de tumor(es).

Para a realização da pesquisa foram escolhidos oito sujeitos por grupo. O número dos sujeitos foi definido pela saturação dos dados emergidos durante a organização e análise dos dados.

Para a pré-seleção dos sujeitos da nossa pesquisa, alguns critérios de inclusão foram utilizados, excluindo da pesquisa aqueles sujeitos que não estiveram de acordo com tais critérios. Estes critérios foram necessários para eliminar alguns fatores de interferência na pesquisa, o que foi detalhado em cada critério. Foram eles:

- Mulheres consideradas recuperadas pela equipe médica, do câncer de mama (GRUPO 1- G1).

Os critérios de inclusão foram:

1. Estar no período de sobrevida livre de doença, compreendido após os primeiros cinco anos de tratamento, pela equipe médica do serviço no qual foi atendida;
2. Ser voluntária na participação da pesquisa. Este critério foi estabelecido para atender à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – C.N.S.;
3. Ter sido acometida, no início do tratamento, do tumor de câncer de mama no estadiamento IIIa e IIIb. Como o estadiamento também influencia no processo de sobrevida livre de doença das mulheres com câncer de mama, acreditou-se

que seria importante limitar este estadiamento, na tentativa de homogeneizar ao máximo o estado da dimensão biológica das mulheres deste grupo. Assim, também se teria maior capacidade de avaliar a atuação da resiliência no processo de recuperação.

- Mulheres consideradas pela equipe médica com prognóstico desfavorável no combate ao tumor de câncer de mama, sabendo ou não do seu prognóstico (Grupo 2 – G2).

Os critérios de inclusão foram:

1. Ter um prognóstico desfavorável no combate ao tumor de câncer de mama;
2. Ser voluntária para participar da pesquisa. Este critério foi estabelecido para atender a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - C.N.S.;
3. Ter sido acometida, no início do tratamento, do tumor de câncer de mama no estadiamento IIIa e IIIb. Este critério também tem a mesma justificativa do item apresentado acima.

Após aprovação do projeto por uma banca examinadora, ele foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto obtendo parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa, com o número de registro 2112 (Anexo).

Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - C.N.S. foi assegurado o anonimato dos depoentes através da substituição dos nomes oficiais por nomes populares de lagartas seguido das siglas: G1 (Grupo 1) ou G2 (Grupo 2), referentes a cada grupo de sujeitos. Para o grupo G1, os nomes escolhidos foram: Ambira; Curuquerê; Lagarta de Fogo; Mede-Palmo; Elasmó; Minadora; Sauí e; Tapuebá. Para o grupo G2 foram: Beiju; Lagarta Militar; Lagarta-rosada; Manduvá; Processionária; Rugas; Bicho Cabeludo; Taturana.

A explicação pela escolha de nomes de lagartas para referenciar os sujeitos foi feita devido à capacidade de transformação que a lagarta possui de se tornar um ser delicado e primoroso como a borboleta, a imagem da alma, explicação que também se refere ao processo de resiliência que é transformado dinamicamente a partir das experiências de vida.

Para os autores Suchman e Matthews (2004), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao informar os sujeitos sobre a pesquisa, dá importância à autonomia do ser humano, paradigma estabelecido principalmente com o advento da Bioética. Sendo assim, foi apresentado aos sujeitos da pesquisa, no momento da aplicação das técnicas de coleta dos dados, este termo, o qual se encontra identificado nos Apêndices desta pesquisa como Apêndice A.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - C.N.S (1998, p.110):

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

2.3.3 Técnica de coleta dos dados

A estratégia escolhida como técnica de coleta dos dados foi a entrevista semi-estruturada. Esta técnica proporcionou aos sujeitos e ao pesquisador uma relação de empatia, emergindo o desconhecido, ou o que não é possível compreender somente pelos níveis pragmático, racional e empírico. Permitiu ainda que os sujeitos expressassem através de diversos níveis de realidade e de consciência.

Segundo Ludke e André (1986), a entrevista semi-estruturada é direcionada por um roteiro de perguntas, permitindo que o pesquisador formule outras para o aprofundamento, ou melhor direcionamento da mesma. Polit, Beck e Hungler (2004) salientam que neste tipo de entrevista a função do entrevistador é de encorajar os participantes a falar abertamente sobre todos os tópicos do roteiro, garantindo que a coleta dos dados seja eficaz.

O instrumento de coleta dos dados referente à entrevista do primeiro grupo – G1 (Apêndice B) constou de nove perguntas e do segundo grupo –G2 (Apêndice C) constou de oito perguntas.

Buscando apreender o objeto de estudo e atingir os objetivos, cada instrumento de coleta das informações possuiu perguntas relacionadas a três importantes períodos de vida das mulheres em processo de recuperação e adoecimento com câncer de mama:

- O primeiro foi referente à sua vida antes do adoecimento, começando do seu nascimento até momentos antes da descoberta do adoecimento;
- O segundo período investigado nos instrumentos compreendeu todo o processo de adoecimento; da descoberta do adoecimento ao momento anterior a informação de sua recuperação biológica pela equipe médica. Para as mulheres do segundo grupo, que ainda se encontravam em processo de recuperação, o período é da descoberta do adoecimento até os dias atuais;
- O terceiro período equivaleu para o primeiro grupo, o momento da informação de sua recuperação biológica pela equipe médica até os dias atuais. E para o segundo grupo, o período compreendeu a sua perspectiva futura de vida.

O gravador e o aparelho de MP3 foram utilizados como instrumento de registro das informações obtido durante a aplicação da entrevista, que foi devidamente informado aos sujeitos da pesquisa, antes da aplicação da técnica.

Com a formulação das estratégias, foi possível garantir a aplicabilidade dos conceitos transdisciplinares na pesquisa.

2.4 Dimensão conceitual

Na dimensão conceitual, o objetivo é aplicar as estratégias formuladas anteriormente, em um espaço transdisciplinar, permitindo o surgimento de dados para a construção posterior de conhecimentos transdisciplinares. Para tal função, duas etapas são necessárias: a concepção dimensional da pesquisa, caracterizada pela identificação de dimensões ou formas de aplicabilidade das estratégias, construídas na dimensão anterior, em um espaço transdisciplinar. A segunda característica é o detalhamento das dimensões ou formas de aplicabilidade identificadas (SILVA, 2007). Vale ressaltar que a aplicabilidade dessas estratégias precisou estar imbuída de uma consciência aberta a outros níveis de realidade, pois a preocupação era não privilegiar somente os conceitos tradicionais, mantendo-se a coerência com as concepções transdisciplinares, ou seja, uma consciência mais ampla acerca do objeto de estudo.

Foi com este nível de abertura de consciência, o qual envolveu a intuitividade, a amorosidade, o misticismo, e tantos outros níveis, que apliquei as estratégias formuladas, captando os dados necessários a esta pesquisa transdisciplinar; que pela consciência, tão somente nos níveis racional, empírico, e pragmático seriam impossíveis de captar, compreender, enxergar o objeto proposto.

2.4.1 Procedimento de organização da coleta dos dados

É nessa perspectiva, que após o aceite do Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da instituição, procedi à coleta dos dados, organizados da seguinte forma:

- a) Entrei em contato pessoalmente com o setor de treinamento de enfermagem, responsável pelo encaminhamento das pesquisas de enfermagem na instituição, para o desenvolvimento do meu estudo a fim de tomar as providências necessárias à aplicação das técnicas de coleta das informações;
- b) Após cumprir todas as exigências determinadas pelas instituições, contactei as chefias de enfermagem dos ambulatórios, e apresentei o projeto de pesquisa, buscando com esse procedimento a ajuda necessária para a coleta das informações, além de ter garantido um local para a realização das técnicas de coleta das informações. No entanto, cabe ressaltar que os sujeitos da pesquisa

tiveram participação também na escolha do local de coleta, ou seja, em espaço físico em que as mulheres se sentissem mais à vontade;

- c) Os dados referentes à escolha dos sujeitos foram recolhidos dos prontuários, e quando alguns dos dados não se encontravam contidos nestes documentos, a equipe médica e de enfermagem eram consultadas;
- d) Após a pré-seleção das mulheres, de acordo com os critérios descritos no tópico sujeitos da pesquisa, entrei em contato por telefone ou pessoalmente, identifiquei-me e as convidei a participar da pesquisa, informando-as sobre os objetivos da pesquisa e sobre quaisquer outras informações a respeito do estudo;
- e) Após a preparação das depoentes, as mesmas receberam, novamente, todas as informações sobre os objetivos do estudo, e tomaram ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que foi assinado por ambos, pesquisador e depoente;
- f) Obtida a autorização, foi proposto iniciar a entrevista, seguindo dois instrumentos, um para cada grupo a ser pesquisado, respeitando as diferenças existentes entre eles (Apêndice B e C);
- g) Os dados foram coletados de acordo com sua natureza, ou seus níveis de realidade, ou seja, além dos dados gerados pela transcrição das fitas, outras informações importantes foram registradas: as expressões corporais, as atitudes, o acolhimento, as emoções emergidas naquele momento de relação, enfim todas as informações percebidas pelo pesquisador;
- h) Terminado a aplicação da técnica de coleta das informações, agradei a contribuição e, quando as mulheres necessitavam de outras informações, ou de uma escuta fora do âmbito da pesquisa, estive pronto a atendê-las dentro de minhas possibilidades. As informações em sua maioria se relacionavam à reconstituição da mama.

2.5 Dimensão cognitiva

A dimensão cognitiva é referente à construção de conhecimentos, conhecimentos estes que surgirão a partir dos dados extraídos na dimensão anterior. No entanto, estes conhecimentos terão que ser elaborados com rigor científico, tolerância a diversidades e abertura a diversos níveis de realidade. Neste sentido, de acordo com Silva (2007, p.25), esta dimensão é elaborada através dos seguintes aportes: o epistêmico, caracterizado pela

fundamentação paradigmática transdisciplinar; o pedagógico, que se caracterizou pela constante aprendizagem e produção coletiva e individual do conhecimento, proporcionada pelas informações, sentimentos e emoções geradas durante a técnica de coleta dos dados; e o metodológico, que garantiu o rigor necessário para a produção do conhecimento, que foi composto pelos passos que serão descritos a seguir.

2.5.1 Procedimento de organização dos dados

Em conformidade com a dimensão cognitiva, este tópico organizou as informações coletadas durante a aplicação das técnicas de coleta, sobre a ótica da concepção teórica transdisciplinar e da perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2000). Neste momento, todas as informações adquiridas, fossem elas racionais, intuitivas, amorosas, pragmáticas, místicas, céticas ou empíricas, foram valorizadas e organizadas para a elaboração da análise e da categoria integradora, explicitada mais adiante.

Os procedimentos de organização dos dados transcritos ocorreram em três momentos:

1. O primeiro, de ordenação dos dados, quando foram agrupados os depoimentos das entrevistadas, com posterior leitura flutuante e depois leitura minuciosa, em conjunto com os demais dados dos registros, atentando para captar os diversos níveis de realidades existentes e, a seguir, organização do material;
2. O segundo momento foi de codificação e classificação dos indicadores ou descritores, que foram agrupados por semelhança ou sentido, para facilitar a posterior designação das subcategorias e categorias temáticas. Foi sem dúvida um período que permitiu emergir todas as emoções, os sentimentos, a intuitividade, imprimindo na organização o diferencial da pesquisa transdisciplinar. É um período complexo, pois o racionalismo e o rigor científico também coexistiram;
3. O terceiro momento, após a etapa de organização, correspondente à pré-análise e ao tratamento do material, cada grupo de significados recebeu um nome que melhor representasse a subcategoria. A partir dos agrupamentos das subcategorias, foi elaborada a categorização final, posteriormente, realizada a elaboração do termo de interação.

2.6 **Dimensão efetiva**

A dimensão efetiva surge, neste estudo, com o objetivo de efetivar a construção de conhecimentos transdisciplinares. Os conhecimentos produzidos na dimensão anterior com

rigor, tolerância e abertura, só seriam considerados transdisciplinares, se integrados, possibilitassem a superação dos dualismos formados entre objeto e sujeito, análise e síntese e construção do conhecimento tradicional e de abertura.

Os dados organizados, advindos das falas da técnica de entrevista, foram analisados através da perspectiva da análise de conteúdo de Bardin.

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2000, p.38).

Em complementação, Bardin (2000, p.117) argumenta que:

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por agrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

A mesma autora (2000, p.118) acrescenta que: “Classificar elementos em categorias , impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles”.

Portanto, compreender o ser humano de forma sempre global e holística é ir em busca de unificar suas dimensões complexas, estas dimensões que se interpenetram e se ultrapassam, em um movimento dinâmico; que integram o ser humano a si mesmo e ao universo.

Seguindo este constructo, nos centramos em analisar de forma crítica, e com uma concepção transdisciplinar, os dados emergidos das falas das depoentes foram classificados em quatro categorias, com as suas respectivas subcategorias.

Categoria 1 – Contextualização do processo de ser de mulheres adoecidas com câncer de mama implicadas na construção da resiliência

Subcategoria 1.1 - Experiências de ser na infância

Subcategoria 1.2 – Experiências de ser na adolescência

Subcategoria 1.3 - Experiências de ser na vida adulta

Categoria 2 – Expressão da resiliência no processo de adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 2.1 - Expressão da resiliência no período da descoberta do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 2.2 – Expressão da resiliência no período do tratamento do adoecimento com câncer de mama

Categoria 3 - Expressão da resiliência no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 3.1 – Processo de recuperação segundo mulheres adoecidas com câncer de mama

Subcategoria 3.2 – Mecanismos de proteção e coping frente aos efeitos biológicos experimentados durante o processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 3.3 – Influência da dimensão espiritualidade-religiosidade no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 3.4 - Influência da dimensão social no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 3.5 – Influência da dimensão psicológica no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 3.6 – Influência do amor no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Subcategoria 3.7 – Influência da dimensão onírica no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Categoria 4 – Expressão da resiliência no processo de vida

3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A análise das informações será iniciada com a descrição do perfil das depoentes do estudo. Essas informações foram obtidas através da entrevista semi-estruturada, de acordo com o grupo específico. Desta forma, para o grupo caracterizado como G1, o roteiro da entrevista constava de: pseudônimo, idade atual, idade do adoecimento, tempo de recuperação, existência de filhos, existência de câncer de mama na família, religião, menarca e aborto. O roteiro da entrevista do grupo G2 constava de: pseudônimo, idade atual, idade do adoecimento, existência de filhos, existência de câncer de mama na família, religião, menarca e aborto. Além destas descrições, foram acrescentados o estadiamento e o tipo de câncer de mama, ambos coletados nos prontuários das referidas depoentes.

Do total de 16 depoentes, 08 (50,00%) mulheres constituíam o grupo G1 e 08 (50,00%) o grupo G2. Para melhor análise, os perfis serão apresentados ora por grupos, ora comparando-os.

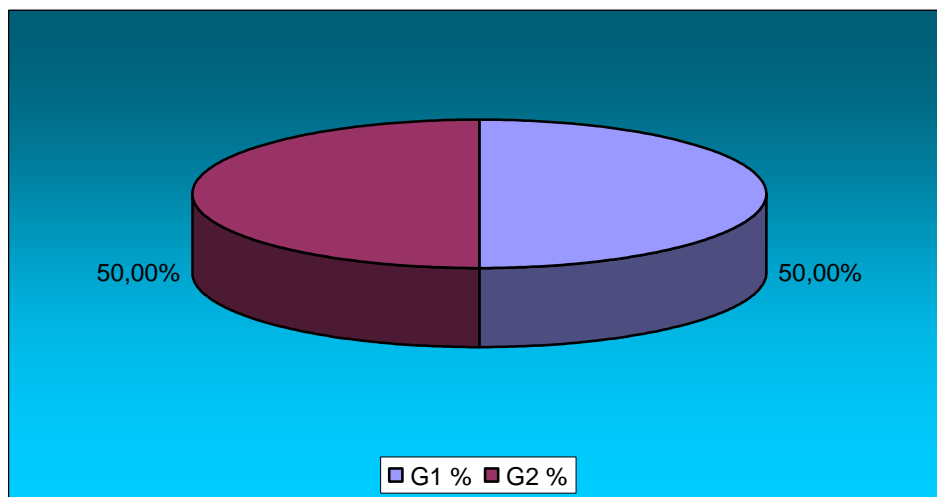


Gráfico 1 - Distribuição percentual das depoentes por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Das 08 (100,00%) depoentes do grupo G1, 05 (62,50%) possuíam a religião evangélica, 02 (25,00%) eram católicas e 01 (12,50%) umbandista. Do grupo G2, 05 (62,50%) possuíam a religião evangélica e 03 (37,50%) a católica.

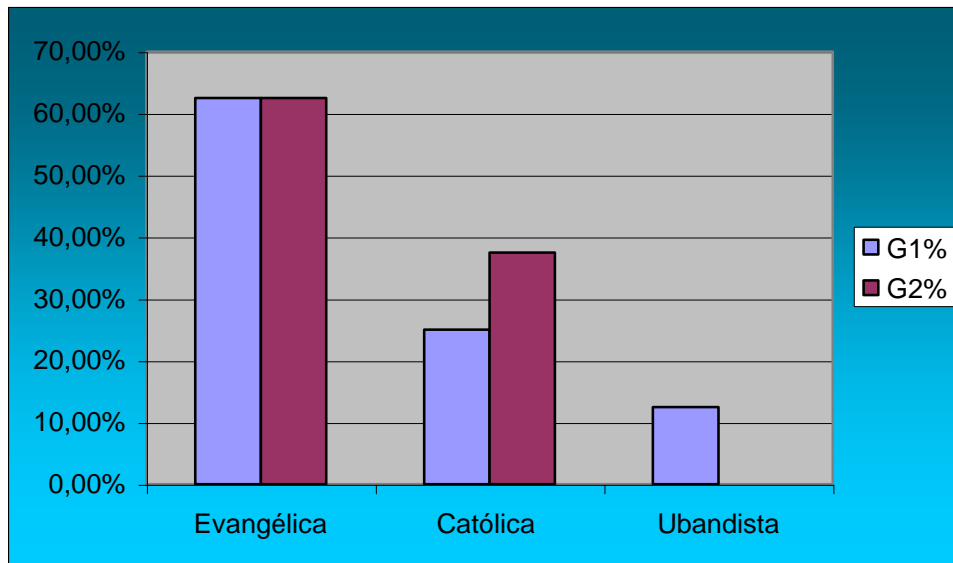


Gráfico 2 - Distribuição percentual das depoentes por tipo de religião e por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Das 08 depoentes do G1, todas se encontravam fora do período compreendido entre os cinco primeiros anos após o tratamento, estando de acordo com os critérios de inclusão.

No caso do grupo G2, 08 (100,00%) depoentes encontravam-se com prognóstico desfavorável com câncer de mama, segundo critério médico. Dentre as 08 (100,00%) depoentes do grupo G2, 01 (12,50%) possuía metástase cerebral; 01 (12,50%) possuía metástase hepática; 04 (50,00%) possuíam metástase óssea e; 02 (25,00%) possuíam recidiva do câncer de mama. Portanto, as depoentes do grupo G2, também estavam de acordo com os critérios de inclusão. Vale ressaltar que a depoente que apresentava metástase cerebral encontrava-se com sua capacidade cognitiva e de orientação no tempo e no espaço preservadas.

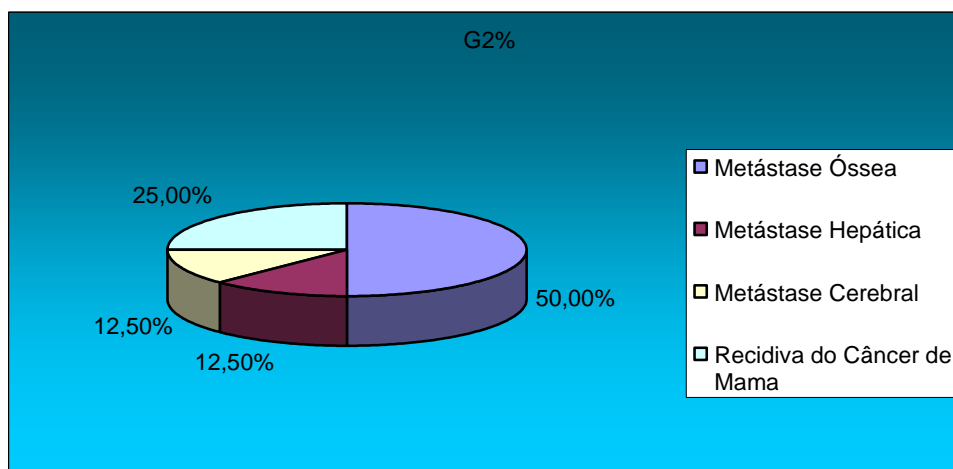


Gráfico 3 – Distribuição das depoentes do grupo G2 por metástase e recidiva do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2008.

A idade média na qual foi feito o diagnóstico de câncer de mama nas mulheres inseridas no grupo G1 foi de 46,40 anos (amplitude 39,00 a 60,00 anos), com mediana de 40,00 anos. Para o grupo G2, a idade média foi de 50,75 anos (amplitude 30,00 a 73,00 anos), com mediana de 45,00 anos. Estes resultados foram semelhantes ao das mulheres estudadas por Abreu (2002), que foi de 52,90 anos, e menor que a encontrada no estudo de De Moraes, Alban e Costa (2005), que foram respectivamente de 61,00 e 56,90 anos.

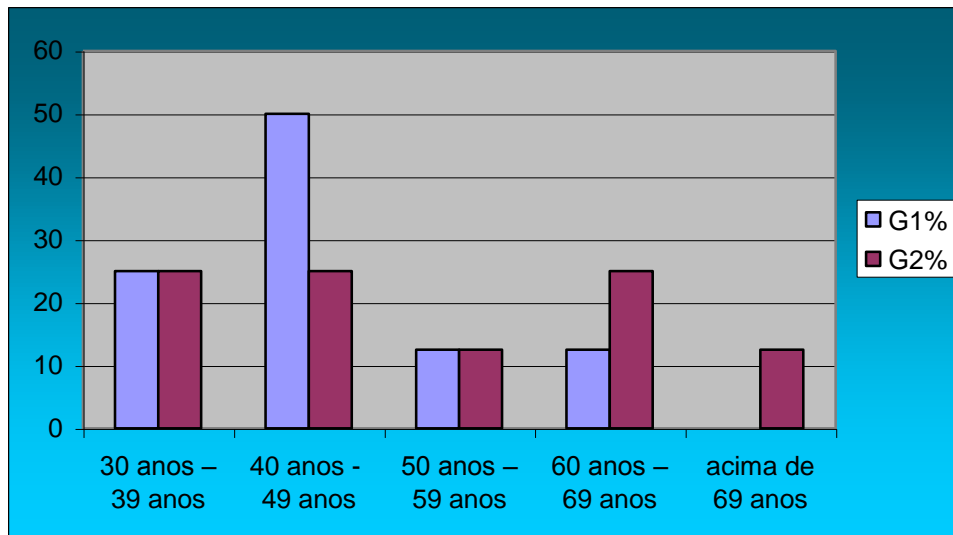


Gráfico 4 – Distribuição percentual das depoentes segundo a faixa etária no período do diagnóstico de câncer de mama por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Com relação ao tempo de recuperação, compreendido após os cinco anos de acompanhamento, das depoentes do grupo G1, 01 (12,50%) encontrava-se entre 0-5 anos; 01 (12,50%) inseria-se no espaço temporal entre 6-11 anos e; 06 (75,00%) circunscreviam-se entre 12-17 anos.

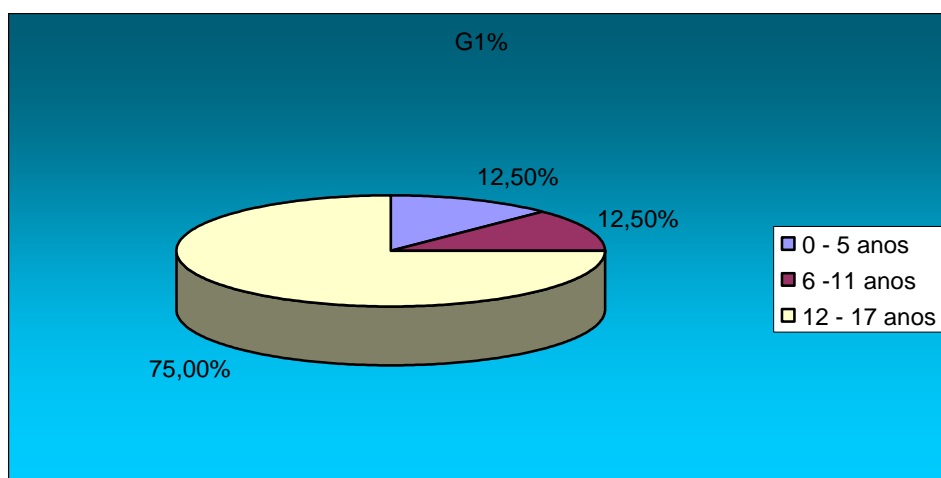


Gráfico 5 – Distribuição percentual das depoentes do grupo G1 segundo o tempo de recuperação do adoecimento do câncer de mama após os cinco anos de acompanhamento. Rio de Janeiro, 2008.

Estes dados demonstram que a maioria das depoentes possui uma sobrevida alta se relacionadas com os estudos atuais de Mendonça, Silva e Caula (2004), cujos dados de estudos revelam taxas relativas de sobrevida para mulheres com câncer de mama, após o período compreendido entre os cinco anos, acima dos 10 anos e dos 15 anos, respectivamente de 71,00% e 63,00%. Além disso, o grande percentual de mulheres com uma taxa de sobrevida alta proporciona uma maior confiabilidade das estratégias de recuperação utilizadas durante e após o período de adoecimento.

Quanto ao subtipo histológico do grupo G1, o predominante foi o carcinoma ductal infiltrante, contando 06 (75,00%) depoentes com esta caracterização. As 02 (25,00%) depoentes restantes apresentaram carcinoma lobular infiltrante. No grupo G2, o predominante foi igualmente o carcinoma ductal infiltrante, isto é, 07 (87,50%) depoentes apresentaram este tipo de câncer. Apenas 01 (12,50%) depoente deste grupo apresentou o câncer caracterizado como lobular infiltrante.

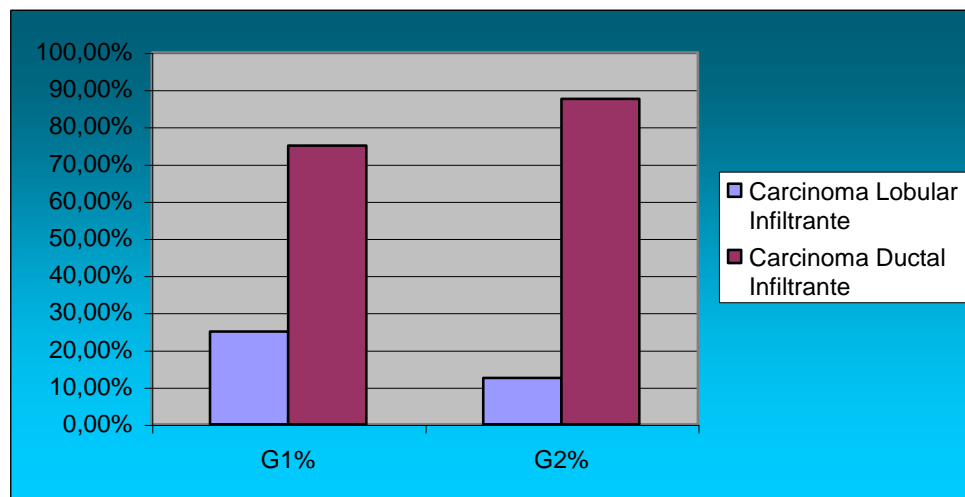


Gráfico 6 – Distribuição percentual das depoentes segundo o subtipo histológico por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Estes achados estão de acordo com os resultados da pesquisa de Cintra, Guerra e Bustamante-Teixeira (2008), que estudaram 428 mulheres na cidade de Juiz de fora – MG. Este estudo revela a predominância do carcinoma ductal infiltrante de 87,40% dos casos, lobular infiltrante de 6,30% dos casos e outras variantes histológicas de 6,30% dos casos.

Dentre os estadiamentos clínico-patológicos do grupo G1, foi predominante o IIIb em 05 (62,50%) depoentes, contra 03 (37,50%) do estadiamento IIIa. No grupo G2 foi predominante o estadiamento IIIb em 06 (75,00%) depoentes, contra 02 (25,00%) do IIIa. Em relação ao estadiamento das mulheres no momento do diagnóstico, verifica-se a predominância dos estadiamentos II e III (86,00%) no estudo de Cintra, Guerra e Bustamante-

Teixeira (2008) e de 83,20% na pesquisa de Pereira (2001), podendo estar relacionado com a dificuldade de acesso dessas mulheres a exames que possibilitem o diagnóstico precoce.

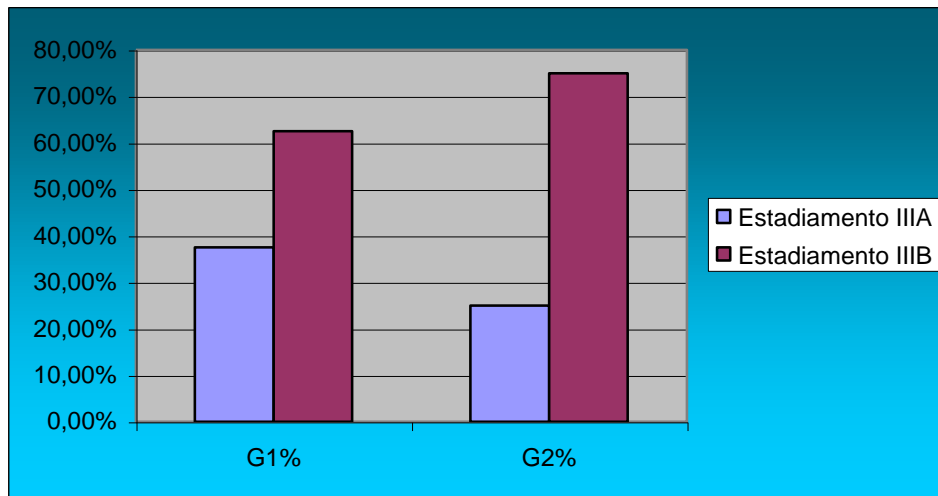


Gráfico 7 – Distribuição percentual das depoentes segundo o estadiamento por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Quanto ao tratamento, 08 (100,00%) depoentes do grupo G1 e 07 (87,50%) depoentes do grupo G2 foram submetidas à mastectomia. Além da cirurgia, 08 (100,00%) das depoentes do grupo G1 receberam quimioterapia e 07 (87,50%) depoentes do grupo G2 também se submeteram ao tratamento quimioterápico. Dentre as 08 (100,00%) depoentes do grupo G1, 05 (62,50%) receberam a quimioterapia neoadjuvante e 03 (37,50%) receberam a quimioterapia adjuvante. No grupo G2, das 07 (100,00%) depoentes que receberam o tratamento quimioterápico, 03 (43,00%) foram do tipo neoadjuvante e 04 (67,00%) do tipo adjuvante.

A radioterapia e a quimioterapia podem ser utilizadas antes ou depois do tratamento cirúrgico, respectivamente com o objetivo de reduzir o volume tumoral e, conseqüentemente, oferecer melhores condições de ressecção (terapia neoadjuvante), ou com o objetivo de complementar o tratamento cirúrgico, controlando a doença microscópica (terapia adjuvante) (INCA, 2008).

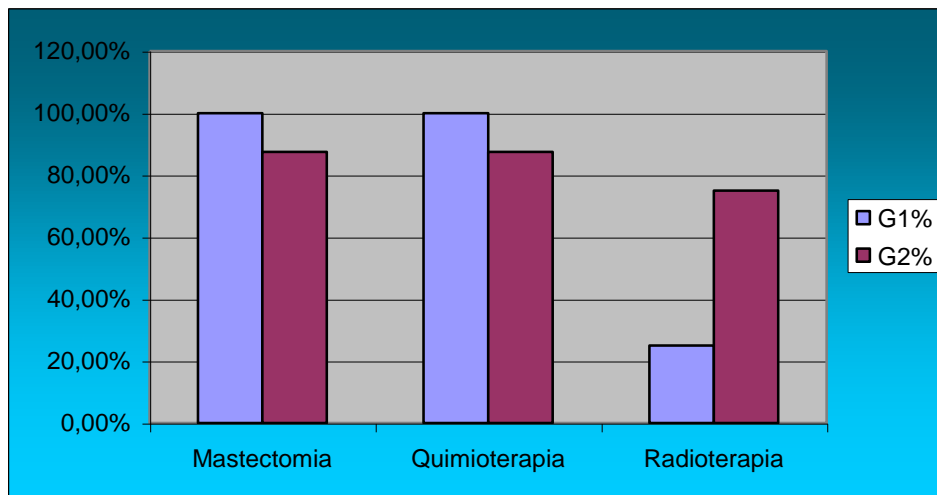


Gráfico 8 – Distribuição percentual das depoentes segundo o tratamento para o controle do câncer de mama por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

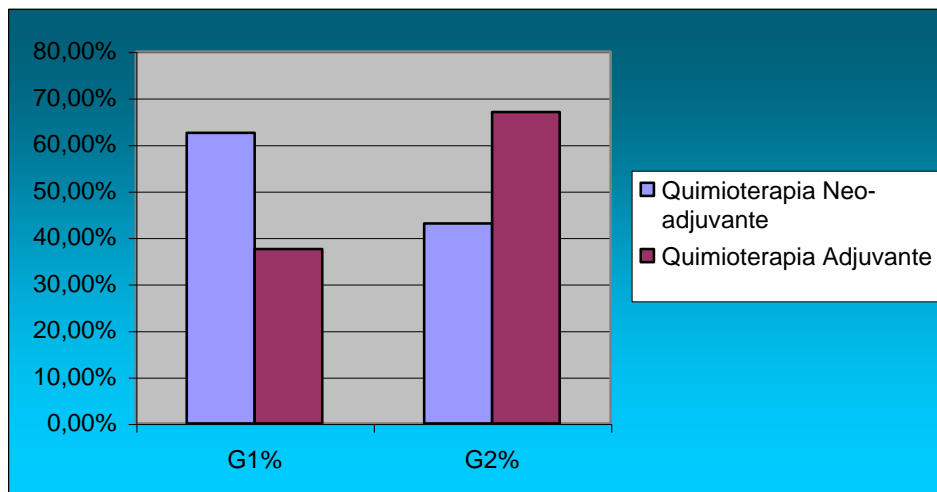


Gráfico 9 – Distribuição percentual das depoentes segundo o tipo de tratamento quimioterápico para controle do câncer de mama por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Com relação ao tratamento radioterápico, 02 (25,00%) das depoentes do grupo G1, realizaram esta modalidade terapêutica. No grupo G2, 06 (75,00%) foram submetidas à radioterapia.

No que tange à questão da influência da história familiar de câncer de mama no processo de adoecimento, 02 (25,00%) das depoentes do grupo G1 relataram ter familiares com este histórico. Dentre estas, 01 (12,50%) depoente possui história familiar de câncer de mama em primeiro grau e 01 (12,50%) depoente possui história familiar de câncer de mama de segundo grau. Para o grupo G2, 02 (25,00%) das depoentes relataram também ter história familiar de câncer de mama, porém, 02 (25,00%) depoentes afirmaram ser de segundo grau e, dentre estas, 01 (12,50%) depoente também relatou história familiar de primeiro grau.

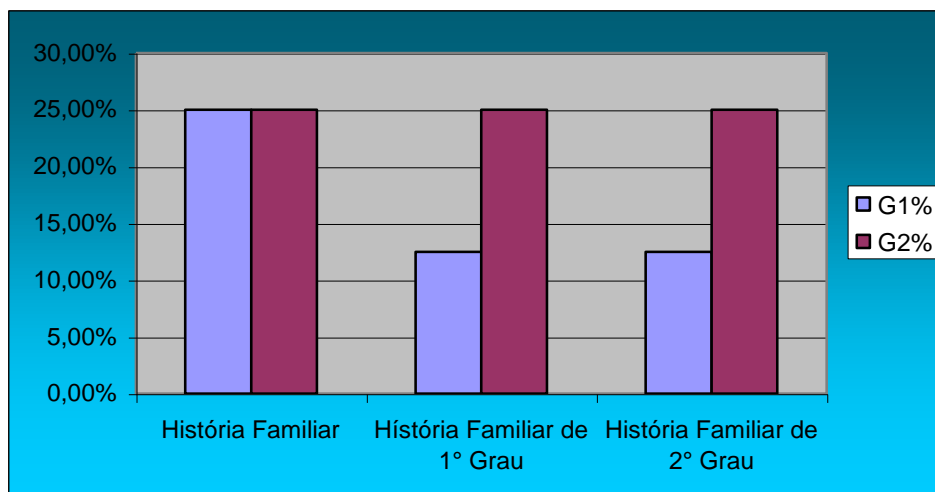


Gráfico 10 – Distribuição percentual das depoentes segundo o histórico familiar de câncer de mama por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Nas últimas décadas, vários estudos têm identificado mecanismos de risco associados ao câncer de mama, apontando que a maioria apresenta história familiar de câncer de mama, principalmente em primeiro grau. No entanto, Souza et al (1998) concluíram em sua pesquisa realizada com 66 mulheres, que a história familiar em segundo grau também é um importante fator de risco em nossa população, podendo representar tanto um componente genético como um componente ambiental compartilhado. Estes pesquisadores captaram um resultado de 11% das mulheres estudadas. Relacionando com os achados do presente estudo, o percentual de depoentes com história familiar para câncer de mama é mais do que o dobro nos estudos antes mencionados, corroborando com a afirmação de uma possível relação entre esta variável e o adoecimento em questão, mesmo levando em consideração o baixo número de sujeitos.

No tocante à idade da menarca, a idade média do grupo G1 corresponde a 12,12 anos, enquanto a do grupo G2 é de 13 anos. Considerando idade precoce da menarca igual ou inferior a 11 anos, segundo estudos de Silva, Leal e Nunesmaia (2004), dentre as 16 (100,00%) depoentes deste estudo, 04 (25,00%) encaixavam-se no perfil em questão: 01 (6,25%) depoente apresentou a menarca com idade de 09 anos e 03 (16,25%) depoentes com 11 anos de idade. Estes dados vão ao encontro dos estudos dos autores supra citados, os quais afirmam que a menarca precoce está associada a um incremento na incidência de câncer de mama.

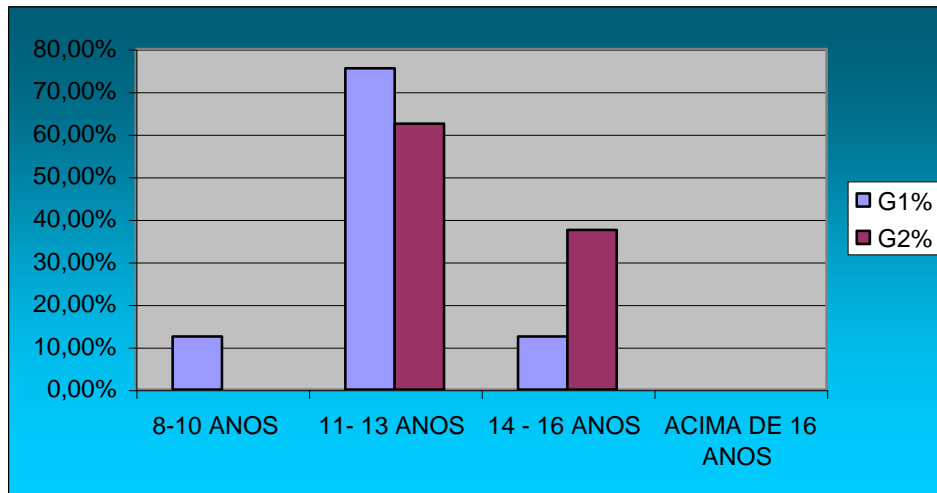


Gráfico 11 – Distribuição percentual das depoentes segundo a idade da menarca por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Adentrando a questão da influência da nuliparidade na incidência de câncer de mama, das 08 (100,00%) depoentes do grupo G1, 02 (25,00%) depoentes não referiram gestação. No grupo G2, das 08 (100,00%) depoentes, 01 (12,50%) depoente não referiu gestação. Somando ambos os grupos, das 16 (100,00%) depoentes, 03 (18,75%) encontravam-se em nuliparidade. De acordo com a pesquisa de Pinho e Coutinho (2005), através de uma revisão de literatura, a variação da influência da nuliparidade, na incidência de câncer de mama, é da ordem de 8,90% a 50,90%, possuindo mediana de 15,56%, próximo dos achados desta pesquisa, os quais corroboram com a afirmação dos autores supracitados.

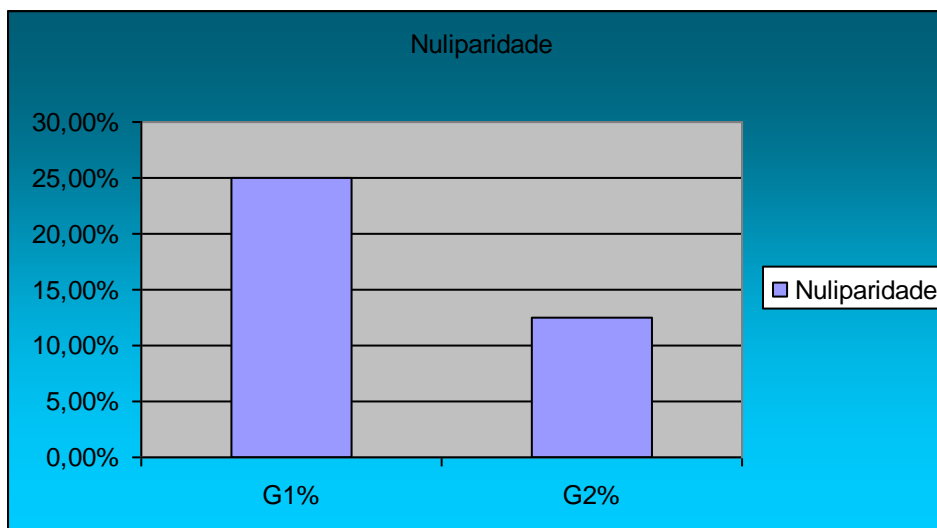


Gráfico 12 – Distribuição percentual das depoentes segundo a nuliparidade por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

A porcentagem do total de abortos por grupo G1 e G2 são, respectivamente, 04 (50,00%) e 06 (75,50%). Somados ambos os grupos, 09 (56,25%) depoentes, das 16

(100,00%) que referiram aborto pelo menos uma vez. Os abortos espontâneos por grupo G1 e G2 são, respectivamente, 02 (25,00%) e 03 (37,50%). Os abortos provocados por grupo G1 e G2 são, respectivamente, 02 (25,00%) e 03 (37,50%). Segundo o estudo de Pinho e Coutinho (2005), a variação da taxa percentual de total de abortos estudado é da ordem de 1,40% a 50,90%, e mediana de 28,20%. Com relação aos abortos provocados, os autores afirmam que a mediana corresponde é de 33,80% e dos espontâneos de 26,20%. Estas inferências demonstram uma proximidade de ambos os estudos, reafirmando a influência do aborto na incidência de câncer de mama.

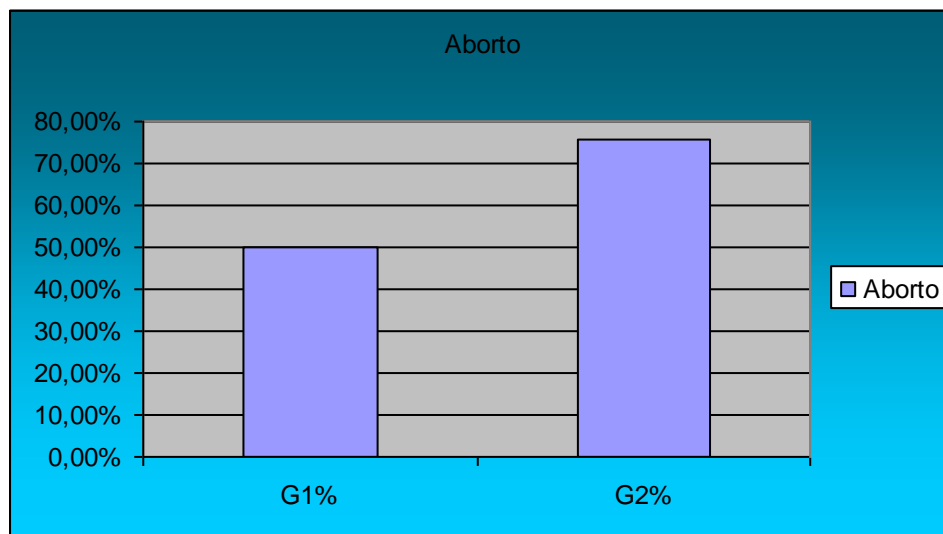


Gráfico 13 – Distribuição percentual das depoentes segundo o total de abortos por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

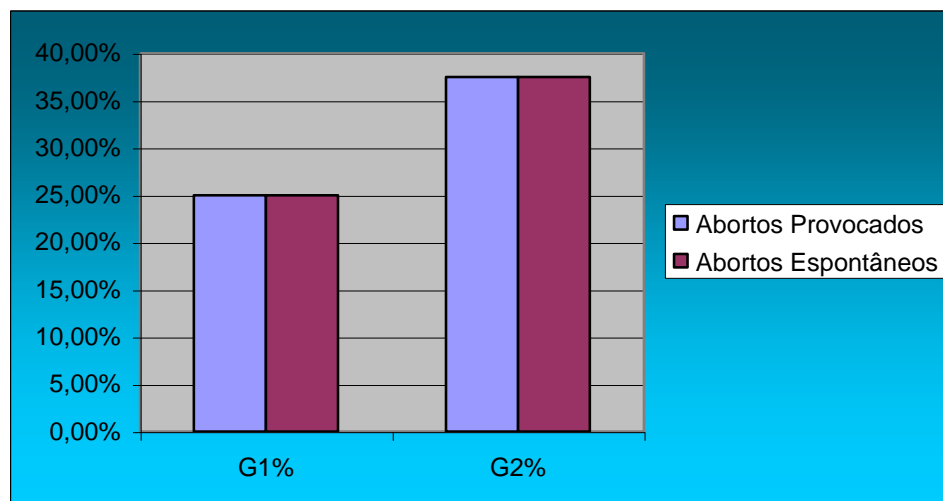


Gráfico 14 – Distribuição percentual das depoentes segundo o total de abortos espontâneos e provocados por grupo de estudo. Rio de Janeiro, 2008.

Com estes dados do perfil das depoentes, o capítulo a seguir mostrará o universo da expressão da resiliência no processo de vida, levando em conta os mecanismos de proteção, de risco, de coping, integrados à visão holística do processo de adoecimento e de recuperação.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Categoria 1: Contextualização do processo de ser de mulheres adoecidas com câncer de mama implicadas na construção da resiliência

Como ponto de partida para a análise sobre a expressão da resiliência de mulheres no processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama, é necessário compreender o processo de ser destas mulheres; as experiências de ser na infância, na adolescência e na fase adulta. Isto porque, a resiliência entendida como um processo integrativo e dinâmico de enfrentamento e superação das adversidades da vida, constitui-se de mecanismos desenvolvidos durante o percurso de ser na vida.

Assim sendo, o ser humano e os sujeitos deste estudo, desenvolvem e expressam sua resiliência desde o início do seu percurso natural de vida; este é um aspecto imprescindível para tal compreensão.

Nesse sentido, esta categoria terá como função apresentar os resultados e a discussão acerca do processo de ser das mulheres nas fases respectivas de vida, já citadas acima, construindo as bases fundamentais de entendimento da resiliência no momento do adoecimento e da recuperação, que será discutida mais adiante.

Para melhor dinamismo nas discussões, os resultados apresentados pelos grupos G1 e G2 serão articulados nesta análise, expondo os distanciamentos e as aproximações entre os mesmos.

4.1.1 Sub-categoria 1.1 - Experiências de ser na infância

O tipo da doença e a época da vida em que a pessoa adoecer tem muita relação com a história de vida do ser que a produz, as perdas e frustrações que sofreu e a capacidade de lidar com elas. Diante de perdas e frustrações, uma consciência enfraquecida pode reagir com sentimentos de carência e desesperança, abrindo caminho para as doenças orgânicas.

Neste contexto, as memórias episódicas da interação da criança com seus relacionamentos íntimos criam representações mentais chamadas de modelos operativos internos, organizados na lactância e na infância, que fornecem explicações para a vida do

indivíduo, em suas percepções, expectativas, afeto e comportamentos, respostas fisiológicas e cognitivas (BOWLBY, 2002; ROCHA, 2005).

Estas interações iniciam antes do nascimento, especificamente no útero materno, embora haja uma grande controvérsia a respeito do momento exato. Possuindo vida, o embrião já experiencia a atitude de ser no mundo e vai desenvolvendo a sua individualidade, singularidade, mesmo que seja através dos sentidos da mãe (ODENT, 2002).

A individualidade corpórea total acontece no momento do parto, quando há o rompimento do cordão umbilical. Para Sobrinho (2007), o rompimento do cordão umbilical gera estímulos sensoriais que desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento da individualidade do Ser (informação verbal)¹. São através destes estímulos, assim como, os produzidos pela massagem corporal realizada na passagem pelo canal vaginal, que se criam conteúdos inconscientes importantes para a percepção e preparação para um mundo dual. Portanto, experienciar a separatividade no parto proporciona mecanismos protetores inconscientes (informação verbal)¹ (SOBRINHO, 2007).

O primeiro respirar do recém-nato, segundo a mesma autora, promove o primeiro movimento de individualidade corporal. É a partir do movimento respiratório que o domínio da vida se faz presente, através do controle da circulação dos elementos do ar necessários a vida. Após a individualização corporal, o Ser se desenvolve no ambiente externo, com suas experimentações de ser na vida extra-corpórea.

Percebe-se que a expressão de um processo integrado e dinâmico de desenvolvimento de mecanismos de proteção, enfrentamento e superação das adversidades da vida se dá antes e durante o nascimento. Esta compreensão é importante para a valorização do parto como um possível primeiro momento da expressão da resiliência extracorpórea, observada nos depoimentos abaixo, de ambos os grupos G1 e G2.

Olha, para contar da minha infância tenho que falar do meu nascimento. Eu nasci com ajuda de um parteiro e, quem fazia os partos da minha mãe era o meu pai. Minha mãe nunca reclamou (G1- Sauf).

Eu nasci de parto normal, mas foi o parto mais difícil, porque além de não ter sido de cabeça, também não saiu a placenta, foi a minha primeira luta (G1- Minadora).

Eu nasci na roça, em casa. Era uma experiência ótima, dizia minha mãe, porque a família estava ao lado dando aquela força (G2 – Manduvá).

Compreende-se, nos depoimentos, a valorização do nascimento como parte integrante do início do ser na infância. No mais, as expressões de felicidade expressas através do

¹ Comunicação apresentada no seminário: Cérebro, mente e mais além, realizado na Universidade Internacional da Paz – UNIPAZ – Rio de Janeiro, no dia 23 de agosto de 2007, das 8:30 às 17:30.

relaxamento da musculatura facial e até dos sorrisos das depoentes do G1 e G2 demonstram a importância deste acontecimento.

Para Odent (2002), o parto normal é uma experiência importante, não só para a dimensão biológica, como também para a social. Com o nascimento, cria-se um grande elo entre a mãe e o recém nascido. O mesmo autor afirma que este elo é construído através da integração da produção de hormônios, estímulos psíquicos e metafísicos, incluindo o amor, mais detalhado na sub-categoria 3.6 a ser apresentada.

O elo mãe e o recém nascido quando construído de forma sadia, proporciona posteriormente uma maior integração entre mãe e filho, tornando-se um instrumento importante no desenvolvimento dos mecanismos de proteção frente aos mecanismos de risco existentes na infância, e assim fortalecendo a resiliência. Neste sentido, em ambos os grupos, os depoimentos refletem essa afirmação.

A minha relação com a minha mãe era ótima. Ela era minha grande amiga. Sempre me deu muito carinho. Era uma união muito gostosa (G1 - Elasma).

A relação com a minha mãe era boa. Eu nasci dela e isso faz grande diferença (G1 - Minadora).

A relação com a minha mãe era maravilhosa. Eu fui crescendo em um ambiente saudável e hoje eu sou mãe (G2 - Rugas).

Era muito boa. Meu pai, minha mãe eram carinhosos (G2 - Lagarta Militar).

No entanto, as relações e elos, também ocorrem entre filhos e mães não biológicas. Este fenômeno nos permite refletir que a construção desta relação vivencial não depende somente dos acontecimentos no parto, mas também no decorrer das experiências conjuntas na vida.

Howard e Lewis (1974) e Silva et al (2005), em seus estudos, demonstram que a dimensão social exerce uma forte influência nas relações humanas. Para os autores, a formação do apego na infância está muito relacionada às condutas dos pais com os filhos, sendo assim um importante fator para a estruturação da personalidade destes.

A construção da relação com pais não biológicos pode possuir efeitos tão positivos quanto os gerados pela relação com pais biológicos. Nas falas das depoentes do G1 e do G2, que possuíam pais não biológicos, a relação foi positiva:

Eu tive uma ótima relação com minha mãe, mesmo ela não sendo minha mãe biológica (G1 - Ambira).

Eu fui criada na casa de um, na casa de outro, mas todos me trataram bem (G2 - Processionária).

Estas falas contribuem para a análise de outra situação, a das relações negativas com os pais, sejam eles biológicos ou não. Segundo Odent (2002), as relações humanas são construídas e desenvolvidas durante toda a trajetória de vida, do nascimento à morte e, por ser transformativa, caso haja alguma interferência na interação entre ambos, a relação é ressignificada, para melhor ou pior.

Algumas das depoentes do G1 e G2 revelaram a existência de uma relação com interferências negativas:

A relação com a minha mãe era ruim, era de desavenças. Ela também não era muito de conversa (G 1- Tapuebá).

Minha infância foi muito difícil. Fui desprezada por pai e mãe (G1 – Mede-palmo).

A minha relação com meus pais foi muito turbulenta. Minha mãe era muito nervosa, ela brigava muito (G2 – Taturana).

Essas interferências nas relações não somente entre pais e filhos, mas entre os pais, podem influenciar de forma negativa ou positiva o desenvolvimento dos mecanismos de proteção e, conseqüentemente, da resiliência do ser na infância, fragilizando-o ou fortalecendo-o diante de alguns obstáculos, na mesma fase ou em outras. Em outras palavras, seu desenvolvimento psíquico e emocional poderá ser prejudicado ou transformado.

Isso ocorre porque padrões de relacionamento podem contribuir para o desenvolvimento de estruturas de personalidade. Assim, a maneira pela qual a pessoa responde a eventos adversos subseqüentes (entre os quais as rejeições, separações e perdas) depende da forma como sua personalidade se estruturou, principalmente, na infância (BOWLBY, 2002).

Para uma depoente do grupo G1, essa situação foi vivenciada por ela no decorrer do seu desenvolvimento.

Quando eu percebi a importância dos meus pais, comecei a lembrar das coisas e correr muito atrás do amor deles e isso me prejudicou a vida inteira. Eu era criança e toda criança precisa de amor, mas meus pais só viviam em brigas violentas. E isso para mim era muito difícil, degenerou muito o meu psicológico (G1 – Mede-palmo).

Para Mello Filho (2004), as interferências nas relações entre pais e filhos podem ocorrer devido à ausência ou aos poucos momentos de diálogos entre eles. Esta temática foi representativa para o G1, com duas falas:

Meu pai era um homem muito sério. Eu não convivia muito com meu pai, porque ele tinha negócios e, a gente tinha muito respeito com ele. A gente não tinha muita intimidade com ele, não brincava. Isso eu sentia falta. O mesmo ocorria com a minha mãe, ela era muito quieta e não conversava (G1- Sauf).

O meu pai era mais fechado, não tinha muita abertura para conversar, mas não era de maltratar. Era de carinho (G1 – Minadora)

Por outro lado, no mesmo grupo (G1), os depoimentos sobre o diálogo na relação entre pais e filhos, na infância, estiveram presentes.

O meu pai era mais aberto, mas próximo. A minha mãe também, mas ele sempre me chamava no canto, conversava, me dava conselhos (G1 – Elasmo).

Era tudo muito controlado. Do colégio para casa, da casa para o colégio. Não poderia mentir, porque desde que existe diálogo, isso não precisa existir (G1– Curuquerê).

Com estes depoimentos as mulheres reforçam as afirmações dos autores supra citados. Esta conduta de diálogo, o afeto, são de extrema importância para construção da personalidade e dos mecanismos de proteção que se somarão para o desenvolvimento da resiliência.

O relacionamento saudável e harmonioso entre pais e filhos na infância é tão importante, que duas depoentes do grupo G1 afirmaram que o diálogo contribuiu para o desenvolvimento do processo de enfrentamento.

Eu acho que essa forma de criação, com o diálogo, me ajudou a superar a doença. Ensinou-me a compreender melhor as coisas (G1- Elasmo)

O modo de criar os filhos com mais conversa, os pais mais próximos é melhor, nos ajuda a lidar com a vida (G1-Sauí).

Liu et al. (1997), em seu estudo experimental, constataram que variações nos cuidados maternos afetam as diferenças singulares em resposta ao estresse, sugerindo que os comportamentos de cuidados maternos servem para desenvolver respostas inconscientes, que atuam, também, no eixo hipotalâmica-pituitária-adrenal, como mecanismos protetores contra eventuais estresses sofridos pela criança.

Este achado demonstra o quanto é necessária a valorização de uma cultura do diálogo e compreensão entre pais e filhos, pois, é desta relação primária e central, que se construirão todas as demais, possibilitando um desenvolvimento sadio e um enfrentar mais apropriado dos obstáculos e dos riscos que sempre se farão presentes nos caminhos da vida.

Assim é relevante para o estudo, no que se refere as relações interpessoais entre pais e filhos, a questão dos maus-tratos. Segundo Oliveira-Formosinho e Araújo (2002, p. 89), “consideram-se maus-tratos qualquer ação ou omissão, não acidental, por parte dos pais ou outros responsáveis pela criança que comprometa a satisfação das necessidades físicas ou emocionais do menor”. Neste contexto, o estudo compreende as seguintes formas de maus-tratos: o abuso físico, o abuso psicológico, o abuso sexual, a negligência física e a negligência emocional.

As experiências de maus-tratos foram tão marcantes para algumas depoentes, que mesmo com o passar do tempo, as marcas destas encontram-se extremamente vivas em suas

memórias e nas linguagens não-verbal e para-verbal. Desta forma, ao olhar nos olhos das depoentes, ou seja, atentar para a postura corporal, a entonação de voz, apreendi o tom trêmulo, mas ao mesmo tempo firme de suas vozes, o franzir do rosto e o suspirar de alívio de algo que estava aprisionado há tempos. Assim, identifiquei o quanto esta temática é representativa.

No contexto dos maus-tratos, a negligência física e emocional teve uma grande representatividade, principalmente para o grupo G2.

Quando a minha avó chegou ao Rio, ela conseguiu nos achar, mas eu estava tão maltratada que mesmo do lado dela, ela perguntou ao meu pai onde eu estava (G1 - Lagarta de fogo.)

Eu acho que se meu pai fosse vivo eu seria mais bem tratada (G2 – Processionária).

Fui muito mal tratada. Não tinha carinho dos meus pais. A infância era fazer o que eles mandavam e pronto (G2 - Bicho Cabeludo).

Em outra fala do grupo G2, a temática “maus-tratos” ganha uma dimensão física. Era visível o sofrimento em relembrar as cenas em sua mente. Era como se a cada palavra pronunciada, uma imagem de terror emergisse do seu interior. Após o relato, uma pausa para a depoente chorar de alívio por poder compartilhar seu sofrimento de amar sua mãe e ao mesmo tempo vivenciar o ódio do outro na forma de violência física. Foi tão forte que, ao segurar suas mãos, me permiti também compartilhar do seu emocionar diante daquele relato traduzido por lágrimas.

A minha mãe me agredia. Eram socos e ponta pés. Ela brigava com o meu pai e eu que levava a culpa por ser mais próxima a ele. Mas no fundo eu a amava como amo até hoje. Esse foi o meu maior sofrimento (G2 – Taturana).

Outra forma de maus-tratos emergida da fala de uma depoente, desta vez no grupo G1, foi o abuso psicológico, através do seqüestro. De cabeça erguida, mas com um olhar ao longe, a depoente compartilhou e reviveu momentos muito difíceis. Foram minutos de intensa emoção.

Quando criança, depois da morte da minha mãe, meu pai me roubou. Foi um seqüestro. Ele me trouxe de Recife para o Rio. Eu tinha cinco anos. Ele me colocou em um dilema. Estávamos eu, minha tia (paterna) e ele na rodoviária. Ai ele dizia assim: se você for com o papai, não vai mais ver a vovó, ai eu corria para a minha tia. Ai depois ele falava: se você ficar com a vovó, você não vai mais ver o papai, ai eu corri para os braços dele. Como minha avó não estava presente eu acabei indo com ele. Eu amava o meu pai, mas também a minha avó. Nossa, foi um dilema! (G1 – Lagarta de Fogo).

De acordo com Skuse e Bentovim (1994), as conseqüências dos maus-tratos na infância podem manifestar-se no nível físico e no psicológico. As seqüelas físicas resultantes de situações de abuso físico são as mais visíveis e poderão apresentar-se sob a forma de cicatrizes, deformações ósseas ou danos neurológicos, sobretudo no nível psicomotriz, sensorial e da coordenação neuromotora, alterações metabólicas ou gastrointestinais, além da

diminuição das defesas e conseqüente propensão para determinadas doenças (ou mesmo cronicidade das mesmas).

As conseqüências psicológicas dos maus-tratos, em curto prazo, podem representar efeitos mais profundos e duradouros no desenvolvimento. Em termos de desenvolvimento sócio-emocional, os efeitos negativos dos maus-tratos na infância perturbam as relações de vínculo e afeto, influenciando a construção de novas relações, processos de exploração e a resposta a novas exigências do meio (CRITTENDEN, 1989).

Assim, as crianças vítimas de abuso e negligência parecem revelar uma maior dificuldade em compreender situações sociais complexas e em demonstrar empatia e sensibilidade para aceitar processos de ajuda. São crianças que apresentam maior isolamento e/ou agressividade, ansiedade, bem como baixa auto-estima e depressão (TOTH, 1996).

Em termos de gênero, há diferenças entre a expressão da forma de enfrentamento em meninos e meninas, após experiências de maus-tratos. Enquanto os meninos parecem desenvolver mais problemas de externalização (tornar visíveis e consciente as emoções, os conflitos e o sofrimento) e desordens de conduta, as meninas parecem apresentar uma maior propensão para desenvolverem problemas de internalização (dificuldade de tornar visíveis e conscientes as emoções, os conflitos e o sofrimento) e sintomatologia depressiva (CRITTENDEN; CLAUSSEN; SUGARMAN, 1994).

Desta forma, os maus-tratos podem contribuir como um mecanismo de risco para o desenvolvimento desestruturado de uma personalidade infantil mais frágil, propiciando no agora ou no futuro, o surgir de um processo de adoecimento, originário de um ineficaz enfrentamento das adversidades da vida.

Seguindo na construção das experiências destes grupos na infância, a pobreza surgiu como outra experiência importante. No caso da pobreza, a tipologia violência estrutural definida por Minayo e Souza (1999) é mais adequada para a temática. Isso porque, a definição de maus-tratos e seus sub-grupos, aqui exposta, não contempla a condição institucional, tão importante para a compreensão deste objeto de estudo porque é muito presente nos depoimentos.

A definição de violência estrutural, segundo as autoras, configura-se como uma desigualdade social de acesso ao mercado de trabalho e ao consumo de bens essenciais à vida. Neste sentido, a pobreza é considerada uma violência estrutural. E como todas as violências, grandes impactos podem surgir a partir de suas experiências.

No depoimento a seguir, fica claro que a pobreza foi algo marcante e que trouxe dificuldades na infância. Nesta temática em especial, o grupo G2 teve maior representatividade.

Minha infância foi difícil, porque no nordeste é muita pobreza. No começo da minha infância não foi tão difícil, mas depois que o meu pai largou a minha família para ficar com outra, tudo ficou mais difícil, nós passamos até fome (G1 – Minadora).

Eu também não conhecia nada, antigamente era muito pobre, não tinha nada mesmo (G2 – Lagarta-rosada).

Foi um horror viver aqui no início. Foi uma luta muito grande. Porque eu não tinha onde ficar, ficava na casa de colegas, de amigos. Não quero nem lembrar. Mas consegui superar essa luta (G2 – Beiju).

Era garota pobre. Ia para a escola, estudava, quando voltava, ajudava minha mãe a cuidar das coisas. Era muito pobrezinha não tinha nada, até para comprar uma roupinha pra vestir eu tinha que passar uma roupa, lavar uma louça (G2 – Lagarta-militar).

Com as falas expressivas das depoentes, principalmente do grupo G2, inseridas na violência estrutural através da pobreza, não seria de se estranhar, o surgimento de um grande número de mulheres também integrantes de outro tópico de discussão, o trabalho infantil.

Iniciando pela questão do sentido atribuído ao trabalho pelos adultos, pode-se depreender dos depoimentos que do ponto de vista das famílias, em face do quadro de carências a que se encontravam submetidas, o trabalho infantil já foi incorporado à sua rotina, de modo que tanto é solicitado quanto não é questionado.

Assim, no contexto de pobreza em que estão envolvidas, algumas famílias criam um discurso de justificação da inserção precoce no trabalho, naturalizando-o. Um discurso que tanto serve para negar os evidentes prejuízos às crianças, quanto afirmar a importância do emprego delas pelos capitalistas, embora, nesta questão, as famílias, em grande parte, estejam imbuídas de uma reação gerada pelo contexto cultural e social de analfabetismo, miséria e fome, além de também terem vivenciado um ambiente inadequado por parte de seus próprios familiares (BRASIL, 1999). Nesta temática, novamente o grupo G2 foi mais representativo.

As crianças, hoje, têm muita diversão. Eu não tive. Nem brinquedo eu tive. Desde pequenino a gente já vai ajudar os pais nas tarefas, vai trabalhar. É a vida na roça. É difícil (G2-Manduvá).

Eu fui criada no interior de Minas, a gente começa a trabalhar muito cedo. Eu comecei com 06 anos e não tive infância (G2 – Beiju).

Na temática do trabalho infantil não se pode admitir que a infância seja perdida no trabalho. Há de se ter em mente que esta fase da vida deve ser reservada para experiências de crescimento intelectual, social, cognitivo e emocional, através de brincadeiras, atividades educativas e grupais. Mas, a realidade das crianças que são submetidas ao trabalho infantil é

completamente diferente. Este fenômeno pode ser evidenciado no decorrer das entrevistas abaixo, principalmente, pelo grupo G2:

Não tinha tempo para brincar, porque trabalhávamos na roça. Trabalhei desde muito cedo (G1- Minadora).

A minha infância não foi muito fácil. Não tinha nada, só trabalho. Eu não tinha tempo para brincar (G2 – Lagarta-rosada).

Não tinha tempo para brincar. Eu era uma menina muito trabalhadeira (G2 – Lagarta-militar).

Por estarem submetidas a uma carga de trabalho estafante e de alta responsabilidade, um estado de fadiga, falta de disposição e tempo para engajamento em outras atividades, além de restrições às possibilidades de relações sociais, a organização psicológica das crianças pode ser comprometida, de modo que os adultos que serão não terão, muito provavelmente, o equilíbrio emocional suficiente para fazerem frente às novas demandas que lhes serão postas (BRASIL, 1999).

Devido à imposição do trabalho, as crianças ficam privadas de brincar, ou seja, de uma das atividades que mais contribuem para o desenvolvimento saudável de aspectos físicos, cognitivos e sociais, necessários como mecanismos de proteção (BRASIL, 1999).

Para corroborar com esta última afirmação, uma infância mais sadia foi relatada por algumas das depoentes do grupo G1 - e nenhuma do grupo G2 – como importantes para o desenvolvimento.

Diferente das crianças de hoje, eu brincava de pique na rua, me sujava toda. Nossa, foi muito bom e importante (G1 – Elasmô).

Na minha infância, sempre brinquei e estudei. Brincava muito. Eu era do tempo das brincadeiras de corda, pique bandeira na rua, da família ficar na rua com a cadeira. Ter uma infância boa contribuiu para saber enfrentar o meu adoecimento (G1 – Curuquerê).

Segundo Vygotsky (1981), o exercício de atividades lúdicas favorece a maturação de certas necessidades da criança, estando, assim, diretamente associado ao desenvolvimento, possibilitando à criança em idade pré-escolar a ensaiar seus desejos não realizáveis no mundo real. Nestas atividades, as crianças criam situações imaginárias, reconhecidas como a primeira manifestação da emancipação da criança em relação às restrições impostas pela sociedade e por seus pais.

Outra temática que emergiu das falas do grupo G1, foi a perda de um ente querido na infância. A perda na infância de uma pessoa próxima, significativa, pode gerar marcas para toda a vida, principalmente se a rede social em que a criança está inserida não der o apoio emocional necessário a este momento da vida.

Eu perdi minha mãe quando eu era muito pequena. Depois fui morar com minha avó (G1 - Lagarta de fogo).

Eu tive uma perda bem forte na infância, foi a do meu avô (G1 – Elasmó).

Quando meu pai morreu, eu fui a mais prejudicada. Eu era criança quando ele me deixou (G1 – Proccionária).

Segundo Patten (1999) perder a mãe mais cedo também pode representar um duplo risco para depressão. Bron et al (1998) amplificam a discussão, afirmando, através de seus estudos, que há um aumento significativo da incidência de tentativas de suicídio naqueles com experiência de perdas na infância, tanto por separação quanto por morte, sendo que o aumento da tendência suicida foi atribuído principalmente à perda do pai. Lembre-se que a atitude suicida não se limita a se jogar de um prédio ou se enforçar, mas também se refere a uma “tomada de decisão” inconsciente que, muitas vezes, gera um adoecimento como o câncer.

Contudo, a elaboração do luto pode atenuar os efeitos negativos decorrentes das perdas. Neste sentido, é enfatizada a importância de apoio e permissão para que a criança possa falar abertamente sobre sua dor com os familiares sobreviventes (PATTEN, 1999).

No entanto, muitas experiências de perdas acabaram por influenciar de forma negativa o desenvolvimento do ser na infância e nas fases subsequentes. Neste contexto, as depoentes relatam que muitas das experiências geraram algum tipo de trauma e, por conseguinte, estilos e atitudes inadequadas a vida.

Eu acho que fica alguma coisa, algum trauma da dificuldade. Sempre vem depois a consequência da infância (G1 – Minadora)

A minha infância foi muito complicada. Minha mãe deu todos os filhos dela e eu sou a caçula e fez muitos traumas. Eu fiquei traumatizada, desesperada e tentei me matar (G1 – Ambira)

Quando eu era pequena, uma criança resolveu brincar de fogo. Pediu-me para pegar a caixa de fósforos e acender. Ela mandou que eu saísse do lugar, quando trocamos de lugar, o fósforo aceso espalhou o fogo em sua roupa. Ela ficou toda queimada. Até hoje eu escutava as pessoas me chamando de assassina, mas não fui eu a culpada. Foi uma coisa muito difícil que eu nunca esqueci. As confusões, as brigas do lar, as vezes que tinha que salvar meus irmãos da violência do meu pai, nessa parte eu cresci muito problemática. Eu nem escutava direito, agora que estou escutando melhor (G1 – Mede-Palmo).

Eu tenho trauma. Isso eu tenho. Muito aborrecimento. Eu brigava muito. Acho que foi do trauma (G2 – Proccionária).

As respostas psicológicas do ser ao longo prazo, advindas das diversas experiências relatadas nesta sub-categoria, sem um apoio adequado da rede social, podem levar à percepção de um mundo externo hostil. Quanto mais jovem, mais vulnerável a pessoa é aos eventos traumáticos, devido aos seus primários mecanismos de proteção (BOWLBY, 1969-2002).

Porém, se as necessidades da criança encontrarem disponibilidade por parte do adulto, se estabelecerá progressivamente um vínculo seguro, um mecanismo de proteção,

estruturando um self autoconfiante, capaz de fazer frente a situações de estresse, percebendo o mundo externo de forma confiável.

Dialogando com os grupos de sujeitos, G1 e G2, algumas aproximações e distanciamentos foram identificados.

Ao analisar ambos os grupos, alguns distanciamentos foram observados como: o grupo G1 apresentou maior representatividade na temática da interferência nas relações entre pais e filhos e entre pais, apesar de alguns relatos serem positivos para o diálogo entre os mesmos. O mesmo grupo apresentou alto índice de perdas na infância de entes queridos, contra nenhum do grupo G2. O mesmo fenômeno é encontrado quando se discute a questão dos traumas: o grupo G1 apresentou um emergir de falas que pressupõem que as experiências negativas anteriores causaram traumas.

O grupo G2 foi mais representativo na temática violência. Muitas falas referentes à questão da violência, principalmente, do trabalho infantil e da pobreza, refletindo na impossibilidade das brincadeiras infantis.

O fato é que ambos os grupos tiveram experiências dolorosas e com muito sofrimento. Todavia, o grupo G2 experienciou situações provavelmente mais traumáticas, no que se refere ao desenvolvimento psicológico e emocional.

Assim sendo, nesta sub-categoria, compreendeu-se que como parte integrante da vida, muitas experiências que surgiram bem cedo foram dolorosas, as quais mostram-se difíceis de isentarem as depoentes de sentimentos negativos, mesmo que estas sejam superadas.

Essas afirmações demonstram que a resiliência, nesta perspectiva, faz parte de um processo vivencial, que se transforma também a partir das marcas produzidas durante o enfrentar e superar dos obstáculos, mesmo que as experiências sejam dolorosas.

4.1.2 - Sub-categoria 1.2 - Experiências de ser na adolescência

“Torna-se adolescente é algo que a criança deseja, pois significa ter liberdade, ser ‘dona de si’, porém também é algo temido”. “O adolescente sadio não é, necessariamente, o mais ‘adaptado’; nessa fase riquíssima, de muita criatividade, muita energia, o jovem critica a sociedade vigente e quer transformá-la na direção de um futuro que considera melhor” (ROCHA, 2002, p.57-8). No mais, nessa construção de identidade, as experiências revestidas de dificuldades adentram este mundo de iniciativas, muitas delas relacionadas à dependência e independência dos pais, entre lançar-se ao mundo e o medo de perder a proteção da infância, expressando no modo de vestir, agir e de pensar característicos.

Algumas experiências vivenciadas na infância, também podem surgir na adolescência, todavia, possuindo uma peculiaridade própria a cada fase, contribuindo para o desenvolvimento dos mecanismos de proteção e de individuação do ser. Na adolescência, a personalidade se desenvolve em um ritmo mais acentuado do que na infância, além de ser caracterizada por etapas singulares de desenvolvimento físico, mental, emocional e social (SOUZA et al, 2001).

Esta compreensão é importante para entender a necessidade que o adolescente possui de se agrupar, de relacionamentos, assim como, de referências na vida, sejam elas advindas dos pais ou de outros sujeitos que o circundam.

Fica claro que qualquer comprometimento tanto dessas relações e relacionamentos, quanto das representações, influenciarão no desenvolvimento do ser adolescente.

As experiências na adolescência foram consideradas positivas, segundo duas depoentes do grupo G1.

A minha adolescência foi muito boa. Eu me reunia com os amigos para sair. Meus pais não eram muito liberal não, mas me levavam para sair. Tinha namoradinho. Graças a Deus foi muito bom (G1 – Elasmo).

A minha adolescência foi boa, fui sempre ajuizada, sem bagunça (G1 – Minadora).

Essa percepção foi pouco expressiva, considerando o total de depoentes do estudo, principalmente para o grupo G2. Em busca do porque para uma percepção negativa na adolescência, o trabalho excessivo foi uma situação marcante.

A minha adolescência foi de muito trabalho (G2 – Beiju).

A minha adolescência foi só trabalho, muito sacrifício na vida, só depois de casada que melhorou um pouco (G2 – Lagarta de Fogo).

Minha adolescência foi agitada demais: trabalhava, fazia comida cedinho, lavava louca e fazia as obrigações da casa (G2 - Manduvá).

Trabalhava. Sempre trabalhei em casa de família (G2 – Bicho Cabeludo).

As mudanças no interior das famílias, causadas por separações, mortes e precariedade financeira, provocam a entrada precoce dos adolescentes no mundo do trabalho, representando, para eles, uma inserção artificial na vida adulta (BRASIL, 1999).

Nessas condições, o excesso de responsabilidade ocorre para um ser humano que, na verdade, ainda está se descobrindo, está em plena construção de identidade. Ele ainda precisaria de limites e de orientação e, efetivamente, ainda não viveu o suficiente para ter maturidade física, cognitiva, emocional ou social para o exercício de muitas funções por ele assumidas (BRASIL, 1999). Embora, para alguns isso possa significar um avanço na tentativa de se tornar adulto (ROCHA, 2005).

Nesta perspectiva, torna-se preocupante o número de consumidores de álcool e outras drogas entre adolescentes que se inserem precocemente no mundo do trabalho, numa clara evidência de que, além dos danos físicos e emocionais que podem ter relação com a exigência precoce do trabalho. Além disso essa exigência também os compromete sob o ponto de vista da moral e da educação, uma vez que resulta em forte desvalorização da escola (BRASIL, 1999). Portanto, se para uns o trabalho traz dignidade e independência econômica, tornando-se mecanismo de proteção, para outros, é um importante mecanismos de risco.

O aborto foi outra experiência que contribuiu para duas depoentes, do grupo G2, expressarem a sua adolescência de forma negativa.

Tive dois abortos. No momento eu não morava com minha mãe, eu morava com uma amiga e não tinha como cuidar de uma criança, além disso, eu não podia levar a gravidez sozinha. Eu sou bem resolvida, não sinto culpa, mas hoje não faria novamente (G2 – Taturana).

Realizei um aborto, mas foi devido à pobreza, porque não podia criar o meu filho. O pior de tudo, é que hoje sinto uma culpa, porque era uma menina, o meu sonho (G2 – Bicho cabeludo).

A adolescência é a fase da vida em que as experimentações e descobertas sexuais se iniciam. Caso não haja informação e diálogo adequado sobre as formas de evitar a gravidez, ou acesso a elas, a adolescente estará vulnerável à questão. Realizando uma análise comparativa com a sub-categoria anterior, as depoentes possuíam problemas na relação familiar na infância, um dado que pode resultar em mecanismo de risco e a vulnerabilidade à gravidez.

Segundo Takiuti (1997), o aborto é “um ato ilegal no Brasil, porém, um caso típico de controvérsia quanto ao fundamento ético”. Contudo, o aborto provocado é um problema de saúde pública representando a quarta causa de morte materna, devido a suas complicações.

Esta prática não é restrita à classes sociais, idades e estado civil, mas, possui uma variável importante, a situação financeira. As adolescentes de maior poder aquisitivo utilizam as clínicas especializadas para a realização do aborto. Já as adolescentes pobres recorrem a métodos abortivos rudimentares, que levam a graves complicações (TAKIUTI, 1997).

Por outro lado, a sexualidade masculina e feminina construída socialmente cria estereótipos em que a sexualidade masculina é reconhecida como incontrolável, cheia de permissões e incentivos e, a sexualidade feminina é imersa em cobranças e restrições, devendo ser despertada e estar subordinada à vontade do homem. A ideologia responsabiliza a mulher e exime os homens de qualquer responsabilidade na questão da contracepção e da maternidade. A idéia que predominava e que ainda persiste é a responsabilização da mulher pela gravidez, mesmo nos casos de violência sexual ou risco de vida (ARAÚJO, 1998).

Esta questão de gênero, que permeia a temática do aborto, foi explicitada por uma depoente do grupo G2, mesmo não o efetivando.

Conversei com minha irmã, ela me disse que eu ia abortar, mas eu disse que não iria. Isso tudo porque o meu pai bebia e tínhamos medo de que ele fizesse alguma coisa comigo e com meu filho. Mas, o fato é que não realizei o aborto porque eu estava com quase seis meses de gestação (G2 – Rugas).

Outra situação ainda relativa a esta temática é a falta de diálogo, propiciando o surgimento do medo na adolescente frente a aceitabilidade da gravidez por parte dos pais. É importante salientar, que o respeito não é oriundo do medo, muito menos do autoritarismo. Para esclarecer melhor a influência da deficiência de diálogo construtivo da relação pais e filhos, trouxe duas falas, uma do grupo G1 e outra do G2:

Eu me tornei moça com 09 anos, eu fui falar para a minha vizinha, porque em casa eu não falei nada, fiquei calada, fiquei surpresa. Só com o tempo é que eles foram saber. Antes não tínhamos essa confiança e liberdade para conversar sobre certas coisas (G1 – Sauí).

Eu me tornei moça aos 11 anos. Foi um choque, porque minha mãe não falava sobre isso. Naquela época era normal ninguém falar sobre isso (G2 – Beiju).

A menarca é o período em que ocorre a primeira menstruação. Uma fase da vida feminina de grande alteração bio-psico-emocional. Assim sendo, a família é um importante auxiliador no entendimento das transformações ocorridas, minimizando os efeitos impactantes, que porventura possam surgir, principalmente, experienciando a menarca em idade precoce, como visto no perfil das depoentes.

Desta forma, a família corresponde a uma instituição que exerce uma influência significativa durante todo o processo de desenvolvimento do ser adolescente. Um grupo de uma organização complexa e que se insere em um contexto social mais amplo, mantendo com este constante interação (BIASOLI-ALVES, 2004).

Neste sentido, é na família que se dimensiona e têm início as práticas da educação e da socialização. É a partir do processo socializador, através do diálogo, que o adolescente elabora sua identidade e subjetividade, adquirindo, no interior da família, os valores, as normas, as crenças, as idéias, os modelos e os padrões comportamentais necessários para sua atuação social (ROMANELLI, 2002).

A fala de uma depoente, do grupo G1, corrobora com o discurso da valorização do diálogo na relação pais e filhos na adolescência e sua influência benéfica para o desenvolvimento de mecanismos de proteção.

Na adolescência eu era uma pimentinha, quando eu queria sair eu falava com o meu pai, mas tudo era conversado. Eu aceitava. Eu fiquei moça com 14 anos. Mas, eu já sabia o que era e que isso iria acontecer, porque minha mãe e minha irmã me falavam (G1 – Curuquerê).

Seguindo na construção do ser adolescente, as depoentes do grupo G1, também experienciaram a temática do abuso sexual. Nas falas, elas relatam a tentativa de estupro e o assédio sexual, inclusive por um integrante da família.

Quando eu estava mais moça eu ia sempre passar uns dias na casa dele (pai), nas férias, mas teve um dia que ele queria me atacar. Eu estava saindo do banheiro, depois de tomar banho e ele queria me ver nua (G1 – Lagarta de Fogo)

Quando pequena, se minha irmã não chega a tempo, eu ia ser estuprada por um homem. Isso não sai da minha cabeça (G1 – Mede Palmo).

A prática sexual, cada vez mais propagada e difundida, objetivando a mulher como um instrumento do sexo, pode se apresentar em formas distorcidas de relacionamentos, não importando se isso significa ir além do respeito ao próximo.

Como se isso não bastasse, as diversas formas de poder, nas diferentes esferas da sociedade, sempre valorizaram o domínio do mais forte sobre o mais fraco, seja nas esferas políticas, sociais, ou familiares. Dessa forma, mesmo com a evolução dos princípios morais e legais em defesa dos adolescentes, os casos de abuso sexual não deixaram de acontecer, produzindo seqüelas, muitas vezes irreparáveis aos vitimados.

Para melhor nortear a discussão, define-se abuso ou violência sexual na adolescência como a situação em que o adolescente, é usado para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração (ABRAPIA, 1997).

Estes relatos não foram os únicos na temática violência. Outra fala, desta vez, do grupo G2, registra a experiência da violência urbana. Neste relato, percebe-se a influência negativa que esta experiência causou na forma de ser da depoente, não somente na adolescência, mas, nas demais fases da vida.

Na minha adolescência eu fui baleada e fiquei muito triste. Ai eu caí de braços abertos em frente à igreja universal. Eu era uma menina muito alegre, e depois do tiro eu mudei. Eu saía com meus amigos, eu era solta. Depois do tiro, eu não sinto mais vontade de sair, de ir na casa das minha colegas. A minha vida mudou completamente (G2 – Rugas).

Parafraseando Soares e Miranda (2005), as diferenças de gênero têm duas dimensões distintas: social e biogenética. A primeira consiste nos fatores socioculturais que diferenciam os papéis dos homens e das mulheres na estrutura social; a segunda refere-se ao efeito dos respectivos sistemas biológicos sobre as formas de reação a um fator estressor e vice-versa.

Com estes achados, as mulheres tenderiam a desenvolver sintomas emocionais que levariam a um diagnóstico de depressão e ansiedade, ao passo que os homens certamente

reagiriam a uma experiência traumática com expressões e atitudes de irritabilidade e impulsividade e, recorreriam com maior frequência a substâncias tóxicas.

Portanto, experienciar a violência em uma fase de construção da identidade, conduz à possibilidade de traumas na vida, sejam eles quais forem. Como dito, é neste período que a adolescente busca construir relações fora do círculo familiar, preparando-se para a independência até então necessária, para o seu desenvolvimento de ser. Com tantos relatos de experiências marcantes, inclusive de violência, seria natural o surgir de uma consequência a curto e a médio prazo nas relações que estas teriam na vida. Essa consequência pode ser apreendida na fala de uma depoente do grupo G1, cuja experiência de violência foi relatada acima.

Depois disso todas as vezes que eu o via, sentia muito medo. E fiquei desconfiada de todos ao meu redor. Só mais tarde comecei a confiar no homem novamente, e mesmo assim com cautela. Porque se o meu pai fez isso comigo, outro homem qualquer poderia fazer pior (G1 – Lagarta de Fogo).

Outra consequência das experiências negativas na adolescência é a perda do sonho. Muitas pessoas perdem a vontade de sonhar e, por conseguinte, a vontade de viver. O sonho possui grande importância para o ser humano, principalmente, nas fases iniciais da vida. Sonhar move o ser a conquistas e a superação de obstáculos.

Os sonhos de conquistar o mundo e romper com as desigualdades são importantes para que o ser humano se engaje num trabalho em que a preocupação social coexista com o desejo de realização pessoal, tal como costuma ocorrer no processo de formação de um cidadão consciente, crítico e transformador da realidade (OLIVIERI, 1985, p. 26).

Neste sentido, pode-se dizer que o sonhar é uma característica de seres humanos resilientes. É expressão criadora do Self. Mas, para poder sonhar o ser humano precisa acreditar que mesmo com as dificuldades, a vida vale à pena e que pode ser transformada. Perder a vontade de sonhar é um sinal da perda de ser na vida. Porque ser na vida é co-construir. É a atitude de deixar pegadas no mundo. Pegadas construtivas, evolutivas. Para isso, o sonhar é o primeiro passo. Na fala a seguir, a perda do sonhar foi registrada.

A minha vida era sempre uma pobreza e não tinha como sonhar muito. A consequência foi uma mulher que perdeu muitos anos de vida, não vivendo (G1 – Lagarta de fogo).

Compreender o ser humano é enriquecedor. Ao mesmo tempo em que se descobrem experiências dolorosas, do ponto de vista de cada cultura e sociedade, encontram-se ensinamentos valiosos, enfrentamentos primorosos, superações surpreendentes. Nas falas a seguir, duas depoentes, do grupo G1, afirmam que as experiências, mesmo que dolorosas, foram importantes para o crescimento de Ser na vida.

Mas também tive problemas na adolescência, mas isso nos amadurece, faz crescer (G1 – Elasmó).

Olha! Os problemas que eu tive também me fizeram crescer (G1 – Tapuebá).

Estes últimos relatos reafirmam o discurso de Yunes e Szymansky (2002), quando expõem que riscos não podem ser considerados como fatores, mas mecanismos, porque o que pode ser risco para um, em um ambiente ou período da vida, pode ser protetor para muitos outros. Assim, “a resiliência tem diferentes formas entre diferentes indivíduos em diferentes contextos” (MARTINEU apud YUNES e SZYMANSKY, 2002, p. 21).

As aproximações encontradas entre os grupos se resumiram nas experiências de relações com diálogo deficitário e consideráveis experiências de violência, principalmente, ligadas ao abuso sexual.

Os distanciamentos encontrados entre os grupos foram mais expressivos na questão do aborto e do trabalho na adolescência, encontrados nos relatos do grupo G2. As temáticas mais representativas para o grupo G1 foram a avaliação positiva do Ser adolescente na vida; a valorização da relação de diálogo.

Percebe-se que ambos os grupos relataram muitas experiências negativas em detrimento das experiências positivas. O que chama atenção para uma análise comparativa é que o grupo G1, sinalizou para uma compreensão mais positiva desta fase, não havendo nenhum relato desta natureza nas falas do grupo G2.

Portanto, esta sub-categoria revela que as experiências de Ser na adolescência podem trazer conseqüências gravíssimas na forma de Ser no mundo e, por conseguinte, para a resiliência. Entretanto, mesmo que sejam experiências dolorosas e sofridas podem se tornar instrumentos valiosos para um desenvolver fortalecido.

4.1.3 Sub-categoria 1.3 - Experiências de ser na vida adulta

Ser na vida adulta é possuir a personalidade consolidada e a responsabilidade da independência. É descobrir que pode ser na vida, também com o outro para evitar o isolamento afetivo, compreendendo as diferenças, os limites e a individualidade de cada um. É planejar seu futuro, iniciar uma família, dedicar-se ao trabalho produtivo e compreender a importância de construir algo em sua vida (VISCOTT, 1982).

Estas afirmações foram relatadas pelas depoentes de ambos os grupos, indo ao encontro da autora citada acima.

Olha a minha vida adulta é ótima, casei, tive três filhos lindos. Mesmos com os problemas que surgem, foi tudo muito bom (G1 - Curuquerê).

Fui muito feliz depois da adolescência. Ganhava meu dinheiro e cuidava de mim e da minha família. É uma fase maravilhosa. (G1 – Tapuebá).

Não tenho do que reclamar. Casei, tive meus filhos, trabalhei e sou feliz (G2 – Bicho cabeludo).

Foi bem. Graças a Deus eu sempre trabalhei, nunca tive preguiça de trabalhar. Foi melhor que a adolescência (G2 - Proccessionária).

Contudo, muitas pessoas acreditam que ser na fase adulta é viver para o trabalho, para casa, família, sem atender, muitas vezes, as necessidades mais básicas da vida, cuidar de si. Esta foi uma das temáticas apontadas pelas depoentes de ambos os grupos.

Eu estava tomando conta do meu pai e não tinha onde deixá-lo. Era um sufoco, porque eu não tinha tempo de cuidar de mim (G1-Mede-Palmo).

A vida para mim era trabalhar, cuidar dos meus filhos. Antes eu me envolvia muito com a família, tudo que era problema eu que ia resolver, esquecia de mim (G1-Minadora).

Olha eu sempre trabalhei muito. Lavei roupa para fora. Minha vida foi trabalho (G2 –Lagarta – Militar).

Trabalhava na casa de uma senhora. Lá eu fazia de tudo e só voltava para casa no final da tarde (G2 – Manduvá).

Segundo Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), o trabalho é ação humana social, que envolve a capacidade de produção do meio em que vive e de virtudes para si mesmo. Para estas autoras, o trabalho advém do processo de interação com a natureza, mediado pelos instrumentos fabricados, onde o homem, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é modificado por ela.

Neste sentido, cabe ressaltar que pela existência dessa integração entre as ações produzidas, o homem quando ultrapassa os limites de sua capacidade, gera em si as inúmeras modificações, incluindo aquelas que têm conseqüências negativas no psiquismo.

Portanto, esse exacerbar do trabalho, sem o cuidado de si, traz impactos à saúde do trabalhador, como o surgimento de diversas enfermidades, incluindo a depressão, a ansiedade e diversas doenças crônicas (MUROFUSE, ABRACHES e NAPOLEÃO, 2005).

Entretanto, duas depoentes do grupo G2, afirmaram que para elas o trabalho foi uma influência positiva na forma de ser na vida adulta.

O trabalho foi bom pra mim. Me fez crescer na vida. Ensinou-me a ser responsável (G2 - Lagarta militar).

Eu não acho que isso me prejudicou, porque eu gosto de trabalhar (G2 – Lagarta rosada).

Essa declaração é de grande valia para a compreensão de que o ser humano pode transformar algo de cunho que na visão de muitos pode ser negativo em um fator positivo para sua vida. Assim, percebe-se que experienciar eventos supostamente negativos não necessariamente influenciará também de forma negativa a resiliência e, em muitos casos, a fortalecerá.

Outra questão emergida das falas das depoentes foi novamente o aborto. Esta experiência foi relatada em maior grau pelo grupo G2.

Tive dois abortos. Perdi uma criança de hemorragia, e dois aborto provocado, mas eu não faria isso de novo. Traz um arrependimento. Mas era por medo porque os meus partos eram difíceis (G1 – Lagarta de fogo).

Já fiz aborto. Teve uma época que eu não entendia a maldade humana e fazia, mas hoje em dia eu me arrependo e não faria de novo, mas a gente quando não é cristão faz só coisas erradas. Eu peço perdão a ele todo dia, toda hora (G1 – Mede-palmo).

Tive dois aborto espontâneos, é triste, mas fazer o quê (G2 – Lagarta-rosada)

Tive três abortos. Não me sinto culpada (G2 – Processionária)

Dois abortos. Para mim foi duro. A pessoa sente um pouco de culpa (G2 – Manduvá)

Tive dois abortos. Eu não podia criar mais filhos. A pobreza era muito grande. (G2 – Bicho cabeludo)

Nos depoimentos, percebe-se que uma grande parcela das mulheres entrevistadas realizou o aborto. Neste contexto, muitas se sentem culpadas, enquanto outras não. O sentir culpada é um sentimento ruim do ponto de vista psicológico. A culpa gera inúmeros bloqueios, inclusive para repensar a sua atitude. No contexto de gênero, esta culpa pode ser proporcionada por uma cultura de não controle e decisão da mulher sobre suas atitudes e seu próprio corpo, marcada por séculos de submissão e desvalorização do feminino (SOARES e MIRANDA, 2005).

Neste sentido, o profissional de saúde deve ficar atento para discutir com a mulher se a culpa está presente, tentando em conjunto encontrar mecanismos de superação, para uma atitude de responsabilidade, de controle sobre o seu próprio corpo e atitudes, muito mais saudável, do ponto de vista moral, ético, psicológico e social.

Outra situação que o profissional de saúde deve ficar atento durante o processo de cuidar são os maus-tratos de quaisquer natureza, pois são situações de exposição ao risco. Nas falas a seguir, as mulheres relatam a experiência de sofrerem maus-tratos físicos. Um dado encontrado em ambos os grupos.

Eu casei mais para sair da situação de maus tratos dos meus pais, mas acabei me dando mal porque meu marido era alcoólatra. Ele trazia cigarro, bebida para mim e eu acabei entrando nessa (G1 – Mede-Palmo).

Com o primeiro, ele foi muito ruim, queria me espancar me bater. Ele bebia muito. Eu já tinha dois filhos (G2 – Lagarta Rosada).

A violência contra a mulher por parte do marido ou parceiro assume números significativos e configura-se como relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A partir de 48 estudos de base populacional conduzidos em todo o mundo identificou-se que

entre 10% e 69% das mulheres já foram agredidas pelo seu parceiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE -OMS, 2002).

A violência conjugal representa uma das principais ameaças à saúde das mulheres e a maioria dessas agressões é repetitiva em suas vidas. As conseqüências desta violência para a mulher agredida são severas e abrangem diversas dimensões, desde ocorrência de fraturas, luxações e hematomas até impactos psicológicos e comportamentais, como depressão, ansiedade, dependência química e farmacológica, ou, em casos mais severos, desequilíbrios que levam aos suicídios (OMS, 2002).

Neste sentido, vale ressaltar, que a percepção social da violência contra a mulher é histórica e, ao longo dos séculos, vem se transformando em função da luta política das mesmas. Essa luta desnaturalizou esse tipo de violência, tornando-a visível e, mais recentemente, qualificando-a como uma violação dos direitos humanos e como um comportamento criminal, devendo ser encarada justamente desta maneira pelos profissionais que lidam com essas vítimas. A violência de gênero tem um forte componente cultural, que não é facilmente superado por meio de leis e normas (SILVA, 2003).

A perda de um ente querido também fez parte das experiências do Ser na fase adulta. Analisando de uma forma geral, esta fase seria a mais apropriada para este vivenciar. Embora, nem todas as pessoas estejam preparadas para um enfrentar mais sadio. Esta discussão pode ser evidenciada nos depoimentos de ambos os grupos, em maior proporção no G2. O que chama mais atenção é o fato de terem ocorrido, na maioria dos relatos, nos últimos cinco anos, antes do adoecimento e, para o grupo G2, também com ocorrência nos últimos anos antes do prognóstico desfavorável.

(Antes do adoecimento) Eu tive uma perda importante, o meu pai. Nós compramos uma casa em agosto e em dezembro ele morreu. Foi uma perda muito rápida e abalou muito, mas a gente foi se recuperando devagarzinho. Eu era muito feliz, mas depois que acontece essas coisas de perda, eu comecei a ficar um pouco mais triste. Eu perdi meu marido há dois anos e foi um baque (G1 – Elasm).

(Antes do adoecimento) Minha mãe morreu em 1985, a perda foi muito triste, porque a gente nunca quer perder a mãe, mas a perda já foi superada, só fica a saudade (G1 – Minadora).

(Antes do adoecimento) Eu era noiva e comecei a namorar com um rapaz perto da minha casa, ai de repente ele começou a dar uns desmaios, mas começou a se tratar e descobriu um tumor na cabeça. Eu fiquei noiva dele por 09 anos. Quando estava se acertando para casarmos a doença voltou e não teve jeito, ele morreu (G1 – Sauf).

(Antes do adoecimento) Ele ficou três anos com esse problema (câncer de próstata), antes de falecer (G2 – Lagarta Militar).

(Antes do adoecimento) Eu fiquei muito deprimida com a morte do meu filho, até hoje eu não superei. (Depois do adoecimento, porém antes do surgir da metástase) Meu marido teve um infarto. Eu sai para o trabalho e quando cheguei em casa soube que ele estava na capela morto. Ainda não recuperei da perda do meu marido (G2 – Lagarta-rosada).

(Antes do adoecimento) Meu pai morreu de câncer. Nossa, a gente sofre. Eu nunca falo que meu pai morreu. Eu digo que ele está viajando (G2 - Rugas).

Minha mãe faleceu antes de eu ter o câncer. [...] Foi muito sofrimento porque eu me tratando tive que cuidar do meu pai doente com câncer de próstata (G2 – Bicho cabeludo).

Quando eu terminei o meu tratamento do primeiro câncer, meses depois, o pai do meu marido foi atropelado e ficou “entrevado” na cama. Era muito difícil porque eu tinha que dar banho, cuidar dele, além de ter minhas filhas. E se não bastasse, toda vez que o via sentia uma dor muito grande, porque eu lembrava dos momentos em que ele estava bom. Logo depois, senti muitas dores de cabeça e, soube que estava com metástase cerebral (G2 – Taturana).

Como visto anteriormente através do emergir dos dados, a perda traz problemáticas importantes na vida do ser humano, sugerindo uma possível relação entre essas perdas e o processo de adoecimento, visto que o mesmo está integrado às diversas dimensões do ser humano.

As aproximações, nesta sub-categoria, estão relacionadas a uma visão positiva da vida adulta, porém, com experiências de maus-tratos físicos; a dedicação excessiva ao trabalho e aos outros, esquecendo de si; e perda de entes queridos, principalmente, antes do adoecimento com câncer de mama.

Os distanciamentos mais expressivos foram encontrados nas temáticas: a influência positiva do trabalho em sua vida; o aborto, em muitos casos com culpa; e perda de entes queridos, principalmente, antes do prognóstico desfavorável. Estes eram mais evidentes no grupo G2.

Nesta sub-categoria os dados sugerem que mesmo acreditando que na fase adulta se tem maiores mecanismos de proteção e uma resiliência mais fortalecida, comparando-se as fases anteriores, o ser humano e, no caso, os grupos em questão, não estão isentos de novas ou reformuladas experiências.

Compreende-se que cuidar de um ser humano requer um estudo profundo do contexto histórico em que o mesmo está inserido. Em um contexto filosófico - não se pode querer que na compra de dois pares de sapatos, um par sendo usado e o outro guardado, em um tempo posterior, que este último caiba como o anterior. As marcas das pegadas, da história alteram os pés, modela o par de sapatos usado, transforma a vida.

Em se tratando de resiliência, um processo dinâmico e integrado, as experiências negativas ou que trazem dificuldades, também podem gerar transformações positivas, fortalecer seus mecanismos de enfrentamento e superação, assim como, experiências positivas podem não gerar mecanismos de proteção. Esta relação complexa nos faz compreender mais uma vez que não se pode determinar com exatidão que certas experiências foram causa de uma fragilidade ou fortalecimento, pois é sempre necessário considerar como cada situação

foi vivida por cada pessoa. Assim, é uma questão que requer uma análise profunda e uma síntese ampliada.

Para tal, é necessário um resgate das temáticas mais relevantes emergidas nas subcategorias anteriores, compreendendo suas aparições no decorrer do ser mulher em cada grupo.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
<p>NA INFÂNCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto como sendo a primeira expressão da resiliência do Ser na infância <p>NA ADOLESCÊNCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relações com diálogo deficitário entre pais e filhos • Abuso sexual <p>NA FASE ADULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma visão positiva da vida adulta • Maus-tratos físicos • Perda de entes queridos, principalmente, antes do adoecimento com câncer de mama. • A dedicação excessiva ao trabalho e aos outros, esquecendo de si 	<p>GRUPO G1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interferência nas relações entre pais e filhos • Perdas na infância de entes queridos • A valorização da relação de diálogo entre pais e filhos. • A avaliação positiva do Ser adolescente na vida 	<p>GRUPO G2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maus-Tratos • Trabalho Infantil • Violência Estrutural (pobreza) • Aborto • Trabalho na adolescência • A influência positiva do trabalho em sua vida • Aborto • Perda de entes queridos, principalmente, antes do surgir da metástase

Quadro 8 – Síntese das aproximações e distanciamentos das experiências de ser na vida anterior ao adoecimento de mulheres com câncer de mama

Assim sendo, o grupo G1 teve como marca no seu processo vivencial, uma maior valorização da relação pais e filhos e uma maior experimentação do diálogo entre os mesmos. Contudo, também tiveram experiências dolorosas como: violência sexual e física e perda de entes queridos na infância e na fase adulta, porém, sempre sinalizando uma visão positiva dos enfrentamentos destes obstáculos. São dados significativos para um iniciar da compreensão da construção de um processo de recuperação do adoecimento.

O grupo G2 foi marcado em toda sua trajetória de vida por experiências dolorosas e sofridas como: violência estrutural; maus-tratos (abuso físico, sexual e psicológico); aborto, tanto na adolescência como na vida adulta; perda de entes queridos na fase adulta, integrados

a dificuldade de superação; e trabalho excessivo, da infância a fase adulta. Embora, também tenham expressado uma visão positiva da fase adulta. Com estes dados, pode-se compreender que o processo de adoecimento e posterior agravamento, possui uma relação muito tênue com o histórico de vida destas mulheres.

Le Shan (1992), Siegel (1989) e Simonton et al (1987) associam o aparecimento do câncer a um sentimento prolongado de desesperança. Relatam que a vida emocional do paciente muitas vezes desempenha um papel importante no aparecimento do câncer. As entrevistadas apresentam histórias de decepções repetidas no casamento e, por sua educação, ou dificuldade de confiar, algumas apresentam uma grande resistência a expor e discutir suas insatisfações com o parceiro a fim de buscar um casamento mais satisfatório e, por outro lado, temem separar-se pela reação dos filhos, ou por receio da solidão. Assim, permanecem em uma situação insatisfatória e nutrem um sentimento de decepção e desesperança.

Silva (1998) e Siegel (1989) afirmam que há uma estreita relação entre o câncer de mama e a vivência, pela mulher, de relações conjugais empobrecidas e insatisfatórias.

Portanto, fica clara a existência de algumas diferenças no processo de viver de ambos os grupos, mas, também, que ter experienciado obstáculos dolorosos e sofridos, faz parte de ambos os grupos e da vida.

Nesta categoria, algumas das experiências emergiram da mais profunda estrutura do ser, permeadas de emoções e sentimentos. Estas experiências demonstram que para compreender o processo de vida e, dentro deste, o processo de adoecimento e recuperação, deve-se compreender, também, a sua história.

De acordo com esta noção de trajetória, o desenvolvimento não é igual entre as pessoas, pois estas são diferentes; não se tem um estágio final pré-definido que todos venham a potencialmente atingir. Cada momento da trajetória, e as experiências que as caracterizam, geram possibilidades e limites para o próximo. À medida que o organismo interage com o ambiente, ao longo do tempo, ele se constrói e, ao mesmo tempo, torna-se cada vez mais complexo (VAN GEERT, 2003).

4.2 Categoria 2 - Expressão da resiliência no processo de adoecimento com câncer de mama

Após a compreensão da influência das experiências de vida no processo de ser das depoentes, a presente categoria tem como proposta tecer uma articulação entre o que foi analisado na categoria anterior e o impacto gerado pelo processo de enfrentamento dos obstáculos advindos do processo de adoecimento. Este trabalho de análise contribuirá para o

entendimento acerca da expressão da resiliência no decorrer deste processo, ampliando as formas e estratégias utilizadas no cuidado de enfermagem.

4.2.1 Sub-categoria 2.1: Expressão da resiliência no período da descoberta do adoecimento com câncer de mama

O descobrir do adoecimento com câncer é um dos períodos de maior sofrimento, permeado pelo medo, insegurança e dúvidas. É uma fase de grande impacto na vida do ser adoecido e de toda a rede social que o circunda.

Para Alves (1993), a compreensão de que a enfermidade consiste em uma experiência e, assim sendo é resultado de uma interpretação, adquire um sentido particular à medida que é interpretada. Desta forma, analisar o impacto deste adoecimento na vida dos seus acometidos pressupõe considerar a construção histórico-social do câncer, em que esses seres humanos e sua rede social estão inseridos.

No caso específico do câncer, Gimenes (1998) destaca que significados e interpretações acerca deste adoecimento e das situações que lhe estão associadas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença. Neste contexto, as reações de enfrentamento serão múltiplas, do desespero à tranqüilidade. Estas reações dependem de instrumentos adquiridos durante o processo de vida.

Em se tratando do câncer de mama, a questão é ainda mais complexa, pois envolve questões mais íntimas como a sexualidade, o prazer, a imagem corporal e outros aspectos envolvendo a dimensão social como a rede de apoio que o Ser adoecido conta. Segundo alguns estudiosos, a mama é um órgão que remete às representações que simbolizam a feminilidade, a estética, a sexualidade, imagem corporal e maternidade (GALANTE-NASSIF, 2006).

Desta forma, o enfrentar das mulheres adoecidas com câncer de mama é doloroso e desafiador para a construção de suas vidas. É um período que requer auxílio de uma rede social adequada, de um suporte profissional humanizado e relacional.

A descoberta da doença se inicia, muitas das vezes, na intimidade da mulher. Esta atitude de conhecer a si mesma é importante para um diagnóstico inicial da doença, elevando as chances de um sucesso no processo de recuperação.

Neste contexto, as depoentes, de ambos os grupos, relataram que uma das formas da descoberta inicial da doença foi através do toque em seu seio.

Eu descobri um caroço na mama me tocando. Eu procurei um médico e fiz uma mamografia que acusou que eu estava com câncer (G1 – Minadora).

Eu estava me ensaboando no banheiro quando sentir um caroço. Fui ao médico e descobri que estava com a doença (G1 – Curuquerê).

Eu descobri que estava com câncer, porque eu encontrei um caroço quando passei a mão no meu seio (G2 – Lagarta-Rosada).

Eu estava tomando banho, me apalpei e senti um caroço (G2 – Rugas).

Estes depoimentos vão ao encontro da afirmação do INCA (2008), quando relata a importância do conhecimento do corpo e do auto-exame como um auxiliador no processo de identificação de uma possível alteração sugestiva de tumor. Vale ressaltar que na maioria das falas, fica sugestivo que o toque corporal pode não ter sido realizado com a intenção do auto-exame. Entretanto, o tocar como forma de se perceber e de se conhecer é um grande passo para o rastreamento de supostos casos da doença.

Outra forma de percepção sugestiva de câncer, e que pode ser verificada ao realizar o auto-exame das mamas foi o reconhecimento da transformação visual do seio. Na fala de uma mulher do grupo G1, o crescimento tumoral tornou visível uma alteração em seu corpo, que foi analisada pela mesma como um potencial risco de câncer.

Olha apareceu um caroço no seio. Ele era pequeno, mas depois cresceu tanto que dava para ver. Aí eu fui procurar um médico. (G1 – Elasmó).

Porém, quando a mulher não consegue identificar o nódulo através do toque ou da transformação visual (um indicativo de estágio não inicial), a dor é outra sinalização importante para a descoberta. Neste caso, a dor pode ser uma característica tardia e negativa para o processo de recuperação, pois, está ligada a um comprometimento maior das regiões adjacentes ao tumor. Esta afirmação pode ser encontrada nas falas das mulheres do grupo G2.

Eu deitada senti uma fisgada e quando coloquei a mão no meu peito, senti um caroço. Aí eu falei: - Meu Deus! Eu estou com câncer (G2 – Beijú).

Eu sentia dor no peito e fui ao médico. Ele me examinou e me encaminhou para o hospital (G2 – Proccionária).

Para o INCA (2008), mesmo com a importância do conhecimento do corpo, são três as ações de saúde consideradas fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama: a) auto-exame das mamas realizado de forma adequada; b) exame clínico das mamas feito por um profissional especializado e; c) mamografia. Esta colocação também foi relatada como uma das formas da descoberta da doença, por integrantes de ambos os grupos.

Eu descobri que estava com câncer quando fui realizar o exame das mamas, porque a minha mãe tinha descoberto a doença meses antes (G1 – Ambira).

Eu falei para a médica que estava com um caroço. Ela assustada me perguntou onde. Eu mostrei. Quando ela tocou, disse: - Um não sei. Acho que vamos ter que começar a correr. - Marcamos uma consulta e depois uma mamografia, para saber o que era. Todos os exames

que viam ela falava que era suspeito. Até que um dia, ela me disse que eu estava com um nódulo do câncer. Aí começou a luta (G2 – Beijú).

Olha eu descobri realizando o exame de rotina, porque não doía e não sentia nada (G2 – Manduvá).

Estes relatos são de grande valia para a co-construção de um cuidado que estimule e valorize o conhecimento e a atenção da mulher sobre o seu corpo, pois estudos afirmam que apesar de toda informação sobre a importância da realização do auto-exame, divulgada principalmente nos meios de comunicação e pelos programas de assistência à saúde da mulher, as mulheres de menor poder aquisitivo não têm sido estimuladas o bastante para realizarem o auto-exame (GONÇALVES e DIAS, 1999).

Para os mesmos autores, as campanhas educativas que abordam a prevenção do câncer de mama precisam ser destinadas e adaptadas à realidade da população feminina de baixa renda e de baixa escolaridade. Na maioria das vezes, as mulheres em questão não têm acesso a um serviço público de saúde de qualidade e, quando o procuram, a doença já se encontra em estágio avançado. É necessária a utilização dos conhecimentos, já existentes, sobre as percepções, crenças, níveis de informação que essas mulheres têm a respeito do auto-exame, para que se possam traçar estratégias educativas no sentido de melhor orientá-las.

Apesar da informação sobre os sinais de suspeita para o câncer de mama e a descoberta inicial de uma alteração em seu corpo, muitas mulheres negam os achados devido à presença do medo do adoecimento. Segundo Harris, Lippman e Morrow (2002), o medo da descoberta é uma resultante das preocupações sobre a ameaça à vida e à saúde, bem como do desfiguramento, invalidez e angústia advindos do tratamento e da própria doença. Esta forma de enfrentar um suposto adoecimento propicia um diagnóstico tardio, diminuindo as chances de recuperação. Esta questão foi encontrada na fala de uma entrevistada do Grupo G1.

Eu tocava com as mãos, mas eu continuava não ligando, com medo. Até que resolvi fazer os exames que constataram o câncer (G1 – Mede-Palmo).

Através deste relato pode-se aludir a outro aspecto envolvendo o adoecimento por câncer: o estigma que envolve esta doença.

Sontag (1994) afirma que as várias metáforas construídas e partilhadas socialmente ao longo da história a respeito do câncer contribuem para que essa doença ainda hoje seja vista como uma sentença de morte. As representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, contagiosa, estigmatizada e degradante, que consome o ser adoecido aos poucos, sendo considerado, muitas vezes, um castigo de Deus. Portanto, a influência negativa do

estigma que envolve a doença gera medo, angústias e desespero, mesmo quando há a existência de um suporte durante o processo de adoecimento.

A partir dos relatos das depoentes apreendi que diante da descoberta do câncer, o desespero foi o sentimento mais relatado, muitas vezes deixando-se extravasar através do choro. O câncer de mama em suas vidas se constituía como um mito, sem possibilidades de acometê-las e, diante do diagnóstico inesperado, o desespero foi um modo encontrado para o extravasamento de suas emoções e decepções diante do diagnóstico (PINHO et al, 2007).

Esta realidade é encontrada nas falas a seguir, também de ambos os grupos.

Quando a médica me chamou para conversar, eu pensei logo no pior. E quando eu soube comecei uma choradeira (G1 – Sauf).

No início, eu ficava com medo de dormir e não mais acordar. Ficava dois três dias sem dormir. Eu tinha medo de andar na rua, de andar de ônibus. Eu tinha medo de perder a minha filha. Eu não deixava ela sair sem mim. Eu tinha medo da perda (G1 - Ambira).

Receber a notícia que eu estava com câncer foi como se a terra abrisse e eu caísse dentro. Foi horrível (G2 – Taturana).

Em relação à atitude dos médicos, durante a primeira metade do século passado, considerava-se um ato de crueldade informar ao paciente o diagnóstico ou os efeitos dos medicamentos utilizados e apenas à família eram dadas essas informações. Dessa forma, mulheres adoecidas com câncer de mama tinham acesso a pouca ou nenhuma informação especializada sobre seu estado de saúde, viam-se diante de uma conspiração silenciosa entre sua família e a equipe médica, contando com pouco suporte social além do oferecido pelos familiares (TAVARES; TRAD, 2005).

As mudanças ocorridas na atitude dos profissionais, na atualidade, foram incentivadas pelos movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres, mas aconteceram, em grande parte, devido aos avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento, os quais possibilitaram o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevida das mulheres adoecidas.

A elevação da sobrevida de mulheres com câncer de mama apontou para a necessidade de lhes proporcionar boa qualidade de vida, como também ocorreram muitos incentivos para desenvolvimentos de estudos sobre as repercussões e adaptações psicossociais dessas mulheres, de suas famílias e dos profissionais de saúde em oncologia. A partir de então, a medicina oficial começou a admitir a possibilidade de participação de fatores internos (psicológicos) para o desenvolvimento do câncer (TAVARES E TRAD, 2005).

Contudo, nem todos possuem esta atitude humanizada. Para Dossey (1999, p. 174), a perda do humanismo por muitos profissionais deve-se à excessiva instrumentação tecnológica e à supervalorização da precisão e eficiência, “expulsando do coração o calor humano, a

compaixão, a simpatia e o interesse pelas pessoas”. Esta afirmação pode ser constatada nas falas de três depoentes do grupo G1.

O médico foi meio frio para dizer o diagnóstico. Ele abriu o envelope tão rápido, que não deu nem tempo de sentar na cadeira, e já me mandou procurar o INCA, porque eu estava com câncer. Eu pensei que era uma brincadeira, mas ele me perguntou se eu não tinha escutado. Eu fiquei chocada. Eu abaixei a cabeça para chorar. E ele me disse: levanta a cabeça, porque isso não é motivo para a senhora chorar. A medicina está muito evoluída e não é motivo para a senhora chorar (G1 – Ambira).

O médico me disse que eu estava com câncer assim: - Você sabe o que você tem não sabe? Eu respondi que não, mesmo estando desconfiada. Ele falou: - É isso mesmo que você está pensando. Eu comecei a chorar. Ele me perguntou porque eu estava chorando. E logo, em seguida ele falou: - Ranca isso que você vai melhorar. Na hora foi terrível (G1 – Elasmó).

Eu precisava fazer a quimioterapia, e fui encaminhada para uma Instituição Hospitalar, mas estava tendo um problema muito sério de dinheiro e não aceitavam muitas pessoas. Então, perguntei a um médico se caso eu ficasse sem a quimioterapia se isso ia me prejudicar. Ele respondeu que sim. Eu perguntei o que eu faço. Ele me respondeu que isso não era problema dele. Eu me lembro até hoje (G1 – Minadora).

Outro aspecto que permeia a confirmação do diagnóstico do câncer e que também é influenciado pelo estigma de morte, é a negação. Negar o adoecimento, segundo Maluf et al (2005) faz parte de um processo de resolução dos conflitos internos do Ser acometido. No entanto, este negar traz comprometimentos sérios para iniciar o tratamento, pois, induz em alguns casos, a procura de diferentes opiniões, favorecendo a evolução da doença. Este achado pode ser compreendido através da fala a seguir.

Quando o médico falou que eu estava com câncer, eu chorei tanto. Fiquei arrasada. Eu não aceitava. Ai o médico pedia para eu aceitar, mas eu não aceitava. Isso me prejudicou muito (G2 – Rugas).

No caso da depoente, uma análise dos acontecimentos sociais podem ser enriquecedores para uma discussão mais aprofundada. A mesma, durante a infância, relatou possuir uma ótima relação com os pais, sem experienciar nenhuma outra questão dolorosa ou sofrida, apontada pelas demais depoentes. No entanto, na fase adulta, a depoente experiencia a violência urbana, acompanhada de uma depressão como consequência do fato ocorrido, associado a não superação da perda do pai.

Portanto, afirmar que experienciar aspectos agradáveis durante a infância ou nas demais fases necessariamente conduz ao bom desenvolvimento da resiliência e dos mecanismos que o integra em todos os acontecimentos da vida, pode ser um equívoco. E esta análise vai ao encontro dos achados de Yunes e Szymanski (2002). Assim, verifica-se que a construção da resiliência é de fato um processo complexo, dinâmico e variável, dependendo de múltiplos aspectos e situações do momento de vida em que a pessoa se encontra, como também de sua história de vida. Portanto, a partir dessa análise apreende-se que ainda há

muito que se investigar sobre resiliência, aprofundar sobre os mecanismos de proteção e de risco, assim como, sobre a subjetividade de cada pessoa.

Para Barbosa (2002) e Vanzin (1997), o adoecimento com câncer é uma fase da vida de grande impacto, não só sobre o ser acometido, mas também entre os que lhe são próximos. Neste sentido, a dinâmica familiar é alterada por ocasião do adoecimento e dos vários medos que permeiam o adoecer com câncer (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Assim sendo, as influências negativas do estigma da doença, o medo da morte e do sofrimento repercutem na rede social da qual as mulheres fazem parte. Através das falas apresentadas a seguir pode-se depreender esta questão:

Minha cunhada é que não reagiu bem, ela nem conseguiu me encarar, me olhar (G1 – Minadora).

A família entra em desespero, porque sabem que é uma coisa difícil de curar (G1 – Sauf).

Eu liguei para o meu marido e ele começou a chorar. Porque a mãe dele morreu de câncer no ouvido e ele tinha seis anos. Ele me disse que viu o sofrimento da mãe dele, mas eu falei que eu não iria morrer, porque Deus não iria deixar (G1 – Ambira).

A minha filha começou a chorar e, eu me assustei, mas fui forte (G1 – Curuquerê).

Por outro lado, muitas mulheres ao saberem da confirmação do adoecimento, mesmo vivenciando o sentimento de tristeza e a dor, reagem compreendendo o processo no qual são protagonistas. Esta reação positiva é dependente de uma visão de mundo também positiva, de superação, que engloba vivências boas e ruins, proporcionando um enfrentar mais saudável e uma busca por fatores que auxiliam no processo de recuperação (OLIVEIRA, 2006). Esta reação positiva pode ser identificada nas falas a seguir, do grupo G1.

Muitas pessoas me perguntaram se eu me abalei e eu disse que não. Em nenhum momento eu senti medo (G1 - Mede-Palmo).

Quando descobri, não foi nada agradável, mas também não foi impossível de suportar. Porque tudo é um processo. E eu tinha que ir a luta, ir para superar a doença. Então, eu fiz isso (G1 – Minadora).

Esta análise pode ser corroborada comparando alguns acontecimentos no decorrer do processo de vida das depoentes expostas na categoria anterior. As mesmas experienciaram temáticas importantes de cunho negativo, como: uma relação difícil e sem diálogo na infância com os pais; pobreza; falta de tempo para brincar; afirmação de traumas na infância; abuso sexual e maus tratos na adolescência; trabalho em excesso na vida adulta; aborto com culpa e; ausência de tempo para cuidar de si. Esta comparação nos oferece a compreensão de que experienciar questões dolorosas e sofridas, em determinadas situações, podem se tornar mecanismos de proteção e não de risco, fortalecendo a resiliência e gerando mecanismos de coping adequados, também indo ao encontro dos estudos de Yunes e Szymanski (2002).

Esta reação positiva também pode ser encontrada na rede social, fortalecendo e auxiliando o processo de recuperação do ser adoecido. Na fala abaixo, uma depoente do grupo G2 relata esta afirmação.

Eu contei para todos. Eles reagiram bem. O meu marido e os meus filhos me ajudaram como puderam (G2 – Proccionária).

Com estas falas compreende-se que o início da descoberta do adoecimento com câncer de mama se dá no contexto íntimo da mulher. Mas, é no momento do diagnóstico definitivo que o impacto da informação pode atingir proporções maiores, como também adquirir um significado positivo de esperança e luta.

O tipo de reação ao estresse, assim como, a sua magnitude dependerá dos mecanismos emocionais e estruturais de cada uma, as estratégias de enfrentamento ou coping. Neste caso, é fundamental a compreensão das estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais utilizadas pelas mulheres para enfrentar as exigências que a doença lhes impõe.

Analisando os grupos nesta sub-categoria, percebe-se que ambos experienciaram as formas de detecção e os impactos da descoberta do adoecimento de forma quase similar. Porém, alguns distanciamentos foram encontrados.

Para o grupo G1, o reconhecimento visual da mama foi uma forma experienciada para a detecção do adoecimento, um ponto positivo para um diagnóstico inicial e uma chance de recuperação, principalmente se somado com as experiências do toque, citados nas aproximações entre os grupos. No que tange aos mecanismos estressores da descoberta do adoecimento, o medo e o impacto negativo na rede social foram os que sobressaíram, confirmando a afirmação de que ambos os grupos experienciaram aspectos positivos e negativos da descoberta. Contudo, os relatos de uma reação positiva no período da descoberta demonstram que algumas mulheres deste grupo possuíam mecanismos de coping adequados para a fase que experienciaram.

O grupo G2 possuiu como distanciamento o início da descoberta do adoecimento através da dor; uma forma que não é a melhor, mas a possível naquele momento; a não aceitação do adoecimento, dificultando o processo de recuperação e; a reação positiva da rede social, demonstrando a atuação da resiliência no processo de recuperação do adoecimento.

4.2.2 Sub-categoria 2.2 – Expressão da resiliência no período do tratamento do adoecimento com câncer de mama

A descrição mais antiga sobre as formas de tratamento do câncer de mama está registrada em papiros egípcios datados do ano 3000 AC, e foram encontrados por Edwin Smith em 1962 (GOMES, 1987).

No final do século XIX, o médico-cirurgião Hasteld descreveu e publicou os resultados de uma técnica inovadora de remoção cirúrgica que representaria a cura para o câncer de mama. Esta técnica, denominada mastectomia radical, consiste na retirada total da mama afetada pelo câncer e, por ser considerada um procedimento cirúrgico extremamente agressivo e traumático para a mulher, atualmente vem sendo substituída por outras cirurgias que evitam a mutilação (GIMENES; QUEIROZ, 1997).

Contudo, muitas mulheres realizam a mastectomia radical como forma de tratamento. Nos depoimentos a seguir, duas depoentes, de ambos os grupos, relatam o quanto é sofrido obter a informação da realização do procedimento.

Eu tive que retirar toda a mama. Eu chorei muito em saber que ia perder o meu seio (G1 – Lagarta de Fogo).

Foi muito triste saber que eu tinha que tirar um seio. Eu falei, seja o que Deus quiser (G2 – Lagarta Militar).

Esses relatos de sofrimento foram um momento de grande intensidade emocional. Em muitos casos, as lágrimas escorriam em sinal de luto pela perda de uma parte de si. Enquanto outras expressavam sua dor com suspiros e um silêncio que diziam mais do que palavras.

A perda de uma parte do corpo é vivenciada como dano à auto-imagem, ressoando na dimensão psíquica, que desencadeia um processo de luto. Esta amputação de parte ou de toda a mama representa uma situação traumática, potencializada pelos significados psicológicos e culturais atribuídos ao órgão feminino (SCHÁVELZON, 1992).

Esta reação traumática se intensifica após a cirurgia, quando a mulher se restabelece dos efeitos da anestesia. Neste caso, o toque e a visualização, novamente, aparecem como formas de identificação de uma alteração corporal, porém, desta vez, a alteração é mais profunda, atingindo dimensões além do físico, como relatados pelas depoentes de ambos os grupos.

No principio você fica triste, olhando no espelho o seu corpo sem um pedaço. Eu fiquei chateada, mas o que podemos fazer (G1 – Saú).

Quando eu acordei da cirurgia entrei em desespero, porque quando eu passei a mão no meu seio e não o encontrei, eu fiquei desesperada. Quando passei a mão eu danei a chorar (G2 – Lagarta Militar).

Depois da cirurgia, eu fui para casa e me olhei no espelho. Eu levei um susto tão grande, que eu comecei a chorar (G2 – Beiju).

O primeiro contato que as mulheres estabeleceram com o seu corpo operado é com o espelho. Para algumas, o fato de observarem o corpo em que uma das mamas ou as duas não estão mais presentes provoca um sentimento de estranheza e muito sofrimento, que requer o cuidado de profissionais adequados para auxiliar nesta descoberta (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Estes relatos fazem emergir outra questão, a ausência de um cuidado no período pré-operatório e pós-operatório imediato, isto porque, a reação mais esperada é que a mulher se toque, se observe como forma de reconhecer o seu novo corpo. E nesta reação, a mulher despreparada para o encontro com o seu novo corpo, se desespera como forma de dizer ao mundo que sofre e que foi mutilada.

Neste caso, é de grande valia que uma equipe transdisciplinar esteja presente para um cuidado prévio a cirurgia, minimizando os efeitos do desconhecido, através da co-construção de conhecimentos sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, sobre si enquanto Ser que sente e sofre e acerca das possibilidades de reconstrução do seu corpo. O mesmo é necessário após a cirurgia, com o intuito de auxiliar a mulher a desenvolver seu luto de uma forma sadia, oferecendo atenção, uma escuta aberta, um cuidado que vá além do biológico. Um exemplo da importância de um cuidado encontra-se na fala apresentada a seguir.

Eu perguntei ao médico como eu iria ficar sem a mama. Ele me mostrou um livro com a foto e me explicou que eu poderia fazer mais tarde a reconstrução. Depois da cirurgia, quando eu olhei nem me assustei (G1 – Curuquerê).

No entanto, mesmo com a prestação de um cuidado pré e pós-operatório, muitas mulheres rejeitam a possibilidade do toque e da visualização do seu novo corpo. Neste sentido, a atuação de um cuidado apropriado, respeitará os limites afetivos, cognitivos e comportamentais da mulher, no momento em questão. Como é percebido nas próximas falas, de ambos os grupos.

Eu me olhei aos poucos no espelho, porque estava com medo de estar mais sensível (G1 – Curuquerê).

Não queria nem me tocar. Só fui olhar para o meu seio bem mais tarde (G2 - Bicho Cabeludo).

Por outro lado, o não querer se tocar ou se ver, faz emergir um sentimento muito comum, a vergonha pelo novo corpo. Ser mutilada, marcada por cicatrizes, muitas vezes extensas, traz uma sensação de inferioridade ao outro. E somado a cultura da beleza, com a moda das vestimentas justas, que valorizam o corpo em detrimento do caráter, trazem

conseqüências psico-afetivas significativas a mulher (ARANTES; MAMEDE, 2003). Esta questão emergiu das falas das depoentes de ambos os grupos, retratando o impacto da mastectomia na vida da mulher.

É estranho, para falar a verdade, eu não consigo me ver, acho feio (G2 – Beiju).

Porque eu acho muito feio essa cirurgia. Deforma a mulher (G1 - Lagarta de Fogo).

Eu me achei horrível. Para mim foi uma parte da minha alma que saiu (G2 – Beiju).

Nestes relatos, fica claro que as mamas além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino que vai desde a puberdade à idade adulta, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade. Para Ferreira e Mamede (2003), as mamas são fontes simbólicas da vida e da maternidade e, por isso, sua perda não se reflete somente na estética da mulher, mas na sua feminilidade. Além disso, para Chauí (1984), a sexualidade é polimorfa, polivalente, ultrapassa a concepção fisiológica e simboliza o desejo da mulher. Passa por um âmbito muito maior que apenas o contato genital entre corpos, transcendendo para dimensões do imaginário da mulher, permitindo assim, a formação da sexualidade.

Assim sendo, muitas das reações expressas pelas mulheres mastectomizadas são decorrentes da influência da representação que a mama possui em nossa cultura. Nos relatos do grupo G1, fica claro a preocupação da mulher com o impacto possível da mastectomia na relação conjugal.

Tinha uma internada que não se olhava no espelho, mas eu não tinha isso. Primeiro, porque não tinha marido e, segundo, porque mulher com marido é que quer ter tudo em cima (G1 – Sauí).

Eu fiquei preocupada, porque ninguém vai querer uma pessoa sozinha e sem seio (G1 – Mede-Palmo).

Quando eu acordei depois que me recuperei, liguei para o meu marido perguntando como seria o nosso relacionamento sem o meu seio (G1 – Ambira).

Segundo Beauvoir (1949), em sua obra intitulada “O Segundo Sexo”, a sociedade paternalista utiliza as bases da biologia para exercer sua dominação sobre as mulheres. E permeadas por esta cultura de dominação, muitas acreditam que o seu valor é de um objeto do lar e do prazer alheio.

Neste contexto, a relação sexual com o parceiro pode sofrer alterações, de uma intimidade mais contida a uma rejeição do ato sexual (DUARTE; ANDRADE, 2003). Esta análise pode ser extraída das falas de duas depoentes:

Depois da cirurgia eu não quis mais nenhum homem, eu não quis mais o relacionamento, mas o tempo se passou, e aí eu conheci uma pessoa, e eu achava que não, que eu não podia me apresentar, namorar (G1 – Curuquerê).

O meu marido nunca me viu sem sutiã. Nunca me viu sem a prótese (G1 – Lagarta de Fogo).

Por outro lado, existem aquelas, que mesmo com o sofrimento da perda da mama, de um pedaço do seu corpo, não se permitem ser dominadas pelas construções sociais e culturais. Reagem de forma positiva, compreendendo que a sexualidade imposta, até então, pode ser desconstruída e transformada em benefício de seu próprio prazer e liberdade. Como percebida nas próximas falas de depoentes do grupo G1.

As minhas relações sexuais eram normais com o meu marido, não mudou em nada. A gente fica um pouco triste por não ter uma mama, mas não me sentia pior do que as mulheres que tinham a mama. Porque não existe ninguém melhor do que ninguém. E não vai ser por ter uma mama a menos que isso vai mudar (G1 – Elasmô).

Eu não me senti menos mulher por causa disso, porque ninguém percebe nada. Eu saio normalmente (G1 – Sauf).

As relações sexuais eram boas (G1 – Minadora).

Esta transformação ocorrida na vida da mulher pode emergir, em muitos casos, tempos depois da cirurgia, quando há uma reflexão mais adequada. Neste sentido, mesmo realizando a mastectomia radical, a mulher, com auxílio, busca e encontra informações sobre a possibilidade de reconstrução de suas mamas. Esta reconstrução é uma possibilidade de reabilitação para as mulheres que necessitam realizar a mastectomia radical como tratamento principal para o câncer de mama. Porém, esta reconstrução dependerá de vários aspectos como: peso, altura, idade, tratamento prévio ou complementar com radioterapia, estado de saúde e outras cirurgias que a mulher já tenha realizado (GIMENES; QUEIROZ, 1997).

Minha patroa me disse para parar de chorar, porque isso poderia ser feito mais tarde. Que era para eu dar graças a Deus que eu estava viva. E hoje, estou esperando com ansiedade esta oportunidade, sem sofrimento (G2 - Beiju).

Para Melo, Silva e Fernandes (2005), a situação da doença e da mastectomia afetar não somente a dimensão emocional e social, mas também alterar a dimensão física, amplificam os efeitos negativos do adoecimento. E isso foi sentido por uma depoente do grupo G2.

Hoje, eu sinto muita dor no meu braço e, isso me deixa muito triste, porque não consigo trabalhar (G2 – Beiju).

Portanto, é um direito da mulher ser informada sobre os benefícios, os riscos e as possíveis seqüelas dos procedimentos terapêuticos (ARANTES; MAMEDE, 2003). Neste sentido, as depoentes, de ambos os grupos, corroboram com a afirmação de Arantes e Mamede (2003), ao expor que as pacientes com câncer de mama que tiveram oportunidade de

participar na tomada de decisão de seu tratamento vieram a experimentar menos ansiedade e depressão.

Eu conversei com a médica sobre a necessidade da cirurgia. Porque eu soube de uma mulher que não quis tirar o seio e ela partiu (G1 – Mede-Palmo).

Eu decidi tirar a mama. Eu não tinha que pensar bobagem, porque o médico me disse que se eu não tirasse, eu tiraria caroço até morrer (G2 – Lagarta Militar).

Entretanto, não é somente a mastectomia que traz impactos na vida da mulher adoecida com câncer de mama, mas também a quimioterapia e a radioterapia.

A quimioterapia é uma modalidade terapêutica importante para o controle do câncer, constituída de agentes antineoplásicos, podendo ser isolados ou em combinação, com o objetivo de alterar a função e a reprodução das células cancerígenas. Porém, devido à interferência no processo de crescimento e divisão celular, ela age tanto destruindo as células tumorais, quanto agredindo as células normais que possuem características semelhantes (ANJOS; ZAGO, 2006).

Neste contexto, a quimioterapia traz benefícios e alguns efeitos adversos agudos, como alopecia, náuseas, anorexia, constipação, diarreia, fadiga, adinamia, maior risco de infecção, além de outros em longo prazo, como disfunção cardíaca e mielodisplasia (BENSI et al, 2006). As falas das depoentes de ambos os grupos vão ao encontro das afirmações dos autores.

A gente ouve falar dos efeitos da quimioterapia, mas só sabe quem passa. Os efeitos colaterais são horríveis. A fase da quimioterapia é pior do que a cirurgia (G1 – Minadora).

A quimioterapia foi pior do que a cirurgia (G1 – Lagarta de Fogo).

A quimioterapia é violenta. Se você não suportar você sucumbe (G2 – Rugas).

A quimioterapia foi horrível (G2 – Lagarta Rosada).

O impacto desses efeitos são tão intensos na vida da mulher adoecida que em seus relatos emergem como um grito de alerta e um pedido de socorro, como se pode constatar nas falas abaixo, de ambos os grupos.

Eu queria dizer que a quimioterapia fez cair o meu cabelo. Será que não teria como fazer um medicamento que não fizesse isso. Eu sofri muito (G1 – Elasma).

O cabelo caiu totalmente com a quimioterapia. Também perdi os cílios e as sobrancelhas, fiquei igual a um E.T. (G1 – Tapuebá).

Eu tive queda de cabelo durante a quimioterapia. Essa é uma informação importante para as mulheres (G2 – Bicho Cabeludo).

Para Jesus e Lopes (2003), a alopecia é um dos fatores mais estigmatizantes para a mulher, reforçando o impacto negativo na feminilidade e evidenciando, dentro do contexto

social, a patologia, o sentimento de pena demonstrado pelos outros e pela sua própria pessoa, além do não belo, do diferente.

Outros efeitos colaterais foram listados pelas mulheres em suas falas, demonstrando a amplitude do impacto extremamente sofrido do tratamento contra o câncer. A partir das falas verifica-se também a existência do incômodo com as náuseas e vômitos.

No dia que eu tomava a quimioterapia, não sentia nada, mas depois vomitava muito, tomava vários remédios (G1 – Lagarta de Fogo).

Porque dá muito enjoô, durante a quimioterapia (G2 – Manduvá).

Este é um dos efeitos mais comuns da quimioterapia. O "enjô" e os vômitos ocorrem porque as drogas quimioterápicas afetam a mucosa gástrica e o centro de controle do vômito no sistema nervoso. Eles podem ser de leve intensidade ou mais intensos, dependendo do organismo de cada um e das medicações usadas (INCA, 2008).

Nas próximas falas evidencio o aspecto da dor como aspecto significativo na vida de duas depoentes, inclusive, prejudicando a continuidade do tratamento quimioterápico. Destaco que ambas fazem parte do grupo G2, sinalizando para um fator de agravamento do processo de adoecimento.

Eu sentia muita dor com a quimioterapia. É muito difícil (G2 – Manduvá).

A segunda quimioterapia foi mais forte, e eu não agüentei. Eu senti uma dor enorme nas pernas e não agüentei andar. Tive que parar com a quimioterapia (G2 – Rugas).

Essa dor pode vir associada a algum outro efeito como a constipação, relatado na fala a seguir de uma depoente do grupo G2. Este é outro efeito que pode acontecer devido ao uso de alguns quimioterápicos (INCA, 2008).

Eu senti muita dor na barriga e não conseguia ir ao banheiro (G2 – Rugas).

A perda do apetite foi outro efeito relatado, na fala da depoente do grupo G2. Este pode ocorrer devido à alteração no paladar ou mesmo devido às náuseas (INCA, 2008).

Não dava vontade de comer direito, a única vontade que dava era de chupar limão, fruta azeda (G2 – Beiju).

As drogas antineoplásicas, utilizadas na quimioterapia, podem afetar a ingestão alimentar, a absorção e produzir efeitos colaterais em consequência da toxicidade gastrointestinal, levando o ser humano adoecido a uma perda de peso progressiva, podendo chegar a anorexia (DIAS, 2004). Este efeito foi expresso na fala da depoente do grupo G1.

Quando eu ia fazer a quimioterapia, no dia eu não sentia nada, mas depois eu emagreci muito (G1 – Mede-Palmo).

A vertigem também foi relatada por uma depoente do grupo G2, como um efeito impactante durante o tratamento com quimioterapia.

A quimioterapia é um horror, a gente sai daqui tropeçando por causa da tonteira (G2 – Beiju).

Outro efeito emergido das falas das depoentes foi à sonolência:

Cada dose era uma reação diferente. Eu dormia muito (G2 – Beiju).

Contudo, nem todos os efeitos colaterais da quimioterapia são físicos. Segundo Jesus e Lopes (2003), os efeitos colaterais, responsáveis pela inabilidade física, transformação do corpo, mudança na imagem corporal, alteram o cotidiano e o estado emocional do ser adoecido. Assim sendo, a tristeza e a depressão podem surgir como efeitos colaterais do tratamento, como relatado abaixo, por uma depoente do grupo G1.

A quimioterapia dá uma sensação de tristeza, depressão (G1 – Minadora).

A radioterapia é outra modalidade possível para o tratamento do câncer de mama. Brunner e Suddarth (2000) afirmam que a técnica de radioterapia se utiliza da radiação ionizante como forma de interromper o crescimento tumoral. Todavia, a radiação pode, às vezes, afetar o tecido normal, causando efeitos colaterais que dependem do tipo de câncer, de características do indivíduo, da quantidade de radiação aplicada, e principalmente da parte do corpo a ser tratada.

Sua indicação no tratamento do câncer ocorre em três circunstâncias: não há outro tratamento curativo; a terapia alternativa é considerada tóxica ou; como função paliativa em casos avançados (HOSSFELD et al 1997).

No entanto, as mulheres tratadas com a radioterapia podem experimentar diversos efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações cutâneas, perda da auto-estima e confiança, mudanças na mobilidade e sensação no lado afetado, choque emocional, confusão, ansiedade, angústia, medo, sentimentos de isolamento e mudanças na rotina (HOSSFELD et al 1997).

Esses efeitos colaterais, assim como, na quimioterapia e mastectomia causam um impacto negativo no significado que elas possuem do tratamento radioterápico. Esta afirmação pode ser melhor caracterizada através das falas apresentadas a seguir, de ambos os grupos.

A radioterapia foi horrível, porque tudo era novo (G1 – Elasmo).

Radioterapia foi muito ruim (G2 – Manduvá).

O significado ruim da radioterapia pode ser explicado pelos exemplos dos efeitos colaterais sentidos pelas mulheres. Como início, as queimaduras e descamações locais provenientes da radiação.

A radioterapia queimava, porque aquilo queima, descasca. A pele da gente fica sensível (G1 – Mede – Palmo).

A radioterapia me queimou. Meu Deus, eu não conseguia nem usar roupa, sentia muita dor (G2 – Beiju).

A radiodermite não é considerada uma lesão propriamente dita, mas uma reação da pele à radioterapia semelhante a uma queimadura superficial, onde podem estar presentes, ou não, áreas de ulceração. Trata-se de lesões potencialmente dolorosas que, na dependência da área envolvida, pode limitar os movimentos do corpo (DEALEY, 1996).

Outro exemplo da ação dos efeitos da radiação são as alterações da mobilidade, muitas vezes, ocasionadas pela retração do tecido local.

Eu só não consigo levantar muito o braço, mas estou me saindo bem dessa situação (G1 – Mede Palmo).

Com estes relatos sobre o impacto do tratamento no processo de vida das mulheres adoecidas com câncer de mama, associado ao diagnóstico que tem significativo impacto social, muitas mulheres podem se sentir impotentes para reagir e lutar pela sobrevivência (ANJOS; ZAGO, 2006).

Portanto, ao determinar o tratamento é preciso ponderar seus benefícios e malefícios, levando-se sempre em consideração as opiniões e as vontades das mulheres. Já que o valor mais ou menos traumatizante atribuído à experiência varia de acordo com a vivência e crenças pessoais de cada mulher, influenciando muito na aceitação e superação dos efeitos colaterais do tratamento (BENSI et al, 2006).

Neste sentido, o enfermeiro deve reconhecer a importância dos diversos tratamentos do câncer e seus impactos, proporcionando a atenção não apenas à dimensão biológica, mas a todas que ele possa compreender, de forma integral e holística (ANJOS; ZANGO, 2006).

O grupo G1 possui como distanciamentos: a experimentação do cuidado humanizado no momento da informação sobre o tratamento cirúrgico (mastectomia), contribuindo como um mecanismo de proteção para o enfrentamento dos obstáculos que surgiram; a preocupação do impacto na relação conjugal, um mecanismo de coping referente a ameaças, antecipando as ocorrências negativas; o impacto negativo da mastectomia na relação conjugal, tornando-se um fator de risco para o enfrentar do tratamento; a superação do impacto negativo da mastectomia na relação conjugal, demonstrando a existências de mecanismos de proteção

adequados para tal situação, no determinado momento; a experimentação da anorexia como efeito colateral da quimioterapia; a experimentação da sensação de tristeza e depressão como efeitos colaterais da quimioterapia e; a experimentação da radiodermite como efeito colateral da radioterapia. Ambas experimentações que expressam pouca resistência biológica ao tratamento, que porventura pode ter se constituído de quimioterápicos mais fortes, além da possibilidade da influência de estímulos negativos oriundos de outras dimensões, como a emocional e social.

O grupo G2 possui como distanciamentos: o impacto negativo da mastectomia na dimensão psicológica, biológica e social, demonstrando uma possível somatização devido ao grande impacto do tratamento; a vontade de reconstituição da mama, expressando mecanismos de coping satisfatórios para situações de desafio; o impacto negativo da dor no tratamento quimioterápico, contribuindo para uma possível interrupção do tratamento e agravamento do adoecimento; a experimentação da constipação como efeito colateral da quimioterapia, também contribuindo para uma possível interrupção do tratamento e agravamento do adoecimento; a experimentação da perda do apetite como efeito colateral da quimioterapia; a experimentação da vertigem como efeito colateral da quimioterapia; a experimentação da sonolência como efeito colateral da quimioterapia, ambas demonstrando um grande número de experimentações com significados negativos, talvez devido ao tipo mais forte de quimioterapia.

As aproximações de ambos os grupos são: o impacto negativo da informação sobre o tratamento cirúrgico (mastectomia), demonstrando que independente do grupo, este tratamento traz grande sofrimento; o toque e a visualização como estratégia de coping para reconhecimento do novo corpo; a vergonha do corpo após a realização do tratamento cirúrgico, revelando que a mudança corporal também traz impactos negativos em ambos os grupos; a participação na tomada de decisão de seu tratamento, demonstrando uma atitude de humanização no atendimento a estas mulheres; impacto dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico e; impacto negativo do tratamento radioterápico, expressando que o tratamento oncológico gera impactos negativos na vida de quem o experiencia.

No movimento de resgate das temáticas mais relevantes emergidas na categoria 2, o quadro abaixo resume as experimentações do ser mulher no seu processo de adoecimento.

APROXIMAÇÕES		DISTANCIAMENTOS	
NA DESCOBERTA DO ADOECIMENTO <ul style="list-style-type: none"> • O toque como estratégia para o início da descoberta do câncer • Exames clínicos, auto-exame das mamas e mamografia como estratégia para a descoberta inicial do câncer • O sentimento de desespero gerado pelo estigma de morte no momento da descoberta do adoecimento 	GRUPO G1 <ul style="list-style-type: none"> • A percepção da transformação visual da mama como alerta ao início da descoberta da doença • O medo da descoberta do adoecimento • A atitude desumanizada do profissional ao informar sobre o diagnóstico de câncer de mama • O impacto negativo do estigma na rede social • A reação positiva após o diagnóstico de câncer de mama 	GRUPO G2 <ul style="list-style-type: none"> • A dor como alerta para o descoberta inicial da doença • A negação do adoecimento após a descoberta inicial da doença • O impacto positivo da descoberta do adoecimento na rede familiar 	NO PERÍODO DO TRATAMENTO DO ADOECIMENTO <ul style="list-style-type: none"> • O impacto negativo da informação da realização da mastectomia • O toque e a visualização como estratégia de reconhecimento do novo corpo • A vergonha do corpo após a mastectomia • A participação na tomada de decisão de seu tratamento • O impacto dos efeitos colaterais da quimioterapia • O impacto negativo dos efeitos colaterais da radioterapia

Quadro 9 – Síntese das aproximações e distanciamentos das temáticas expressas no Processo de adoecimento de mulheres com câncer de mama

O grupo G1 teve melhores mecanismos de coping para a descoberta precoce do câncer de mama, aumentando as chances de sucesso do processo de recuperação, como: o toque, a realização dos exames clínicos, mamografia. Com relação a informação sobre o diagnóstico de câncer, a maioria das depoentes experienciaram atitudes desumanas dos profissionais que as informavam, mesmo assim, relataram uma reação mais positiva ao diagnóstico, sugerindo a presença de mecanismos de proteção e de sua eficácia diante do desafio presente. Vale ressaltar que mesmo possuindo esta reação positiva frente ao diagnóstico a externalização dos sentimentos de desespero e medo, encontram-se normais para este período da vida.

Com relação a informação sobre o tratamento, utilizando-se da mastectomia, as experimentações foram positivas para a atitude humanizada dos profissionais que a realizaram, possibilitando a participação das mesmas na tomada de decisão sobre o tratamento. Isto não significou ausência de impactos negativos, porém as auxiliaram, em conjunto com outros mecanismos de proteção, a superação dos mesmos.

No grupo G2, apesar de algumas depoentes relatarem a descoberta precoce do tumor, outras relataram a descoberta tardia, demonstrando que algumas possuíam mecanismos de proteção inadequados para uma melhor detecção do tumor. Cabe uma ressalva para esclarecer que nestes mecanismos de proteção, dentre eles os extrínsecos, fazem parte as ações de prevenção, promoção e reabilitação, além das estruturas e instalações da rede pública de saúde.

A externalização dos sentimentos de medo e desespero, também estiveram presentes nas falas das depoentes deste grupo, que como foi dito, fazem parte do período do adoecimento e demonstram um mecanismo sadio para não reprimir tais sentimentos. Porém, a presença de alguns relatos de negação do adoecimento revela que algumas depoentes não possuíam mecanismos de coping adequados para atuarem frente a descoberta deste adoecimento.

Outros dados significativos demonstram que o grupo experienciou efeitos colaterais que alteraram a conduta terapêutica, possivelmente contribuindo para um agravamento do processo de adoecimento.

Com o intuito de identificar as expressões da resiliência contextualizadas na categoria 2, o quadro abaixo traz um resumo destas expressões no processo de adoecimento.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
NA DESCOBERTA DO ADOECIMENTO	GRUPO G1	GRUPO G2
<ul style="list-style-type: none"> • As expressões das emoções em forma de choro durante a informação do diagnóstico • Posição de força e superação • Crença divina 	<ul style="list-style-type: none"> • Negação diante de uma possível descoberta da doença • Supressão do sono • A não realização das atividades externas como caminhar e andar de ônibus após a descoberta do diagnóstico • Negação do diagnóstico da doença. 	

Quadro 10 – Síntese das aproximações e distanciamentos da expressão da resiliência no processo de adoecimento de mulheres com câncer de mama (continua)

<p>NO PERÍODO DO TRATAMENTO DO ADOECIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisão compartilhada na escolha do tratamento • Negação do corpo mastectomizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão das emoções em forma de choro durante a informação da mastectomia • Aceitação do corpo mastectomizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão das emoções em forma de desespero após a mastectomia • Expressão das emoções em forma de choro após a mastectomia
---	--	--

Quadro 10 – Síntese das aproximações e distanciamentos da expressão da resiliência no processo de adoecimento de mulheres com câncer de mama (conclusão)

As expressões resilientes encontradas nesta categoria e em especial no período da descoberta do adoecimento pelo grupo G1 e que se distanciam do grupo G2 foram: negação diante de uma descoberta; supressão do sono; a não realização das atividades externas como caminhar e andar de ônibus após a descoberta do diagnóstico e; negação do diagnóstico da doença. No período do tratamento do adoecimento foram: expressão das emoções em forma de choro durante a informação da mastectomia e; aceitação do corpo mastectomizado.

As expressões resilientes encontradas no período da descoberta do adoecimento, nesta categoria, e com aproximações entre os grupos foram: as expressões das emoções em forma de choro durante a informação do diagnóstico; posição de força e superação e; crença divina. No período do tratamento do adoecimento foram: decisão compartilhada na escolha do tratamento e a negação do corpo mastectomizado.

Essas expressões resilientes demonstram que todos os seres humanos são resilientes, porém em determinados momentos e situações adversas cada um expressará o seu processo de resiliência de forma mais ou menos adequado. Neste sentido, os profissionais de saúde e, dentre eles os enfermeiros, devem atuar em conjunto com estas mulheres na tentativa de encontrar mecanismos de enfrentamento e superação mais adequados, como na busca pela substituição do mecanismo de negação pelo de aceitação, favorecendo uma expressão mais fortalecida da resiliência. Isto não neutraliza a importância da negação, naquele momento e situação, mas favorece a um salto quântico da qualidade da resiliência.

Para a maioria dos seres humanos adoecidos com câncer, não são os avanços científicos, mas o manejo diário da doença e o seu impacto nas suas atividades que determinam se elas podem viver em condições dignas. Por isso, os profissionais que lidam com estes seres humanos devem estar preocupados com o impacto de seus manejos sobre a qualidade de vida dos mesmos (DEITOS et al., 1997). Podem ser utilizadas várias ferramentas de ajuda, algumas delas preconizadas pelo oncologista Carl Simonton e pela psicóloga

Stephanie Matthews, que foram os primeiros, no mundo ocidental, a utilizar técnicas ideativas contra o câncer.

Sugerem um programa que direciona os estados mental e emocional à saúde. O primeiro passo consiste em ajudar o ser humano adoecido a identificar a maneira como participa no aparecimento da doença, através da reflexão sobre o período anterior à doença, atitudes, crenças e situações de estresse. A consciência das situações de estresse libera as energias para a superação da doença e uma vida plena, tornando possível identificar crenças ou comportamentos que podem ser mudados. Assim, o ser humano adoecido passa a aceitar a responsabilidade pela sua saúde (SIMONTON et al, 1987).

O próximo passo é identificar os "benefícios" trazidos pela doença, como a autopermissão para pedir ajuda, amor ou expressar tristeza. Na sociedade atual, onde as pessoas são desencorajadas a expressar suas emoções, principalmente a tristeza, o luto e a raiva, a doença aparece com a função de tornar as emoções antes reprimidas aceitas pela sociedade (SIMONTON et al, 1987).

Técnicas de relaxamento, visualização e afirmações são ferramentas muito importantes para criar e reforçar as convicções da pessoa nas suas habilidades de enfrentamento ante ao câncer.

4.3 Categoria 3 - Expressão da resiliência no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Compreender a expressão da resiliência no processo de vida requer também compreender o processo de enfrentamento dos obstáculos que surgem durante o percurso vivencial. Sendo assim, esta categoria busca delinear este processo através das diversas dimensões que compõem este Ser adoecido. Embora sejam separadas em sub-categorias como forma didática de discussão, a compreensão é de integralidade entre elas.

4.3.1 Sub-categoria 3.1 - Processo de recuperação segundo mulheres adoecidas com câncer de mama

Sabe-se que o significado é construído pelos instrumentos cognitivos, afetivos e comportamentais adquiridos durante as experiências vivenciadas consigo mesmo e com o mundo; sua família, amigos, religiosidade/espiritualidade, natureza, cultura, enfim, diversas relações (OLIVEIRA, 2006). Como analisado na primeira categoria, as experiências vivenciadas no decorrer do processo de ser, influenciam diretamente na maneira como a

mulher irá significar os acontecimentos em sua vida, portanto, nos seus mecanismos de proteção e coping.

É com um significado inicial que a mulher vai construindo o seu processo de recuperação, ressignificando este primeiro no decorrer das experimentações do processo. Portanto, compreender o significado inicial no processo de co-construção do cuidado é fundamental para um prognóstico favorável a reconstituição. A mesma importância é válida para o significado final do processo de recuperação de um determinado adoecimento, avaliando o impacto deste na vida da mulher adoecida, o que será posteriormente discutido.

Desta forma, nesta sub-categoria, o significado do processo de adoecimento será analisado, relacionando com os acontecimentos vivenciados durante o processo de adoecimento.

O primeiro significado se refere à dimensão biológica. Para o INCA (2008), um dos elementos que é analisado para determinar um prognóstico favorável a recuperação é a ausência de metástase e recidivas locais e a distância. Com isso, uma depoente, do grupo G1, sinaliza que estar recuperada é não possuir nenhum sinal ou sintoma de uma possível metástase e recidivas.

Estar recuperada é tudo de bom. Todo ano que eu faço os exames e vejo que não tem nada (G1 – Curuquerê).

Eu me sinto muito bem, não sinto mal estar, porque, quando eu estava com câncer, a minha pele era meio fosca igual a um defunto, mas minha pele já voltou ao normal. Eu sinto que eu estou bem (G1 – Mede – Palmo).

Para algumas mulheres não sentir dor é um sinal de recuperação. Segundo o INCA (2008), não se pode determinar através da ausência de sinal dor a recuperação do adoecimento, é preciso um complexo acompanhamento com a realização de exames para tal prognóstico. O acompanhamento deve ser estimulado anualmente, após os cinco anos protocolados. Contudo, esta ausência de sinal dor é um indicativo positivo para o processo de recuperação. Este emergir também pode ser esclarecido compreendendo as experiências dolorosas vivenciadas no processo de adoecimento, como visto. Neste tópico de análise, ambos os grupos relataram tal significado.

Estar recuperada é não sentir nada (G1 – Lagarta de fogo).

Estar recuperada é não sentir dor (G2 – Beiju).

Como pode ser apreendido na primeira fala, “sentir nada” para alguns pode ser um sinal de empobrecimento vivencial, mas em um processo de adoecimento com tantos

impactos negativos, o nada pode representar muita coisa, como, a ausência da dor da perda da mama, dos momentos de tristeza, entre tantas outras representações.

O “nada” também pode dar lugar a realização de algo positivo, como o retorno ao cotidiano. Voltar a realizar aquilo que antes era prazeroso, propicia ao ser humano o resgate a sua história, a sua personalidade. Barbosa (2002) afirma que é neste momento que muitos dão novos significados à vida e buscam novos projetos ou resgatam antigos, como um sinal de recuperação não somente externa, talvez muito mais interna. Esta temática emergiu da fala de uma depoente do grupo G2.

É voltar a fazer aquilo que eu fazia antes (G2 – Beiju).

O significado, até então muito restrito a dimensão física, ganha afetividade. Ser feliz, estar alegre é para algumas das depoentes, de ambos os grupos, estar recuperada. O fato de elementos tão afetivos compor a recuperação, reacende a compreensão de que o cuidado não pode ser restrito a dimensão biológica. Cuidar é também estar atento à felicidade do paciente, ou, como a literatura mais recente tem denominado, para seu afeto ou suas emoções positivas, é um aspecto importante não somente para o sucesso do processo educativo, mas também para a própria condição de saúde.

Estar recuperada é como eu me sinto, porque eu me sinto bem, feliz, alegre (G1 – Ambira).

É uma alegria muito grande (G1 – Mede – Palmo).

Estar recuperada é estar feliz, bem com você, poder fazer as coisas que gosta (G2 – Manduvá).

Estar recuperada é ser alegre (G2 – Taturana).

Aprofundando a análise na questão do estar recuperada, apresento a fala de uma depoente do grupo G1, a qual evidencia que o sentimento de recuperação está articulado ao de encontrar-se de bem consigo mesmo. Este sentimento vem corroborar com a tese da importância da reconstituição no cuidado humano. Para Goswami (2006), a cura parte do interior do ser humano para o exterior, de dimensões noéticas, contemplativas conscienciais. Analisando com os achados anteriores, não se pode ser feliz, alegre, se não estiver bem consigo mesmo.

Estar recuperada é se sentir bem consigo mesma (G1 – Minadora).

Por outro lado, como uma depoente, do grupo G2, nos ensina: conformar-se com algumas limitações surgidas no decorrer do processo de adoecimento, minimiza o sofrimento, além de possibilitar estar aberta para situações novas. Embora, não se deva confundir com a frase “se entregar”, se conformar é aceitar a condição imposta pela vida, que não

necessariamente deve permanecer para sempre, mas que naquele momento, ela possa não trazer sofrimento, e sim o possibilitar da superação (GOSWAMI, 2006).

É se conformar com as coisas no momento em que elas não podem ser superadas, mas sempre buscando vencê-las (G2 – Processionária).

Refletindo sobre os elementos aqui expostos, compreende-se que a recuperação permeia as diversas dimensões constituintes do ser humano, e que para a sua existência, ela precisa integrar os diversos aspectos de inúmeras naturezas, mesmo sendo singular em cada um, como se pode constatar. Assim, muitas depoentes, de ambos os grupos, definem a recuperação como o tudo.

O ser humano é um todo e um tudo e, portanto, não podemos deixar de visualizá-lo como uma esfera sempre em movimento. Movimento que parte do centro para a periferia e da periferia para o centro. Se analisarmos este pensamento, iremos concluir que o ser humano a todo momento penetra dentro de si e a todo momento o visualiza como um todo (OLIVEIRA, 2006).

Estar recuperada é a maior vitória da minha vida (G1 – Sauí).

Estar recuperada para mim é tudo (G1 – Rugas).

Estar recuperada é tudo na vida (G2 – Lagarta Militar).

Portanto, durante a primeira entrevista, eu me perguntava se as mulheres do grupo G2 se sentiam recuperadas, mesmo elas sabendo que possuíam metástases ou recidiva da doença. Então, também, lhes fiz esta pergunta. O resultado segue abaixo:

Eu me sinto vitoriosa (G2 - Taturana).

Mesmo eu estando com uma metástase óssea, eu me sinto recuperada, porque encontrei o amor em mim (G2 – Rugas).

Eu estou recuperada, porque encontrei a paz em meu coração e em minha alma. Isto é estar recuperada: (G2 – Bicho Cabeludo).

Estar recuperado é muito mais do que não ter um tumor de mama. É compreender que a vida possui suas riquezas, e que estas não estão tão visíveis assim. Necessitam ser garimpadas, muitas vezes, com os instrumentos pontiagudos, que cortam, que machucam, lembrando que com amor e sabedoria, aquilo que corte, que machuca, também, ensina, faz crescer. É a redescoberta de si mesmo e do mundo.

Os distanciamentos encontrados nas falas do grupo G1 foram: estar recuperada é não possuir metástases e recidivas e; estar recuperada é sentir-se bem consigo mesma. Nesta questão pode-se analisar a preocupação das depoentes em não ter metástases ou recidivas, denotando clareza quanto aos riscos decorrentes da doença, além de evidenciar a preocupação com a dimensão biológica, isto é, ausência de sintomas físicos. Por outro lado, o grupo

também expressa a importância da recuperação ser efetiva em outras dimensões, de caráter mais subjetivo.

No grupo G2, os distanciamentos foram: estar recuperada é voltar a fazer o cotidiano; o conformar-se com as situações limitantes e com o adoecimento; e afirmam que se sentem recuperadas mesmo possuindo metástase e recidivas. Neste grupo, compreende-se que a recuperação também existe, mesmo sabendo que na dimensão biológica o tumor está presente, contudo, não é um limitante para se encontrar recuperada. Este conformar é um sinal de adaptação às adversidades, possuindo um efeito minimizante para a sensação de sofrimento.

As aproximações se restringiram ao significado de estar recuperada. Sendo assim, estar recuperada é não sentir dor, nada; estar recuperada é ser feliz, é ser alegre e; estar recuperada é tudo. A compreensão do não sentir dor é devido a grandes experimentações de sofrimento físico no decorrer do processo de tratamento. No entanto, as demais, revelam um aprendizado expresso através do reconhecimento da existência de outras dimensões, tão importantes, quanto à biológica.

A expressão da resiliência é marcada pela atitude de se conformar com a realidade do adoecimento, porém buscando estratégias para superá-la.

4.3.2 Sub-categoria 3.2 – Mecanismos de proteção e de coping frente aos efeitos biológicos experimentados durante o processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

A dimensão biológica possui grande influência no processo de recuperação, isto porque, todas as emoções e os elementos que constituem as demais dimensões, se materializam em grande parte nesta primeira. Desta forma, a dimensão biológica possui, como umas das diversas finalidades, tornar esses elementos materializados ou conscientes, favorecendo o processo de reconstituição (GOSWAMI, 2006).

Contudo, a dimensão biológica, também é influenciada pelo processo de recuperação. Uma vez que modificando o significado destes elementos de negativos para positivos, muitos adoecimentos gerados para a conscientização, regridem para a normalidade. Embora, muitos destes adoecimentos, possam gerar alterações irreversíveis na dimensão biológica (GOSWAMI, 2006).

Para o desenvolvimento de uma vida mais saudável, do ponto de vista biológico, foram desenvolvidos métodos e técnicas que detectam o adoecimento e auxiliam no processo de recuperação segundo esta dimensão. Com este desenvolvimento, muitas doenças que antes eram consideradas incuráveis, nos dias atuais, são tratáveis ou estabilizadas, promovendo maior qualidade de vida para os seres humanos. Neste sentido, uma depoente do grupo G1,

relata que a realização dos exames de estadiamento e localização do câncer de mama auxiliaram no seu processo de recuperação.

O meu médico me informou que quanto mais rápido a realização dos exames para o início do tratamento, maiores a minha chance de recuperação. Então, eu fiz tudo rápido para operar (G1- Minadora).

A determinação da extensão da neoplasia mamária e de sua tendência à progressão tumoral é obtida através da classificação por estádios, a fim de que se possa instalar um adequado tratamento. Este processo requer uma análise objetiva dos dados clínicos e histopatológicas (YEATMAN, 1993).

Ao analisar a próxima fala, da depoente do grupo G1, pode-se constatar uma importante influência dos elementos biológicos no processo de recuperação, a promoção de atividades físicas. Nesse sentido, Oliveira e Christos (1997) afirmam que promover atividades físicas adequadas, para cada momento e ser humano, estimula a produção de hormônios, ativa células de regeneração tecidual e imunológicas, entre tantos outros benefícios, inclusive em outras dimensões, como o psicológico e o social, devido ao prazer da retomada do controle de si mesma. Além disso, exercícios físicos não são sinônimos de academia. Isto quer dizer que uma caminhada, uma atividade do lar, como varrer, arrumar a casa, ou dançar trazem muitos benefícios.

No dia seguinte à operação, eu caminhei pela enfermaria. Por isso, não senti dor após a operação (G1 – Ambira).

Para essa depoente, o caminhar gerou estímulos musculares que ativaram a produção de hormônios responsáveis pela mobilização de células de reparo muscular e inibição da dor, promovendo uma cicatrização adequada a estrutura muscular, sem os efeitos da retração tecidual, além de uma analgesia.

Porém, a realização das atividades físicas pós-cirúrgica ou em processos de adoecimento deve ser orientada e, se possível, com acompanhamento para atingir o objetivo de recuperação. Esta afirmação emergiu de uma das falas do grupo G1, como complemento da anterior.

Eu fiquei com uma seqüela da mastectomia no braço. Mas, para amenizá-la, eu realizei sessões de fisioterapia para fortalecer o braço (G1 – Curuquerê).

Outro instrumento de auxílio e influência positiva no processo de recuperação é a medicação. Isto implica em dizer que a influência positiva dependerá do profissional que o seleciona, prepara e administra. Em se tratando de uma administração adequada, orientada por um profissional habilitado, a medicação agirá alterando ou estimulando positivamente a

função biológica das células ou órgãos (BRUNNER; SUDDARTH, 2000). No discurso da depoente do grupo G1, um anti-emético foi relatado como importante para minimizar os efeitos negativos da quimioterapia.

Eu me cuidava. Antes de tomar a quimioterapia, o médico receitou tomar plasil para não ter enjôo (G1 – Elasmô).

Os alimentos também foram citados pelas depoentes do grupo G1 como auxiliares no processo de recuperação do câncer de mama. Isto porque, a alimentação é importante em todas as fases de nossa vida, desde a infância até a velhice, quando estamos saudáveis ou doentes. Portanto, uma alimentação adequada pode ajudar a diminuir os efeitos advindos de alguns tipos de tratamento como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e outros, contribuindo para o seu bem-estar (INCA, 2008).

Antes das sessões de quimioterapia, também comia maçã para não ter enjôo (G1 - Elasmô).

Depois de fazer as sessões de quimioterapia, eu tomava logo um suco de laranja. E quando ficava com a boca queimada, eu comia coisas mais frescas, frutas, verduras (G1 – Curuquerê).

Assim sendo, muitas depoentes do grupo G1 afirmaram que para enfrentar os efeitos colaterais do tratamento e superar o adoecimento, alteraram o estilo de alimentação, selecionando alimentos mais saudáveis.

Hoje eu fico satisfeita em comer tudo de verde, de cor escura, comer a couve flor, porque aprendi durante o tratamento que estes alimentos ajudavam na recuperação (G1 – Curuquerê).

Eu comecei a comer coisas mais verdes, mais saudáveis, porque eu me informava. Entrei em um modo de vida mais sadio para vencer a doença (G1 - Lagarta de Fogo).

No que tange à temática mastectomia, as depoentes do grupo G1 relataram alguns recursos, que possibilitam o resgate da auto-estima e da sexualidade, como o uso de próteses e toalhinha, reconstruindo não somente na dimensão biológica o seio, mas no imaginário pessoal e social. Para Alvarado e Mamede (2000), a valorização desta parte do corpo pela mulher é determinada pela visão que a sociedade tem da mama, de sua forma, do seu tamanho, de sua função. Portanto, Jesus e Lopes (2003) afirmam que após a mastectomia, a mulher, muitas vezes, tende a querer buscar o mais rápido possível a sua reconstrução, a resgatar a sua imagem anterior, mesmo que tenham que utilizar próteses.

Aí, quando eu saía, colocava uma toalhinha no peito para ninguém me ver despeitada (G1 – Lagarta de Fogo)

Para sair eu comprei logo uma prótese e saía normalmente, na praia eu não ia muito. No princípio eu usava uma prótese de alpine, mas agora eu uso uma de silicone. Mas eu vou à praia (G1 – Elasmô).

Eu queria meu corpo direitinho, mas fazer o que quer, comprei uma prótese e ninguém sabe, vivo minha vida (G1 - Saúí).

Quanto à alopecia, as depoentes de ambos os grupos compartilharam alguns mecanismos de coping, utilizados para superar este efeito colateral tão estigmatizante. O primeiro deles é o corte ou raspagem do cabelo. Para Jesus e Lopes (2003), a alopecia é um dos fatores mais estigmatizantes para a mulher, reforçando o questionamento sobre sua feminilidade e evidenciando, dentro do contexto social, a patologia, o sentimento de pena demonstrado pelos outros e pela sua própria pessoa, além do não belo, do diferente. Camargo (1997) infere que devido a este estigma, muitas mulheres utilizam estratégias de raspagem, corte de cabelo, chapéus ou perucas como forma de minimizar este impacto.

Ai a médica me avisou que seria melhor fazer mais uma quimioterapia, como eu já estava com o cabelo bem ralinho decidi cortar bem curto para trazer de volta uma imagem mais sadia (G1 – Curuquerê).

Este mecanismo de coping, para reconstruir uma imagem de saúde, é um esforço para lidar com o dano existente do tratamento quimioterápico, assim como, minimizar uma ameaça de se deparar no futuro com a queda total do cabelo. Neste sentido, esta afirmação é importante para a discussão de que mecanismos de coping atuam em diferentes situações do cotidiano, e que um mesmo mecanismo pode ser utilizado em mais de uma situação (PEREIRA, 2002).

Uma outra estratégia encontrada para superar a situação de estresse causada pela alopecia foi o uso da peruca, da toca e do chapéu. Estes mecanismos de coping estão presentes na falas das depoentes de ambos os grupos.

Eu coloquei uma touca e ia em frente (G1 – Tapuebá).

Eu usei lenço, touca, chapéu e uma peruca que eu ganhei no hospital, era o que eu mais gostava de usar, porque tinha cabelo bom. Mas agora que meu cabelo cresceu e ficou melhor que o da peruca, eu não a uso mais (G1-Mede - Palmo).

Meu cabelo caiu e eu tive que usar peruca e foi um horror, porque eu tinha medo do vento levá-la. Nossa que horror (risos) (G2- Beiju).

Eu usei a peruca. Só saía com ela (G2 – Lagarta – Rosada).

Eu comprei uma peruca que todo mundo acha ser o meu cabelo. Eu fiquei numa boa (G2 – Taturana).

A partir do trabalho de análise realizado nesta sub-categoria, depreende-se que por mais que se queira transcender no modo de tratar ou cuidar dos seres humanos, a dimensão biológica deve ser incluída como uma importante aliada no processo de recuperação. Além do mais, mecanismos protetores não são somente elementos subjetivos.

Os distanciamentos expressos nas falas do grupo G1 se relacionaram com os seguintes temas: os exames como auxiliador na recuperação; os exercícios físicos como instrumento de

recuperação; os medicamentos como auxílio à recuperação e; a utilização de próteses mamárias como forma de enfrentamento a mutilação corporal. Nesta sub-categoria o grupo G1, foi o que mais expressou os mecanismos de enfrentamento utilizados para a recuperação, corroborando com a sub-categoria anterior na questão da importância da dimensão biológica para o processo de recuperação.

O distanciamento encontrado entre os grupos é referente a pouca expressão dos mecanismos de enfrentamento na dimensão biológica, pelo grupo G2, sinalizando um possível significado negativo desta dimensão no processo de recuperação.

A aproximação existente entre os grupos se deve no uso de perucas e chapéus como estratégia de coping.

4.3.3 Sub-categoria 3.3 - Influência da dimensão espiritualidade-religiosidade no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

A religiosidade, para Oliveira (2005), é a atitude de vivenciar a religiosidade, mobilizando energia interior modificadora de ações e comportamentos. Em complemento, a religiosidade é o sentimento de solidariedade que emerge da inteireza humana; de bom relacionamento consigo mesmo, com os outros e com a natureza, incluindo a cultura (SALGADO, ROCHA; CONTI, 2007).

Espiritualidade é um estado de consciência; é reconhecer em si a Vida, e a mesma Vida em tudo e em todos. É consciência livre da mente, para ser o que é: não aquilo que pensamentos e crenças dizem ser. Para Brunner e Suddart (2000), espiritualidade está relacionada à transcendência, aceitação e compreensão sobre si mesmo, sobre o mundo, integrando amor, compaixão, sabedoria, honestidade, compromisso, imaginação, reverência e moralidade que o ser o qual vivencia desenvolve.

Para Crema (2002), o termo religiosidade/espiritualidade pode possuir outra conotação, a contemplativa consciencial, que tem por definição ser a consciência da consciência, o núcleo do Self, onde habita a essência do Ser.

Portanto, iniciar esta sub-categoria requer um cuidado e respeito à diversidade religiosa e expressiva dessa dimensão.

Um outro adendo é que esta sub-categoria foi a mais representativa de todas as envolvidas na construção do estudo, pois o emprego das palavras luta, ajuda e superação estavam intimamente ligadas à dimensão religiosidade/espiritualidade.

De acordo com as depoentes de ambos os grupos, as religiões as ajudaram a superar o processo de adoecimento.

A religião me ajudou muito. Porque foi ela que me deixou viva. Sem ela, eu não teria superado a doença. Ela foi o meu alicerce (G1 – Ambira).

A religião ajuda muito. A gente ora e pede força a Deus, pode ser a religião que for (G1 – Curuquerê).

A religião ajudou em todos os sentidos (G1- Lagarta de Fogo).

É muito bom ter o auxílio da religião. Sempre ajuda, e tudo fica mais fácil (G1 – Elasmo).

A religião me ajuda a superar a doença. Porque quando a gente crê em Deus nunca estamos sós (G2 – Sauí).

A religião me ajudou com a oração das irmãs e do pastor. Porque quando a gente está na presença de Deus, a gente se sente mais feliz e tudo fica melhor (G2 – Lagarta Rosada).

A religião está me ajudando muito. Eu tenho fé que vou ficar curada, ainda mais escutando o padre Marcelo (G2 – Processionária).

A religião se difere da religiosidade por ser uma instituição com seus dogmas e crenças específicas, que as tornam uniformes a um determinado grupo de seres humanos. Este status de instituição tem a função básica de auxiliar o ser humano na busca e no desenvolvimento dessa dimensão de espiritualidade/religiosidade. Essa diversidade é importante para que cada ser humano possa encontrar uma instituição que mais se aproxima de si, do modo de vida que se segue ou que quer seguir.

Neste contexto, existem aquelas pessoas que, no momento, não necessitam de uma instituição para penetrar nesta dimensão, assim como desenvolvê-la. Nos depoimentos acima, ficou claro que a religião tem uma função importante para o enfrentamento e superação dos obstáculos. Relacionando a sua importância no desenvolvimento dos mecanismos de proteção, que para alguns seres humanos é o refletir de questões morais e culturais, favorecendo o enriquecimento e fortalecimento destes, gerando mecanismos intrínsecos, a partir dos mecanismos extrínsecos oferecidos pela mesma dimensão em questão. Segundo Jaramillo-Vélez (2005), os fatores espirituais auxiliam a mulher/ser humano a se tornar um ser humano resiliente.

Assim, quando o ser humano consegue apreender e transformar os mecanismos de proteção extrínsecos da religiosidade/espiritualidade em mecanismos intrínsecos, ele percebe o transformar de uma força interna, a resiliência. Esta força foi mencionada por Oliveira (2006), como sendo a potencialidade da resiliência advinda da inteireza humana, o encontro do Ser em si. Nas falas abaixo, as depoentes de ambos os grupos expuseram o auxílio da religião nesta descoberta e fortalecimento da força interior.

Eu comecei a buscar força para enfrentar essa doença e não deixar minha família fraquejar. Essa força vem de Deus (G1-Ambira).

A religião me ajudou a ter força. A saber que eu sairia daquele estado de adoecimento. A saber que Deus estava por perto (G1 – Mede-Palmo).

Essa força (de superação) vem lá de cima. Eu nunca passei por cirurgia nenhuma, se não fosse Jesus na minha vida, eu não iria me operar (G2 – Beiju).

Analisar a força interna de superação, a dimensão intrínseca da resiliência, através da dimensão religiosidade/espiritualidade requer uma abertura à compreensão dos dogmas e as crenças envolvidas no outro. Assim sendo, as depoentes de ambos os grupos relataram que uma das origens da força interna advém de Deus.

O que me ajudou foi Deus (G1 – Sauf).

Só Deus pode ter dado essa força para mim (G2 – Proccionária).

Pedi a Deus para me dar muita força e resignação para passar o que eu passe. E ele me deu (G2 – Lagarta Militar).

Deus, na visão dessas depoentes, é a origem da força que as move em direção a recuperação. Por este motivo, há uma grande valorização da religiosidade/espiritualidade no processo de recuperação.

Aprofundando nesta questão, algumas depoentes de ambos os grupos, relataram que a fé é um dos elementos desta dimensão que atuam no processo de recuperação. Hector (2004) afirma que o acompanhamento espiritual escolhido pelo doente o conforta, lhe dá assistência e possibilita uma melhor aceitabilidade de uma possível morte. Para o autor, a ciência ainda não comprovou a relação entre fé e recuperação, mas o que se vê na prática é inegável, tanto com a melhora da auto-estima, quanto na ajuda à eficácia do tratamento.

Por eu ter essa fé em Deus eu consegui lutar. Consegui fazer a quimioterapia sozinha, porque era muito difícil. Hoje em dia todos falam que eu estou bem, que meu cabelo está até mais bonito, que minha pele está mais saudável. Isto foi a fé em Deus (G1 – Mede –Palmo).

A minha fé me ajudou a superar a doença (G1- Sauf).

O que me deu força para superar a doença foi muita fé (G2 –Rugas).

Esta fé, segundo algumas depoentes está relacionada a Deus, uma das origens da força interna. Assim sendo, um dos elementos que integra Deus ao ser humano é a fé. Para as depoentes de ambos os grupos, quando há esta integração entre Deus e o ser humano, intermediado pela fé, a força emanada por este primeiro age diretamente na dimensão biológica. Para Goswami (2006), a fé alimentada pelas passagens bíblicas modifica significados anteriormente negativos em positivos, promovendo o salto quântico e a cura através da consciência. Em continuidade, segundo o autor, a energia emanada do interior, fortalecida pela fé, pode modificar a matrizes do corpo vital; núcleos de informação e controle das células e órgãos.

Nós temos que ter fé, senão não adianta. Porque o que faz seu corpo, as células trabalharem para o bem é a fé em Deus. Se você acreditar que vai sobreviver por que Deus esta contigo, acontece. Mas, se você for uma pessoa negativa não procurar uma religião, o seu corpo vai se degenerar. Comigo graças a Deus não aconteceu isso (G1 – Mede-Palmo).

Eu acredito que a fé ajuda a fortalecer as células do corpo e a destruir as células ruins (G2 – Taturana).

Um outro elemento integrador e dinamizador da força divina na dimensão biológica é a oração. Dossey (1997), em seus estudos, afirma que uma simples atitude de devoção, somada com os sentimentos de empatia, totalidade, cuidado e de compaixão por alguém necessitado, encaminha para o processo de recuperação plena, a cura. Silva (1997) cita em seu trabalho que experimentos realizados com pessoas mostrou que a oração afeta positivamente as células cancerígenas, como a redução de células sanguíneas brancas leucêmicas e do tamanho de tumores, além de outras inúmeras doenças e distúrbios. Nos discursos das depoentes do grupo G2, a oração agiu na diminuição da dor e do seu sofrimento.

Um dia quando eu estava deitada na cama, sofrendo muito, sentindo muita dor, eu orei ao senhor, e ele mandou o socorro na hora. Ele me deu aquele soninho, e eu dormi (G2 – Manduvá).

Eu sai do hospital e fui para casa muito triste, não consegui nem falar direito, minha voz estava fraca. Estava sentindo muita dor. Mas durante o dia eu fiquei pensando em mudar a minha vida. Falei para mim mesmo que a novela que sempre se repetia terminaria ali mesmo. Foi quando eu tomei a iniciativa de colocar a minha peruca, e começar a louvar uma canção que eu aprendi na minha igreja. Comecei a louvar com tanta força que não sentia mais dor, e minha voz começou a mudar. Sentí uma força sobrenatural mudando a minha vida. Pedi a Deus para ser outra pessoa, feliz, alegre. Nossa! Fico até arrepiada! (G2 – Rugas).

A oração como um elemento da dimensão religiosidade/espiritualidade, se encontra em um nível de realidade diferente da qual se encontra os elementos da dimensão biológica. Assim, ela permite a integração do ser humano adoecido e a fonte de origem da força de recuperação, por intermédio também, de outros seres humanos. Portanto, a oração de amigos e familiares, mesmo sem a presença do ser humano adoecido pode agir como elemento integrador neste último. Isto é possível através da não-localidade quântica, descoberta por Einstein, Podolsky e Rosen em 1935, onde concluíram que o colapso quântico da onda de possibilidade, gerada por um sistema, seja ele humano ou não, deve causar instantaneamente o colapso da onda de possibilidade de um outro sistema, ou ainda um grupo de sistemas, através da ação a distância instantânea, que realiza fora do espaço-tempo. Esta afirmação é relatada pelas depoentes de ambos os grupos.

Toda a igreja, em peso, orou por mim, e eu não sabia. Quando eu entrei na sala de operação senti uma paz tão grande, uma sensação de felicidade, depois fui descobrir que tudo era devido às orações (G1 – Mede-Palmo).

As irmãs fizeram corrente de oração para mim enquanto eu estava no hospital. E graças a Deus eu não senti nenhuma dor (G1-Minadora).

As pessoas oravam por mim, iam à minha casa orar. Isto me dava conforto (G2- Beiju).

O passe também foi um outro instrumento de integração do ser humano com esta força de recuperação. A imposição das mãos é uma espécie de meditação que busca a totalidade do ser humano, é uma prática que possui característica de direcionar ou sensitivamente modular as energias humanas. As pesquisas utilizando a imposição das mãos têm revelado resultados consistentes como relaxamento, redução da dor, diminuição da ansiedade, da depressão, da insônia, cessação da febre, diminuição da icterícia e maior ativação do sistema imunológico e do processo de recuperação (SILVA, 1997). Segundo as depoentes, o passe foi um auxiliador no processo de recuperação, agindo positivamente na dimensão biológica.

Eu tomava passe. Isto me ajudou muito a fortalecer o meu organismo. Quando eu tomava passe me sentia muito bem, melhor, porque era confortável (G1-Elasmo).

Um outro elemento encontrado na fala dessa depoente e que agia como auxiliador do processo de recuperação, foram os guias espirituais. Para Rabelo (1993), a interpretação é chave da terapia do candomblé e da umbanda, onde pais e mães-de-santo conseguem descobrir as causas ocultas da aflição dos seus clientes, através do poder mediúnico. Ao consultar um pai-de-santo, o ser humano espera que o especialista religioso fale sobre o contexto da doença.

No candomblé e na umbanda, “interpretar a aflição é elaborar uma narrativa que reconstitua a cadeia de eventos que levaram o ser humano à doença e que aponte para a direção do tratamento e da cura” (RABELO, 1993, p.319). Este esclarecimento possibilita o ser humano adoecido reconhecer a sua importância no adoecimento e elaborar formas de recuperação. Algumas destas formas, também são apontadas pelo pai ou mãe de santo, sendo realizadas através de oferendas, despachos, banhos diversos, orações e outras mais.

Eu sempre falava com os guias, e eles sempre confortando. Mas, eles não falavam nada de que eu ia ficar curada ou não, falavam que eu tinha que ter força, que tinha que lutar, que tomar passe (G1 –Elasmo).

Os santos da religião católica e do candomblé também foram citados como elementos de integração.

Eu sou devota de São Jorge, São Sebastião e Nossa Senhora Aparecida e tenho a imagem dos três aqui. E sou devota também de Iemanjá, e justamente eu nasci no dia de Iemanjá. Eu acho que eles me ajudaram a passar pelo que eu passei, me dando força e resignação. Então, eu acho que eles me deram muita força para eu vencer a etapa da cirurgia (G2 – Lagarta Militar).

Esses elementos que integram o ser supremo, dotado de uma força recuperativa, ao ser humano, não atuam somente na dimensão biológica. Esta afirmação pode ser analisada em uma das falas das depoentes do grupo G1.

Foi graças a Deus e a igreja que quando eu soube que estava com câncer eu não fiquei traumatizada mais uma vez (G1 – Ambira).

A depoente revela que esta força agindo na dimensão psíquica, interrompeu ou transformou um evento negativo, que poderia produzir efeitos traumatizantes nas demais dimensões, inclusive, na biológica.

Para uma outra depoente, a religiosidade, através dos elementos integrativos, a auxiliou no processo de aceitação do adoecimento.

A religiosidade me ajudou em vários sentidos. Primeiro, a acreditar na fé, porque no momento vem logo o desespero. Segundo, a nos apegar em Deus, para aceitar a doença e na ajuda das pessoas através da oração (G1 – Minadora).

Neste sentido, as mudanças ocorridas na dimensão psíquica advindas dos elementos integrativos da religiosidade/espiritualidade, produzem um conforto que se expande para outros aspectos do ser, como afirmam as depoentes do grupo G2.

Eu não cheguei a chorar, porque o Espírito Santo conforta a gente. As pessoas achavam estranho (G2 – Beiju).

Tinha momentos que a gente ficava meio triste, mas orava ao senhor, e ele mandava o conforto (G2 – Manduvá).

Por outro lado, a influência desta dimensão pode ser realizada por intermédio de um outro ser humano, como é o caso dos profissionais médicos. Neste tópico, as depoentes do grupo G1 relataram que a influência no processo de recuperação se deu a partir do agir na forma de atuação dos profissionais médicos.

Deus usou as mãos dos médicos para que eu pudesse ser essa pessoa que estou sendo hoje (G1 – Mede-Palmo).

Você não pode fazer nada, a não ser orar e ter muita fé. Desta maneira, Deus iluminará as mãos dos médicos na hora da cirurgia (G1 - Elasmo).

Para algumas depoentes do grupo G2, a influência da religiosidade/espiritualidade repercutiu na sua inteireza, modificando suas vidas.

A religião mudou a minha vida. Eu me sinto muito bem na igreja (G2 – Rugas).

Acho que se não fosse através da igreja e das orações, eu não teria como alcançar a minha cura. Porque, eu acredito que eu já estou curada. Através da fé eu me curei, porque se você não acredita aquilo que está vivendo você não vai conseguir nada (G2 – Taturana).

A palavra de Deus diz que morrer é viver em outra vida. Então se voltar não tem problema algum, enfrente de novo (G2 - Beiju).

Para Barbosa et al (2004), é importante valorizar e respeitar as questões religiosas, pois cada pessoa carrega influências culturais e de crenças que atuam no processo de recuperação do ser. As terapias religiosas são um meio de muitos seres humanos alcançarem

benefícios para a saúde, porque crêem que tanto a doença quanto a recuperação podem ser desígnio de Deus ou de influências demoníacas ou espirituais. As autoras ressaltam: “Nesse aspecto, a ciência se aproxima da religião, pela manifestação da fé e de sua força social e cultural que reflete na saúde dos seres humanos. Pelos mistérios da fé, as ciências da saúde se deparam com a cura de doenças” (BARBOSA et al, 2004, p.41).

As aproximações encontradas entre os grupos foram: o passe – a oração como elementos de influência no processo de recuperação; o guia espiritual – os santos como elementos de influência no processo de recuperação; a religiosidade/espiritualidade como auxílio na ressignificação de eventos negativos em positivos; a religiosidade/espiritualidade como auxílio na aceitação do processo de adoecimento; a influência da religiosidade/espiritualidade no fazer/agir do profissional médico; o auxílio da religião no processo de recuperação; auxílio da religião no processo de fortalecimento da resiliência; a fé como elemento de influência positiva no processo de recuperação.

Nesta sub-categoria, não houve diferença na expressão da resiliência entre os grupos, mesmo possuindo elementos diferenciados. Isto porque, a expressão da religiosidade/espiritualidade estava presente em ambos os grupos de forma equilibrada, corroborando para a afirmativa de Dossey (1997), que independente do estado em que se encontra o ser humano adoecido, os elementos, mesmo de diferentes naturezas, sempre estarão atuantes, porque compõem a dimensão sagrado, a dimensão que habita o self.

4.3.4 Sub-categoria 3.4 - Influência da dimensão social no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Segundo Guerra (2003) só existe vida onde há troca constante, como uma relação. E esta troca não pode ser somente de substâncias materiais, mas em um sentido extremamente amplo, sendo incluídos as informações genéticas, as energias, as idéias, os sentimentos, as intenções, os movimentos e a interação corporal.

Portanto, o convívio social é imprescindível para o processo de recuperação. Esta colocação é corroborado pela fala da depoente do grupo G1.

Foi a convivência que me ajudou na recuperação do câncer (G1 – Sauf).

Conviver, pode ser desmembrado em com - viver, ou seja, viver com, com alguém, consigo, com o cosmos, com a cultura (FERREIRA, 2004). Neste sentido, a palavra conviver representa a influência da dimensão social no processo de recuperação, compreendendo que a

resiliência não é um processo somente interno, ou advindo dos mecanismos intrínsecos, mas também, coletivo, social, extrínseco.

Para auxiliar na compreensão dessas afirmações, quase todas as depoentes de ambos os grupos, relataram que a família ajudou no processo de recuperação.

Por eu ter uma família muito próxima, eu superei a doença (G1 – Elasmó).

A família foi muito boa para mim, meu filho, minha nora. Eles estavam sempre do meu lado (G2 – Lagarta Rosada).

A minha família é maravilhosa. Eu agradeço a Deus por ter essa família, se não fosse por eles eu nem sei o que faria. Eu estaria sozinha. Nessa batalha nunca fiquei sozinha (G2 – Rugas).

A família é uma grande fonte de relação, um grupo que quando sintonizado gera efeitos benéficos incomparáveis, com influências inclusive na relação profissionais–ser humano–família. Esta questão foi investigado por Gulinelli et al (2004, p.41), os quais inferiram que “uma boa relação, adequada com a família do paciente é, muitas vezes, decisiva para uma boa relação médico-paciente”.

Adentrando no convívio familiar, as depoentes expressaram e valorizaram a importância do parceiro como um elemento da rede social que influenciou no processo de recuperação. Para Maluf, Mori e Barros (2005), o suporte do companheiro muitas das vezes se torna um instrumento imprescindível, devido aos fortes laços afetivos existentes entre eles. E para Melo, Silva e Fernandes (2005) a situação da doença e da mastectomia, pode afetar os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo da doença, ocorrem alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher, as quais se estendem aos familiares, e se não houver uma aproximação do companheiro, o processo de recuperação pode ser prejudicado.

O meu marido é também um amigo, companheiro. Ele me ajudou muito a superar a perda da mama. Esses dias eu perguntei a ele se ele queria que eu fizesse a reconstrução da mama. Ele me respondeu dizendo que se eu quiser fazer tudo bem, mas isso quem deve decidir sou eu, porque o corpo é meu. Ele gosta de mim como eu sou, e se eu me sentir melhor com a reconstrução, tudo bem, ele vai me ajudar. Mas, também se eu não quiser, ele vai me dar força do mesmo jeito (G1 – Ambira).

O marido sempre me apoiou e me aceitou do jeito que eu estava (G1 – Minadora).

Tenho um namorado e para ele está tudo bem. Porque ele é um homem evangélico, não se preocupa com a aparência. Mas, ele chegou perto de mim e me disse: olha se eu estivesse sem uma perna ou sem um braço, você me deixaria: eu respondi que não. Ele falou: então, eu também não (G2 – Beiju).

Através destas falas fica claro que ser companheiro, parceiro é compreender as dificuldades e compartilhá-las, sabendo distinguir a dor de cada um. Contudo, muitos maridos não são como os relatados acima, e muitas mulheres acabam sofrendo com a separação e o

distanciamento. Entretanto, vale ressaltar que nem todos reagem da mesma forma, alguns utilizam o artifício do isolamento e da separação como forma de também não sofrer. Porém, os relatos acima, corroboram com a afirmativa que quando existe uma verdadeira relação, não somente sexual, mas de solidariedade, companheirismo, amor, pode ser qual for o sofrimento sempre buscarão alternativas de ajuda e de recuperação mútua.

Com o cultivo desses valores nos relacionamentos, sejam eles de que natureza forem, sua influência positiva adquire uma dimensão tão extensa, que poderá alterar sinais e sintomas biológicos, como relatados abaixo, por uma depoente do grupo G1.

No dia seguinte a cirurgia, eu estava sentindo muita dor, e resolvi ligar para o meu marido. Eu perguntei a ele como seria a relação sem a minha mama. Ele respondeu que amava a mim, não ao meu seio. Fiquei tão feliz que depois, eu nem estava sentindo mais dor, e comecei a andar normalmente (G1 – Ambira).

Às vezes as dores não possuem causa biológica, mas emocional. Isso não quer dizer que o ser humano não sinta a dor, ou que não precise de um medicamento, mas principalmente, de um cuidador que esteja pronto para escutar e auxiliar na superação do adoecimento, emocional. Este é um dos motivos pelos quais eu reluto por utilizar a expressão adocida com câncer de mama, porque, muitas vezes o tumor é o adoecimento secundário.

Na fala da depoente, do grupo G1, o filho foi um elemento de auxílio no processo de recuperação do adoecimento desencadeado pela alopecia.

Eu achei engraçado a queda do meu cabelo. Eu passava a mão e vinha um monte de cabelo. Caiu tudo no mesmo dia. Não demorou nada. Mas, depois eu comecei a ficar triste, e o meu filho me disse que era melhor raspar tudo. Então, ele me ajudou passando a máquina e me acolhendo enquanto eu chorava (G1 – Mede-Palmo).

Sem dúvida, a alopecia é um dos momentos mais difíceis do tratamento quimioterápico. Neste sentido, o apoio familiar é de extrema importância para auxiliar a mulher a superar este adoecimento. Todavia, para a família também é um período difícil, ao ver a imagem de alguém antes saudável e agora adoecido, imbuído de um estigma de morte (CAMARGO, 1987). Neste relato fica evidente, o quanto expressar o sofrimento também pode ser saudável, recuperador, basta ter um ser que saiba acolher suas lágrimas, emprestar seus ombros e possuir uma escuta aberta e atenta.

Os amigos também desempenham o papel de auxiliares na recuperação. Vanzin (1997) argumenta que a participação dos amigos na dinâmica da recuperação contribui para melhorar a qualidade de vida do ser humano adoecido e da família, pois o câncer é um problema social que provoca alterações tanto no ser humano adoecido, quanto na família e na comunidade. Esta afirmação emergiu das falas das depoentes de ambos os grupos.

Os amigos me ajudaram muito. Deram-me uma força incrível (G1 – Elasmo).

O importante foram as pessoas que estavam do meu lado (G1 – Mede-Palmo).

Todos os amigos. Aqueles que buscaram a minha cura através da oração (G2 – Taturana).

Meus vizinhos foram grandes amigos, me ajudando a me locomover, me dando atenção (G2 – Lagarta-Rosada).

O suporte social é bem extenso. Não se resume a comunidade familiar. Isto porque, para auxiliar no processo de recuperação, não é preciso mais do que atenção e acolhimento. Estes gestos já são reconhecidos por muitos seres adoecidos como mecanismos importantes no processo de recuperação (MALUF, MORI; BARROS, 2005).

Uma depoente relatou durante a entrevista que o fato dela não ter filhos, não a impediu de cuidar de crianças. Ela tinha um amor grande pelas crianças que morava ao lado de sua casa. As tratava como filhas. Quando ela adoeceu, as meninas que sempre a faziam feliz, retribuíram com os seus sorrisos recuperadores. Através desta revelação ficou claro que o amor, o carinho, o afeto, quando ofertados verdadeiramente, são também retribuídos com a mesma veracidade e intensidade. Portanto, na existência de uma relação de empatia e de solidariedade, também co-existe a influência positiva no processo de recuperação.

A criança toda, que só de olhar já me fazia bem, que com uma gracinha já era motivo para me renovar (G1 – Elasma).

Neste sentido, a solidariedade também é um elemento que influencia no processo de recuperação, como relatado na fala da depoente. Para Leloup (2007), o amor, a solidariedade, a amizade são elementos constituídos de energia sutil da dimensão sagrado, integradora do Ser que vive. Estes elementos agem desvelando forças reconstituidoras.

Eu estava triste no ônibus indo para casa. Mas, um rapaz percebeu. Ele se levantou do banco lá na frente, sentou do meu lado e me entregou um texto lindo para eu ler. Depois que eu terminei de ler, ele me disse que eu teria um dia bem melhor. Se levantou e saltou no próximo ponto. Sabe É isso. Uma pessoa estranha te ajudar. E hoje, eu procuro fazer o mesmo com outras pessoas (G1 – Elasma).

Uma outra atitude que também faz a diferença caracteriza-se no auxílio prestado por grupos de ajuda às mulheres mastectomizadas. Nos grupos de auto-ajuda, o compartilhar experiências comuns proporciona aos seus integrantes uma enorme energia, que pode ser carregada para as exigências da vida, para a re-socialização e para a recuperação (SILVA; MAMEDE, 1998).

Os grupos de auto-ajuda são considerados componentes importantes no processo de reabilitação da mulher mastectomizada, assim como, na aceitação do câncer e da condição de mulher que foi submetida a uma mastectomia. Proporcionam o compartilhar de experiências

de vida, relacionadas à enfermidade e a busca coletiva de meios de soluções para os seus problemas. Para a depoente, do grupo G1, freqüentar este grupo fortaleceu sua resiliência, superando os obstáculos produzidos pela mastectomia.

Eu comecei a freqüentar um grupo de mastectomizadas, denominada a dama. São senhoras mastectomizada, mas tinha gente nova. Depois até deixei de ir porque consegui superar. Mas foi fundamental (G1 – Curuquerê).

Os grupos de ajuda têm um papel importante no fortalecimento da auto-estima e na luta para superar o adoecimento, através do compartilhar de experiências e conhecimento adquiridos pelas mulheres e pelos profissionais que os compõem. Estes desenvolvem os mecanismos de proteção e diminuem a vulnerabilidade da mulher frente outros obstáculos que possam surgir em decorrência do adoecimento com câncer de mama. Um grande trabalho de solidariedade, amor e profissionalismo (VANZIN, 1987).

Em se tratando dos profissionais de saúde que atuam diretamente com a mulher adoecida, as mesmas afirmaram que eles são grandes auxiliares no processo de recuperação. Estas afirmações estão contidas nas falas a seguir, de ambos os grupos.

O atendimento dos profissionais de saúde foi muito bom. No pós-operatório, os enfermeiros ficavam o tempo inteiro próximo da gente, tirando a pressão, a temperatura (G1 – Elasmó).

Os médicos e enfermeiros foram ótimos (G1 – Mede – Palmo).

A médica de repente nem sabe, mas foi uma das pessoas que me deu a maior força. Ela trata todo mundo igual com muito carinho (G1 – Elasmó).

Mas, o que me ajudou na recuperação foi a junta médica, os médicos mais bonitos do mundo. Daqui a pouco vieram eles quatro e ficaram na minha cama, conversaram comigo, faziam o curativo bem perto de mim. Quando o troço secou os enfermeiros é que faziam o curativo, sempre com muito carinho e muito bem (G2 – Lagarta – Militar).

Todos foram bons. Os médicos sempre com muito carinho, me tratando bem. Os enfermeiros cuidando de mim, me dando remédio, me dando atenção. Isso ajuda a gente a se recuperar (G2 – Manduvá).

A confiança no profissional de saúde é fruto de um processo de conquista por meio do encontro. Sem a confiança, não existe a colaboração do ser humano, que é essencial para a recuperação. Esse fator curativo pertence a uma dimensão completamente distinta da ação físico-química dos medicamentos sobre o organismo ou mesmo da intervenção cirúrgica e, requer que o profissional adote mais critérios na sua atuação (GADAMER, 1996).

Nesses critérios deverão estar incluídos preocupações e condutas que evitem efeitos danosos aos doentes, decorrentes da prática desumanizada. A relação desastrosa com os profissionais da saúde causa efeitos tão danosos aos seres humanos quanto os efeitos deletérios dos medicamentos ou por procedimentos invasivos. A autonomia do sujeito que

recorre à prática profissional representa a perfeição da arte do cuidado e ocorre quando o profissional deixa o outro em liberdade (GADAMER, 1996).

Independente de qual categoria profissional, a assistência prestada ao ser humano deve ser sempre imbuída da humanização. Na falas, a presença da palavra carinho demonstra que nas relações humanas os sentimentos mais nobres são os mais simples e os mais complexos, porque oferecer carinho não se aprende nas instituições de ensino e, muito menos nos livros, mas na vida.

Portanto, cuidar de mulheres adoecidas com câncer de mama requer, além de todo o profissionalismo e conhecimento teórico-científico, carinho e afeto.

Os distanciamentos encontrados nas temáticas expressas no grupo G1 foram: a atuação positiva da rede social no processo de recuperação; a influência positiva da rede social na modificação de sinais e sintomas do processo de adoecimento; os filhos como elementos de influência no processo de recuperação; a solidariedade e a relação de empatia como influência no processo de recuperação; a solidariedade como elemento reconstituidor; os grupos de ajuda influenciando positivamente no processo de recuperação da mastectomia.

Nesta sub-categoria, não houve nenhuma temática específica do grupo G2. No entanto, este dado não demonstra uma baixa valorização da expressão da atuação da dimensão social no processo de recuperação. Isto porque, as aproximações entre os grupos foram significativas, representados pela: família como elemento de influência positiva no processo de recuperação; o companheiro como elemento de influência positiva no processo de recuperação; os amigos como elemento de influência no processo de recuperação e; a influência positiva dos profissionais de saúde no processo de recuperação.

A análise desta sub-categoria possibilitou apreender que ambos os grupo tiveram relatos que expressavam a influência positiva da dimensão social no processo de recuperação, indo ao encontro dos achados de Gerber (2000), o qual afirma que o suporte social é uma dimensão auxiliadora no processo de reconstituição.

4.3.5 Sub-categoria 3.5 - Influência da dimensão psicológica no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Segundo Nucci (2003, p. 01), “é preciso ter coragem para viver a vida diante de tantas incertezas e ameaças, ‘coragem para ser’.” A coragem é resistência ao medo, domínio do medo, e não ausência do medo. Aceitar o desafio do desconhecido, apesar de todo o medo, é coragem. Os medos estão ali, mas se você aceita o desafio várias vezes seguidas, devagarzinho, os medos desaparecem (OSHO, 2006).

Para uma depoente do grupo G2, é preciso muita coragem para superar o medo da informação, possibilitando transformações positivas no processo de enfrentamento e superação.

Meu irmão perguntou a minha irmã porque eles me contaram, ela disse que a verdade é importante, é a melhor solução. Imagina o meu cabelo caindo e eu sem saber o que estava acontecendo, iria ser pior. Mas precisa de muita coragem para querer saber a verdade (G2 – Rugas).

Os autores Gulinelli et al (2004) colocam que informar a verdade tem mostrado ser um importante instrumento terapêutico. Os autores afirmam que a ação da informação na diminuição da tristeza e do isolamento, proporciona uma melhora acentuada. Esta afirmação revela que, quando este ser humano sabe do seu adoecimento, através da relação informante - ser humano adoecido – família, ele começa a buscar mecanismos transformadores dos aspectos que estão refletindo o adoecimento, produzidos por diversos mecanismos, dentre eles a tristeza e o isolamento, através da atuação da sua resiliência, seja ela intrínseca e/ou extrínseca.

Portanto, as experiências de ser na vida, mesmo que dolorosas, são, em muitos casos, auxiliares do ser humano no processo de aceitação e compreensão do adoecimento, favorecendo o processo de recuperação. Esta colocação foi expressa por uma depoente do grupo G2.

Eu me conformei em ter que tirar a mama, porque é tanto sofrimento que a gente passa na vida, que aprendemos que retirar um seio por mais doloroso, é muito pouco para uma vida. A gente tem que se conformar. Aceitar para superar (G2 - Proccionária).

Quando o desafio é aceito, o ser humano retoma o controle de sua vida, das suas decisões. Este retomar proporciona um maior dinamismo dos mecanismos de proteção contra os obstáculos, favorecendo a superação. Por outro lado, se o medo não for dominado, estes mesmos mecanismos podem ser reprimidos, impossibilitando um enfrentar sadio, um superar dos obstáculos (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Na afirmação de duas depoentes do grupo G1, fica evidenciada a influência positiva da coragem, no aceitar e enfrentar do processo de adoecimento.

Não é preciso ter medo nessa situação, tem que enfrentar o problema (G1 – Mede-Palmo).

Em momento nenhum você pode ter medo da doença, senão ela te atinge. O câncer, ele vem para matar, mas se você tiver força, você consegue superar (G1 – Mede-Palmo).

Mas, para aceitar os desafios, muitas vezes é preciso passar pela negação, como visto, na categoria anterior. São fases naturais do Ser na vida. Porém, esta negação, com auxílio de mecanismos protetores externos, extrínsecos, como família, profissionais, amigos, dá lugar a aceitação e o início de um enfrentar com coragem, de domínio do medo, que existe, que permeia qualquer superação. A partir dessa superação do sentimento de negação da doença, a

auto-confiança que já existia, mas reprimida pelo medo, ressurgiu, gerando estímulos inconscientes positivos que beneficiam a expressão e o desenvolvimento das atividades criativas. Uma criatividade, que segundo Goswami (2006), não se restringe ao desenvolvimento de novas ações, mas que transcende a uma mudança de nível de consciência, um salto quântico para potencializar as ações de enfrentamento. Esta influência positiva, da mudança de nível de consciência no processo de adoecimento, pode ser compreendida na fala da depoente do grupo G1.

Se eu ficasse triste, deitada em uma cama eu não conseguiria superar, tanto que meu corpo aceitou bem a operação, porque eu acreditei que iria ficar curada (G1 – Mede-Palmo).

Esta mudança de nível de consciência, gerando aceitação, em ressonância, promove o aceitar também dos demais integrantes da rede social. Na fala, a seguir, a depoente do grupo G1 afirma que mesmo impactada pelo corpo mutilado, o transcender de sua consciência sobre o processo de adoecimento modificaram o padrão de consciência do filho e do marido.

Eu sempre me olhei no espelho. O meu filho queria ver e eu mostrei a ele. E ele nunca mais ficou me perguntando. E mostrei para o marido também. Eles enxergaram em mim, a possibilidade de uma nova vida, a mãe e a esposa sem o seio, mas com muita vida. Quando eu me toquei e percebi que estava sem a mama fiquei um pouco assustada, mas tudo bem. Não tive nenhum problema na cirurgia e nem depois, só senti um pouco de dor, mas isso é normal (G1 – Minadora).

O mesmo efeito gerado pela auto-confiança é produzido pelo pensamento positivo. Para Goswami (2006), o pensamento positivo, através da causalidade descendente, ativa o sistema imunológico e de reparação tecidual, atuando de forma benéfica na dimensão biológica. Aprofundando um pouco mais na discussão, esta causalidade descendente é produzida por colapso quântico, um processo criativo existente nas dimensões mais sutis do ser humano. Um exemplo da atuação do pensamento positivo no processo de recuperação pode ser analisado na fala da depoente do grupo G1:

Quando eu ia fazer a minha quimioterapia, eu acreditava que ia dar tudo certo. Eu ia com o pensamento positivo. E não tive nenhum efeito colateral (G1 – Ambira).

Ao analisar a categoria anterior, a depoente acima não relata nenhuma experiência relacionada aos efeitos colaterais gerado pela quimioterapia e/ou radioterapia, confirmando o que a mesma expõe e as afirmações supra citadas.

A mudança de um nível de consciência, gerando um estímulo de causalidade descendente positiva, pode ser expresso, através de atividades mais criativas, reflexivas, prazerosas para o ser humano adoecido, inclusive o trabalho, porém, não o trabalho excessivo, desgastante e destrutivo (GOSWAMI, 2006). Estas expressões podem ser identificadas nas falas das depoentes do grupo G1.

Para superar a quimioterapia eu trabalhava. O que eu iria fazer dentro de casa! Eu ia trabalhar, ia no cinema (G1 - Elasmó).

Eu entendia a vida como viver os melhores momentos, passear, e continuo hoje da mesma maneira. Eu tomo banho de piscina, vou à praia. Eu tenho prótese apropriada, então, não deixei de fazer nada (G1 – Curuquerê).

Esta mudança de nível de consciência, em muitos casos, pode ser estimulada por um agente externo ao ser humano; uma flor, uma borboleta, um poema, uma música, um desenho, um amigo, a família, a religião ou um profissional de saúde, dentre muitos, o psicólogo, o enfermeiro. Na fala abaixo, a depoente relata como foi importante ter o acompanhamento terapêutico para enfrentar o processo de adoecimento gerado durante o tratamento.

Eu sempre fui preparada psicologicamente, pela psicóloga. É uma coisa difícil (falando da mastectomia) de ser superada, por isso, a necessidade de ajuda. Na véspera da cirurgia, a psicóloga veio e conversou a respeito do tratamento. Disse-me que aquilo era uma coisa nova, que traria sustos, mas que com o tempo passaria. Essa conversa foi muito importante para me ajudar enxergar um futuro de vitórias. Fiquei um tempo me tratando com ela. Isso foi muito bom graças a Deus (G1 – Elasmó).

Como apontado e discutido na categoria anterior, a mulher precisa de um acompanhamento e auxílio para conseguir enfrentar e superar os obstáculos de forma mais sadia. No que tange a mastectomia, é fundamental que o parceiro também participe dos encontros, mesmo que não sejam todos, para que ambos possam criar mecanismos protetores, através da informação, da co-construção de saberes sobre o processo de adoecimento (DUARTE; ANDRADE, 2003). E neste contexto, o enfermeiro, como o mais próximo, tem um papel imprescindível.

Contudo, é o próprio ser humano, o detentor das escolhas de sua vida, o condutor de sua própria história. Assim, encerra-se, esta sub-categoria, com as afirmações de garra, vitalidade e exemplo de perseverança, impressos nas falas das depoentes do grupo G1.

As pessoas até ficam pasmas por eu ter passado por isso tudo e estar bem, rindo, brincando. Eu digo que esta força vem da vontade que eu tenho de ficar bem, de lutar. O importante é não se deixar levar (G1 – Mede-Palmo).

Mesmo cheia de problema, eu quero viver mais um pouco (G1 – Sauí).

É a minha determinação de continuar viva para cuidar dos meus filhos, que me fez vencer a doença (G1 – Taturana).

Portanto, os mecanismos de proteção extrínsecos, transformados e construídos pela relação destes com os extrínsecos, são fundamentais para a resiliência e o processo de recuperação.

As temáticas que expressam o grupo G1 foram: a influência da coragem no processo de aceitação do adoecimento; a mudança de nível de consciência no processo de adoecimento; a mudança de nível de consciência ressoando no processo de recuperação da família; a

atuação do pensamento positivo no processo de recuperação; as atividades prazerosas como influência no processo de recuperação; o acompanhamento terapêutico como influência positiva no processo de recuperação e; a expressão de afirmações de garra no processo de recuperação.

Segundo Rocha (2005, p.53), “as necessidade psíquicas, por sua vez, têm a ver com amor (amar e ser amado, sexualidade), segurança, aprovação, reconhecimento, respeito, produtividade (trabalho, atividades criativas), expressão e comunicação”. Portanto, elementos fundamentais para um processo sadio de enfrentamento do adoecimento. Assim sendo, quando há uma valorização e um desenvolvimento adequado desta dimensão, aqui analisado através da expressão encontrada nas falas, pode-se concluir a existência de um processo de recuperação fortalecido. Esta conclusão é encontrada com maior expressão na análise do grupo G1, do que G2, contribuindo para possíveis justificativas do prognóstico desfavorável ao combate do tumor de câncer de mama.

4.3.6 Sub-categoria 3.6 - Influência do amor no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Para compreender a influência do amor no processo de recuperação é necessário, primeiramente, compreender o que é o amor. Com este intuito, será realizada uma análise sobre o amor nas diferentes culturas.

No budismo, amor é compaixão. Um estado de consciência não fixado sobre um objeto particular. Para os budistas, a arte de amar é um trabalho que se realiza nos pensamentos, nas projeções e nas ilusões. É o amor feito de calma, um amor não apenas de pulsão e de carência, mas de uma plenitude de paz (LELOUP, 2008).

No hinduísmo, amar é desenvolver em SI, o sentido do sagrado que existe em cada coisa. Amar a sabedoria do feminino na mulher, amar a sabedoria do masculino no homem, amar a presença do criador na criatura, amar o oceano em todas as ondas. A arte de amar para os hindus é a arte da meditação, a arte da atenção e da visão profunda. (LELOUP, 2006).

Na tradição grega, o amor é o desejo do desejo do outro. Amar é desejar ser desejado, amado. A arte de amar, nesta tradição, será a arte de sentir-se amoroso quaisquer que sejam os objetos de amor. “Não amo o outro, amo sentir-me amoroso” (LELOUP, 2008, p. 22).

Na tradição judaica, o amor é a revelação da face. O amor é o amor do outro. É o respeito à face. “Não posso tratar o outro como uma coisa, como um objeto”. Portanto, a arte de amar no judaísmo revela a consciência de que os amores humanos são uma participação no ato criador de Deus. Esta tradição adiciona o respeito ao amor. Nem idolatria nem desprezo,

porque o ser humano tem sempre a tendência a um dos dois ou a ambos. Mas, um caminho do meio, pois o respeito é uma dimensão muito nobre do amor e é o que dá nascimento à Ética (LELOUP, 2008, p. 24).

Na tradição cristã amar é, antes de tudo, um exercício. Trata-se de aprender a amar, aprender a utilizar o coração. A primeira etapa é o outro como a si mesmo. Reconhecer no outro o igual. Mas depois, é preciso amar o outro como outro, como diferente. Portanto, o amor é uma liberdade de amar o outro em sua diferença, de amar o divino no outro, de amar o outro como a si mesmo, reconhecendo a si mesmo no outro (LELOUP, 2006).

Todas estas culturas, todas estas tradições, enriquecem nossa visão sobre o amor. Amar é a integração de todas essas possibilidades. É a capacidade de sentir preocupação, responsabilidade, respeito e compreensão para com outros, reconhecendo sua singularidade de amar e ser amado de uma maneira natural (LARRAÑAGA, 1982). O amor é um contexto, um arquétipo, em que muitos dos pensamentos e sentimentos se baseiam (GOSWAMI, 2006).

Assim, o amor significa a base da humanização no atendimento de enfermagem, significa a autêntica expressão de sua essência e transcendência para o processo de vida (BUSCAGLIA, 2002).

Portanto, a depoente do grupo G1, revela através de seu relato, a importância do amor no processo de vida. Um instrumento fundamental para ser na vida.

O amor é fundamental na vida de todos nós. O amor que ajuda, é muito importante. Como diz na palavra (Bíblica): se não tivesse amor nada se faria. É muito importante, você amar o próximo, mas não é amor de marido e mulher, é o amor que tudo pode, que tudo faz (G1 - Mede-Palmo).

O amor possui diversas dimensões, que resultam em significados distintos. Com o intuito de um aprofundamento, outras depoentes do grupo G1, relatam, em suas falas, a existência de diversos tipos de amor.

Existe vários tipos de amor. Eu estou conversando com você, portanto, estou jogando carinho nas palavras. Isto é um tipo de amor (G1 - Curuquerê).

Tem diversos tipos de amor (G1- Sauf).

Mas, então, segundo as mulheres quais são as dimensões do amor? Para responder a esta indagação, outras depoentes de ambos os grupos relatam que o amor é fazer o bem, é ajudar o próximo.

Amor é me sentir fazendo o bem, é uma pessoa me ligar triste e eu ir levar uma palavra de conforto (G1 - Ambira).

O amor é ajudar o próximo (G1 - Curuquerê)

Nós temos ainda que aprender o que é amar: amar é ajudar o próximo, não negar ajuda ao próximo (G1 - Mede-Palmo).

É muito bom amar ao próximo (G2 – Lagarta-Rosada).

Essa definição de amor é oriunda da tradição cristã, onde a expressão do amor é amar o outro como a si mesmo. É o amor ágape, que segundo Leloup (2006) é o amor divino, um amor gratuito. É o amor com compaixão. Mesmo ainda distante de ser alcançado, as mulheres expressam que este é o conceito de amor que pretendem seguir.

Outro conceito de amor é o de ser feliz, o amor como alegria. Este foi relatado pelas depoentes do grupo G1.

O amor é me sentir feliz (G1 – Ambira).

A minha alegria já é amor (G1 – Lagarta de Fogo).

Essa definição é influenciada pela tradição Grega que traz em suas raízes a importância de conhecer a si mesmo a partir do outro, de amar a si mesmo para poder amar o outro (LELOUP, 2008). Portanto, segundo as tradições gregas e as mulheres-depoentes, ser feliz é uma atitude de amar a si, um passo importante para poder tornar o outro feliz, amá-lo.

A mesma discussão se adequa ao conceito de se sentir amada, expressa nas falas das depoentes de ambos os grupos.

O amor é se sentir amada. É sentir que sempre tem alguém do seu lado te amparando, isso é o amor (G1 – Minadora).

É se sentir amada. Eu sou muito sentimental, emotiva (G2 – Lagarta Militar).

Contudo, amor, segundo as depoentes de ambos os grupos, também pode significar carinho.

Amor também é fazer uma comida, um trabalho com carinho (G1 – Curuquerê).

É você ver alguma coisa e se encantar, é ter carinho (G2 – Beiju).

Eu nem sei te explicar o que é o amor. É a pessoa ter carinho, cuidado (G2 – Lagarta – Rosada).

A filha da minha patroa, quando fui cortar o cabelo, ficou do meu lado me dando força, isso significa amor (G2 – Beiju).

Esse amor é similar ao da arte de amar no budismo. O amor contemplativo, de transformações da raiva, do ódio, da discórdia em benevolência, em carícias e cuidado (LELOUP, 2008).

O amor também possui sua dimensão carnal, de atração física, mesmo que também esteja integrada a outras dimensões. Este outro tipo de amor foi relatado por uma depoente do grupo G1.

Ter amor pelo namorado (G1- Sauí).

O amor expresso pela depoente pode ter duas definições ontológicas, a primeira a pornéia, uma palavra grega que dá sentido ao amor primitivo, das pulsões. Não significa pornografia, esta deturpação é inerente à sociedade atual. É o amor de dependência pelo outro, do consumo do outro sem permitir uma troca de sentimentos, só um doa. O segundo, é o Eros outra palavra grega, que vem trazer leveza ao pornéia, limites para saber o que é de si e do outro. Um amor com beleza, com sentimentos, com asas (LELOUP, 2006).

Um outro tipo de amor, emergido nas falas das depoentes, é o divino. O amor que segundo as mesmas representa Deus. Um amor oriundo da tradição judaica, que traz consegue a sabedoria da transcendência. Para o judaísmo, amar é uma revelação do mistério, do encontro com o luminoso, com o divino (LELOUP, 2006).

O amor é Deus (G1 – Elasmo).

Como visto, o amor possui diversas formas e tipos. É um elemento que se faz presente em todas as dimensões, porque é constituído por todas elas. Neste sentido, o amor ganha status de um elemento sagrado, que integra as dimensões em torno da vida (OLIVEIRA, 2006). Para corroborar com esta afirmação, as depoentes de ambos os grupos relatam em suas falas que o amor é tudo, é a fonte da vida.

O amor é tudo. Se não fosse o amor não teria vida. O amor supera tudo (G1 –Lagarta de Fogo).

O amor é tudo. O amor é que nos faz ter vida (G2 – Manduvá).

Amor é tudo. É uma coisa maravilhosa (G2 – Rugas).

O amor é Jesus, minha família, compreensão, alegria, amizade é tudo (G2 – Taturana).

Sendo o amor fonte da vida, a sua influência no processo de recuperação, não poderia ser diferente da positiva. Portanto, a partir das definições de amor, segundo as depoentes e os autores anteriormente citados, as próximas falas trazem relatos sobre a ajuda deste elemento no processo de recuperação.

O amor me ajudou a recuperar a vida. Isto porque, eu tive amor na minha casa, cuidavam de mim, também ajudava os outros. Fui uma boa vizinha, fui uma boa amiga (G1 – Curuquerê).

Eu acho que o amor ajudou a me recuperar (G1 – Lagarta de Fogo).

Quando você ama Deus e ama o próximo você recebe força para lutar e para recuperar sua vida. Para mim, o amor me ajudou muito a passar por essa prova tão difícil. Eu gosto das pessoas com a maior sinceridade. O amor que eu sinto pelas pessoas é muito profundo. Eu gosto mesmo. Sem isso como nos famos sobreviver (G1 – Mede-Palmo).

Nossa, o amor ajudou a me recuperar, através do carinho dos amigos, da família (G1 – Elasmo).

Eu acho que o amor ajudou a me recuperar, porque quando nós somos amadas, cuidada, por alguém e, primeiramente por Deus, a gente se recupera (G2 – Beiju).

O amor ajudou bastante na minha recuperação, porque traz carinho, felicidade. Sem carinho nada se recupera (G2 – Lagarta Rosada).

Sentir mais força, amor e carinho permitem recuperar mais rápido. A minha família me ama (G2 – Rugas).

A humanização da saúde e da vida, só será efetiva quando a sociedade e os profissionais de saúde, valorizarem e implementarem o amor em suas atitudes de cuidar e tratar. O cuidado de enfermagem amoroso permite que o ser humano encontre a sua reconstituição. Portanto, o amor é um elemento que integra os diversos mecanismos protetores de dimensões sutis, tornando a resiliência um processo de enfrentamento e superação com características e expressões também sutis.

As temáticas emergidas do grupo G1 que se distanciam do grupo G2 foram assim resumidas: a importância do amor no processo de vida; os tipos de amor; o amor como sendo felicidade e alegria; o amor de dimensão física, carnal e; o amor divino.

As seguintes temáticas emergiram de ambos os grupos: o amor é fazer o bem e ajudar o próximo; o amor é sentir amada e ter carinho; o amor é tudo, é fonte da vida e; a influência do amor no processo de recuperação.

Mesmo não possuindo temáticas que estivesse expressas apenas no grupo G2, o mesmo teve uma grande representatividade nas temáticas conjuntas, o que permite a afirmação da influência do amor no processo de recuperação, em ambos os grupos.

Na teoria do cuidado transpessoal, o amor é parte integrante do cuidado, amplificando a atitude de cuidar. Essa forma de externar este sentimento torna propícia a realização da coexistência, e esse ato de acolher o outro estabelece as condições para que se instaure o cuidado como o mais alto valor da vida (WATSON, 2005).

4.3.7 Sub-categoria 3.7 - Influência da dimensão onírica no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama

Todas as grandes tradições culturais levaram em consideração o processo do sonhar, desde os primeiros xamãs aos assírios e babilônios, aos egípcios com a sua divindade do sonho – Serápis – aos chineses, hindus, gregos, romanos, judeus, cristãos etc.

No início do século XX, Freud (1987) viu a ponta do iceberg onírico e teve o grande mérito de introduzir esta pesquisa no domínio científico e clínico, considerando os sonhos como significativos produtos da dinâmica repressora do inconsciente. Na abordagem

freudiana, o sonho é a realização de um desejo, com uma linguagem manifesta e outra latente, que precisa ser desmascarada e interpretada.

Jung (1961), com uma visão diferenciada, considerava os sonhos como expressões criativas do Self, contendo mensagens diretas, pessoais e significativas, com importante função compensatória em relação à unilateralidade da consciência vígil, ou de vigília. Jung desvelou a dimensão arquetípica da vida onírica e compreendia o sonho como expressão de um instinto interior para a saúde e a maturidade, inerente à psique humana. Sonho e mito se entrelaçam e, fundamentado na criativa abordagem junguiana, o sonho é um mito privado, enquanto o mito é um sonho público.

Considerando o sonho uma reportagem gestáltica de um momento da existência, Perls (1977), acrescentou uma dimensão psicodramática à abordagem no nível do sujeito, de Jung. Sua proposta era libertar o sonho, trazendo-o para o aqui-e-agora, de forma a ser desvelada a sua mensagem existencial.

Adler divergia de Freud, como Jung e, mais recentemente, Montagne Ullman e outros, compreendendo o sonho como tentativas de soluções de problemas, sem nenhum mascaramento, em uma linguagem simbólica e metafórica. Segundo Krippner (1994), Adler considerava o sonho uma via de integração com a consciência, postulando um enfoque flexível, em que o propósito onírico é o de nutrir emocionalmente o sonhador, mobilizando-o para atingir suas metas. Encontra-se aqui implícita a hipótese de uma continuidade básica entre vigília e o sonho. Ambos fazem parte de um mesmo continuum existencial.

Portanto, sonho e vigília, imagem e pensamento conformam um mesmo tecido da holística realidade humana. São universos complementares, não redutíveis um ao outro. Devem ser representados nos seus diferentes dinamismos, códigos e limites, que brotam do mesmo solo do real, o que no humano atua. Na consciência vígil somos limitados pela coordenada tempo e espaço e pelos sentidos do corpo físico. Na onírica, estes limitantes são transpostos; o corpo onírico sutil pode adentrar em frequências psíquicas, da sombra ao inconsciente simbiótico e o impessoal coletivo, como exemplificado na fala de uma depoente do grupo G1.

Um irmão da minha igreja sonhou que eu estava com um tumor maligno, mas pediram para ele não me dizer. Fui descobrir quando eu dei meu testemunho (G1-Mede-Palmo).

Este relato evidencia que o “irmão da igreja” teve um encontro com frequências psíquicas mais profundas do ser humano, como o inconsciente simbiótico e o impessoal coletivo. Vale ressaltar que não dá para determinar qual frequência foi a mais importante nesta revelação onírica, no entanto, o importante para este estudo é que independente de qual

estrutura psíquica ele tenha imergido, o sonho pode ser um canal de integração para descobertas e informações acerca do processo de adoecimento e recuperação. Aqui também cabe destacar que os mecanismos protetores intrínsecos conectam com os mecanismos extrínsecos de outros seres humanos, fortalecendo o processo de enfrentamento e superação.

De acordo com Goswami (2006), as ondas de possibilidades não-locais, atemporais e não contínuos promovem a integração entre estruturas da psique do ser humano, entre seres humanos e até entre o desconhecido, de onde emergem as falas da existência da religiosidade/espiritualidade.

Em uma outra fala, da depoente do grupo G2, fica evidente que a dimensão onírica tem um papel na aceitação do adoecimento, quando o ser humano consegue decifrar as informações que emergem desta dimensão.

Quando eu soube que estava com câncer, eu nem liguei. Porque antes de saber que estava com câncer, um irmão da igreja veio, sentou do meu lado e me disse que tinha visto, em oração, uma faca me cortando, mas era para ficar tranqüila, porque Deus estava comigo. Ele não sabia, alias ninguém sabia. Foi assustador, mas essa revelação me preparou para o pior (G2 – Beiju).

A revelação que o “irmão da igreja” fez sobre o transcorrer positivo do tratamento cirúrgico, permitiu que esta mulher aceitasse e enfrentasse de forma sadia o obstáculo do tratamento. Contudo, o fato de saber do adoecimento, previamente, favoreceu o decifrar desta revelação.

Quando o ser humano reconhece a potencialidade desta dimensão, ela começa a utilizá-lo com maior propriedade, integrando-o à dimensão religiosidade/espiritualidade, que também se configura como uma dimensão sutil. Na fala da próxima depoente do grupo G2, a valorização das informações do sonho, fortaleceu o processo de recuperação, dinamizando os recursos que possuía, como o auto-exame das mamas, descobrindo o tumor de mama.

Antes de descobrir que estava com câncer tive um sonho. Neste sonho eu passava a mão na minha cabeça e os meus cabelos saíam na minha mão, e tive que usar peruca. Eu até falei com minha patroa, que é médica, mas ela disse que sonho é besteira. Foi após o sonho que comecei a me tocar, onde descobri o tumor (G2 – Beiju).

O sonho também pode influenciar a dimensão biológica, através dos mecanismos de causação descendente. No relato da depoente do grupo G2, o carinho e o conforto proporcionado pelo sonho, mudaram o nível de consciência, através do salto quântico, auxiliando no minimizar da dor física.

Quando senti muita dor, pedi a Deus um alento, um conforto. Comecei a adormecer e, acabei sonhando com ele, dizendo que tudo iria passar, que era um momento da minha vida. Que ele estava do meu lado. Quando eu acordei senti um conforto, um carinho e não senti mais a dor (G2 - Manduvá).

A esperança é um sentimento de grandeza curativa, tanto para a dimensão biológica quanto para as demais dimensões. Este sentimento de esperança, na fala a seguir, foi gerado pelo sonho com um ente querido, um encontro na dimensão onírica e noética. Neste sentido, a resiliência se expressa por dimensões mais sutis que ultrapassam a dimensão psíquica tradicional. Estas afirmativas são importantes para a valorização de uma escuta mais profunda que respeite as adversidades de ser na vida.

Eu tive um sonho com o meu pai e ele me dizendo: filha você não está sozinha, eu estou contigo. Eu dizia: mas pai, eu estou com medo de que alguma outra coisa aconteça. Filha, não vai acontecer nada, eu estou com você. Esse sonho me ajudou bastante, com muita esperança (G1 – Rugas).

Nesta sub-categoria, o grupo G1 apresentou apenas uma temática; a influência da dimensão onírica no processo de recuperação.

No entanto, o grupo G2 expressou todo o restante das temáticas: a influência da dimensão onírica no aceitar do adoecimento; a influência da dimensão onírica na descoberta inicial do adoecimento; a influência desta dimensão no minimizar da dor física e; a influência desta dimensão estimulando a esperança da recuperação.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
<p>PROCESSO DE RECUPERAÇÃO SEGUNDO MULHERES ADOECIDAS COM CÂNCER DE MAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperação é não sentir dor, nada • Recuperação é estar feliz, alegre • Recuperação é tudo 	<p style="text-align: center;">GRUPO G1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar recuperada é não possuir metástase e recidivas • Estar recuperada é sentir bem consigo mesma 	<p style="text-align: center;">GRUPO G2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar recuperada é voltar a fazer aquilo que se fazia antes • Estar recuperada é se conformar com o momento, mas sempre buscando superá-las

Quadro 11 - Aproximações e Distanciamentos das Temáticas Expressas no Processo de Recuperação do Adoecimento de Mulheres com Câncer de Mama (continua)

MECANISMOS DE PROTEÇÃO E COPING FRENTE AOS EFEITOS BIOLÓGICOS EXPERIMENTADOS DURANTE O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

- O uso de peruca e chapéus como estratégia de superação da alopecia
- Os exames como auxiliares no processo de recuperação
- Os exercícios físicos como auxiliares no processo de recuperação
- Os medicamentos como auxiliares no processo de recuperação
- A alimentação mais sadia como auxiliares no processo de recuperação
- A utilização de próteses como forma de superação da perda da mama
- O corte de cabelo como estratégia de superação da alopecia

INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

- O auxílio da religiosidade/espiritualidade no processo de recuperação
- O auxílio da religiosidade/espiritualidade na resiliência
- A fé como elemento de influência positiva no processo de recuperação
- O passe - oração como elementos de influência positiva no processo de recuperação
- Os guias – santos como elementos de influência positiva no processo de recuperação.
- A influência positiva da religiosidade/espiritualidade na resignificação de eventos negativos em positivos
- A influência positiva da religiosidade/espiritualidade no aceitar do processo de adoecimento

Quadro 11 - Aproximações e Distanciamentos das Temáticas Expressas no Processo de Recuperação do Adoecimento de Mulheres com Câncer de Mama (continuação)

<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • A família como elemento de influência positiva no processo de recuperação • O companheiro como elemento de influência positiva no processo de recuperação • Os amigos como elementos de influência positiva no processo de recuperação • A influência positiva da atuação humanizada dos profissionais de saúde no processo de recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> • A atuação positiva da rede social no processo de recuperação • A influência positiva da rede social na redução de sinais e sintomas gerados no processo de adoecimento • Os filhos como elementos de influência positiva no processo de recuperação • A solidariedade e a relação de empatia como elementos de influência positiva no processo de recuperação • A solidariedade como elemento de reconstituição • Os grupos de ajuda como elementos de influência positiva no processo de recuperação
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO PSICOLÓGIA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A influência positiva da coragem no processo de aceitação do adoecimento • A influência positiva da mudança de nível de consciência no processo de adoecimento • A mudança de nível de consciência ressoando no processo de recuperação da família • A atuação do pensamento positivo no processo de recuperação • As atividades prazerosas como influência positiva no processo de recuperação • O acompanhamento terapêutico como influência positiva no processo de recuperação • A influência positiva das afirmações de garra e perseverança no processo de recuperação <ul style="list-style-type: none"> • A influência positiva da coragem na superação do medo • As experiências de ser na vida como auxiliares no processo de aceitação e superação do adoecimento

Quadro 11 - Aproximações e Distanciamentos das Temáticas Expressas no Processo de Recuperação do Adoecimento de Mulheres com Câncer de Mama (continuação)

<p>INFLUÊNCIA DO AMOR NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Amor é fazer o bem e ajudar o próximo • O amor é se sentir amada • O amor é carinho • O amor é tudo, é fonte da vida • A influência positiva do amor no processo de recuperação 	<ul style="list-style-type: none"> • A importância do amor no processo de recuperação • Os tipos de amor • O amor é ser feliz, é alegria • O amor da dimensão física • O amor divino
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO ONÍRICA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A influência positiva da dimensão onírica no processo de recuperação • A influência positiva da dimensão onírica na aceitação do adoecimento • A influência positiva da dimensão onírica na descoberta inicial do câncer • A influência positiva da dimensão onírica no minimizar da dor física • A influência da dimensão onírica como estímulo da esperança da recuperação

Quadro 11 - Aproximações e Distanciamentos das Temáticas Expressas no Processo de Recuperação do Adoecimento de Mulheres com Câncer de Mama (conclusão)

O grupo G1 relatou diversos mecanismos de coping, de naturezas e dimensões variadas (biológica, social, de religiosidade/espiritualidade, psicológica, do amor e onírica), que atuaram no processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama, expressando uma resiliência mais fortalecida.

O grupo G2 expressou poucos mecanismos de coping, de natureza ou dimensão biológica e psicológica, expressando uma possível deficiência nos conteúdos dos mecanismos de proteção.

Nas dimensões social, de religiosidade/espiritualidade e do amor expressaram diversos mecanismos de coping, revelando conteúdos de proteção satisfatórios advindos destas dimensões.

Na dimensão onírica, o grupo G2 sobressaiu com uma expressão significativa, demonstrando a atuação do estado consciencial de reconstituição, no processo de recuperação.

Em ambos os grupos, o significado da recuperação ultrapassou a dimensão biológica, expressando que estar recuperada é muito mais que ausência de tumor. É estar recuperada também em outras dimensões do ser.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
<p>PROCESSO DE RECUPERAÇÃO SEGUNDO MULHERES ADOECIDAS COM CÂNCER DE MAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão de totalidade • Expressão de vitória da vida <p>OS MECANISMOS DE PROTEÇÃO E COPING FRENTE AOS EFEITOS BIOLÓGICOS EXPERIMENTADOS DURANTE O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa e criatividade nas adaptações para a recuperação da estética física e da sexualidade 	<p>GRUPO G1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão de otimismo • Expressão de alegria e felicidade • Expressão de bem estar • Iniciativa para a realização dos exames pré – operatório • Iniciativa para a realização de atividades físicas • Autonomia e iniciativa para o cuidado do corpo • Iniciativa e mudança no cuidado com a alimentação 	<p>GRUPO G2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reação impactante após a o diagnóstico • Se conformar com o adoecimento • Expressão da paz interior
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa, aceitação e desenvolvimento das práticas de oração • Iniciativa, aceitação e desenvolvimento da fé • Busca e aceitação do suporte espiritual a distância, através do suporte social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto de vista positivo • Iniciativa e aceitação das práticas de passe • Iniciativa e aceitação das práticas de consulta aos guias espirituais 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação do adoecimento • Propósito de mudança de vida • Iniciativa e aceitação das práticas de culto aos santos

Quadro 12 – Síntese das Aproximações e Distanciamentos da Expressão da Resiliência no Processo de Recuperação do Adoecimento de Mulheres com Câncer de Mama (continua)

<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca e aceitação do suporte de amigos • Busca e aceitação do suporte dos filhos • Busca e aceitação do suporte do companheiro • Busca e aceitação dos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da auto-estima, através do suporte social • Suporte, aceitação e participação nos grupos terapêuticos
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO PSICOLÓGICA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude de coragem • Ponto de vista positivo • Atitude de aceitação e enfrentamento das mudanças corporais • Realização de atividades de lazer e trabalho • Busca e aceitação do suporte psicológico • Bom humor • Busca e aceitação da verdade durante a informação sobre o adoecimento • Aceitação do adoecimento
<p>A INFLUÊNCIA DO AMOR NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atitude de carinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca e aceitação do cuidado dos filhos • Atitude de ajuda ao próximo • Busca e aceitação do carinho dos amigos e da família • Aceitação e busca pelo cuidado e amor advindo da espiritualidade
<p>A INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO ONÍRICA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude de esperança • Aceitação e compreensão do adoecimento • Descoberta do corpo físico

Quadro 12 – Síntese das Aproximações e Distanciamentos da Expressão da Resiliência no Processo de Recuperação do Adoecimento de Mulheres com Câncer de Mama (conclusão)

Com o quadro 12, compreende-se que as expressões da resiliência, presentes em ambos os grupos, integram as diversas dimensões do ser humano e que possuem características singulares e coletivas. Relacionando as aproximações e distanciamentos entre

os grupos, a dimensão biológica teve maior expressão da resiliência oriunda do grupo G1, e pouca expressividade do grupo G2. No entanto, na dimensão Onírica, o grupo G2 teve maior expressão relacionada ao grupo G1. Nas demais dimensões, ambos os grupos expressaram a resiliência em equilíbrio.

Para Goswami (2006), a atuação da consciência, seja ela em qual profundidade, como no caso da onírica, reflete a tentativa de exteriorização para níveis mais superficiais de alguns mecanismos de auxílio, que muitas vezes, o ser humano não consegue tomar consciência, ajudando no processo de recuperação. Relacionando a afirmação com a grande expressão da temática no grupo G2 e com os achados nesta categoria, os dados sugerem que a resiliência sempre move o ser humano para o processo de recuperação. E que esta última não se resume à correções orgânicas, mas também à inteireza do ser.

4.4 Categoria 4 - Expressão da resiliência no processo de vida de mulheres adoecidas com câncer de mama

Como visto anteriormente, a resiliência emerge de um processo dinâmico e integrado dos mecanismos de proteção, intrínsecos e extrínsecos, com as adversidades da vida, resultando em transformações e aprendizados, fortalecendo o ser humano e a rede transdimensional que a produziu. Portanto, estas adversidades foram importantes, naquele momento, para o desenvolvimento e fortalecimento do Ser que vive. Um processo vivente, assim como, o processo de vida. Assim sendo, a expressão da resiliência no processo de vida são os aprendizados e transformações corridas neste Ser que vive.

Para Goswami (2006), o processo de adoecimento é uma oportunidade para o ser humano encontrar a cura interior. O mesmo autor descreve que muitos profissionais efetuam perguntas ao Ser adoecido, introjetando culpa, indagando, por exemplo, o que ele estaria ganhando criando aquela determinada doença. Em verdade, a atuação de um profissional fundamentada numa visão holística, com uma atitude transdisciplinar, seria a de permitir que o mesmo se questionasse da possibilidade de dar um significado positivo a doença; do imaginar do porque do surgimento da doença; o que ele pode aprender com ela. São essas as perguntas adequadas, em momentos adequados.

Corroborando com esta discussão, uma depoente do grupo G2 traz em sua fala aparentemente simplista, no entanto complexa, a importância do significado dado ao processo de adoecimento.

A gente tem que saber que o pensamento é positivo ou negativo. E que se você escolher o negativo você pode morrer, nada vai dar certo, mas se você escolher o positivo você vai conseguir superar tudo (G2 – Manduvá).

Nesta fala, fica claro que é importante auxiliar o ser humano a encontrar em si um significado positivo ao adoecimento, fortalecendo os mecanismos de proteção e proporcionando uma superação sadia e a transformação vivencial. É uma estratégia de coping necessária para um superar com crescimento.

Em complementação, as depoentes, desta vez do grupo G1, relataram que também é importante a busca interna sobre o surgir do processo de adoecimento, como forma de superá-lo. Uma outra estratégia de coping essencial para a reconstituição.

Eu sempre procurei entender porque eu fui a escolhida. Mas, eu acho que é para aprender a enfrentar a vida da forma que eu enfrentei. Porque eu lutei com garra, com ajuda de Deus e dos médicos (G1-Mede-Palmo).

Nós temos que procurar entender a vida e os problemas para superá-los. É isso! E caminhando (G1 – Elasmó).

Neste sentido, Braz (2001, p. 06) afirma:

a doença é um caminho necessário para atingir a cura ou a saúde; através dela pode-se entrar em contato com a essência de Ser, refletir sobre o momento e qualidade de vida. A partir desta reflexão e contato maior com o próprio 'eu', tem-se a possibilidade de transformar, transmutar e transcender a um novo patamar ou padrão energético, o chamado 'Salto Quântico'.

Portanto, quando o ser humano ressignifica positivamente o processo de adoecimento, reflete sobre o seu surgimento, ele estabelece um encontro consigo mesmo, possibilitando o emergir das mudanças necessárias à reconstituição. Esta afirmação pode ser analisada inicialmente, na fala da depoente do grupo G2:

A doença é uma oportunidade de melhorar, de ver alguma coisa errada na nossa vida. É uma forma de Deus nos ajudar (G2 – Manduvá).

Para uma outra depoente, desta vez do grupo G1, a doença sempre ensina. E esse ensinar possibilita o encontro com a humildade de aprender, através das adversidades, dos ensinamentos, que o seu interior e a vida lhe proporcionam.

A doença sempre ensina, faz a gente mostrar humildade (G1 – Lagarta de Fogo).

Adentrando neste universo do aprender com o processo de adoecimento, duas depoentes do grupo G2 afirmam que a doença as ensinaram a valorizar a dimensão religiosidade/espiritualidade como um mecanismo importante para o processo de recuperação.

A doença me ensinou que Deus pode transformar maldição em benção. E que se a gente persistir com alguma coisa, a gente consegue (G2 – Taturana).

Eu aprendi a acreditar em Deus, que tudo vai dar certo. A esperar no senhor (G2 – Manduvá).

Este aprender pode ser compreendido pelo grande auxílio que a religiosidade/espiritualidade oferece no processo de recuperação. Indo mais além, para Crema (2002) esta dimensão é essencial para o ser humano encontrar sua inteireza, desabrochar a vida em forma de benevolência e paz interior.

Neste contexto, o ensinar da doença pode ser um fio condutor para o ser humano compreender outras formas mais sutis de viver, como amar o próximo, uma questão emergida da fala das depoentes do grupo G1.

Ensinou a amar mais o próximo (G1 – Mede-Palmo).

A doença foi importante para eu aprender a amar o próximo (G1 – Minadora).

Goswami (2006), afirma que para desenvolver o amor incondicional é preciso um salto quântico para a consciência da consciência, o Self. Este salto quântico, em muitos casos, é favorecido pelo processo de adoecimento, que possibilita um refletir mais profundo, uma conexão íntima consigo mesmo.

Com o emergir do amor incondicional, da alteração positiva do padrão mental, muitas mudanças ocorrem na vida do ser humano. Uma delas é a vontade de ajudar o próximo, seja através da caridade ou de uma atitude de auxílio do despertar desta consciência mais humana, como as citadas nas falas das depoentes de ambos os grupos.

Agora eu sempre estou ajudando aos meus amigos, as pessoas que necessitam de mim (G1 – Minadora).

Depois da doença, eu procuro ajudar as pessoas, com carinho (G1 – Elasmo).

O câncer me ensinou muita coisa. A conversar com outras pessoas sobre o câncer, sobre coisas boas. Levantar as pessoas (G2 – Rugas).

Contudo, para auxiliar o despertar do outro, o primeiro passo é o despertar em si. Segundo Goswami (2006), quando ocorre o despertar do Ser que existe em nós, pode-se compreender a vida com mais vida, um viver com sabedoria, conectado com a inteireza humana. Esta afirmação pode ser constatada nas falas das depoentes do grupo G1.

Olha! A doença ensinou a viver a minha vida (G1 – Curuquerê).

A doença me ajudou muito, a dar mais valor a vida, que nós estamos nesse mundo para viver, porque enquanto tem vida temos que lutar por ela (G1 – Minadora).

Agora eu compreendo a vida melhor, eu quero viver em paz dentro do limite de Deus (G1 – Mede-Palmo).

Aprender a viver gera inúmeras mudanças na forma como cada ser humano constrói sua história, sua forma de ser na vida. As depoentes relataram quais foram estas modificações

e suas repercussões no processo de vida. Para iniciar esta discussão, uma depoente do grupo G1 afirma que o cuidar melhor de si foi uma destas mudanças.

(A doença) Ensinou a me cuidar melhor (G1 – Mede-Palmo).

Para Leloup (2007) cuidar do ser é saber cuidar primeiramente das dimensões que habitam a si mesmo, para que o ressoar da reconstituição contribua para o cuidar do outro. E cuidar melhor de si é um aprendizado enobrecedor, porque o Si é parte do todo, do outro, do criador. Portanto, cuidando de si, o outro também será cuidado.

Entretanto, para cuidar de si é necessária uma atitude de transformação, de crescimento. As depoentes do grupo G1 relatam que com o aprendizado da doença, elas se tornaram pessoas mais tranqüilas, compreensíveis e, com isso, podem ser auxiliadoras no cuidado com o outro.

A doença me ensinou a ser uma pessoa tranqüila, porque eu era muito ansiosa. Ensinou-me a ser uma pessoa melhor para a minha família. Hoje eu sou mais flexível, mais de conversar, mais sensível, de compreensão. Ensinou-me a viver. A grande verdade foi essa (G1 – Ambira).

Eu ficava remoendo aquela situação por muito tempo. Mas hoje em dia, eu converso, não fico remoendo. Eu aprendi a ouvir (G1 – Tapuebá).

Segundo Crema (2002), para compreender o outro é preciso uma escuta sensível e aberta. E para desenvolver esta escuta é necessária tranqüilidade, equilíbrio e atenção.

Nesse encontro com o transformar, o ser humano compreende novos valores e, serão estes novos valores, a energia para movimentar e dinamizar a vida que se segue. Uma depoente do grupo G1 afirma que aprendeu a lidar com as questões materiais, a valorizar o encontro, as relações.

Nossa! A doença me ensinou muito, a gente cresce. Sabe, a gente faz questão de tanta coisa pequena, materiais, agora eu não estou querendo nada disso. Sabe aprendi que nada é meu, tudo é nosso. Entende? Então, a gente amadurece muito (G1 – Elasmo).

A autora Barbosa (2002) reforça essa idéia de que durante o período propriamente dito da doença, o Ser pensa, repensa, revê valores e conceitos e analisa o sentido da vida que viveu até então, contribuindo para um aprender de grande intensidade.

Para uma outra depoente do grupo G1, o novo sentido que foi dado à vida, estimulou a realização de novas atividades mais prazerosas.

Eu depois da doença aprendi a fazer bolo a costurar, a fazer flores. Terminei o primeiro grau. Isso tudo depois da doença. E fui fazer um monte de atividades. Hoje, eu trabalho fora com carteira assinada (G1 – Minadora).

A realização de atividades mais prazerosas gera estímulos benéficos para o desenvolvimento da auto-estima, da cidadania, das relações, do prazer de ser na vida (VANZIN, 1997).

Neste movimento de resgate do prazer, muitas atividades antes importantes, talvez por imposição ou condicionamento da sociedade capitalista, deixam de compor seus objetivos de vida, dando lugar às novas ou às anteriormente secundárias. Esta foi uma outra questão colocada pelas depoentes de ambos os grupos.

Eu me sinto mais feliz agora, depois da doença. A família se uniu. O dinheiro não é tudo, tem que ter paz na família (G1 – Minadora).

Olha, eu não quero mais trabalhar para ganhar dinheiro. Eu quero viver para os meus filhos. Eu quero viver para Deus. Servir o senhor (G2 – Manduvá).

Eu não dava muito valor as coisas mais simples da vida. Só valorizava o trabalho. Mas hoje, eu valorizo bastante, a família principalmente (G2 – Taturana).

Neste cenário de renovação, hábitos e costumes são alterados. Goswami (2006) afirma que é preciso que o ser humano realize o salto quântico para uma consciência mais elevada, a fim de promover uma causação descendente que modifique de forma profunda a forma de ser na vida. Assim sendo, para auxiliar no processo de educação em saúde é preciso ir mais além do transmitir informações, é preciso auxiliar neste salto quântico da consciência.

O aprendizado como expressão da resiliência é um instrumento que fortalecerá os mecanismos de proteção auxiliando nos processos de enfrentamento que por ventura possam surgir. No relato apresentado a seguir verifica-se a importância do aprendizado, adquirido no processo de adoecimento com câncer de mama, no enfrentar do processo de adoecimento, ocasionado pelo adoecer do marido e de sua perda.

O fato de ter passado pela doença, me ajudou a cuidar do meu marido e a superar a perda dele (G1 – Elasmó).

Desta forma, o processo de adoecimento pode ser um instrumento de transformação e crescimento, fortalecendo, com seus aprendizados, os mecanismos de proteção, tornando o ser humano um Ser mais resiliente. Esta compreensão pode ser corroborada pelas falas do grupo G1, apresentadas a seguir.

Eu recuperei o prazer de viver, de enfrentar as dificuldades, após superar o câncer (G1 – Mede-Palmo).

Eu sempre fui uma pessoa muito sozinha. Eu aprendi a batalhar, a lutar, a confiar nas coisas (G1 – Tapuebá).

Contudo, existem seres humanos que não estão preparados para compreender os ensinamentos que o processo de adoecimento lhes oferece. Isto não significa que estes não

sejam resilientes, muito menos que seus mecanismos de proteção não foram fortalecidos. O desafio, segundo Goswami (2006), é que o significado negativo da experiência pode contribuir para o ressurgimento ou o agravamento do processo de adoecimento, caso este ainda o esteja vivenciando. Isto porque, como já foi mencionado, este significado negativo pode gerar estímulos também negativos, alterando a dinâmica das dimensões que compõem o ser humano, adoecendo-o. Esta análise emergiu através das falas da maioria das depoentes do grupo G2, o que reforça a afirmação do autor.

As primeiras falas estão relacionadas à ausência de aprendizado durante o processo de adoecimento.

A doença não ensinou nada para mim (G2 – Beiju).

A doença não me ensinou nada (G2 – Lagarta- Rosada).

Não. Não me ensinou nada. Não sei dizer o que ela poderia ter me oferecido de bom (G2 – Proccionária).

Em outras duas falas do grupo, fica evidente que o não aprendizado pode ter sido gerado por experimentações representadas por significados negativos, o que explicaria tal afirmação das depoentes.

Ela (a doença) me ensinou a ficar triste, cansada, ela não trouxe nada de bom. Foram experiências muito ruins (G2 – Lagarta-Militar).

Antes de adoecer a minha vida era muito boa. Já com a doença ela ficou horrível (G2 – Bicho Cabeludo).

Por outro lado, uma depoente do mesmo grupo, mas que possui relatos de aprendizados oriundos do processo de adoecimento, traz a informação de que a forma positiva de compreender a vida, antes do adoecimento, pode contribuir para uma facilidade de identificação e consciência desses aprendizados.

A minha vida sempre teve um pouco de tudo, de tristeza, de alegria, de trabalho e de descanso. Eu compreendia a vida como algo que tinha as duas coisas, alegria e tristeza (G2 – Rugas).

Portanto, vivenciar o processo de vida é lidar com obstáculos que podem trazer ensinamentos e crescimento. É compreender que o processo de adoecimento não está desvinculado do processo de recuperação, porque este primeiro pode ser o instrumento que este último se utilizou para tornar consciente a busca da transformação. Assim sendo, o processo de recuperação e o processo de adoecimento co-existem no processo de vida, e não fragmentado e isolado como no processo saúde-doença. Neste caminho percorre a resiliência, um processo que possibilita a co-existência entre os mecanismos de proteção e os obstáculos da vida. Um processo constante e dinâmico de transformação.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> • A doença como o despertar para ajudar o próximo • A doença contribuindo para a busca de novas atividades 	<p style="text-align: center;">GRUPO G1</p> <ul style="list-style-type: none"> • A importância da busca interna do surgir do processo de adoecimento para a sua superação • A doença como aprendizado • A doença ensinando a amar • A doença ensinando a compreender a vida com mais vida • A doença ensinando a cuidar melhor de si • A doença ensinando a se tornar mais compreensível com o outro • A doença ensinando na compreensão de novos valores 	<p style="text-align: center;">GRUPO G2</p> <ul style="list-style-type: none"> • A doença como oportunidade de reconstrução • A doença ensinando a valorizar a dimensão religiosidade/espiritualidade no processo de recuperação • A doença não ensina • A doença gerando modificações negativas no processo de vida

Quadro13 – Síntese das aproximações e distanciamentos das temáticas expressas no processo de vida de mulheres com câncer de mama

As temáticas que estiveram presentes apenas no grupo G1 foram: a importância da busca interna do surgir do processo de adoecimento para a sua superação; a doença como instrumento de aprendizado; a doença ensinando a amar; a doença ensinando a compreender a vida com mais vida; a doença ensinando a cuidar melhor de si; a doença ensinando a se tornar mais compreensível com os outros; a doença ensinando na compreensão de novos valores; a doença contribuindo no superar da perda do companheiro e; a doença fortalecendo a resiliência.

As temáticas que fizeram parte das falas apenas do grupo G2: a importância do significado dado ao processo de adoecimento; a doença como possibilidade de reconstrução; a doença ensinando o valor da dimensão religiosidade/espiritualidade; a doença não possuindo função de aprendizagem e; a doença gerando modificações ruins para suas vidas.

As temáticas que emergiram em ambos os grupos: a doença ensinando a ajudar o próximo; a doença contribuindo para a busca de novas atividades.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
	GRUPO G1	GRUPO G2
<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão do adoecimento como transformação • Resgate da espiritualidade • Valorização da família 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-conhecimento • Busca e compreensão da origem do adoecimento • Compreensão do adoecimento como origem de aprendizados • Atitude de amar o próximo • Atitude de otimismo • Atitude de ressignificar a vida para melhor • Atitude de auto-conhecimento • Atitude de transformação pessoal • Atitude de escuta de si mesmo e do outro • Busca por novas atividades • Busca por uma com (vivência) menos material • Auto-estima • Bom humor 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto de vista positivo • Atitude de perseverança • Atitude de confiar na crença divina • Compreensão do adoecimento como algo que não ensina • Compreensão do adoecimento como algo que traz somente malefícios

Quadro 14 - Síntese das aproximações e distanciamentos da expressão da resiliência no processo de vida de mulheres com câncer de mama

Nesta categoria ficou evidente a grande diferença entre a expressão da resiliência do grupo G1 e do grupo G2; o aprender com a doença. O grupo G1 expressa uma resiliência mais estruturada na consciência de crescer e se transformar, enquanto no grupo G2, a maioria das depoentes expressa a resiliência com características ainda muito primárias no que se refere à consciência de reconstituição de si, do self. Esta diferença pode ser a chave para a compreensão dos mecanismos de agravamento do processo de adoecimento do grupo G2.

Angelo (1994) e Yunes, Mendes e Albuquerque (2005) associam saúde à plena expressão da alma, o que resulta em harmonia, saúde e bem-estar. Chopra (1987) afirma que a saúde se origina dos impulsos que emanam da consciência. Assim, pensamentos positivos, alegres, bondosos, generosidade, afeto, calor e intimidade produzem estados fisiológicos correspondentes pela liberação de neurotransmissores estimulantes. Chopra (1987) acrescenta que a saúde é o estado natural do Ser.

Dessa forma, as condições emocionais também determinarão uma parcela significativa no processo de recuperação do ser humano, não apenas pelo seu desejo de cura e superação, mas principalmente pela maneira como a doença foi configurada e sedimentada em seu imaginário (BIANCHINI; DELL'ANGLIO, 2006).

Shealy e Myss (1993) afirmam que cada pessoa participa diretamente, consciente ou inconscientemente, da criação da própria realidade, inclusive da própria saúde. Acrescentam que a vida é uma experiência de aprendizagem, que tem-se o desafio de transcender e tornar-se um ser cada vez mais maduro e completo, o que ocorre através da expansão da consciência e do amor.

Diante de certas passagens da vida, o Ser não se dá conta de que é o responsável pelo seu destino e atribui as agruras à má sorte, ao azar e ao acaso, se isentando da responsabilidade sobre seus atos e sobre a construção da própria sorte. No entanto, é necessário reconhecer em si mesmo o poder criador da realidade, deixando de atribuir as frustrações a fatores externos. Assim, resgata-se o poder de mudar a realidade que não agrada e de construir a realidade que se deseja. O empenho na reformulação interior é um importante passo para a realização pessoal e o sucesso (VALCAPELLI; GASPARETTO, 2000).

5 - CONCLUSÃO

O ser humano, em sua plenitude, possui faculdades intrínsecas e extrínsecas que lhes possibilitam conhecer e pensar no atendimento às suas necessidades humanas básicas. O conhecimento, seja ele qual for, representa, no cenário da vida, a apropriação da realidade, que é a totalidade das coisas conhecidas pelo sujeito. Conhecer, saber e ter conhecimento é apreender a respeito dos seres e das coisas. Conhecer e pensar colocam o universo ao nosso alcance e lhes dão sentido, finalidade e razão de ser. Desse modo, o ser humano torna-se o ser capaz de olhar o mundo e vê-lo, com reconhecimento do que vê e com atribuição de significados aos seres e às coisas.

Com essa capacidade de dar significados, a grande satisfação existencial dos seres humanos nos dias de hoje parece mostrar claramente a necessidade de reencontrar um significado mais humano para ser na vida. Reencontrar o encanto que se tinha ao ver o nascer do sol ou vôo de um beija-flor, quando se experimentava uma compreensão intuitiva que preenchia o interior de um certo encanto estético e emotivo, muito além do que é dado pelo quadro reducionista da ciência atual com o seu processo racionalista e linear de “entendimento” das coisas.

Através da História, em vários lugares e em várias épocas, homens e mulheres – gigantes na alma e humildes, muitas vezes, na sua apresentação – deixaram exemplos de vida e indicaram caminhos para uma co-vivência harmônica entre o ser humano e o ambiente em que se vive, quer seja natural, quer seja social. Caminhos que se, certamente, foram escolhas pessoais deles para seu crescimento, também servem como referência, como faróis a dizer: “cuidado com algumas pedras no caminho...” Também mostraram que a vida pode ser uma aventura significativa quando se assume a iniciativa de se descobrir como ser humano singular e, ao mesmo tempo, coletivo.

No fundo, o desenvolvimento do ser humano é uma obra só dele. Mas isso não quer dizer que se tenha que fazer o caminho a sós. Precisa-se sim, de companheiros e amigos de ideais. É sempre bom ter alguém com quem compartilhar idéias, mesmo que não sejam afins, com olhar voltado a um mesmo objetivo, ou a um diferente.

Neste compartilhar de idéias, percebe-se que as pesquisas em câncer de mama têm se dirigido, em parte, às causas hormonais, genéticas, medicamentosas, cirúrgicas, dietéticas, entre outras. Não que estejam inadequadas, pelo contrário, devem ser estimuladas; como compreendido nos depoimentos, porém, integradas a novos campos de estudo que revelem

caminhos para o desvelar da importância do estresse, do sofrimento, dos conflitos internos e externos, entre tantas outras no processo de adoecimento.

Neste estudo, as mulheres, muito mais do que depoentes, educadoras, permitiram o cair do véu que cobriam suas vidas, abrindo-as em emoções e conhecimentos. Conhecimentos estes, que partiram de erros e acertos; como tudo na vida.

Ao longo de seis meses de coleta dos dados, a cada entrevista era possível a percepção de como é surpreendente a riqueza do encontro e do compartilhar das alegrias e das tristezas. Relatos que expressaram não somente a resiliência, mas a vida em lágrimas, palavras, gestos e em silêncios “que diziam mais do que tudo”.

A presente pesquisa com o seu emocional, abordou o conceito de resiliência, ainda em desenvolvimento no âmbito acadêmico, em diversas fases da vida das depoentes; na fase anterior ao seu adoecimento com câncer; na fase vivencial do processo de adoecimento com câncer e; para o grupo G1, na fase posterior ao processo de adoecimento com câncer.

Este desenho metodológico permitiu ressaltar que as experiências que ocorrem no início da vida do ser humano e que se desenvolvem durante todo o seu processo vivencial têm uma influência relevante não somente nos relacionamentos futuros pessoais e sociais, mas que também podem interferir no tocante ao processo de adoecimento e de recuperação.

Na fase anterior ao seu adoecimento, muitas depoentes de ambos os grupos significaram sua história de vida como insatisfatória, com decepções, sofrimentos e uma longa história de desesperança, ao mesmo tempo, que muitas outras a significaram positivamente. Aqui, a insatisfação aparece quase sempre relacionada aos seus relacionamentos familiares e conjugais, fato este reportado na literatura como mecanismos de risco que pode levar ao desencadeamento do câncer. O grupo G1 apresentou uma significação da história de vida, com seus enfrentamentos e superações, antecedente ao adoecimento, mais positiva, do que o grupo G2, revelando que esta significação pode ter influenciado mais positivamente o processo de recuperação, principalmente da dimensão biológica, com o controle efetivo do tumor. Esta afirmação é fortalecida pelos dados do perfil das depoentes de cada grupo, ao demonstrar que ambos possuíam características semelhantes do adoecimento.

Para imergir na fase vivencial do processo de adoecimento e de recuperação, o quadro abaixo facilitará a compreensão.

APROXIMAÇÕES	DISTANCIAMENTOS	
<p>NA DESCOBERTA DO ADOECIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • As expressões das emoções em forma de choro durante a informação do diagnóstico • Posição de força e superação • Crença divina <p>NO PERÍODO DO TRATAMENTO DO ADOECIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisão compartilhada na escolha do tratamento • Negação do corpo mastectomizado 	<p>GRUPO G1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negação diante de uma possível descoberta da doença • Supressão do sono • A não realização das atividades externas como caminhar e andar de ônibus após a descoberta do diagnóstico • Negação do diagnóstico da doença. • Expressão das emoções em forma de choro durante a informação da mastectomia • Aceitação do corpo mastectomizado 	<p>GRUPO G2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão das emoções em forma de desespero após a mastectomia • Expressão das emoções em forma de choro após a mastectomia
<p>PROCESSO DE RECUPERAÇÃO SEGUNDO MULHERES ADOECIDAS COM CÂNCER DE MAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão de totalidade • Expressão de vitória da vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de otimismo • Expressão de alegria e felicidade • Expressão de bem estar 	<ul style="list-style-type: none"> • Reação impactante após a o diagnóstico • Se conformar com o adoecimento • Expressão da paz interior
<p>OS MECANISMOS DE PROTEÇÃO E COPING FRENTE AOS EFEITOS BIOLÓGICOS EXPERIMENTADOS DURANTE O PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa e criatividade nas adaptações para a recuperação da estética física e da sexualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa para a realização dos exames pré – operatório • Iniciativa para a realização de atividades físicas • Autonomia e iniciativa para o cuidado do corpo • Iniciativa e mudança no cuidado com a alimentação 	

Quadro 15 – Síntese das aproximações e distanciamentos da expressão da resiliência no processo de adoecimento, de recuperação e de vida de mulheres com câncer de mama (continua)

<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa, aceitação e desenvolvimento das práticas de oração • Iniciativa, aceitação e desenvolvimento da fé • Busca e aceitação do suporte espiritual a distância, através do suporte social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto de vista positivo • Iniciativa e aceitação das práticas de passe • Iniciativa e aceitação das práticas de consulta aos guias espirituais • Aceitação do adoecimento • Propósito de mudança de vida • Iniciativa e aceitação das práticas de culto aos santos
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO SOCIAL NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca e aceitação do suporte de amigos • Busca e aceitação do suporte dos filhos • Busca e aceitação do suporte do companheiro • Busca e aceitação dos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da auto-estima, através do suporte social • Suporte, aceitação e participação nos grupos terapêuticos
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO PSICOLÓGIA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude de coragem • Ponto de vista positivo • Atitude de aceitação e enfrentamento das mudanças corporais • Realização de atividades de lazer e trabalho • Busca e aceitação do suporte psicológico • Bom humor • Busca e aceitação da verdade durante a informação sobre o adoecimento • Aceitação do adoecimento

Quadro 15 – Síntese das aproximações e distanciamentos da expressão da resiliência no processo de adoecimento, de recuperação e de vida de mulheres com câncer de mama (continuação)

<p>INFLUÊNCIA DO AMOR NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atitude de carinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca e aceitação do cuidado dos filhos • Atitude de ajuda ao próximo • Busca e aceitação do carinho dos amigos e da família 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação e busca pelo cuidado e amor advindo da espiritualidade
<p>INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO ONÍRICA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude de esperança 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação e compreensão do adoecimento • Descoberta do corpo físico
<p>EXPRESSÃO DA RESILIÊNCIA NO PROCESSO DE VIDA DE MULHERES ADOECIDAS COM CÂNCER DE MAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreensão do adoecimento como transformação • Resgate da espiritualidade • Valorização da família 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-conhecimento • Busca e compreensão da origem do adoecimento • Compreensão do adoecimento como origem de aprendizados • Atitude de amar o próximo • Atitude de otimismo • Atitude de resignificar a vida para melhor • Atitude de auto-conhecimento • Atitude de transformação pessoal • Atitude de escuta de si mesmo e do outro • Busca por novas atividades • Busca por uma com (vivência) menos material • Auto-estima • Bom humor 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto de vista positivo • Atitude de perseverança • Atitude de confiar na crença divina • Compreensão do adoecimento como algo que não ensina • Compreensão do adoecimento como algo que traz somente malefícios

Quadro 15 – Síntese das aproximações e distanciamentos da expressão da resiliência no processo de adoecimento, de recuperação e de vida de mulheres com câncer de mama (conclusão)

Na fase vivencial do processo de adoecimento, o diagnóstico do câncer de mama trouxe diversos sentimentos e diferentes reações na vida dessas mulheres. Como pôde ser constatado, prevaleceram em ambos os grupos os sentimentos de medo e desespero, estando isso relacionado ainda ao estigma do câncer como uma doença sem controle, além da impossibilidade vista por essas mulheres de serem acometidas pela doença, trazendo surpresa diante do diagnóstico do câncer. No entanto, o grupo G1 demonstrou maior aceitação ao diagnóstico do que o grupo G2, possibilitando um melhor desenvolvimento dos mecanismos de *coping* para o enfrentamento e superação das situações adversas do processo de adoecimento com câncer de mama. Estes dados são de grande valia para afirmar a importância da história de vida anterior na construção de mecanismos eficazes de enfrentamento e superação dos obstáculos produzidos pela descoberta e pelo tratamento; lógico que outros fatores estão presentes no processo de recuperação, como a reação e estímulo orgânico de cada uma, mas é inegável a relação existente desta história e da resiliência construída neste período com o processo de recuperação do adoecimento.

Ainda na fase vivencial do processo de adoecimento, pôde-se constatar que as estratégias de enfrentamento ou *coping* foram produzidas por diversas dimensões, desde as mais materializáveis como a biológica, perpassando pelas dimensões sociais, psicológicas, até chegar as dimensões mais sutis, como a de religiosidade/espiritualidade, a do amor e a onírica. Neste constatar, novamente o grupo G1 teve mais mecanismos de *coping* integrados as diversas dimensões, além de possuírem resolutividade mais positiva em relação ao grupo G2. Assim sendo, pode-se concluir que nesta fase a expressão da resiliência do grupo G1, continuava mais apta à busca de mecanismos de *coping*, à enfrentar e à superar os desafios do processo de adoecimento, como percebe-se no quadro 15.

Na fase posterior ao adoecimento, para o grupo G1, e na fase de agravamento do processo de adoecimento para o grupo G2, as experimentações se resumiram no aprender e apreender dos ensinamentos que o adoecimento proporciona. Nesta fase, todo o grupo G1 expressou que aprendeu com a doença, desvendou o seu dizer e buscou forças para a sua reconstituição que ainda prossegue; mesmo trazendo muito sofrimento para si e para os que lhe são próximos. Entretanto, no grupo G2, a maioria expressou que não aprendeu nada com a doença, que não havia nada para desvelar e que ela só lhe trouxe dor e sofrimento. Nestes dizeres do grupo G2, fica claro também a relação existente entre o escutar das informações do adoecimento com o processo de recuperação e reconstituição. Vale ressaltar que se reconstituir e se recuperar não é somente obter a cura do adoecimento físico, mas a

possibilidade de obtê-la também em outras dimensões, já que o ser humano é mais do que um ser biológico.

A vivência do câncer de mama, em geral, fez com que começassem a questionar a realidade em que viviam e a enxergar novas possibilidades, propiciou o olhar para si, para as suas necessidades e a possibilidade do resgate do contato consigo mesmo e da sabedoria interior. Por seus relatos, nota-se em geral que a experiência do câncer modificou totalmente suas vidas, desde a dinâmica familiar e das relações até os valores e percepções sobre as mesmas.

Assim, o adoecimento pode ser visto, por todo o grupo G1 e uma pequena parcela do grupo G2, como uma oportunidade de crescimento e reconstituição. E certas medidas podem ser tomadas pela mulher para auxiliar neste processo, como uma reflexão profunda e o auto-questionamento. Como cada mulher é única e cada doença tem a sua história particular, é importante que a mulher procure, através de uma reflexão íntima, respostas e atitudes que lhe propiciem um crescimento.

De um modo geral, percebe-se que quando a mulher encontra seu significado e sua importância no mundo e decide lutar por sua vida e por sua realização pessoal, a resiliência é mobilizada para a recuperação do adoecimento. Assim, o profissional de saúde, em especial a enfermagem pode conduzir o ser humano adoecido a uma reflexão, através de questionamentos, estratégias e ações de cuidado que conduzam ao auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal. É importante que o profissional enxergue as potencialidades latentes em cada ser humano, que descubra, junto com ele, o que este gosta de fazer e como se sente importante, que resgate seu sentimento de auto-estima e de significado. Neste processo de co-construção da reconstituição, o conhecimento sobre as expressões da resiliência são de importantes, porque sinalizam os aspectos que precisam ser fortalecidos e transformados, além dos aspectos já fortalecidos que podem ser amplificados para auxiliar nesta co-construção. Isso vai contribuir para a sua qualidade de vida.

Esta mobilização de recursos positivos e fortalecimento dos que precisam se desenvolver, no cuidado de enfermagem, pode ser feito com estratégias terapêuticas de grupo ou individuais, integrando o conhecimento da arte, da filosofia, da religiosidade-espiritualidade e da ciência em prol de acionar as forças regeneradoras que habitam o self, conduzindo à reconstituição da saúde, bem como a uma melhor qualidade de vida.

É necessário ressaltar a importância da atitude de superar a fronteira tecnocêntrica ou burocrática, pois se o objetivo primordial da enfermagem é o processo de CUIDAR, ela deve ser orientada para o alívio do sofrimento da pessoa e não para a doença da pessoa.

O cuidado é aquela condição prévia que permite o eclodir da amorosidade. É gesto amoroso para com a realidade, gesto que protege e traz serenidade e paz. Sem cuidado, nada que é vivo, sobrevive. O cuidado é tão ancestral quanto o universo. É mais do que um ato, é uma atitude, representando mais que um momento de atenção; representa zelo e desvelo.

Portanto, estimular, criar e incrementar estratégias que despertem o ser humano para a compreensão do seu adoecimento e de sua ressignificação centrada na transformação de sua vida é um exercício explícito da ética do cuidado, representando uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro e seus familiares.

Assim, o ser humano resiliente é aquele que mesmo vivenciando adversidades, como o adoecimento com câncer, consegue ressignificar o contexto vivenciado e buscar a transformação, através do fortalecimento dos mecanismos de proteção, como a relação enfermagem/ser humano adoecido/família pautada na segurança e confiança.

Esta atuação vem de encontro ao objetivo maior do atendimento aos seres humanos adoecidos - a humanização como compromisso, entendida como um valor que busca resgatar o respeito à vida humana.

O enfermeiro, nesse contexto, também pode aprender com esse processo de crescimento, podendo aplicá-las em sua vida para o seu crescimento pessoal e profissional, ampliando as dimensões de seu trabalho a um âmbito holístico, cuidando para que ele e o ser cuidado resgatem sua capacidade de ser, estar, criar, sonhar e realizar.

Adentrando nos esclarecimentos mais estruturais da resiliência, pôde-se compreender que os mecanismos de proteção são extrínsecos e intrínsecos, tomando como base, os conceitos de imanência e transcendência. Os novos mecanismos de proteção intrínsecos adquiridos pelo ser são gerados no encontro dos mecanismos de proteção extrínsecos com os mecanismos de proteção intrínsecos já existentes. Estes últimos se originam no encontro primário com a mãe e com a vida e, amplificando para além dos limites do pensamento racional, permeando a dimensão de religiosidade/espiritualidade; também advém de uma dimensão angelical, criadora. Cabe ressaltar que os mecanismos de proteção extrínsecos são modificados a cada momento da vida, porque modificam também a sua origem, como a rede social, as influências espirituais, entre outras. Entretanto, ficam as transformações do encontro com o mecanismos de proteção intrínsecos.

Esses mecanismos de proteção diante de um obstáculo produz os impactos que terão os significados dados pela consciência do ser. E dependendo da qualidade do significado, se positivo ou negativo, gerado pelo processo de enfrentamento dos mecanismos de proteção, pode-se criar um feedback positivo ou negativo neste enfrentamento, ampliando a

possibilidade de superação ou minimizando-a. Portanto, o processo de enfrentamento ou mecanismo de *coping* é produzido pela integração dos mecanismos de proteção frente a um obstáculo ou mecanismo de risco.

Desta forma, a resiliência é o produto final do encontro e do enfrentamento entre os mecanismos de proteção e os mecanismos de risco. Neste encontro, como alguns autores informam, os mecanismos de risco não são eliminados, apenas superados pela resiliência e pelo nível de consciência do Ser, no momento e na circunstância em questão.

Em resumo, ser resiliente não é somente ter mecanismos de proteção fortalecidos para superar as adversidades. É gerar uma relação entre o processo de enfrentamento, através dos mecanismos de proteção e o estado consciencial de reconstituição do ser humano em prol da superação das adversidades e transformação de sua vida. Porque se os mecanismos de proteção, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos, não conseguem superar as adversidades, por diversas causas, o estado consciencial de reconstituição, atua, através do salto quântico, na tentativa de tornar o ser humano mais consciente pela busca de novos mecanismos de proteção e enfrentamento e, assim, superar as adversidades, transformando-o em aprendizados.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. S. **Tratado de oncologia genital e mamária**. São Paulo: Roca, 1995.

ABRÁPIA. **Abuso Sexual**: Guia para orientação para profissionais da Saúde. Rio de Janeiro: Autores e Agentes Associados; 1997.

ABREU, E. **Câncer de mama feminina em Goiânia**: análise da sobrevida em 10 anos na coorte diagnosticada entre 1988-90. 2002.167f. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ALMEIDA A. M, et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.9, n.5, p. 6-9, set.-out.2001.

ALVES, P.C. A experiência da doença: considerações teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n.4, p.263-71,1993.

AMERICAN HOLISTIC NURSES ASSOCIATION. Disponível em: <<http://www.ahna.org/Resources/Publications/Books/ScopeandStandards/tabid/1938/Default.aspx>>. Acesso em: 18 de abril de 2007.

ANGELO, J. **O seu poder de curar** - um guia prático e pormenorizado para canalizar as energias de cura. São Paulo: Cultrix, 1994.

ANJOS, A. C. Y., ZAGO, M. M. F.. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 14, n.1, p.33-40, jan-fev. 2006.

ARANTES, S.L., MAMEDE, M.V. A participação das mulheres com câncer e mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 49-58, jan-fev, 2003.

ARAÚJO, MJ. Implantação dos serviços legais na perspectivas dos direitos reprodutivos. In: BATISTA, C; LARANJEIRAS, M. (org). **Aborto**: desafios da legalidade. Recife: SOS CORPO; 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação; referências – elaboração: 6023**: 2000. Rio de Janeiro, 2000.

BARBOSA, A. M.G. **Câncer: direito e cidadania**: Informações que podem mudar sua vida. Recife: Bagaço, 2002.

BARBOSA, M. A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 38-43, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BATISTA, D. A. Doença não é só o que a gente vê, mas o que a gente “sente” In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E (orgs). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

BEAUVOIR, S. **O segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BENSI, C.G. et al. Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 52, n.1, p.17-22, 2006.

BEREK, J. S.; ADASHI, E. Y.; HILLARD, P. A. **Tratado de ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

BIANCHINI, D. C. S.; DELL’ ANGLIO, D.D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. **Rev. Pandéia**, São Paulo, v.16, n.35, p. 427-436, 2006.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Pesquisando e intervindo com famílias de camadas diversificadas. In: ALTHOFF, C. R; ELSEN, I.; NITSCHKE, R. G. (Orgs.). **Pesquisando a família**: Olhares contemporâneos. Florianópolis: Ed. Papa-livro, 2004.

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, Vozes, 1999.

BOWLBY, J. (1969-2002). **Attachment and loss**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRADSHAW. **A criação do amor**: a grande etapa do crescimento. Rio de Janeiro: Rocco; 1996.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Grupo Técnico Nacional e Organização Internacional do Trabalho. **Investigação dos comprometimentos do trabalho precoce na saúde de crianças e adolescentes:** relatório final de pesquisa. Brasília: DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer no Brasil:** dados dos registros de base populacional. v.3. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de mama.** Disponível em: <<http://www.inca.com.br>>. Acesso em: 12 de abril. 2006.

_____. _____. _____. **Uma proposta de integração ensino:** ações de Enfermagem para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRAZ, M. M. **Aprendendo com o câncer de mama:** percepções e emoções de pacientes e profissionais de fisioterapia. Melissa Medeiros Braz. Santa Catarina: UFSC, 2001.

BRON, B. et al. Childhood experience of loss and suicide attempts: significance in depressive states of major depressed and dystimic or adjustment desordered patients. **J Affec Disord.** v. 23, n. 4, p.165-72, 1991.

BRUNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Oncologia: A Enfermagem e o paciente com câncer. In: **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, Cap.16, V.1, 2000.

BUSCAGLIA, L. **O amor:** sobre a maior experiência da vida. 22 ed. Rio de Janeiro. Editora: Nova Era, 2002.

CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. **Reabilitação no câncer de mama.** São Paulo: Roca, 2000.

CAMARGO, T. C. **O ex-sistir feminino num rosto sem moldura:** uma análise compreensiva. Rio de Janeiro, 1997, 144f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

CAMARGO, T. C, SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. **Rev Latino-am Enfermagem,** São Paulo, v.11, n. 5, set-out, 2003.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** 18º Ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

_____. **O tão da física.** São Paulo: Cultrix, 1980.

CENTRO DE EDUCAÇÃO TRANSDISCIPLINAR. Declaração de Veneza. In: Educação e transdisciplinaridade, I. São Paulo: TRIOM, 2002a.

_____. **Carta da transdisciplinaridade.** In: Educação e transdisciplinaridade, I. São Paulo: TRIOM, 2002b.

CHAUÍ, M. S. **Repressão sexual:** essa nova (dês)conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHOPRA, D. **A Cura Quântica** - o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral. São Paulo: Best Seller, 1987.

CINTRA, J.R.D. et al. Sobrevida Específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.54, n.4, p. 339-46, 2008.

CREMA, R. **Introdução à visão holística.** São Paulo: Summus, 1989.

_____. **Antigos e novos terapeutas:** abordagem transdisciplinar em terapia. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. **Saúde e plenitude:** um caminho para o ser. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

CRITTENDEN, P. M. Child maltreatment and attachment theory. In: CICCHETTI, D.; CARLSON, V. (org.). **Child maltreatment:** theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press, 1989.

DE MORAES, ED, ALBAN, LBV, COSTA R. Epidemiologia, características tumorais e sobrevida global de 1565 pacientes com câncer de mama em acompanhamento no Núcleo de Oncologia da Bahia, Brasil. **Rev Soc Brás Cancerol**, São Paulo, v. 29, n.1, p.4-12, 2005.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas:** um guia para as enfermeiras. Trad. Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu; 1996.

DEITOS, T.F.H.; et al. Efeitos biopsicossociais e psiconeurológicos do câncer sobre os

pacientes e familiares. **Revista Brasileira de cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 43, n.2, 1997.

DOSSEY, L. **Reinventando a medicina**: transcendendo o dualismo mente-corpo para uma nova era de cura. São Paulo: Cultrix, 1999.

DUARTE e ANDRADE, Â. N. E. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.8, n.1, p.155-163, 2003.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5ªed. Revista e Ampliada, São Paulo: Nova Fronteira, 2004.

FERREIRA, M.L.; MAMEDE, MV. Representações do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rer Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v.11, n.3, 299-304, mai-jun, 2003.

FREUD, S. (1969). **A interpretação dos sonhos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

GALANTE – NASSIF, M. R. **Qualidade de vida e sobrevida em pacientes com câncer sob tratamento homeopático**. Dissertação (mestrado em psicologia clínica), PUC, São Paulo. 2006.

GERBER, R. **Medicina Vibracional** - uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 2000.

_____. **Um guia prático de medicina vibracional**. 2.ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5º Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIMENES, M.G.G. **A Mulher e o câncer**. São Paulo: Psy, 1998.

_____, QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G; FÁVERO, M. H. (Orgs.). **A mulher e o câncer** . São Paulo: Editorial Psy, 1997.

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

GONÇALVES, M. C. S.; DIAS, R. M. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa-renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v 4, n.1, p.141-159, 1999.

GOSWAMI, A. **O universo autoconsciente**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1998.

GOSWAMI, A. **O médico quântico**: orientações de um físico para a saúde e a cura. São Paulo, Cultrix, 2006.

GUERRA, C. M. G. **Transdisciplinaridade**. p.30. Disponível em: <www.cgustavo.hpg.ig.com.br/transdisciplinar.htm>. Acesso em: 20 de setembro de 2003.

GULINELLI, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em hospital universitário. **Rev. Asso. Med. Brasil**, São Paulo, v.50, n.1, p.41-47, 2004.

HARRIS, J. B.; LIPPMAN, M. E.; MORROW, C. K. **Doença da mama**. 2 ed. São Paulo: Medsi; 2002.

HECTOR, A.B. **Oração e fé**. Disponível em: <www.cliniconco.com.br/a_ciniconco/hector_01.asp>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2005.

HOWARD, R., LEWIS, M. **Fenômenos psicossomáticos**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER. Disponível em: <<http://www.uicc.org>>. Acesso em: 23 de setembro de 2008.

JARAMILLO-VÉLEZ, D. E.. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratada. **Rev. Salud pública**, Bogotá, v.7, n.3, Nov, 2005.

JESUS, L. L. C., LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 208-211, 2003.

JUNG, C.G. **A prática da psicoterapia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1961.

KIYAN, A. M. M. **E a gestalt emerge**. Vida e obra de Frederick Perls. Col. Identidades. 2 Ed. São Paulo, 2006.

KORTE, G. **Metodologia e transdisciplinaridade**. São Paulo, 2004. Disponível em: <www.gustavokorte.com.br/publicacoes/metodologia.transdisciplinar>. Acesso em: 06 de maio de 2007.

KRIPPNER, S. Parapsicologia, psicologia transpessoal e o paradigma holístico. In: BRANDÃO, D.; CREMA, R. **Visão holística em psicologia e educação**. São Paulo: Summus, 1998.

LARRAÑAGA, I. **Suba conmigo**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1982.

LAZAURUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. Nova York: Springer, 1984.

LELOUP, J.Y. **Uma arte de amar para os nossos tempos – o cânticos dos cânticos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

LELOUP, J.Y. **Uma arte de cuidar: Estilo alexandrino**. Rio de Janeiro: vozes, 2007.

LELOUP, J.Y. **Uma arte de amar par os nossos tempos**. Rio de Janeiro: vozes, 2008.

LESHAN, L. **De Newton à percepção sensorial: a parapsicologia e o desafio da ciência moderna**. São Paulo: Summus, 1992.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação - um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde**. São Paulo: Summus, 1992.

LEOPARDI, M. T et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA, G. R. et al. **Ginecología oncológica**. São Paulo: Atheneu, 1999.

LIMA, R. de. **A representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado de Enfermagem**. 2002. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2002.

LIMA, F. E. L; FISBEY, E.; SLATER, T.R. Desenvolvimento de um questionário quantitativo de frequência alimentar (QQFA) para um estudo caso-controle de dieta e câncer

de mama em João Pessoa –PB. **Rev. Bras. Epidemiol**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, p.373-379. 2003.

LIU, D et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptores, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. **Science**. v.277, p.1654-1662, 1997.

LOPES, M.J.M.; MEYER D.E.; WALDOW, V.R.(org) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.7-12, 1996.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, A. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.6, nov-dez, p.944-50, 2005.

LUDKER, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.

MALUF, M. ET AL. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, São Paulo: v. 51, n.2, p.149-154, 2005.

MEDRADO-FARIA M. A. et al. Gastric and colorectal cancer mortality in an urban and industrialized area of Brazil. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med.** São Paulo, v. 51, n. 2, p.47-52, 2001.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004.

MELO, E. M.; SILVA, R.M.; FERNADES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med.** São Paulo, v.51, n.3, p.219-225, 2005.

MENDONÇA, G.A.S.; SILVA, A.M., CAULA, W.M. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.232-9, 2004.

MENKE, C. H. et al. **Rotinas em mastologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MINAYO, M. C. S, SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, p.7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. São Paulo: Huncitec, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Saúde; 1998.

MORESCHI, C. **Atuação do Enfermeiro no processo saúde-doença**. UCS NEWS (Jornal). Disponível em: <www.ucsnews.ucs.br/ccet/deme/emsoares/inepes/atuenfer>. Acesso em: 06 de maio de 2007.

MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. Trad. Catarina Eleonora. 6º Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, 2002.

MONAT, A.; LAZARUS, R. S. Stress and coping – some current issues and controversies. In: MONAT, A.; LAZARUS, R. S. (eds). **Stress and coping – an anthology**. Columbia: University Press, 1985.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.2, p. 255-61, mar-abr, 2005.

NICOLESCU, B. Fundamentos para o estudo transcultural. In: **Educação e transdisciplinaridade, II**. (Coord.). Centro de Educação Transdisciplinar. São Paulo: TRIOM, 2002.

_____. Um novo tipo de conhecimento-Transdisciplinaridade. In: **Educação e transdisciplinaridade, I**. (Coord.) Centro de Educação Transdisciplinar. São Paulo: TRIOM, 2001.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: what it is, and what it is not. London: New edition, 1860.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: Um estudo compreensivo. 145f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. Rio de Janeiro: Terceira Margem, 2002.

OLIVEIRA, A. C. H. de. **A recuperação como um processo dinâmico e Integrado:** vivências de mulheres adoecidas com câncer de mama. 111f. (Monografia). Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.2, p. 87-103, juln./dez. 2002.

OLIVEIRA, H et al. **A cura quântica**. In: <http://www.nenossolar.com.br/artigos/quantica.html>>. Acesso em: 18 de maio de 2008.

OLIVEIRA, M. C. M. V. **Câncer de mama e resiliência:** uma abordagem psicossomática. 2001.192f. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica). PUC-SP, 2001.

OLIVEIRA, P.A.R. **Religiosidade:** conceito para as ciências do social. Disponível em: <http://www.ifcs.ufrj.br/jornadas/papers/09st0104.rtf>>. Acesso em : 23 de setembro de 2008.

OLIVEIRA, S.A, CHRISTOS, P.J. The epidemiology of physical activity and cancer. **Ann NY Acad Sci**, New York, v.833, p.79-90, 1997.

OLIVIERI, D.P. **O "ser doente" - dimensão humana na formação do profissional de saúde**". São Paulo: Moraes, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: www.who.int. Acesso em: 06 de maio de 2007.

OSHO. **Coragem:** o prazer de viver perigosamente. São Paulo: Contrin, 2006.

PATTEN, S. B. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. **Canad J Psychiat**. Quebec. v. 36, n.10, 1999.

PEREIRA, A. M. S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: TAVARES, J (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez. 2001.

PEREIRA, R. A. O futuro profissional da saúde. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Orgs). **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

PERES, J. F. P.; MERCANTE, P. R.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Ver. Psiquiatr.** Rio Gd. Sul; v. 27, n.2, 2005.

PENNA, L.H.G. **O corpo nu e o corpo vestido: A Percepção de Mulheres Obstetras e o Poder e a Sexualidade na Sala de Pré-Parto e Parto.** 125f. Dissertação. (Mestrado em enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n1, p. 67-75, 2004.

PINHO, L.S. et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Serial on line. v.9, n. 1, p. 154-165, Jan-abr, 2007.

PINHO, V.F.S., COUTINHO, E.S.F. Risk factors for breast cancer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.351-360, mar-abr, 2005.

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** Porto alegre: Artes médicas, 1995.

_____, BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. Ana Threll. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n3, p.316-325, 1993.

RALHA-SIMÕES. **Resiliência e tarefas de desenvolvimento: A educação e as diferenças etapas da vida.** Psicologia, Educação e Cultura. v.2, n.2, p.345-60, 2001.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of adolescent health**, New York, n.14, p.626-631,1993.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, Londres, n.147, p. 598-611, 1987.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental.** 2 edição atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: SENAC; 2005.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. Em M. C. B. Carvalho (Org.), **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002.

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M.; CONTI, C. C. O enfermeiro e as questões religiosas. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2. p. 223-8, abr/jun, 2007.

SCHÁVELZON, J. Sobre psicossomática e câncer. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SHEALY, C. N.; MYSS, C. M. **Medicina Intuitiva** - reações emocionais, psicológicas e espirituais que propiciam a saúde e a cura. São Paulo: Cultrix, 1993.

SHELDRAKE, R. **O renascimento da natureza**. São Paulo: Cultrix, 1986.

SIEGEL, B.S. **Amor, medicina e milagres** - a cura espontânea de doentes graves, segundo a experiência de um famoso cirurgião norte-americano. São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, A. C. G.; LEAL, C. S.; NUNESMAIA, H. G. S. Idade da menarca e câncer de mama no Estado da Paraíba / Menarche Age and Breast Cancer in Paraíba State-Brazil. **Rev. bras. ciênc. saúde**; São Paulo, v. 8, n.2, p.175-182, maio-ago, 2004.

SILVA, A. L. **Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1997.

SILVA, D. J. **Workshop sobre Interdisciplinaridade**. São Paulo. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net>. Acesso em: 13 de janeiro de 2007.

SILVA, M. A. D. **Quem ama não adoce**: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. 18 ed. São Paulo: But Seller, 1998.

SILVA, M.R.S. et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis. v.14, n.1, 2005.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.263-72, 2003.

SILVA, R.M; MAMEDE, M.V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998.

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

SKUSE, D.; BENTOVIM, A. Physical and emotional maltreatment. In: RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSOV, L. (Ed.). **Child and adolescent psychiatry: modern approaches**. Oxford: Blackwell Sciences, 1994.

SOARES, A. D.; MIRANDA, D. Gênero e trauma. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p.135-162, jan./abr. 2005.

SOBRINHO, G. **Cérebro, mente e mais além**. Comunicação apresentada no seminário – UNIPAZ – Rio de Janeiro, no dia 23 de agosto de 2007.

SOMMERMAN, A. **Formação e transdisciplinaridade**. Uma pesquisa sobre as emergências formativas do cetrans. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e do Diplôme d'Université na Université François Rabelais de Tours. São Paulo, 2003. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net>. Acesso em: 13 de janeiro de 2003.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SÓRIA, D. de A. C. **A Resiliência dos Profissionais de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. Denise de Assis Corrêa Sória. Tese (Doutorado), Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

SÓRIA, D. A. C et al. Resiliência na Enfermagem: uma revisão. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.547 – 51, 2006.

SOUZA et al. História Familiar em Segundo Grau como Fator de Risco para Câncer de Mama. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 20, n 8, 1998.

SUCHMAN, A. L.; MATTHEWS; D. A. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connectional dimension of medical care. **Ann Intern Med**, São Paulo, v.108, p.125-130, 1998.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.426-435, mar-abr, 2005.

TAKIUTI, A. D. A saúde da mulher adolescente-1993. In: MADEIRA, F. R. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

TEIXEIRA, J. B. A.; NOGUEIRA, M. S. Câncer gástrico: fatores de risco em clientes atendidos nos serviços de atenção terciária em um município do interior paulista. **Rev. Latino Am Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 43-48 2003.

TELES, S. S. **Câncer infantil**: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na idade mãe-criança. Ribeirão Preto, 2005.

VALCAPELLI, L.; GASPARETTO, L.A. **Metafísica da saúde**. São Paulo: Vida e Consciência, 2000.

VAN GEERT, P. Dynamic systems approaches and modeling of developmental processes. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. (Orgs.). **Handbook of developmental psychology**. London: Sage Publications. 2003.

VANZIN, A. S. **Câncer**: problemas de saúde pública e saúde ocupacional. Porto Alegre: Rmel, 1997.

VASCONCELOS, E. Oficina de emoções. In: **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (orgs). São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. Representações Sociais sobre o Câncer Feminino: Vivência e Atuação Profissional. **Psicologia e Sociedade**; São Paulo, v.18, n.1, p. 63-70, jan/abr, 2006.

VISCOTT, D. S. **A linguagem dos sentimentos**. Trad. Luiz Roberto. São Paulo: Summus, 1982.

VYGOTSKY, L. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes. 1981.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto alegre: Sangra Luzzatto, 1998.

WATSON J. **Theory of human caring**. [Site de internet] Disponível em: <<http://www2.uchsc.edu/son/caring>>. Acesso em: 07 de junho de 2008.

WEIL, P. D'AMBROSIO, U., CREMA, R. **Rumo a nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento**. São Paulo: Summus, 1993.

WEIL, P. **A arte de viver em paz: por uma nova consciência, por uma nova educação**. Trad. Helena Roriz. 7º ed. e Ampliada. São Paulo: Editora Gente, 2002.

WÜNSCH-FILHO, V. et al. Familial cancer aggregation and the risk of lung cancer. **Rev. Paul Med**, São Paulo, v.120, n.2, p.38-44, 2002.

YEATMAN, T.; BLAND, K. Clasificación por estadios clínicos y Patológicos del cancer de mama y factores pronósticos. In: **La Mama**. Copeland: Panamericana, 1993.

YUNES, M. A. M.; MENDES, N. F.; ALBUQUERQUE, B. M. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis. v. 14, n.1, 2005.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.), **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez. 2001.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO BIOMÉDICO FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: resiliência de mulheres em processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama: um estudo transdisciplinar, que tem como objetivo: identificar as características da resiliência de mulheres recuperadas do tumor de câncer de mama e das mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao tumor de mama; analisar os mecanismos de proteção e de risco que conformam o processo de resiliência dessas mulheres e; discutir as contribuições das expressões da resiliência para a co-construção do cuidado de enfermagem a ser desenvolvida com estas mulheres. Resiliência é a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las. A pesquisa terá duração de 09 (nove) meses, podendo ser prorrogada por mais 03 (três) meses, se assim for preciso. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, substituindo sua identidade por pseudônimos quando necessário citar trechos de depoimentos. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder verbalmente as perguntas que lhe serão feitas mais a diante, caso aceite participar. As entrevistas serão gravadas por um gravador e um aparelho de MP3, após transcritas, as fitas e os arquivos serão destruídos. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não há risco, de nenhuma natureza, relacionados com sua participação nesta pesquisa. Sua participação em muito contribuirá para o desenvolvimento de uma ação voltada para a assistência integral. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail/endereço institucional do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto ou de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Mestrando: Alberto Carlos Hott de Oliveira; Orientadora: Prof Dr. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza; Faculdade de Enfermagem da UERJ: Boul. 28 de Setembro, n 157 –Vila Isabel –RJ – Tel.: 2587-6335 – e-mail: facenf@uerj.br; Co-orientador: Prof PhD Octávio Muniz da Costa Vargens .

Telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa onde a projeto foi avaliado: 2587-6363.

Declaro que entendi as informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro: ___ / ___ / _____

Nome do Participante

Rio de Janeiro: ___ / ___ / _____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Grupo 1)

Título: resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama.

Objetivos: identificar as características da resiliência de mulheres recuperadas do tumor de câncer de mama e das mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao tumor de mama; analisar os mecanismos de proteção e de risco que conformam o processo de resiliência dessas mulheres e; discutir as contribuições das expressões da resiliência para a co-construção do cuidado de enfermagem a ser desenvolvida com estas mulheres. Buscando apreender o objeto de estudo e atingir os objetivos, este instrumento de coleta das informações possui perguntas relacionadas a três importantes períodos de vida das mulheres que se recuperaram do tumor de câncer de mama.

Perguntas:

1. Identificação:

Pseudônimo:

Idade atual:

Tempo de recuperação:

Filhos:

Menarca:

Aborto: Provocado:

Esponâneo:

- 2- Fale sobre alguns momentos marcantes em sua vida, iniciando pelo seu nascimento.
- 3- Antes do seu adoecimento, como compreendia a vida?
- 4- Fale sobre alguns momentos marcantes em sua vida, do período da descoberta do seu adoecimento antes de saber que estava recuperada do seu adoecimento.
- 5- Fale sobre alguns momentos marcantes, quando soube que estava recuperada até os dias atuais.
- 6- Após o seu adoecimento, como compreende a vida?
- 7- Fale sobre sua perspectiva futura de vida.
- 8- Para você, qual (ais) foi (foram) o(s) fator(es) que lhe auxiliou (auxiliaram) na recuperação?
- 9- Para você, o que é estar recuperada?

APÊNDICE C

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Grupo 2)

Título: resiliência de mulheres em processo de recuperação do adoecimento com câncer de mama: um estudo transdisciplinar.

Objetivos: identificar as características da resiliência de mulheres recuperadas do tumor de câncer de mama e das mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao tumor de mama; analisar os mecanismos de proteção e de risco que conformam o processo de resiliência dessas mulheres e; discutir as contribuições das expressões da resiliência para a co-construção do cuidado de enfermagem a ser desenvolvida com estas mulheres.

Buscando apreender o objeto de estudo e atingir os objetivos, este instrumento de coleta das informações possui perguntas relacionadas a três importantes períodos de vida das mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao tumor de câncer de mama.

Perguntas:

1- Identificação:

Pseudônimo:

Idade atual:

Filhos:

Menarca:

Aborto: Provocado:

Esponâneo:

- 2- Fale sobre alguns momentos marcantes em sua vida, antes da descoberta do seu adoecimento, iniciando pelo seu nascimento.
- 3- Antes do seu adoecimento, como compreendia a vida?
- 4- Fale sobre alguns momentos marcantes em sua vida, do período da descoberta do seu adoecimento até os dias atuais.
- 5- Hoje, como você compreende a vida?
- 6- Fale sobre sua perspectiva futura de vida.
- 7- Você acredita que irá se recuperar?
- 8- Caso positivo, qual(ais) é (são) o(s) fator(es) que lhe auxilia (auxiliam) na busca desta recuperação?
- 9- Para você, o que é estar recuperada?

APÊNDICE D**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

À Direção do

Eu, Aberto Carlos Hott de Oliveira (COREN – RJ 21652), aluno do curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, solicito autorização dessa Instituição para a realização de coleta dos dados para minha dissertação.

A pesquisa é intitulada “resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama: um estudo transdisciplinar”, sob a orientação pela Professora Doutora Norma Valéria de Oliveira Souza e co-orientação do Professor Doutor Octávio Muniz da Costa Vargens. A pesquisa tem por objetivos: identificar as características da resiliência de mulheres recuperadas do tumor de câncer de mama e das mulheres com prognóstico desfavorável no combate ao tumor de mama; e analisar os mecanismos de proteção e de risco que conformam o processo de resiliência dessas mulheres e; discutir as contribuições das expressões da resiliência para a co-construção do cuidado de enfermagem a ser desenvolvida com estas mulheres. A coleta dos dados será realizada através de entrevistas semi-estruturadas e da aplicação dos braços projetivos, instrumentos que permitem a mulher desenvolver uma imagem ou símbolo, correspondente a pergunta nela contida.

Ressalto que será respeitada a Resolução 196/96, que normatiza as pesquisa com seus humanos em todos os seus aspectos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007.

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (orientadora, professora da FENF/UERJ)

Octávio Muniz da Costa Vargens (co-orientador, professor da FENF/UERJ)

Aberto Carlos de Hott de Oliveira (aluno do Programa de Pós-Graduação da FENF/UERJ)