



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nitiele Reis Canaverde

**METÁSTASE DE CÂNCER DE MAMA: EFICÁCIA ADAPTATIVA E
FUNCIONAMENTO GLOBAL**

UBERLÂNDIA
2011



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nitiele Reis Canaverde

**METÁSTASE DE CÂNCER DE MAMA: EFICÁCIA ADAPTATIVA E
FUNCIONAMENTO GLOBAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Gandini

**UBERLÂNDIA
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C213m Canaverde, Nitiele Reis, 1982-
2011 Metástase de câncer de mama: eficácia adaptativa e funcionamento
global / Nitiele Reis Canaverde. -- 2011.
186 f. : il.

Orientador: Rita de Cássia Gandini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Psicologia - Teses. 2. Psicologia aplicada - Teses. 3. Mamas -
Câncer - Teses. I. Gandini, Rita de Cássia. II. Universidade Federal
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nitiele Reis Canaverde

METÁSTASE DE CÂNCER DE MAMA: EFICÁCIA ADAPTATIVA E FUNCIONAMENTO GLOBAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde

Orientadora: Profª. Drª. Rita de Cássia Gandini

Banca Examinadora
Uberlândia, 26 de agosto de 2011

Profª. Drª. Rita de Cássia Gandini
Orientadora

Profª. Drª. Cíntia Braghetto Ferreira
Examinadora

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Examinador

Profª. Drª. Jussára Cristina Van de Velde Vieira da Silva
Examinadora Suplente

*Aos meus pais, minhas irmãs e meu
namorado, por me incentivarem e me
apoiarem.*

*À minha orientadora, por todos os
ensinamentos e paciência.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, saúde e proteção;

Aos meus pais, Waldemar e Maria, pelo exemplo de vida, por tudo que me ensinaram e me ensinam, pelo amor, respeito, paciência e incentivo;

Às minhas irmãs, Nágila e Natanni, pelo amor, amizade, carinho e apoio;

Ao meu namorado Caio, pelo amor, companheirismo, estímulo e paciência;

À minha orientadora Rita de Cássia Gandini, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas, pela preocupação e cuidado e, principalmente, pela paciência, disponibilidade e respeito ao meu “tempo”;

À todas as mulheres que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e experiências compartilhadas;

Às amigas Cristina, por me acolher em sua casa durante o mestrado, pelas conversas e risadas; Dani, pelo apoio e conversas; Mel e Paulinha, por também me acolherem em suas casas;

À minha priminha Giovanna, pelo carinho e preocupação, “*Niti para de estudar! “Já terminou?”*;

À professora Patrícia Marinho Gramacho, pelos ensinamentos durante o estágio realizado na pediatria do Hospital Araújo Jorge, na época da graduação, que me motivaram a querer compreender melhor a vivência de pacientes com câncer;

Ao professor Rodrigo Sanches Peres, pela participação e contribuições na banca de qualificação, pelo cuidado e interesse em saber como estava o trabalho e por ter me indicado pacientes;

À professora Sueli Aparecida Freire, pela participação e contribuições na banca de qualificação;

À professora Maria Ignez de Assis Moura, pela estatística;

À todos os professores do PGPSI, pelas contribuições ao longo do mestrado;

Aos colegas do mestrado, em especial, à colega Cíntia, pelas conversas e apoio;

Às estagiárias da psico-oncologia do Ambulatório de Mastologia, em especial, à estagiária Juliana Rezende, pela indicação de pacientes;

À acadêmica do curso de medicina Renata Rodrigues Catani, pela contribuição ao disponibilizar alguns dados (números de prontuários) do levantamento que realizou sobre pacientes com metástase de câncer de mama, mesmo sem nunca ter me visto;

Aos médicos, residentes e internos do Ambulatório de Mastologia Maligna, pelo acolhimento e disponibilidade;

À psicóloga do Hospital do Câncer, Adriana Pereira de Sousa, pela disponibilidade e apoio;

Às funcionárias da recepção do Ambulatório de Mastologia do Hospital de Clínicas e do Hospital do Câncer, pela disponibilidade e apoio;

Aos funcionários do setor de prontuários do Hospital de Clínicas e do Hospital do Câncer, pela disponibilidade em localizar os prontuários de pacientes, para a realização de pesquisas aos mesmos;

Aos funcionários do setor de estatística do Hospital de Clínicas, pelos dados estatísticos sobre as pacientes;

Às secretárias do PGPSI, Marineide e Alice, pela disponibilidade, atenção e por todos os esclarecimentos;

Aos funcionários da Secretaria do Instituto de Psicologia, em especial ao funcionário Cleiton, pela disponibilidade;

Ao Secretário Municipal de Saúde de Capinópolis, Mário Antônio de Oliveira, pela liberação de algumas horas de trabalho para a realização do mestrado;

À minha chefe (Denise) e ex-chefes (Priscila, Miriã e Cristina), pela compreensão e liberdade;

Aos colegas de trabalho do PSF, pelo apoio;

À todas as “caronas” de ida e volta Capinópolis/Uberlândia;

Aos membros da banca, Prof^a. Dr^a. Cíntia Bragueto Ferreira, Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres e Pr^a. Dr^a. Jussára Cristina Van de Velde Vieira da Silva, por aceitaram o convite e por todas as considerações ao trabalho;

Enfim, a todos que sempre torceram por mim.

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, representando cerca de 22% dos casos novos a cada ano. Considerando que a maioria dos casos de câncer de mama ainda é diagnosticada em estádios avançados da doença, existe grande possibilidade de ocorrência de comprometimento de linfonodos regionais e o desenvolvimento de metástases à distância, ou seja, a disseminação da doença para outros órgãos e tecidos. Diante disso, o presente estudo teve como objetivos verificar e correlacionar a eficácia adaptativa e o funcionamento global de mulheres com metástase de câncer de mama. Participaram deste estudo seis mulheres com metástase de câncer de mama, atendidas no Setor de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU). Os instrumentos utilizados foram: a Entrevista Clínica Preventiva, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), em suas duas propostas de avaliação, EDAO e EDAO/R, bem como a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF). Em relação à classificação da eficácia adaptativa das participantes deste estudo, os resultados mostraram que Gérbera, Tulipa e Gardênia apresentaram adaptação não eficaz moderada, sem crise, Grupo III; e Rosa, Amarílis e Violeta apresentaram adaptação não eficaz severa, sem crise, Grupo V, de acordo com a EDAO. Segundo a EDAO/R, Gardênia apresentou adaptação ineficaz leve, sem crise, Grupo 2; Gérbera, Tulipa e Violeta apresentaram adaptação ineficaz moderada, sem crise, Grupo 3; e Rosa e Amarílis apresentaram adaptação ineficaz severa, sem crise, Grupo 4. Em relação à classificação do funcionamento global das participantes, os resultados mostraram que Gérbera e Gardênia se enquadram na faixa 61 a 70, indicando alguns sintomas leves ou alguma dificuldade no funcionamento social ou ocupacional; Tulipa se enquadrou na faixa 51 a 60 pontos, indicando sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social ou ocupacional; Amarílis e Rosa se enquadram na faixa 41 a 50, indicando sintomas sérios ou prejuízo sério no funcionamento social ou ocupacional; já Violeta não pôde ser classificada, pois em parte se enquadrou na faixa 71 a 80, indicando, se presentes, sintomas temporários, consistindo de reações previsíveis a estressores psicossociais; e em parte na faixa 21 a 30, indicando incapacidade de funcionar na área ocupacional. Os resultados também mostraram diferenças estatisticamente significantes entre: o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, sendo EDAO > EDAO/R; correlações positivas entre os valores da adaptação, segundo a EDAO e EDAO/R; correlações positivas entre os valores do somatório da adequação dos setores afetivo-relacional (A-R) e produtividade (Pr), pela EDAO e desses setores pela redefinição, EDAO/R, isto é, pela adaptação da EDAO/R; adequação do setor Pr e EDAO; e adequação do setor sociocultural (SC) e EDAO; correlação negativa, estatisticamente significante, entre os valores da eficácia adaptativa e fatores negativos do setor SC; correlações positivas, estatisticamente significantes entre a pontuação da escala AGF e o somatório dos valores da adequação dos setores A-R, Pr e SC, segundo EDAO; entre a pontuação da escala AGF e a adaptação, pela EDAO, e entre a pontuação da escala AGF e a EDAO/R. Concluiu-se que a primeira proposta de avaliação da EDAO mostrou-se mais sensível que a EDAO/R e AGF para avaliar a eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres com metástase de câncer de mama, por ser mais abrangente e considerar o funcionamento da personalidade como um todo.

Palavras-chave: câncer de mama, metástase, Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, Escala de Avaliação Global do Funcionamento.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world, and the most common among women, representing around 22% of new cases each year. Considering that most cases of breast cancer are still diagnosed in advanced stages of the illness, there is a great possibility of compromising regional lymph nodes and developing metastasis in the distance, that is, the spread of the illness to other organs and tissues. Thus, this study aims to check and correlate the adaptive efficacy and the global functioning of women with breast cancer metastasis. Six women with breast cancer metastasis, attended at Malignant Mastology Sector, at Clinics Hospital of Federal University of Uberlândia (HC/UFU), took part in this study. The following procedures were followed: Preventive Clinical Interview, the Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO), in its two evaluation proposals, EDAO and EDAO/R, as well as the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Concerning the classification of this study's participants' adaptive efficacy, the results, show that Gerbera, Tulip and Gardenia presented non effective moderate adaptation, without crisis, Group III; and Rose, Amaryllis and Violet presented non effective severe adaptation, without crisis, Group V, according to the EDAO. According to the EDAO/R, Gardenia presented ineffective light adaptation, without crisis, Group 2; Gerbera, Tulip and Violet presented ineffective moderate adaptation, without crisis, Group 3; and Rose and Amaryllis presented ineffective severe adaptation, without crisis, Group 4. Concerning the classification of participants' global functioning, the results show that Gerbera and Gardenia belong in the 61 to 70 range, indicating some light symptoms or some difficulty in occupational and social functioning; Tulip belongs in the 51 to 60 range, showing moderate symptoms or difficulty in occupational and social functioning; Amaryllis and Rose fit the 41 to 50 range, presenting serious symptoms or loss in the social or occupational functioning; Violet, though, couldn't be classified, due to the fact that, in part, fits the 71 to 80 range, indicating if present, temporary symptoms, consisting of predictable reactions to psychosocial stressors; and, in part, in the 21 to 30 range, indicating incapacity of functioning in the occupational area. The results also show statistically significant differences between: the adaptive efficacy degree and respective variations, according to the two evaluation proposals of EDAO, which is EDAO > EDAO/R; positive correlations between adaptation values, according to the EDAO and EDAO/R; positive correlation between the sum values of affective-relational (A-R) and productivity (Pr) sectors adequacy, by the EDAO and of these sectors by the redefinition, EDAO/R, that is, by adaptation of EDAO/R; sector Pr and EDAO adequacy; and social-cultural (SC) and EDAO sector adequacy; negative correlation, statistically significant, between the adaptive efficacy values and SC sector negative factors; positive correlations, statistically significant between the GAF scale score and the A-R, Pr and SC sectors adequacy sum, according to EDAO; between the GAF scale score and the adaptation, by the EDAO, and between the GAF scale score and the EDAO/R. We conclude that the first EDAO evaluation proposal was more sensitive than the EDAO/R and GAF to evaluate the adaptive efficacy and global functioning of women with breast cancer metastasis, once it is more extensive and considers the personality functioning in a whole.

Key-words: breast cancer, metastasis, Operational Adaptive Diagnostic Scale, Global Assessment of Functioning Scale.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de pacientes com diagnóstico de metástase de câncer de mama no HC/UFU, de 1999 a 2008, por faixa etária.....	72
Tabela 2 – Probabilidade encontrada quando da aplicação do teste de Wilcoxon aos resultados obtidos pelas participantes, considerando o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO.....	134
Tabela 3 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos por meio da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas através da adaptação segundo a EDAO e EDAO/R, e entre os níveis de classificações da EDAO e EDAO/R às séries de dados, analisadas duas a duas.....	135
Tabela 4 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos por meio da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas através do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, e o somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, pela EDAO/R, entre a adequação de cada setor (A-R, Pr, SC, Or) e EDAO, e entre a adequação de cada setor A-R/R, Pr/R e EDAO/R às séries de valores, analisadas duas a duas.....	136
Tabela 5 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman à soma dos valores dos F+ dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, à soma dos valores dos F- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, à soma dos valores dos MF+ dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, e também à soma dos valores dos MF- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO.....	138
Tabela 6 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman entre os valores da EDAO e os valores dos F+ de cada setor (A-R, Pr, SC e Or) e, também, entre os valores da EDAO e os valores dos F- de cada setor (A-R, Pr, SC e Or).....	139
Tabela 7 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas pela AGF e ao somatório dos valores da adequação dos setores A-R, Pr, SC, segundo a EDAO, entre as pontuações da escala AGF e a adaptação, segundo a EDAO, e entre as pontuações da escala AGF e a EDAO/R às séries de valores, analisadas duas a duas.....	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das participantes.....	83
Quadro 2 – Síntese diagnóstica das participantes.....	88
Quadro 3 – Fatores positivos e negativos do setor afetivo-relacional.....	90
Quadro 4 – Microfatores positivos e negativos do setor afetivo-relacional.....	91
Quadro 5 – Fatores positivos e negativos do setor produtividade.....	92
Quadro 6 – Microfatores positivos e negativos do setor produtividade.....	93
Quadro 7 – Fatores positivos e negativos do setor sociocultural.....	95
Quadro 8 – Microfatores positivos e negativos do setor sociocultural.....	96
Quadro 9 – Fatores positivos e negativos do setor orgânico.....	97
Quadro 10 – Microfatores positivos e negativos do setor orgânico.....	98

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 INTRODUÇÃO.....	17
2.1 Aspectos médicos do câncer de mama.....	17
2.2 Aspectos psicológicos de mulheres com câncer de mama.....	25
2.2.1 Aspectos psicológicos de mulheres com metástase de câncer de mama.....	36
3 ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA.....	51
4 ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO.....	64
5 OBJETIVOS.....	67
5.1 Objetivo geral.....	67
5.2 Objetivos específicos.....	67
6 MÉTODO.....	69
6.1 Tipo de estudo.....	69
6.2 Participantes.....	69
6.3 A instituição.....	69
6.4 Aspectos éticos.....	71
6.5 Instrumentos.....	71
6.6 Procedimentos.....	72
6.6.1 Caminhos percorridos até a coleta de dados.....	72
6.6.2 Coleta de dados.....	77
6.6.3 Análise dos dados.....	78
7 RESULTADOS.....	81
7.1 Caracterização da amostra.....	83

7.2 Síntese das entrevistas das participantes.....	85
7.3 Categorias de fatores e microfatores, positivos e negativos, e suas alterações.....	90
7.4 Ilustração de casos clínicos.....	100
7.4.1 Gardênia.....	100
7.4.2 Amarílis.....	116
7.5 Análise estatística.....	134
7.5.1 Eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama.....	134
7.5.2 Estudo da correlação entre EDAO e EDAO/R.....	134
7.5.3 Eficácia adaptativa e adequação dos setores.....	136
7.5.4 Fatores e microfatores.....	137
7.5.5 Eficácia adaptativa e fatores.....	138
7.5.6 Funcionamento global e eficácia adaptativa.....	139
8 DISCUSSÃO.....	141
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
10 REFERÊNCIAS.....	162

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	171
APÊNDICE B – Ficha de identificação.....	172
APÊNDICE C – Fichas diagnósticas das participantes.....	173

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do diretor clínico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU).....	183
--	------------

ANEXO B – Autorização do chefe do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).....	184
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	185
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sobre alterações no Projeto de Pesquisa (Adendo).....	186

1 APRESENTAÇÃO

Durante a graduação em Psicologia optei pelo estágio, tanto extra como curricular, na área de psicologia hospitalar, que foi realizado de março de 2006 a junho de 2007, na pediatria de um hospital oncológico. Nesse período sempre me chamou atenção a vivência de crianças, cuidadores e equipe frente à recidiva da doença que, geralmente, era diagnosticada em momentos nos quais a criança, depois de uma melhora significativa, ou iria entrar na fase de manutenção da doença ou já se encontrava nessa fase.

Dessa experiência surgiu o trabalho de conclusão de curso “Discursos da Recidiva: Entrelaçamento de Percepções”, um estudo de caso cujo objetivo foi investigar a vivência de uma criança, sua cuidadora e a médica de vínculo, que acompanhava diretamente o paciente, frente à situação de primeira recidiva do câncer, ou seja, o retorno da doença. Os resultados dessa pesquisa foram separados em categorias temáticas selecionadas a partir do levantamento bibliográfico sobre a recidiva. Destacou-se a preocupação referente ao medo da recidiva e sua associação com a morte, bem como os recursos internos utilizados durante o período de diagnóstico de recidiva, tratamento e possível morte. Pretendeu-se observar os padrões de adaptação intrapsíquicos e interpessoais utilizados. Pôde-se perceber que mesmo a criança tendo consciência da sua mortalidade, ela apresentou a atitude de continuar o tratamento, que de certa forma influenciou a maneira de agir da cuidadora de lutar pela cura (Canaverde, Gramacho & Paula Júnior, 2007).

Tendo em vista o meu interesse em compreender melhor a vivência de pacientes com câncer, frente à volta da doença ou mesmo frente à disseminação da doença para outros órgãos e tecidos, é que surgiu a motivação para ampliar a experiência anterior adquirida durante o estágio com crianças com câncer. Entretanto, com a admissão no mestrado, fui apresentada a um novo universo, o das mulheres com câncer de mama, e aceitei o desafio de estudar uma população até então nova para mim, focando especificamente as mulheres com

metástase de câncer de mama, com o intuito de compreender a adaptação e o funcionamento global dessas mulheres.

Como se pôde ver nesse primeiro capítulo, foram descritas as motivações que levaram à realização desta pesquisa. No segundo capítulo, denominado introdução, serão apresentados inicialmente os aspectos médicos do câncer de mama, seguidos pelos aspectos psicológicos de mulheres com câncer de mama e metástase de câncer de mama, entretanto será dado um enfoque maior aos aspectos psicológicos de mulheres com metástase de câncer de mama por ser o foco da pesquisa. Já no terceiro e quarto capítulos, serão apresentadas algumas considerações teóricas sobre a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada e a Escala de Avaliação Global do Funcionamento, utilizadas para avaliar a eficácia adaptativa e funcionamento global, respectivamente. No quinto capítulo, serão descritos os objetivos desta pesquisa. No sexto capítulo, será abordado sobre o método utilizado. No sétimo capítulo, serão apresentados os resultados deste estudo. No oitavo capítulo, serão discutidos sobre os resultados encontrados. E, por fim, no nono capítulo, serão apresentadas as considerações finais.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Aspectos médicos do câncer de mama

O câncer de mama faz parte de um grupo de doenças conhecidas como multifatoriais, que apresentam fatores etiológicos múltiplos. Na maioria dos casos, fatores genéticos e ambientais interagem para criar as condições que levam ao aparecimento do câncer, em um processo complexo, ainda não totalmente conhecido, composto por uma sequência que pode ser dividida em três fases: iniciação, que envolve basicamente eventos genéticos; promoção, associada a fatores hormonais, reações inflamatórias e fatores de crescimento; e progressão, referente à capacidade de invasão e de metastatização do tumor (Menke et al., 2007).

Segundo Thuler (2003), os principais fatores de risco para o câncer de mama na mulher (idade, história familiar, história patológica pregressa, história reprodutiva, suscetibilidade genética, entre outros) não possibilitam uma intervenção em nível populacional. Já os fatores ambientais (obesidade, tabagismo, exposição à radiação iônica e aos pesticidas) poderão ser alvo das estratégias de prevenção primária para o câncer de mama.

De acordo com a estimativa 2010 sobre a incidência de câncer no Brasil, do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, representando cerca de 22% dos casos novos a cada ano. O número de casos esperados para o Brasil, no ano de 2010, válidos também para 2011, é de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o risco estimado é de 65 casos novos por 100 mil. O câncer de mama apresenta geralmente um bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, no entanto, trata-se da maior causa de mortalidade entre as mulheres brasileiras, principalmente na faixa entre 40 e 69 anos, com mais de 11 mil mortes/ano, em 2007, muito provavelmente porque na

maioria dos casos a doença é diagnosticada em estádios avançados (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2009, 2006).

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são: o exame clínico das mamas, realizado por médicos e enfermeiros treinados; e a mamografia, ou seja, radiografia da mama realizada em aparelho de raios-x apropriado, chamado mamógrafo, no qual a mama é comprimida entre duas placas, de forma a fornecer melhores imagens para o diagnóstico. O desconforto provocado na realização da mamografia é discreto e suportável. Além desses, existem procedimentos complementares para detecção do câncer de mama, entre eles: a ultrassonografia; a punção, que consiste na aspiração de pequenas amostras líquidas ou sólidas do nódulo, por meio de agulha fina, para realização de exame citopatológico; e a biópsia, que consiste na retirada de pequena amostra da lesão para realização de exame histopatológico (INCA, 2007; Menke et al., 2007). Embora o autoexame da mama seja recomendado como uma ação de educação para a saúde contemplando o conhecimento do próprio corpo, não deve ser considerado uma estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama, pois as evidências científicas sugerem que ele não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade (INCA, 2007).

No Brasil, recomenda-se como estratégia para detecção precoce do câncer de mama, a realização do exame de mamografia, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos, sendo que o exame clínico das mamas deve ser realizado em todas as pacientes que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama, com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, recomendam-se o exame clínico das mamas e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos. Tais recomendações são baseadas no Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, publicado em 2004,

no Brasil, que contém informações técnicas referentes à prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos em câncer de mama (INCA, 2009, 2004a).

Entre os sintomas palpáveis do câncer de mama estão o nódulo ou tumor na mama, acompanhado ou não de dor. No entanto, podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retracções ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja, bem como, também podem surgir nódulos palpáveis na axila (INCA, 2007).

De acordo com Menke et al. (2007), existem diferentes tipos de câncer de mama, entre eles: carcinoma ductal *in situ* ou intraductal, refere-se ao câncer não invasivo mais diagnosticado, presente apenas no local onde começou, ou seja, nos ductos, não atingindo o tecido adiposo, porém, se não tratado, cerca de 30% dessas lesões desenvolvem carcinoma invasor nos próximos 10 anos; carcinoma lobular *in situ*, refere-se a uma lesão não invasiva que está presente apenas no interior dos lóbulos da mama e ductos terminais, podendo, algumas vezes estender-se a ductos extralobulares, tem baixa incidência e é reconhecido como um marcador tumoral, embora alguns autores, recentemente, também lhe tenham atribuído um caráter precursor; carcinoma ductal invasor ou carcinoma ductal infiltrante, refere-se ao câncer que começa nos ductos e atinge o tecido adiposo da mama, representa cerca de 80% dos carcinomas da mama possibilitando um alto risco da doença disseminar pelo corpo; carcinoma lobular invasor tem início nos lóbulos e cresce com um padrão concêntrico circundando os ductos mamários residuais, abrangendo de 10 a 14% dos casos de câncer invasivo; e carcinoma inflamatório, considerado uma das formas mais agressivas da doença, que se caracteriza pelo predomínio de fenômenos inflamatórios da pele da mama que podem evoluir para lesões ulcerativas, representando de 1 a 3% dos casos de câncer de mama.

O prognóstico e a escolha do tratamento são embasados na idade da paciente, estádio da doença, características do tumor primário (tipo histológico, tamanho tumoral e estado linfonodal), níveis de receptores de estrógeno e de progesterona, marcadores biológicos

(oncogenes alterados, genes supressores tumorais, fatores de crescimento e medidas de capacidade proliferativa do tumor), situação da menopausa e saúde geral da mulher (Malzyner, Caponero & Donato, 2000; Menke et al., 2007).

O sistema de classificação mais comum utilizado para determinar o estadiamento da doença é o TNM, sendo que a letra T refere-se à extensão do tumor primário, N a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e M a ausência ou presença de metástase à distância (INCA, 2004b). Os estádios do câncer de mama são: estádio 0 corresponde ao câncer não invasivo, *in situ*, sem metástases para linfonodos ou gânglios linfáticos regionais e à distância; estádio I refere-se aos pequenos tumores invasivos, de 2 cm ou menos, sem metástases para linfonodos regionais e à distância; estádio II-A diz respeito aos pequenos tumores invasivos de 2 cm ou menos, com metástases até os gânglios linfáticos da região, e ainda aos tumores de 2 a 5 cm, sem metástases para linfonodos regionais e à distância; estádio II-B refere-se aos tumores de 2 a 5 cm, com metástases até os gânglios linfáticos da região, e ainda aos tumores com mais de 5 cm, sem metástases para linfonodos regionais e à distância; estádio III-A inclui tumores de qualquer tamanho associados a gânglios linfáticos adjacentes fixos e tumores grandes, com mais de 5 cm, associados com metástases até gânglios linfáticos da região; estádio III-B abrange tumores de qualquer tamanho, localmente avançados, sem ou com metástases até os gânglios linfáticos regionais ou adjacentes; e, por fim, o estádio IV engloba todos os tumores com metástases à distância (INCA, 2004b).

Em relação ao estadiamento tumoral, o sistema mais utilizado é a classificação de Scarff-Bloom-Richardson (SBR), sendo que o grau de diferenciação tumoral pode ser classificado como Grau 1 (bem-diferenciado), Grau 2 (moderadamente diferenciado) e Grau 3 (fracamente diferenciado). O grau histológico tende a aumentar junto com tamanho do

tumor e o acometimento dos linfonodos, com importante influência negativa no prognóstico (Menke et al., 2007).

O câncer de mama atualmente é tratado como uma doença sistêmica. Em alguns casos a quimioterapia neoadjuvante antecede o tratamento cirúrgico, tendo como objetivo a melhora das condições locais para posterior manejo cirúrgico em casos de tumores localmente avançados ou em casos em que existe uma grande possibilidade de promover-se um tratamento conservador se o tumor diminuir de tamanho. Em outros casos, o tratamento cirúrgico, que pode ser conservador ou não, é seguido de uma terapia adjuvante como quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia, com o intuito de minimizar as chances de ocorrências de recidivas e/ou metástases (Makluf, Dias & Barra, 2006; Menke et al., 2007).

A cirurgia ainda representa a base do tratamento do câncer de mama. A cirurgia conservadora ou quadrantectomia refere-se à retirada do tumor, com ou sem margens cirúrgicas, com preservação da mama. É considerada a abordagem de escolha na maioria dos casos de câncer de mama em estádios iniciais. Já a mastectomia radical, procedimento no qual a mama é retirada, com ressecção total dos músculos peitorais e esvaziamento axilar; bem como a mastectomia radical modificada cuja técnica também envolve retirada da mama, com esvaziamento axilar, porém com preservação de um ou dois músculos peitorais, estão entre os procedimentos cirúrgicos não conservadores mais utilizados, isso porque a maioria das pacientes apresenta no momento do diagnóstico, tumores maiores que 4 cm (Menke et al., 2007).

Segundo Menke et al. (2007), após a cirurgia conservadora é importante que seja realizada a reparação ao conjunto das mamas, sempre que houver danos estéticos, considerando a importância da imagem corporal no bem-estar e o ajuste psicossocial no curso da doença. Os mesmos autores também consideram a reconstrução mamária, imediata ou tardia, uma importante opção para as mulheres submetidas à mastectomia, como forma de

ajuda no ajustamento das alterações da imagem corporal, e ressaltam que, como qualquer cirurgia, o procedimento não está isento de complicações, por isso as pacientes que optarem pela reconstrução devem receber orientações quanto às possibilidades técnicas que variam de paciente para paciente, para que não criem falsas expectativas e para que o resultado final não seja frustrante.

Em relação às outras formas de tratamento, a quimioterapia é um tratamento que utiliza medicamentos potentes, geralmente administrados via oral ou venosa, para diminuir a proliferação das células doentes, no entanto, tais substâncias têm ação sobre todas as células do organismo, uma vez que não são seletivas. Os efeitos colaterais mais comuns da quimioterapia são: náuseas, vômitos, cansaço, fadiga, febre e sensação de resfriado, alopecia, diminuição do número de leucócitos e plaquetas com consequente diminuição das defesas do organismo. A radioterapia, que é um tratamento realizado através da irradiação local ou locorregional, com intuito de bloquear o crescimento das células, atinge mais especificamente a área delimitada, no entanto, os tecidos vizinhos podem ser comprometidos e as pacientes podem apresentar efeitos colaterais sejam eles sistêmicos (cansaço, fadiga, perda do apetite, anemia e depressão) ou locais (na pele – eritema, descamação seca com prurido e descamação úmida, hiperpigmentação, fibrose e ulceração; no pulmão – pneumonite, tosse, febre, dispneia e dor torácica; e em outros locais, como no cérebro e plexo braquial), mesmo com todos os preparos prévios e tecnologia envolvida (Menke et al., 2007; Yamagushi, 2003). Já a hormonioterapia, tratamento endócrino via oral, é baseado na dependência do crescimento dos tumores aos hormônios esteroides e tem como objetivo bloquear a produção e a ação do estrógeno na tentativa de controlar a doença. Exige receptor hormonal positivo (Menke et al., 2007).

Após o manejo inicial, seja cirúrgico ou não, é muito importante o seguimento da paciente ao longo dos anos, onde são investigados os sintomas e realizado um exame físico

detalhado. Preconiza-se que os intervalos entre as consultas sejam trimestrais nos primeiros dois anos, semestrais do terceiro ao quinto ano e, depois, anuais. Os objetivos do seguimento são: a detecção de recidivas e metástases da doença, a promoção do suporte emocional da paciente, a avaliação do sucesso do tratamento instituído, a monitorização da história natural do câncer da mama e o estímulo constante à paciente para realização do autoexame com intuito de observar qualquer alteração (Menke et al., 2007). Cabe aqui a diferenciação entre os termos recidiva e metástase. Em termos gerais, a recidiva diz respeito ao retorno da doença após uma remissão. Já a metástase refere-se à disseminação da doença para outros órgãos e tecidos.

Considerando que a maioria dos casos de câncer de mama ainda é diagnosticada em estádios avançados da doença, existe grande possibilidade de ocorrência de comprometimento de linfonodos regionais e o desenvolvimento de metástases à distância (INCA, 2007).

A metástase à distância pode ocorrer com qualquer tamanho de tumor mamário, mas assim como na disseminação para linfonodos regionais, quanto maior o tumor, maior a chance de metastatização (Menke et al., 2007).

O diagnóstico de metástase de câncer de mama é feito pela avaliação das características do tumor através da peça cirúrgica, ou seja, estadiamento patológico, no qual se verifica o grau de evolução do tumor na paciente, bem como o envolvimento de gânglios linfáticos locais. Feito isso, é necessário um processo de estadiamento clínico, no qual as metástases são diagnosticadas a partir de exames de imagem, tais como: raios-x, ultrassonografia, ressonância nuclear magnética, cintilografia óssea, e outros, cujo objetivo é analisar os órgãos nos quais as metástases ocorrem com maior frequência (Santos & Gonçalves, 2006).

Os sítios mais comuns de metástases são: os ossos, os pulmões, o cérebro, os ovários e o fígado, pela ordem de frequência, sendo que qualquer órgão pode ser alvo de lesão. Geralmente, as pacientes com metástases ósseas apresentam como sintoma, dor nos ossos de início súbito, contínua e resistente a analgésicos comuns. As pacientes com metástases pulmonares viscerais apresentam sintomas que podem ser variáveis como: tosse, dor torácica, hemoptise e dispneia progressiva, porém, o nódulo isolado não produz sintomas. As pacientes com metástases pulmonares pleurais apresentam como sintomas: tosse, dor torácica e limitação funcional. As pacientes com metástases cerebrais apresentam sintomas que são normalmente insidiosos, mas que também podem ser agudos, simulando um acidente vascular cerebral, na maioria dos casos apresentam cefaleia, perda de força focal, alterações mentais, vômitos em jato e não responsivo à terapêutica comum e, em 15% dos casos, há convulsões. Já as pacientes com metástases hepáticas apresentam-se debilitadas e quando surgem os sintomas como náuseas e vômitos incoercíveis, icterícia, inapetência, fraqueza e ascite progressiva já há um grau importante de disfunção (Menke et al., 2007).

O câncer metastático é uma doença incurável, porém o tempo de sobrevida após o diagnóstico pode variar, não sendo possível fazer um prognóstico para uma paciente individual, no entanto, para cada região afetada pela metástase tem-se uma expectativa de sobrevida: pacientes com metástase pulmonar visceral, em tratamento, apresentam em média a sobrevida de um ano, enquanto que aquelas com metástase nos ossos apresentam uma sobrevida de dois a quatro anos, já para as pacientes com metástase cerebral a média de sobrevida varia de três a seis meses (Menke et al., 2007).

O tratamento do câncer de mama metastático é paliativo, ou seja, tem a finalidade de interromper a progressão da doença e diminuir os sintomas, visando uma boa qualidade de vida. A forma de tratamento vai depender do sítio de metástase. Em casos de metástases ósseas, inicialmente busca-se uma forma eficiente de analgesia e dependendo de algumas

condições (metástase única, múltipla, com risco de fraturas ou associadas a outras metástases) é que será proposto o tratamento mais adequado para o caso, que pode ser radioterápico, quimioterápico, hormonioterápico e/ou cirúrgico. Em casos de metástases hepáticas a quimioterapia é considerada o tratamento padrão, assim como nos casos de metástases pulmonares, sejam elas viscerais ou pleurais, sendo que em metástases pleurais pode ser indicada a pleurodese, quando há derrame pleural. Em metástases cerebrais a radioterapia é considerada o tratamento base (Menke et al., 2007; Santos & Gonçalves, 2006).

Diante das considerações sobre os aspectos médicos do câncer de mama, não há como não pensar nas repercussões psicológicas da doença nas mulheres afetadas, desde o seu aparecimento até a remissão e “cura” ou complicações e morte. Tais repercussões serão apresentadas em seguida.

2.2 Aspectos psicológicos de mulheres com câncer de mama

O diagnóstico de câncer de mama e todo o processo da doença podem ser vividos como um momento de sofrimento, intensa angústia, ansiedade, medo e impotência, tanto pela paciente como pelo familiar. Nesse momento, a mulher tende a se deparar com o temor da morte e com a possibilidade da perda de um órgão repleto de simbolismos ligados à feminilidade, maternidade e sexualidade, o que pode conduzí-la a alterações na sua autoimagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais, bem como a alterações significativas na sua rotina e uma incerteza quanto ao futuro (Makluf et al., 2006; Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos, 2001; Venâncio, 2004), o que pode tornar a adaptação à doença e ao tratamento, muitas vezes, longa e difícil (Hoffmann, Muller & Rubin, 2006a).

Ao investigar as repercussões psicológicas associadas ao câncer de mama em uma amostra de dez mulheres, com idades entre 41 e 50 anos, que já foram submetidas à mastectomia (total ou parcial), radioterapia e quimioterapia, Rossi e Santos (2003)

verificaram que tais repercussões variam conforme a fase do adoecimento e tratamento. Nesse estudo foram identificados quatro momentos distintos: momento pré-diagnóstico, etapa do diagnóstico, etapa do tratamento e momento pós-tratamento. No pré-diagnóstico, os autores evidenciaram que embora as mulheres tivessem percebido que algo não estava bem com o próprio corpo, postergavam a ida à consulta médica como forma de negação da realidade. Com a confirmação do diagnóstico as mulheres relataram ter apresentado: reação de choque, vislumbre da morte, sentimentos de tristeza e insegurança, receio do tratamento e do desamparo dos filhos, incertezas quanto às possibilidades de cura e de conviver com a mutilação e suas repercussões sobre a vida sexual e sobre o relacionamento conjugal; mas, por outro lado, também demonstraram muitas expectativas de cura e muita esperança com relação ao sucesso dos procedimentos terapêuticos que ainda estavam por vir. Na etapa do tratamento, as mulheres apresentaram queixas sobre os efeitos físicos e os danos causados ao organismo pelo tratamento cirúrgico, rádio e quimioterápico, dentre eles os enjoos, queda de cabelos, as queimaduras na pele decorrentes da radioterapia, a queda do rendimento funcional e outros. Já no momento pós-tratamento, a mulheres apresentaram repercussões no plano afetivo-sexual, bem como as dificuldades encontradas para se adaptarem à nova situação vivenciada, no entanto, reconheceram mudanças positivas advindas da experiência de terem passado pelo câncer de mama e seu tratamento, o que lhes proporcionou um redimensionamento da vida e revisão de valores.

No momento do diagnóstico, a postura médica de desmitificar a doença e conversar sobre o tratamento é considerada pelas pacientes como positiva, tanto na relação com o médico quanto na relação da paciente com o próprio diagnóstico (Oliveira, 2009).

Em estudo realizado por Oliveira (2009) sobre a comunicação do diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de mulheres com câncer de mama (N=12) e seus familiares (N=12), percebeu-se que metade das pacientes conversava com outras pessoas sobre seus

sentimentos relacionados à doença, já algumas relataram esconder determinados sentimentos negativos em relação à doença de alguns membros da família, com intuito de não preocupá-los. Em outro estudo realizado por Sales et al. (2001) todas as mulheres contaram e/ou conversaram sobre a doença com algum familiar, mas nem sempre com todos.

Segundo Wanderley (2003), os padrões de comunicação das pacientes com câncer de mama mudam, nos diferentes estádios da doença, sendo necessário que os profissionais saibam reconhecer e respeitá-los oferecendo um espaço de escuta para que as pacientes possam falar sobre a vivência da mastectomia, as dificuldades enfrentadas nos relacionamentos conjugais, sexuais, sociais e profissionais, entre outros. No estádio inicial a maioria das pacientes necessita e consegue falar sobre o seu diagnóstico, havendo após o choque inicial, o predomínio do otimismo. No estádio mais avançado as discussões sobre o diagnóstico que costumava fazer inicialmente parecem ser evitadas, a esperança é substituída pelo medo e a paciente vai se tornando mais passiva. No estádio final pode predominar o silêncio, no entanto, existe a necessidade de apoio.

As intervenções psicológicas junto ao paciente com câncer têm como objetivo facilitar a transmissão do diagnóstico pelo médico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários, visando à obtenção de uma melhor qualidade de vida, e nos pacientes terminais, visa propiciar uma melhor qualidade de morte e do morrer (Carvalho, 2002).

De acordo com Hoffmann et al. (2006a), o câncer pode afetar as emoções de diversas maneiras, entretanto, a depressão e a ansiedade são apontadas como os problemas psicológicos mais frequentes entre as pacientes com câncer de mama.

Hoffmann, Muller e Frasson (2006b) realizaram um estudo com o objetivo de verificar as repercussões psicossociais do diagnóstico e do tratamento médico em mulheres com câncer de mama e o apoio social e bem-estar espiritual percebido por elas (N=75). De acordo com o estudo, as fontes de apoio social foram: os parentes próximos (pais, filhos e

irmãos) citados por 100% da amostra; companheiro (64%); amigos (52%); vizinho (32%); equipe médica (22,7%), conselheiro religioso (padre, pastor) (16%); patrão (9,3%); psicólogo/psiquiatra (5,3%) e colega de trabalho (2,6%), sendo que quanto mais pessoas citadas na rede de apoio, maior a percepção do apoio social recebido. O bem-estar espiritual mostrou-se um recurso de ajuda importante, sendo o aspecto religioso mais acentuado que o aspecto existencial, indicando que a religião é procurada para complementar o apoio recebido. O estudo também verificou que quanto maior a ajuda percebida maior o sentimento de bem-estar com relação ao direcionamento da vida e, também, quanto maior a percepção da presença de alguém para dividir sua intimidade e angústias, menor é o sentimento de que a vida é cheia de conflitos e infelicidade.

Segundo Hoffmann et al. (2006b), o diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem afastar a mulher de suas relações sociais, pois além do desânimo para realizar passeios e visitas, a paciente passa grande parte de seu dia nos hospitais, durante o período de tratamento. Diante disso, a equipe de saúde, por estar tão presente na vida da paciente, deve estar ciente de sua função de apoio.

No estudo realizado por Sales et al. (2001), a avaliação das atividades de lazer indicou que o tratamento não as modificou para 52% das mulheres, mas 18% deixaram de realizar qualquer atividade. Os motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram suas atividades de lazer foram: a dor, exames frequentes, preocupação, não sentir-se bem ou mesmo a idade. Menos de um terço das pacientes revelou influência dos problemas físicos decorrentes da doença e do tratamento na vida pessoal, social e familiar.

Os problemas físicos e situações mencionadas foram: dor pré e pós-cirúrgica, a própria doença, a dor da metástase, a mutilação, o tratamento radioterápico e cirúrgico, tendo como consequências: a introversão, a dependência dos outros, o nervosismo, o choque das

pessoas, o medo, a vergonha de se vestir, o distanciamento das pessoas e problemas com alimentação e sono (Sales et al., 2001).

A mastectomia pode gerar alterações na autoimagem e acarretar à mulher sentimentos de inferioridade e medo da rejeição. Além disso, pode repercutir na vida sexual da paciente, já que diante da situação essa se sente envergonhada, mutilada e sexualmente repulsiva (Wanderley, 2003). No entanto, Gandini (1995) verificou em estudo que a incidência de problemas sexuais não advém da doença ou mastectomia, ao contrário, o problema geralmente é anterior e está ligado a outros fatores.

Rossi e Santos (2003) perceberam em uma pesquisa que as mulheres que dispunham de uma relação afetiva sólida, não sofreram repercussões na vida sexual após a doença e tratamento, por outro lado, as mulheres que antes mesmo do adoecimento não estavam satisfeitas conjugalmente, sofreram drásticas mudanças na vida sexual.

Corroborado também por Ferreira (2007), todavia a autora também constatou em seu estudo, que a sexualidade dos casais participantes apresentou alterações, tendo a ferida cirúrgica como justificativa do afastamento sexual, porém a autora considera que o envelhecimento também pode ter influenciado esse afastamento, já que a amostra foi composta por casais mais velhos, com idade média de 62 anos.

A qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia parece depender do apoio social e familiar que a mulher recebe, da satisfação sexual, da possibilidade de realização de atividades de lazer e de voltar ao mercado de trabalho, e ainda da estrutura do ego. Além disso, outro fator que pode contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres é a reconstrução mamária, visando preservar a autoimagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual, e proporcionar um processo de reabilitação menos traumático (Almeida, 2006).

O relacionamento com o parceiro, baseado no apoio e segurança, é fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, podendo possibilitar o restabelecimento de sua autoconfiança e autoestima (Almeida, 2006). Entretanto, além do parceiro, outros familiares (pais, irmãos, filhos) e amigos são considerados fontes de apoio significativas, além da equipe de saúde, podendo auxiliar a paciente a enfrentar situações de estresse (Hoffmann et al., 2006a). No estudo realizado por Ferreira (2007), a rede de suporte foi composta principalmente pelos maridos e alguns familiares do casal.

Em estudo realizado por Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto e Gurgel (2009) sobre a qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres com câncer de mama, com 100 mulheres tratadas há pelo menos um ano, verificou-se que as mulheres com relacionamentos estáveis tiveram escores médios melhores que as sem relacionamento, tanto no domínio psíquico como no domínio de relações sociais. Quando comparadas em relação aos componentes intrínsecos (intimidade) e extrínsecos (atratividade) da sexualidade, as mulheres com relacionamentos estáveis tiveram escores melhores do que as sem relacionamento, tanto na intimidade como na atratividade, demonstrando que o apoio dos companheiros parece ter um peso importante na sexualidade da mulher. Verificou-se também que as mulheres submetidas à quadrantectomia ou à mastectomia com reconstrução imediata apresentaram melhores escores em relação à atratividade quando comparadas às mastectomizadas sem reconstrução e que o maior nível socioeconômico influenciou a qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente.

Sales et al. (2001) constataram em seu estudo com 50 mulheres tratadas por câncer de mama, que o relacionamento familiar e social após o diagnóstico e tratamento parece não ter mudado para mais da metade das mulheres. As que perceberam mudanças relatam que essas foram tanto positivas como negativas. Entre as mudanças positivas a atenção das pessoas foi relatada com maior frequência. Já as mudanças negativas estão relacionadas tanto a

dificuldades da paciente (depressão, isolamento, vergonha, diminuição do prazer sexual) como ao comportamento das outras pessoas (distanciamento, curiosidade, discriminação).

O estudo realizado por Ferreira (2007) sobre os sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino, com sete casais que permaneceram unidos na vivência dessa enfermidade, verificou que o compromisso assumido no casamento, bem como a não revelação dos sentimentos relacionados ao câncer de mama, experimentados por eles, possibilitou a manutenção do laço conjugal em meio à experiência da doença.

No mesmo estudo, Ferreira (2007) verificou que os casais vivenciaram a confirmação do câncer de mama com desesperança de resultados positivos, devido à associação do diagnóstico com a morte, sendo que esse inesperado diagnóstico também causou nos casais um grande susto, provocando neles sentimentos de revolta e ansiedade. Já na fase do tratamento, as formas de relacionamento apresentaram movimentos de aproximação, que foram mais presentes por parte dos maridos, que ficaram mais próximos das esposas devido à doença delas (os maridos ficavam mais em casa, passaram a conversar mais com as esposas não tratando diretamente sobre a doença, além de transportá-las para a realização do tratamento médico). No entanto, os maridos também apresentaram movimentos de afastamento em relação ao cuidado fornecido, já que eles não cuidavam diretamente das suas esposas, sendo esse fornecido por outras mulheres ligadas à família, entre outros.

De acordo com Silva e Santos (2008), as alterações físicas decorrentes do câncer de mama e de seu tratamento não se esgotam com a perda da mama. A limitação de movimento do braço homolateral à mama afetada demanda cuidados que devem ser incorporados ao cotidiano das mulheres como manter-se longe do calor do fogo ou evitar a exposição ao sol, não se machucar ou se cortar, não carregar peso, não fazer esforço ou movimentos repetitivos com o braço afetado. Tal limitação de movimento restringe a habilidade para os afazeres

domésticos, podendo provocar mal-estar e déficit de autonomia. Além disso, as pacientes podem desenvolver o linfedema que gera a necessidade de cuidados constantes a fim de que o desconforto do braço inchado e pesado não retorne alterando as atividades diárias. Algumas pacientes também podem apresentar sequelas da quimioterapia, como hipersensibilidade bucal ou aversão a determinados cheiros e alimentos associados ao período do tratamento, bem como, sequelas da radioterapia como a pele fina, pele grudada e queimadura de parte do pulmão, dificuldades sexuais advindas dos sintomas da menopausa induzida (secura vaginal) e do risco de engravidar.

Carvalho (2002) revelou em um levantamento sobre os termos utilizados em trabalhos de psico-oncologia que nas diversas etapas do processo do câncer os pacientes apresentam aspectos relacionados a três problemáticas, a saber: problemática intrapsíquica, que envolve ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança; problemática social, caracterizada pelo isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia; e, por fim, a problemática relacionada ao câncer, caracterizada pelo processo da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico. Diante disso, a autora evidencia a importância do apoio psicológico ao paciente oncológico.

Pode-se notar que as três problemáticas (intrapsíquica, social e relacionada ao câncer) apresentadas por Carvalho (2002) podem ser relacionadas, respectivamente, a três setores (afetivo-relacional, sociocultural e orgânico), da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), proposta por Ryad Simon. A EDAO será utilizada como instrumento neste trabalho e será melhor explicitada no decorrer do mesmo. Em termos gerais, pode-se dizer que a EDAO é um instrumento que avalia a adaptação segundo a adequação de quatro setores de funcionamento: afetivo-relacional (A-R), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or) (Simon, 1989).

Ainda considerando o estudo de Carvalho (2002), mencionado anteriormente, vale ressaltar a possibilidade de comprometimento do setor produtividade, uma vez que o adoecimento e tratamento podem trazer algumas limitações que poderão repercutir na ocupação exercida pela paciente.

Os sintomas relacionados ao câncer têm um forte impacto no funcionamento social da paciente, podendo limitar a retomada ao trabalho, independente de outros indicadores clínicos e pessoais, sendo a fadiga extrema e o cansaço os sintomas mais frequentes, perturbadores e difíceis de gerir no trabalho (Gandini, 2008, 2010; Kennedy, Haslam, Munir & Pryce, 2007; Spelten et al., 2003).

Gandini (2010) verificou em seu estudo que as consequências da mastectomia por câncer de mama e seus tratamentos, pré e/ou pós-cirúrgicos, têm repercussões no desempenho do trabalho, seja ele formal ou informal. Segundo a autora, tais consequências podem ser observadas em dois níveis: o primeiro que é relativo à própria pessoa refere-se ao cansaço, fadiga, dores, limitações em relação ao braço homolateral à cirurgia, prejuízo das habilidades motoras, dentre outras dificuldades; já o segundo é relativo ao desempenho no trabalho, além das faltas para consultas, exames e tratamentos.

O estudo realizado por Sales et al. (2001) verificou que antes do tratamento 98% das mulheres realizavam atividades domésticas e após o tratamento metade as reduziu ou as adaptou. As razões apontadas para a diminuição ou término das atividades foram: dor, orientação de não pegar peso, menor agilidade, discriminação, inchaço do braço, maior cuidado consigo mesma, filhos não deixaram trabalhar, idade, cirurgia e preocupação.

Segundo Gandini (2010), a perda da identidade ocupacional ou mudança de *status* tem sido apontada como uma das fontes de desequilíbrio de uma pessoa. Para a autora o declínio da qualidade do trabalho ou a impossibilidade de realização do mesmo, devido às prováveis

disfunções e aposentadoria por invalidez, podem impedir o retorno da pessoa ao nível de adaptação anterior à doença.

De acordo com Kennedy et al. (2007), durante ou após o tratamento do câncer, várias razões influenciam a decisão da paciente de retornar ao trabalho, entre as quais: a preocupação financeira, a sensação de bem-estar físico, bem como a natural decisão de retorno ao trabalho versus aposentadoria para aqueles que não se sentiam bem fisicamente. A responsabilidade, os sentimentos de lealdade ou fidelidade, as habilidades e performance para o trabalho também contam, além das expectativas próprias, dos patrões e dos colegas. Para alguns, o trabalho é visto como uma distração de suas doenças ou tratamentos e através dele recuperam o senso de normalidade. Ainda de acordo Kennedy et al. (2007), após o câncer houve mudança na percepção de alguns pacientes em relação ao trabalho, pois passaram a questionar sua relevância e prioridades, sendo que alguns relataram que tiveram menos ambição sobre o trabalho, já outros expressaram que queriam viver a vida plenamente.

No estudo realizado por Gandini (2010) a maioria das participantes precisou adaptar suas atividades de trabalho, pois suas habilidades e desempenho, quando comparados pelas mesmas ao período anterior ao câncer de mama, estavam prejudicados. Duas pacientes ao retornarem ao trabalho assumiram novas funções, com ascensão hierárquica em função compatível à capacidade delas. Outra paciente conseguiu aumento significativo na remuneração por seu negócio. Além disso, dez pacientes tiveram queda da remuneração, devido à licença médica ou aposentadoria por invalidez ou devido à desistência ou perda do emprego.

A qualidade de vida após o tratamento de câncer de mama foi avaliada por 82% das mulheres que participaram do estudo realizado por Sales et al. (2001) como boa ou ótima, atribuindo-a principalmente à saúde pessoal, fé em Deus, bom relacionamento familiar e social, mais valor à vida, entre outros. As demais participantes avaliaram sua qualidade de

vida como ruim ou regular, devido ao medo de recidiva, limitação das atividades, idade, problemas financeiros, entre outros.

O tratamento do câncer de mama pode ser vivenciado como responsável por alterações permanentes nas vidas das pacientes, pois mesmo com sua finalização, os incômodos persistem, demandando enfrentamento constante (Silva & Santos, 2008).

Mesmo após a retirada do tumor as representações de dor insuportável, de mutilações desfigurantes e de ameaça de morte podem não desaparecer, devido ao fantasma da recidiva e da metástase (Duarte & Andrade, 2003).

A incerteza quanto à doença, sua recorrência e disseminação metastática geralmente promovem um forte desgaste emocional nas pacientes e pode ser atenuado pela avaliação e acompanhamento psicológico (Almeida, 2006).

Segundo Silva e Santos (2008), as intercorrências do câncer de mama, entre elas a recidiva e a metástase, além de fazerem com que a mulher se depare com a possibilidade de enfrentar novamente o processo de tratamento e reabilitação, torna presente a extrema vulnerabilidade a que está exposta, acentuando ainda mais a proximidade com a finitude, despertando a paciente para questões existenciais, como o sentido da vida e o intocável enigma da morte. Entretanto para Spiegel (1990), até mesmo as pacientes com câncer de mama em estádio avançado podem se adaptar à situação ao reajustar suas metas, definindo prioridades reais e, com isso, viver uma vida melhor.

Percebe-se que no Brasil existem mais estudos relacionados aos aspectos psicológicos de mulheres com recidiva de câncer de mama que aos aspectos psicológicos de mulheres com metástase da doença. Percebe-se também que muitos desses estudos são realizados por profissionais da enfermagem e não da psicologia como era de se esperar. Entre os estudos relacionados à recidiva de câncer de mama podemos citar: “Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama” (Almeida, Mamede,

Panobianco, Prado & Clapis, 2001) e “Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença” (Pinho, Campos, Fernandes & Lobo, 2007), realizados por enfermeiras; bem como “Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica” (Peres, 2008), realizado por psicólogo.

Considerando que o presente estudo tem como foco as mulheres com metástase de câncer de mama, será dado um enfoque maior aos aspectos psicológicos quando da ocorrência de metástase.

2.2.1 Aspectos psicológicos de mulheres com metástase de câncer de mama

Muitas pesquisas têm focado sobre como lidar com o câncer de mama primário, mas pouco tem sido estudado sobre as necessidades e experiências de mulheres vivendo com a metástase de câncer de mama (Mayer, 2010).

De acordo com Warren (2010), o diagnóstico de metástase de câncer de mama pode ser frequentemente mais angustiante que o diagnóstico do tumor primário, pois indica que o câncer não é mais curável. Porém, relativamente pouco se sabe sobre as experiências das mulheres vivendo nessa condição, em comparação com aquelas com diagnóstico de câncer de mama primário.

Hudson, Aranda e McMurray (2001) observaram que nos estudos de pessoas com câncer avançado, o recrutamento e a retenção são notoriamente difíceis. No estudo realizado por Boonzaier et al. (2010) verificou-se que os principais motivos de mulheres com metástase de câncer de mama e seus parceiros recusarem a participação em pesquisa sobre intervenção de apoio psicoterápico foram: não considerarem a intervenção necessária, falta de interesse, tempo insuficiente, a doença da paciente e a distância de viagem. No estudo realizado por Aranda et al. (2005), a fadiga foi apontada como a principal razão para a não participação da

pesquisa. Em outro estudo realizado por Love, Grabsch, Clarke, Bloch e Kissane (2004) com o objetivo de comparar dois questionários de autoavaliação para identificação de depressão em mulheres com câncer de mama metastático, as razões mais relatadas para não participação na pesquisa, foram: estavam muito ocupadas, a saúde e a necessidade de tratamento, enfrentamento satisfatório. Já no estudo realizado por Butow, Coates e Dunn (2000), a razão de recusa mais citada foi estar se sentindo muito doente.

Em pesquisa realizada pelo Metastatic Breast Cancer Advocacy Working Group (2009), muitas mulheres com câncer de mama metástatico relataram sentimento de isolamento em relação à atenção, apoio e cuidados recebidos, em comparação com as mulheres com câncer de mama em estádio inicial. De acordo com a pesquisa, como as mulheres com metástase de câncer de mama estão vivendo por um período de tempo maior, programas e serviços específicos, têm se tornando cada vez mais importantes, uma vez que essas pacientes apresentam características e necessidades que diferem das demais pacientes com câncer de mama e até entre elas mesmas.

Amado, Lourenço e Deheinzelin (2006) realizaram um estudo prospectivo com 40 pacientes tratadas em um centro médico terciário, cujo objetivo foi avaliar a influência do tratamento oncológico na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama metastático. Os autores verificaram que a abordagem atual para o câncer de mama metastático, ou seja, quimioterapia, tratamento hormonal, radioterapia, cirurgia e suporte clínico, mostraram-se capazes de melhorar a qualidade de vida das pacientes, especialmente das que se apresentaram com sintomas secundários à doença de base ou com baixo desempenho. Tal melhora foi observada especialmente em relação à dor, funcionamento social e saúde mental. As pacientes que receberam mais de um tipo de tratamento conseguiram uma melhor qualidade de vida quando comparadas as que receberam apenas um único tipo. Sintomas de

ansiedade ou depressão foram observados em 26,2% das pacientes doze semanas após terem recebido o diagnóstico de doença metastática.

Em estudo realizado por Butler et al. (2009) com dois grupos de mulheres com câncer de mama metastático, comparando a dor ao longo de doze meses, o primeiro grupo (N=63) foi submetido à terapia de grupo utilizando a hipnose, bem como à intervenção educativa, já o segundo, considerado controle (N=61), foi submetido apenas à intervenção educativa. As mulheres do primeiro grupo mostraram diminuição significativa na intensidade da dor atual e sofrimento, comparado às mulheres do grupo controle.

Aranda et al. (2005) realizaram uma pesquisa com 105 mulheres com metástase de câncer de mama, com o intuito de investigar a qualidade de vida e as necessidades de apoio e de informação de mulheres urbanas com câncer de mama avançado. Foram utilizados dois questionários: *European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life* (EORTC QLQ-30) e *Supportive Care Needs Survey* (SCNQ). O estudo mostrou em relação ao estado de saúde global, que 26% das mulheres perceberam piora na qualidade de vida. Em relação à escala funcional, 30% das mulheres relataram dificuldades no desempenho de suas funções, 27% no funcionamento físico, 27% no funcionamento social, 14% no funcionamento emocional e 8% no funcionamento cognitivo. Em relação à escala de sintomas, 63% das mulheres apontaram a fadiga como o maior problema, 30% apontaram a dor, 26% a insônia, 16% a falta de apetite, 14% as dificuldades financeiras, 11% a constipação, 11% a dispneia, 10% náuseas e vômitos, e 6% a diarreia. Cabe aqui uma crítica aos autores por considerarem as dificuldades financeiras como pertencentes à escala de sintomas. Na verdade, as dificuldades financeiras podem ser consideradas consequências advindas dos sintomas citados anteriormente, uma vez que esses podem limitar a retomada ao trabalho conforme pesquisas realizadas por Gandini (2008, 2010), Kennedy et al. (2007), Spelten et al. (2003).

Aranda et al. (2005) também apontaram a preocupação pelo fato da dor e a insônia continuarem sendo problemas para algumas mulheres com câncer de mama avançado, já que são sintomas que poderiam ser controlados com medicamentos adequados. Para os autores, as razões subjacentes podem estar relacionadas com a falha do sistema de saúde para identificar e resolver estes sintomas.

Com relação às necessidades de apoio e informação, os domínios de informação em saúde e psicológico foram apontados pelas mulheres com maior nível de necessidade, em comparação aos domínios físico e da vida diária, assistência e suporte ao paciente e sexualidade. Entre as vinte maiores necessidades não atendidas, onze eram do domínio psicológico, sete do domínio de informação em saúde e dois do domínio físico e da vida diária. Isso não significa que essas mulheres não diferem em seu nível de necessidades não satisfeitas. O estudo demonstrou que existem três principais grupos de mulheres com diferentes perfis de necessidades em todos os cinco domínios: mulheres com um baixo nível de necessidades não satisfeitas em todos os domínios ($N=66$); mulheres com necessidades moderadas ou altas nos domínios psicológico e de informação em saúde ($N=26$); e mulheres com necessidades moderadas ou altas nos domínios físico e da vida diária e psicológico ($N=10$) (Aranda et al., 2005).

As necessidades não atendidas no domínio psicológico, relatadas pelas mulheres, foram: preocupação com as pessoas próximas (41%), incerteza quanto ao futuro (38%), receios sobre a deterioração física ou deficiência (34%), aprender a sentir-se no controle de sua situação (33%), temores sobre o câncer se espalhar (33%), preocupações sobre a capacidade das pessoas próximas para lutar (30%), temores sobre o câncer retornar (28%), alterações no estilo de vida habitual (27%), ansiedade em relação à algum tratamento (26%), tirar o máximo proveito do seu tempo (26%) e preocupação que os resultados dos tratamentos estavam além de seu controle (24%) (Aranda et al., 2005).

No domínio de informação em saúde as necessidades não atendidas foram: informações sobre as coisas que podiam fazer para ajudar a si mesmo (41%), um profissional do hospital com quem pudesse conversar (32%), informações sobre a evolução do câncer, se estava sob controle ou diminuindo (32%), informações sobre os resultados dos exames logo que possível (31%), informações sobre os benefícios e efeitos colaterais dos tratamentos (28%), explicações sobre os exames (26%) e acesso ao aconselhamento profissional quando necessário, para a paciente, familiar e amigos (26%) (Aranda et al., 2005).

E, por fim, os problemas apontados no domínio físico e da vida diária foram: a dor (28%) e o fato de não ser capaz de fazer coisas que costumava fazer antes (25%) (Aranda et al., 2005).

Em termos de serviços e recursos necessários, as cinco maiores necessidades não atendidas foram: estacionamento fácil no hospital ou clínica (33%), subsídio financeiro para as despesas com a viagem, tratamento ou equipamento (18%), queda de serviços de aconselhamento (17%), suporte telefônico e serviço de orientação de câncer vinte e quatro horas (17%) e grupos de relaxamento (16%) (Aranda et al., 2005).

Mayer (2010) apresentou as conclusões de dois inquéritos que exploraram as necessidades de informação, apoio emocional, prestação de serviços, percepções e atitudes das mulheres com câncer de mama metastático: o primeiro, referente a uma avaliação on-line com 618 mulheres com metástase de câncer de mama e o segundo referente a uma pesquisa global com 1.342 mulheres com metástase de câncer de mama. Os resultados revelaram que as necessidades mais urgentes são de informações úteis, precisas e detalhadas sobre a sua doença, sobre os tratamentos padrões e emergentes e sobre as maneiras de lidar com os efeitos colaterais e os sintomas.

Em pesquisa realizada por Vilhauer (2008) com o objetivo de investigar as experiências de mulheres diagnosticadas com câncer de mama metastático (N=14), verificou-

se que as experiências de *distress* diziam respeito à imagem corporal, ao declínio de aspectos de sua vida sexual e à preocupação sobre os efeitos do estresse na sua doença. O estresse que preocupava essas mulheres vinha do medo de morrer, do medo da progressão e debilidade da doença, da perda de seu futuro e de preocupações práticas. De acordo com o autor, as mulheres também são suscetíveis a sofrer um declínio em suas atividades diárias após o diagnóstico de metástase e podem se tornar menos ativas por causa dos sintomas físicos da doença e efeitos colaterais dos tratamentos, da medicalização, do seu estilo de vida, do seu desejo de evitar situações estressantes, das limitações impostas pelo seu mundo social e da necessidade de manter os benefícios de sua incapacidade. Segundo Badr, Laurenceau, Schart, Basen-Engquist e Turk (2010), as mulheres com metástase de câncer de mama experimentam altos níveis de *distress* e dor.

Embora as mulheres frequentemente necessitem de suporte emocional e material, depois do diagnóstico de metástase, o suporte social pode diminuir, tanto porque as mulheres têm dificuldade em se abrir sobre as dificuldades que enfrentam, bem como, porque as respostas dos outros não são adequadamente de suporte. O *distress* e o declínio nas atividades diárias e no suporte social podem se alimentar uns dos outros para criar um círculo vicioso (Vilhauer, 2008).

Warren (2010) apresentou os resultados de uma revisão e análise secundária dos dados publicados sobre as experiências de mulheres com metástase de câncer de mama, utilizando as ferramentas do programa de habilidades de análise crítica para identificar e analisar documentos adequados, bem como o método comparativo constante como um meio de identificação de eventuais grandes temas dominantes ou emergentes da literatura sendo que os principais temas que emergiram foram: a incerteza, a falta de controle e o pobre funcionamento emocional.

Turner, Kelly, Swanson, Alisson e Wetzig (2005) realizaram uma pesquisa com o objetivo de traçar as principais preocupações emocionais de mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama recorrente ou metastático. Participaram do estudo 66 mulheres, sendo que dessas 13 tinham sido diagnosticadas com recidiva local e 53 tinham sido diagnosticadas com metástase de câncer de mama. Foram encontrados altos índices de morbidade psicológica, sintomas intrusivos e de esquiva, e sintomas psicológicos (tristeza, nervosismo, irritação, preocupação, dificuldade para dormir e de concentração) entre as mulheres com menos de 55 anos (N=37), quando comparadas às mulheres acima dos 55 anos (N=29).

O estudo demonstrou também que tanto as mulheres com menos de 55 anos como as com mais de 55 anos apresentaram escores mais altos em relação aos sintomas físicos que aos sintomas psicológicos. No geral, os sintomas mais comuns foram: sentir-se triste (60,3%), falta de energia (45,2%), sudorese (42,5%), sentir-se irritada (41,1%), tosse (39,7%), sentir-se nervosa (38,4%), falta de apetite (35,6%), boca seca (34,3%), dor (32,9%); seguido igualmente por náusea, sensação de sonolência, preocupação, prisão de ventre e aparência (31,5%). Outros sintomas por frequência foram: inchaço dos braços/pernas (24,7%); dormência, sensação de inchaço, tonturas e mudança no paladar (todos 20,6%), problemas sexuais (19,2%), dificuldade para dormir e perda de cabelo (ambos 17,8%), dificuldade de engolir (15,1%), diarreia (13,7%), problemas com a micção, feridas na boca e perda de peso (todos 11,0%), falta de ar (9,6%), vômitos (5,5%) e dificuldade de concentração (1,4%) (Turner et al., 2005).

Ainda de acordo com o estudo de Turner et al. (2005), os principais temas que emergiram durante as entrevistas foram: dificuldades na comunicação com os médicos, o atraso percebido no diagnóstico, o impacto emocional, as preocupações com a família, os sentimentos sobre o porquê desenvolveram o câncer, outros estresses e traumas, e o uso de

tratamentos não prescritos (52% das mulheres relataram utilizar vitaminas, ervas ou outros suplementos, além disso, 13,4% relataram que já tinham procurado um naturopata).

Em relação às dificuldades na comunicação com os médicos, 61,2% das mulheres disseram que gostariam de ver mudanças na comunicação com os médicos, sendo que o modo como o diagnóstico de metástase de câncer de mama foi tratado era uma fonte de raiva e insatisfação para muitas pacientes. Dentre as participantes do estudo, 21 das 37 mulheres com idade inferior a 55 anos relataram raiva ou insatisfação com a forma como o diagnóstico de doença metastática foi comunicado, ao mesmo tempo, de 29 mulheres com idade acima de 55 anos, apenas nove relataram raiva ou insatisfação semelhante (Turner et al., 2005).

Em relação ao impacto emocional, 32,8% das mulheres relataram que a incerteza era uma das coisas mais difíceis em se ter metástase de câncer de mama. A perda da independência também foi frequentemente descrita por 31,3%. Algumas mulheres relataram mudanças no funcionamento diário, devido à falta de energia, que prejudicaram a capacidade de se envolverem em atividades que pretendiam prosseguir, além das mudanças no *status* de trabalho. Para 35,8% das mulheres, o impacto emocional da família foi uma das coisas mais difíceis (Turner et al., 2005).

Já em relação ao atraso percebido no diagnóstico, 41,5% das mulheres relataram que não tinha ocorrido um atraso entre o relato de sintomas e a ação que levou ao diagnóstico de metástase. Várias mulheres afirmaram que haviam sido "enganadas", pois se apresentaram com sintomas que foram mais tarde confirmados como ocorridos devido à metástase de câncer. A preocupação de que o câncer tinha se espalhado por causa de uma demora no diagnóstico foi levantada por 25,4% das mulheres, muitas das quais se sentiram traídas pela falha no diagnóstico (Turner et al., 2005).

Para Aranda et al. (2005), diante de uma doença incurável é fundamental que as necessidades psicossociais e de informações da paciente sejam atendidas, a fim de contribuir para a otimização da qualidade de vida.

Aranda et al. (2006) com o intuito de examinar a eficácia de intervenções breves para a satisfação das necessidades individuais de mulheres com câncer de mama avançado, realizaram um estudo com uma amostra de 105 mulheres com metástase de câncer de mama, divididas em dois grupos aleatórios e controlados: grupo de cuidados habituais ($N=46$) e grupo de intervenção ($N=59$). As intervenções breves foram realizadas com objetivo de desvendar as principais preocupações das mulheres, para fornecer informações relevantes, promover atividades de gestão do autocuidado em relação aos sintomas e encaminhar para um apoio adequado, sendo que os problemas mais discutidos nesse grupo estavam relacionados às questões familiares (31%), problemas relacionados com o tratamento (31%), fadiga e dificuldades para dormir (29%), dor (22%), preocupações financeiras (20%) e perda da independência (13%). Em geral, houve um declínio da qualidade de vida das mulheres ao longo do estudo, isto não é surpreendente entre um grupo de pessoas com câncer avançado. No entanto, houve melhora no funcionamento físico após 3 meses de seguimento, em ambos os grupos. Isso pode ser explicado pela identificação e controle dos sintomas físicos pela equipe. De fato, há evidências de que sintomas físicos são mais susceptíveis de serem geridos que os de natureza psicossocial. Os autores concluem que apesar de nesse estudo a intervenção breve não ter conseguido produzir melhorias na qualidade de vida global e nem a redução das necessidades das mulheres, essa abordagem sistemática tem potencial para avaliar e satisfazer tais necessidades, porém são necessárias algumas adaptações, como o aumento do número de sessões, entre outros (Aranda et al., 2006).

Vilhauer (2009) em pesquisa sobre os benefícios dos grupos de apoio on-line para mulheres com metástase de câncer de mama, em uma amostra de 20 mulheres, verificou que

embora a maioria das participantes tenha relatado que se beneficiava de alguma forma dos grupos e que eram capazes de discutir sobre muitas preocupações livremente, demonstraram dificuldades para discutir a morte e o morrer.

Em estudo realizado por Vilhauer (2011) sobre as experiências de mulheres com metástase de câncer de mama em grupos de apoio a pacientes em estádios mistos e específicos da doença, percebeu-se a partir dos resultados que, em geral, os grupos específicos são mais úteis para as mulheres com metástase de câncer de mama que os grupos mistos. Nas grupos mistos as entrevistadas não receberam apoio e descreveram sentimentos silenciados, marginalizados e desamparados, pois as sobreviventes de câncer de mama primário tinham medo frequente de enfrentar a ideia da metástase. Já nos grupos específicos, as entrevistadas conseguiram falar abertamente e foram compreendidas pelas outras mulheres, também com metástase de câncer de mama, com as quais se identificavam. Além disso, tornaram-se mais informadas sobre questões relacionadas à sua doença, além de perceberem que apesar da metástase as outras mulheres viviam bem, o que as fez sentir mais esperançosas. De acordo com o estudo, as entrevistadas consideraram que suas experiências eram muito diferentes das experiências de mulheres com câncer de mama primário, devido às diferenças de prognósticos.

Kissane et al. (2004) realizaram um estudo comparativo entre as mulheres com câncer de mama em estádio inicial ($N=303$) e estádio avançado doença ($N=200$), com o objetivo de avaliar as diferenças entre a morbidade psicossocial dessas mulheres. Os resultados demonstraram que entre as mulheres com câncer de mama em estádio inicial, 36,7% tinham transtornos de humor, 9,6% sofriam de depressão maior e 27,1% de depressão menor. Na amostra de mulheres com metástase, 31% tinham transtornos de humor, 6,5% sofriam de depressão maior e 24,5% com depressão menor. Os transtornos de ansiedade estavam presentes em 8,6% das mulheres com câncer em estádio inicial e em 6% das mulheres com

doença avançada. A fadiga, o histórico de depressão, atitudes cognitivas de desesperança, desamparo ou renúncia, foram significativamente associados com a depressão em ambos os grupos. No estudo, as mulheres com câncer metastático mostraram-se significativamente menos angustiadas pela perda de cabelo, porém mais insatisfeitas com a imagem corporal e com maior incidência de linfedema e afrontamentos do que as mulheres com câncer em estádio inicial.

De acordo com Mosher e Duhamel (2010), poucos estudos têm utilizado instrumentos de rastreamento rápido para documentar a prevalência de *distress* entre as pacientes com câncer de mama metastático, diante disso as autoras utilizaram em seu estudo o *Distress Thermometer* para avaliar o *distress* dessa população e a necessidade de intervenção psicossocial. Os resultados do estudo apontaram a alta prevalência de *distress* e problemas de sono e fadiga entre os subgrupos demográficos e médicos das pacientes com câncer de mama metastático.

Butow et al. (2000) replicaram uma pesquisa com pacientes com metástase de melanoma em mulheres com metástase de câncer de mama (N=99), cujo objetivo foi investigar os preditores psicossociais e sobrevida. Dentre os resultados encontrados, serão apresentados apenas os que tratam de qualidade de vida. Os autores verificaram que as pacientes com metástases no fígado, pulmão ou pleura sobreviveram menos que aquelas com metástases em outros sítios. Além disso, verificaram que as pacientes mais velhas e aquelas com melhor apetite, viveram por um tempo menor. Possivelmente o melhor apetite estava associado à obesidade ou ingestão de gordura na dieta. Ainda de acordo com os autores, as pacientes que minimizaram o impacto do câncer em suas vidas profissionais, sociais e familiares e não consideravam a doença como a causa substancial de ansiedade ou *distress*, sobreviveram mais tempo, sugerindo que a minimização pode ter um impacto geral sobre a

progressão do câncer. Nesse estudo, as mulheres com pontuação alta no fator minimização do impacto do câncer não negaram que tinham a doença, nem a possibilidade de morte.

Em relação à pesquisa mencionada anteriormente, Butow et al. (2000) verificaram que as mulheres que minimizaram o impacto da doença, tinham menos metástases em linfonodos, receberam mais terapia hormonal e menos quimioterapia nos últimos três meses e relataram melhor qualidade de vida. Tais informações levaram os autores a alguns questionamentos: 1) a doença poderia ser menos agressiva e as pacientes estariam experimentando menos sintomas e efeitos colaterais, portanto, o câncer não afetava tanto suas vidas; 2) o papel de minimização e outros fatores psicossociais como preditores significativos de sobrevivência limitavam-se às pacientes com melhor prognóstico, sendo que no grupo de pior prognóstico, os indicadores médicos poderiam ter desempenhado um papel mais poderoso; ou 3) a minimização do impacto do câncer como uma resposta psicológica teve um efeito direto sobre o processo da doença, sendo que possíveis mecanismos poderiam ter influenciado no funcionamento neuroendócrino, no comportamento de saúde e na capacidade de obter apoio social positivo e evitar a depressão.

Okamura et al. (2000) realizaram estudo com pacientes com metástase de câncer de mama após receberem informações pelos seus médicos, com o objetivo de investigar o efeito da compreensão da própria doença na sobrevida dessas pacientes. Os autores verificaram que as pacientes que apresentaram uma melhor compreensão sobre sua doença, tiveram sobrevida maior que as pacientes que tiveram uma pior compreensão da doença, entretanto, outros fatores psicossociais ou comportamentais podem ter contribuído para a sobrevida. Diante disso sugeriram a realização de outros estudos para esclarecer a natureza exata dessa relação.

Sephton, Koopman, Schaal, Thoresen e Spiegel (2001) realizaram uma pesquisa exploratória que analisou as relações entre espiritualidade e função imunológica em 112 mulheres com câncer de mama metastático. A espiritualidade foi avaliada pelo relato da

paciente sobre a frequência de participação em serviços religiosos e a importância da expressão religiosa ou espiritual. Os resultados demonstraram a associação entre a maior espiritualidade e o aumento das defesas do organismo.

Caplette-Gingras e Savard (2008) realizaram uma revisão da literatura disponível sobre a depressão em mulheres com câncer de mama metastático, em relação à predominância, potenciais fatores de risco e consequências, assim como as intervenções farmacológicas e psicológicas. Os autores verificaram na literatura que parece haver um elevado predomínio de depressão em pacientes com metástase de câncer de mama. Verificaram também que muitos fatores demográficos, médicos e psicossociais podem aumentar o risco das mulheres desenvolverem sintomas depressivos durante sua doença, sendo que os dados disponíveis sugerem que deve ser dada atenção especial às mulheres que apresentam certas características, como: metástases viscerais, graves sintomas físicos, fraco apoio social e antecedentes de depressão. Além disso, os autores perceberam na literatura que mesmo que a depressão pareça estar associada a inúmeras consequências negativas, ainda continua subdiagnosticada e subtratada, sendo destacada a necessidade de se oferecer tratamento para mulheres com câncer de mama metastático que sofrem de depressão. Entre os tratamentos, a literatura aponta que a farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental estão associadas à diminuição dos sintomas de depressão nessa população.

Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel e Spiegel (2000) realizaram um estudo com uma amostra de 125 mulheres com metástase de câncer de mama, dentre as quais 48 compuseram uma subamostra em que também participaram os seus companheiros. O estudo examinou as perturbações do humor entre mulheres com metástase de câncer de mama em relação ao estado civil, a qualidade da relação, bem como o enfrentamento e as perturbações de humor dos companheiros. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre as pacientes com ou sem companheiros, em relação às perturbações do

humor. Mostraram também que as pacientes que apresentaram menor *distress*, tiveram sua relação avaliada com maior união e capacidade de comunicação de dificuldades e conflitos, além disso, seus companheiros foram avaliados com menor perturbação do humor. Uma possível implicação desses resultados nas relações em que uma mulher tem câncer metastático é que ela pode se beneficiar da comunicação aberta de dificuldades e conflitos. Além disso, os autores sugerem que o alívio do *distress* dessas pacientes pode ser melhor alcançado pelo foco no relacionamento do casal, em vez de seu enfrentamento individual.

Badr et al. (2010) realizaram uma pesquisa com 57 mulheres com metástase de câncer de mama e seus companheiros, com o objetivo de avaliar o impacto da dor nos relacionamentos entre os casais. Nesse estudo as mulheres e seus companheiros relataram uma maior interferência no relacionamento quando as pacientes experimentavam mais dor e desânimo, ou seja, apresentavam-se mais cansadas, com menos energia, menos ativas. Os companheiros não responderam diretamente à dor das mulheres, fornecendo o apoio emocional ou físico, no entanto, eles eram mais propensos a fornecer esse apoio quando suas companheiras apresentavam-se mais cansadas e menos ativas, em consequência da dor. Os resultados sugerem que a dor pode influenciar os relacionamentos dos casais através de seus efeitos adversos no humor diário da paciente. Sugerem também que os companheiros possam basear seu apoio na percepção dos efeitos adversos da dor sobre o humor das mulheres.

Palesh et al. (2007) investigaram a história de eventos estressantes ou traumáticos em uma amostra de 94 pacientes com metástase ou recorrência de câncer de mama, com o objetivo de verificar se existia associação entre esses eventos com a aceleração da progressão do câncer de mama. Os resultados do estudo demonstraram que cerca de 42% das mulheres da amostra julgaram ter experimentado um ou mais eventos traumáticos, 28,7% relataram apenas eventos estressantes. Comparações revelaram um intervalo livre da doença significativamente maior entre as mulheres que não relataram eventos traumáticos ou

estressantes, em comparação com aqueles que tiveram um ou mais eventos estressantes ou traumáticos.

De acordo com pesquisa realizada por Butler et al. (2003) com pacientes com metástase de câncer de mama, com a proximidade da morte, pode haver um aumento significativo do *distress* e da dor e uma diminuição significativa no bem-estar. Segundo os autores, as observações clínicas sugerem que o aumento do *distress* dessas pacientes pode estar relacionado, em parte, à experiência de deterioração do funcionamento físico, ao conhecimento da recorrência ou progressão da doença, bem como à antecipação de futuras incapacidades, perdas e da própria morte.

A possibilidade de morte pode ser vivenciada por pacientes com metástase de câncer de vários modos: de forma implícita em seu dizer, como um processo natural, vivido na impessoalidade, no sentido de que todos morrem um dia, o que implica considerar a morte do outro, e de forma explícita, trazendo à tona a certeza do próprio morrer, aceitando a condição de ser-finito (Trincaus & Corrêa, 2007).

Para avaliar a eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama será utilizada a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), segundo as duas propostas de avaliação, EDAO e EDAO/R. A EDAO mostrou-se um instrumento sensível para diagnosticar e acompanhar as variações da eficácia adaptativa de mulheres com câncer de mama e com metástase de câncer de mama (Gandini, 1995; Gandini, Silva, Barros & Souza, 1997). Tal escala será descrita a seguir.

3 ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) começou a ser desenvolvida por Ryad Simon, em 1970, visando facilitar a triagem da população universitária, com vistas à implementação de um programa de prevenção de distúrbios mentais. O autor considerava que a maior parte dessa população estava dentro da concepção de “normalidade”, portanto, não poderia ser avaliada pelas escalas psiquiátricas consideradas, por ele, inadequadas para fins de prevenção (Simon, 1997). Diante disso, criou seu próprio instrumento, “uma escala diagnóstica que permite com brevidade fazer um levantamento da população e organizar providências para seu atendimento conforme a classificação atribuída a cada indivíduo” (Simon, 1989, p.13). Segundo o autor, a EDAO não foi proposta para substituir as categorias diagnósticas tradicionais, mas sim para preencher a necessidade de abreviar a avaliação do indivíduo para uma rápida providência preventiva (Simon, 1989).

A EDAO tem como princípio norteador o critério adaptativo, sendo a adaptação considerada como o “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (p. 14). A adaptação é avaliada segundo a adequação. O autor define o conceito de adequação como “conjunto de respostas que o sujeito apresenta para a satisfação de suas necessidades” (p. 16). A resposta adequada precisa atender a três condições: solucionar o problema, trazer satisfação para o indivíduo e não provocar conflitos intrapsíquicos e/ou socioculturais. No entanto, a resposta também poderá ser classificada como: pouco adequada, se o indivíduo apresentar uma solução para determinado problema que não lhe satisfaça e não provoque conflitos intrapsíquicos e/ou socioculturais ou apresentar uma solução para determinado problema que lhe satisfaça, mas provoque conflitos intrapsíquicos e/ou socioculturais, ou mesmo, pouquíssimo adequada se a solução encontrada é insatisfatória e ainda provoca conflitos intrapsíquicos e/ou socioculturais. O autor atribuiu

para o cumprimento de cada um dos requisitos um sinal positivo (+). Assim, para uma resposta adequada registra-se (+++), para uma pouco adequada (++) e para pouquíssimo adequada (+) (Simon, 1989).

De acordo com Simon (1989) a adaptabilidade geral pode ser apreciada segundo quatro setores de funcionamento:

1 - Afetivo-Relacional (A-R): compreendendo os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante;

2 – Produtividade (Pr): relacionada ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, mesmo de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado;

3 - Sociocultural (SC): abrangendo os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive;

4 – Orgânico (Or): compreendendo o estado e funcionamento do organismo do sujeito, bem como seus sentimentos e ações em relação ao próprio corpo. (p. 20).

Ao analisar as respostas dos sujeitos nos quatro setores, a adaptação será considerada eficaz (Grupo I) quando o conjunto de respostas nos quatro setores for considerado adequado, equivalendo a 12 pontos na escala ordinal, proposta por Pellegrino-Rosa (1986) e que será apresentada no decorrer desse capítulo. Quando em um dos setores o conjunto de respostas for pouco adequado ou pouquíssimo adequado, a adaptação será não eficaz, podendo ser do tipo moderada ou severa. A adaptação não eficaz moderada (Grupo III) ocorre quando se obtém respostas pouco adequadas em qualquer setor e respostas adequadas nos demais, equivalendo a 9, 10 e 11 pontos na escala ordinal ou respostas pouco adequadas em todos os setores, equivalendo a 8 pontos na escala ordinal, ou ainda uma avaliação pouquíssimo

adequada em qualquer setor e adequada nos demais, equivalendo a 10 pontos na escala ordinal. No caso da adaptação somar 8 pontos é necessário verificar os critérios de Simon (1989), pois a pessoa poderá obter avaliação adequada (3 pontos) em um setor, pouquíssimo adequada (1 ponto) em outro setor e pouco adequada (2 pontos) nos outros dois setores. Nesse caso a adaptação será considerada não eficaz severa. A adaptação não eficaz severa (Grupo V) ocorre quando se obtém uma avaliação pouquíssimo adequada em um setor e uma ou mais pouco adequadas nos outros setores ou também duas ou mais pouquíssimo adequadas, equivalendo a 4, 5, 6, 7 ou 8 pontos na escala ordinal (Simon, 1989).

Além disso, mesmo pertencendo a qualquer um dos três grupos acima, o indivíduo pode estar enfrentando dificuldades atuais em qualquer um dos quatro setores, sendo classificado como estando em crise. Dessa forma, para cada classificação principal, corresponde outra para crise: adaptação eficaz em crise (Grupo II), adaptação não eficaz moderada em crise (Grupo IV) e adaptação não eficaz severa em crise (Grupo VI), totalizando seis classificações possíveis. Uma situação de crise é caracterizada quando o indivíduo não consegue solucionar o problema, inexistindo prazer e coerência. No entanto, a crise só dura por algum tempo, pois provoca uma tensão crescente e diante disso, o indivíduo para aliviar-se, chega a alguma solução, classificável dentro dos três tipos de adequação já mencionados anteriormente (Simon, 1989).

De modo geral, pode-se encontrar uma correspondência aproximada entre as classificações nosológicas clássicas e a classificação baseada na eficácia adaptativa. Dessa forma, ao Grupo I, adaptação eficaz, corresponderia os diagnósticos de normalidade, além dos casos ligeiramente neuróticos e traços de personalidade esparsos. Ao Grupo III, adaptação não eficaz moderada, corresponderia os diagnósticos de neuroses de moderada intensidade e distúrbios de personalidade com alguma flexibilidade. Ao Grupo V, adaptação não eficaz severa, corresponderia os quadros de neuroses graves, distúrbios de personalidade

muito rigidamente estruturados, casos limítrofes e psicóticos em fase não aguda (Simon, 1989).

A classificação da eficácia adaptativa da pessoa ocorre a partir da análise da adequação das respostas dadas pelo paciente na entrevista clínica preventiva, aos temas propostos, de acordo com os quatro setores de funcionamento, sendo que após a análise de cada setor passa-se para a classificação geral da adaptação. Na entrevista clínica preventiva o entrevistador procura o paciente, em vez de ser procurado por ele, como ocorre na entrevista clínica tradicional (Simon, 1989).

Simon (1989) recomenda que se inicie a entrevista clínica preventiva pelos setores menos íntimos ou menos ansiogênicos, quando essa precisar ser dirigida. Os setores produtividade e sociocultural, em geral, são considerados menos ansiogênicos que os setores orgânico e afetivo-relacional. Assim, a sugestão é que se inicie indagando sobre estudos, trabalho, motivações, aspirações e desempenho atual. Em seguida, abordar preferências e aversões no ambiente sociocultural, bem como sobre as principais atitudes diante das estruturas e valores e as ligações com grupos ou pessoas menos íntimas. Seguir com o relato sobre o setor orgânico, que envolve cuidados corporais, alimentação, sono, existência de patologias, deficiências e limitações físicas, além das necessidades sexuais. O setor afetivo-relacional, geralmente, é o último a ser abordado e o entrevistador deve dar especial atenção à comunicação não-verbal (expressão facial, gestos, ruborização, palidez, tremores) e aos aspectos expressivos da comunicação verbal (tom de voz, ritmo, hesitações, titubeios, gagueira). Pode-se começar pelo relacionamento com amigos, pessoas com vinculação afetiva menos estreita e com os irmãos, primeiro no passado e depois no presente. Depois, direcionar-se para o relacionamento com os pais, na infância e atualmente. E finalizar com o relacionamento amoroso (Simon, 1989).

Segundo Gandini (1995):

A qualidade da adaptação dependerá tanto da prévia configuração adaptativa da personalidade, quanto da influência presente de fatores e microfatores, positivos e negativos. Em caso de equilíbrio entre os fatores e microfatores (internos e externos, positivos e negativos), ocorre a “adaptação estável” da pessoa, denominado equilíbrio adaptativo, caso haja crise ou deterioração no processo adaptativo a pessoa, em geral, é levada a buscar novos recursos para seu reequilíbrio, com vistas a restabelecer sua homeostase. (pp. 9-10).

Os fatores (F) são compreendidos como circunstâncias externas ou internas ao sujeito que sacodem drasticamente a estabilidade adaptativa, levando a mudanças bruscas e permanentes nos padrões de adaptação do sujeito. Já os microfatores (MF) são aqueles fatores externos ou internos que operam cumulativamente, positiva ou negativamente, provocando em longo prazo mudanças no sentido do aumento ou da redução da eficácia adaptativa (Simon, 1989). Yoshida (1984), com assessoria de Ryad Simon, organizou um quadro de fatores e microfatores, positivos e negativos, com o objetivo de prever a variação da adaptação em uma amostra de estudantes da Escola Paulista de Medicina, após anos de realização do diagnóstico adaptativo. Tratava-se de uma tabela específica para a população de estudantes. Após alguns anos Gandini (1995) adaptou a tabela para a população de mulheres com câncer de mama, ampliando a compreensão dos fatores e microfatores para referida população.

A EDAO funciona como um esquema de referência do psicólogo para a condução de entrevistas diagnósticas, tanto de caráter preventivo, quanto curativo e promotores de saúde. Pode-se dizer que houve mudanças na escala, desde a sua origem até os dias atuais, que permitiram a avaliação quantitativa da eficácia adaptativa, além da análise qualitativa que já era realizada. A transformação dos símbolos em escala ordinal ofereceu aos usuários da EDAO a possibilidade de avaliar a eficácia adaptativa em relação a um determinado grupo

e/ou em relação a intergrupos de indivíduos, auxiliando o profissional na elaboração de projetos de intervenção psicológica para populações específicas. Já a análise qualitativa proporcionada, permite um olhar cuidadoso a respeito do funcionamento psíquico de indivíduos que enfrentam diferentes situações (Heleno, Vizzotto & Bonfim, 2007).

Em 1986, Pellegrino-Rosa transformou os símbolos (+++), (++) e (+), propostos por Simon (1989) para avaliação da adaptação, em escala ordinal, 3, 2 e 1, respectivamente, e com isso possibilitou estudos estatísticos com a EDAO, contribuindo para as análises quantitativas e qualitativas (Pellegrino-Rosa, 1986). No entanto, Gandini et al. (1997) e Costa Rosa (1997) verificaram contradições no critério de quantificação proposto por Pellegrino-Rosa. Costa Rosa (1997) sugeriu outra forma de quantificação, utilizando pontuação variada, conforme a adequação apresentasse ou não conflito. Segundo Simon (1997), Kayoko Yamamoto também encontrou contradições na versão de Costa Rosa. Diante disso, Simon começou a refletir sobre uma solução viável para a quantificação, que não apresentasse discrepâncias.

Gandini (1989) contribuiu para o aprofundamento da EDAO através da construção de um questionário baseado na escala, denominado Q'DAO, e a partir desse verificou que os fatores mais centralizados da EDAO estavam relacionados ao setor afetivo-relacional.

A partir da experiência com a utilização da EDAO e da ponderação dos quatro setores de funcionamento do organismo, Simon escreveu um artigo reconhecendo a posição central dos setores afetivo-relacional e produtividade no conjunto da adaptação (Simon, 1996, 1997). Em 1997, propôs uma nova forma de quantificar os dados na EDAO e sugeriu sua redefinição, avaliando quantitativamente apenas os setores afetivo-relacional e produtividade. Segundo essa redefinição, os outros dois setores, sociocultural e orgânico, são considerados apenas em uma análise qualitativa, juntamente com os setores afetivo-relacional e produtividade, assim como na primeira proposta, EDAO. De acordo com o autor, o prejuízo

na adequação dos setores sociocultural e orgânico estaria implícito nos setores afetivo-relacional e produtividade, bastando aferir somente esses dois (Simon, 1997, 1998). A redefinição da EDAO foi denominada por Yoshida (1999) com a sigla EDAO-R. Gandini (2010)¹ também sugeriu uma nova denominação para discriminar o método e os novos valores utilizados para a EDAO redefinida, acrescentando-se uma barra acompanhada da letra R maiúscula, como a seguir: EDAO/R, A-R/R e Pr/R.

Tal redefinição levou a uma classificação diferente da original, resultando em cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: adaptação eficaz (Grupo 1), adaptação ineficaz leve (Grupo 2), ineficaz moderada (Grupo 3), ineficaz severa (Grupo 4) e ineficaz grave (Grupo 5). Quando há crise utiliza-se o “C” após a classificação principal, não existindo grupos específicos para a pessoa em crise. No setor afetivo-relacional, a resposta adequada recebe 3 pontos, pouco adequada 2 pontos e pouquíssimo adequada 1 ponto. No setor produtividade, a resposta adequada recebe 2 pontos, pouco adequada 1 ponto e pouquíssimo adequada 0,5 ponto. Em seguida, somam-se os pontos obtidos nos dois setores. É considerada adaptação eficaz quando a adequação das respostas resulta em 5 pontos; adaptação ineficaz leve quando resulta em 4 pontos; ineficaz moderada quando resulta entre 3 e 3,5 pontos; ineficaz severa quando resulta entre 2 e 2,5 pontos; e ineficaz grave quando resulta em 1,5 ponto. Na EDAO-R, o autor já utiliza a escala ordinal, facilitando estudos estatísticos (Simon, 1997, 1998).

Para facilitar o entendimento clínico da EDAO-R, o autor apresenta uma classificação descritiva fenomenológica correspondente a cada grupo diagnóstico, sendo assim, o Grupo 1, adaptação eficaz, corresponderia à personalidade “normal”, com raros sintomas neuróticos ou

¹ Neste trabalho, em todas as considerações da autora, será utilizada a denominação proposta por Gandini (2010), como a seguir: EDAO/R, A-R/R e Pr/R.

caracterológicos. O Grupo 2, adaptação ineficaz leve, corresponderia aos sintomas neuróticos brandos, com ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições. O Grupo 3, adaptação ineficaz moderada, corresponderia a alguns sintomas neuróticos, com inibição moderada e alguns traços caracterológicos. O Grupo 4, adaptação ineficaz severa, corresponderia aos sintomas neuróticos mais limitadores, com inibições restritivas e rigidez de traços caracterológicos. E, por fim, o Grupo 5, adaptação ineficaz grave, corresponderia às neuroses incapacitantes, bordelines, psicóticos não agudos, com extrema rigidez caracterológica (Simon, 1997).

De acordo com Simon e Yamamoto (2009) a EDAO, a partir de sua redefinição, passou a ser chamada de EDAO-R, podendo ser usado o termo EDAO-R ou EDAO, como é mais conhecida. Tal fato também foi percebido em estudos realizados por outros autores, entre eles: Brohlani (1997), Gebara (2001), Ramos (2002), Ferrari (2002), Klein (2002), Zago (2004), Sooma (2005), Yamamoto e Simon (2006) e Simon e Yamamoto (2008), nos quais a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada foi definida somente de acordo com a segunda proposta de avaliação, desconsiderando a primeira proposta, dando a ideia de que a EDAO-R substitui a EDAO em sua forma de avaliação.

A EDAO, conforme sua primeira proposta de avaliação foi utilizada em vários estudos desenvolvidos por diversos autores, entre eles: Heleno (1992), Silva (1992), Curti (1993), Gandini (1995) e Gandini et al. (1997). A partir de sua redefinição, muitas autoras passaram a utilizar somente a segunda proposta de avaliação, ou seja, a EDAO-R, entre elas: Gatti (1999), Rocha (2002), Medeiros (2002), Guimarães e Yoshida (2008), Martins, Medeiros e Hamzeh (2009) e Conejo (2009). Outras autoras como Gandini (2008, 2010) e Silva (2011), utilizaram em seus estudos as duas propostas, EDAO e EDAO-R, para avaliar a eficácia adaptativa.

Entre os diversos estudos realizados utilizando a EDAO e/ou EDAO-R, apenas alguns foram aplicados a uma população de mulheres com câncer de mama, entre eles: “Orientação psicológica de mulheres com câncer de mama sob um ponto de vista sociopsicossomático” (Pellegrino-Rosa, Gandini, Tolentino-Rosa, Wutke & Simon, 1991); “Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas” (Gandini, 1995); “Câncer de mama: eficácia adaptativa e relações objetais de mulheres com metástase” (Gandini et al., 1997); “Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade” (Gandini, 2010); “Câncer de mama: eficácia adaptativa de mulheres com três meses, um e dois anos da mastectomia” (Gandini, 2011); “Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama” (Silva, 2011).

No estudo realizado por Gandini (1995) com 60 mulheres distribuídas em dois grupos, Grupo de Atendimento Médico – GAM (N=30) e Grupo de Atendimento Médico e Psicológico – GAMPsi (N=30), verificou-se a consistência interna da EDAO e a similaridade de recursos internos e externos no momento da primeira avaliação das 60 mulheres (fase pré-operatória) quanto ao número total de pontos obtidos pela EDAO e sua classificação. Na análise intragrupo, tanto as pacientes do GAMPsi como as do GAM, revelaram melhor adaptação no setor Pr e menor no setor A-R, sendo Pr > SC > Or > A-R. Após um ano de tratamento, foi encontrado: manutenção e/ou aumento da eficácia adaptativa das mulheres que compuseram o GAMPsi; variação da eficácia adaptativa, demonstrando que a qualidade de vida antes da cirurgia, não foi mantida para a mulheres do GAM; uma maior pontuação dos setores A-R, SC e Pr do GAMPsi em relação ao GAM; a presença de fatores e microfatores positivos (F+ e MF+) foi maior no GAMPsi e a presença de microfatores negativos (MF-) foi maior no GAM.

Em outro trabalho realizado por Gandini et al. (1997) com 10 pacientes com câncer de mama, já mastectomizadas, diagnosticadas com metástase de câncer de mama, com objetivos

de avaliar a eficácia adaptativa, investigar os aspectos psicodinâmicos da personalidade da referida população, comparar os resultados da EDAO e do Teste das Relações Objetais (TRO) e planejar acompanhamento psicoterápico adequado a essa população, verificou-se entre os resultados que os níveis de adaptação da amostra foram homogêneos, porém, quando comparada à eficácia adaptativa das pacientes na situação imediatamente após o diagnóstico de metástase à eficácia adaptativa das pacientes aproximadamente dois anos após o diagnóstico de metástase, encontrou-se diferenças entre o total de pontos pelas pacientes nos quatro setores de adaptação. As pacientes avaliadas imediatamente após o diagnóstico de metástase ($N=4$) apresentaram maior pontuação no setor SC, seguido pelos setores Pr, Or e A-R, sendo ($SC > Pr > Or > A-R$). Já as pacientes avaliadas aproximadamente dois anos após o diagnóstico de metástase ($N=6$) apresentaram maior pontuação no setor A-R, seguido pelos setores SC, Pr e Or ($A-R > SC > Pr > Or$). Nesse estudo, as pacientes avaliadas aproximadamente dois anos após o diagnóstico de metástase apresentaram graves limitações físicas, em função do avanço da doença, tais como: dificuldade para respirar, devido à metástase pulmonar; dificuldade e/ou impedimento de locomoção, devido à metástase óssea; entre outras, sendo que em consequência das limitações do setor Or, o setor Pr também perdeu sua adequação, devido à perda de fatores e microfatores positivos (F+ e MF+) e ao ganho de F- e MF-. Para as autoras referidas acima, o diagnóstico de metástase de câncer de mama, por indicar a presença de mais F- geradores de perdas reais e irreversíveis para as pacientes, as impedem de manter a adaptação, principalmente, nos setores Or, Pr e SC.

Na pesquisa realizada por Gandini (2010) com 30 mulheres mastectomizadas por câncer de mama, divididas em três grupos: G1 (mastectomizadas há três meses), G2 (mastectomizadas há um ano) e G3 (mastectomizadas há dois anos), com o objetivo de verificar, pela EDAO e EDAO/R, a adequação dos setores produtividade (Pr), pela EDAO e EDAO/R, e orgânico (Or), pela EDAO, bem como as respectivas variações dessas mulheres;

e identificar os fatores (F) e microfatores (MF), positivos e negativos, dos setores produtividade e orgânico, nos três momentos de avaliações das mesmas, verificou-se que no G3 a Pr foi maior que no G1; também foram encontradas correlações positivas entre os valores da Pr e Or, no G1 (probabilidade = 0,035; $p < 0,05$), ou seja, quanto mais acentuados os efeitos do câncer e seus tratamentos, maiores as dificuldades em administrar o trabalho, e quanto menores as consequências dos tratamentos, maior a adequação no trabalho; nos três grupos (G1, G2 e G3) os fatores positivos da produtividade (Pr F+) foram maiores que os fatores negativos (Pr F-); no G1 os fatores negativos do setor orgânico (Or F-) foram maiores que os fatores positivos (Or F+); e no G2 os microfatores positivos do setor orgânico (Or MF+) foram maiores que os microfatores negativos (Or MF-).

Gandini (2011) realizou um estudo com 30 mulheres mastectomizadas por câncer de mama, divididas em três grupos em relação ao tempo da mastectomia: G1 com três meses ($N=10$), G2 com um ano ($N=11$) e G3 com dois anos ($N=9$), com o objetivo de verificar a eficácia adaptativa dessas mulheres, através da EDAO e EDAO/R e comparar os resultados intra e intergrupos. Entre os resultados verificou-se que foram encontradas diferenças, estatisticamente significantes, com correlações positivas entre os valores do setor sociocultural (SC) e eficácia adaptativa, de acordo com a EDAO, no G1 (probabilidade = 0,013; $p < 0,05$), indicando que quando as mulheres com três meses de cirurgia apresentavam melhor adequação do setor SC melhor era sua eficácia adaptativa e quando menos adequado o referido setor mais comprometida era a sua eficácia adaptativa. Ainda em relação ao G1, verificou-se que $A-R > Or & SC > Or$. Também foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre o setor afetivo-relacional (A-R/R) e EDAO/R, nos G1 e G2; entre o setor produtividade (Pr/R) e EDAO/R, nos três grupos; entre o setor A-R e SC, no G2; e entre o setor Pr e Or, G1 (probabilidade = 0,035; $p < 0,05$). Segundo a autora, os resultados encontrados em seu estudo confirmam que a EDAO é mais sensível para mostrar a

influência de um setor sobre os demais, principalmente a melhora ou prejuízo do setor orgânico nos outros setores.

Silva (2011) realizou uma pesquisa com 12 mulheres idosas submetidas à ablação mamária, total ou parcial, devido ao câncer de mama, com o objetivo geral de verificar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, pelas duas propostas da EDAO, e verificar pela AGF a pontuação do funcionamento psicológico, social e ocupacional das participantes. A amostra foi dividida em dois grupos: G1 (composto por seis pacientes idosas no momento da intervenção cirúrgica) e G2 (formado por mulheres idosas que se submeteram à intervenção cirúrgica antes dos 60 anos de idade). Foram realizados estudos intra e intergrupos. Entretanto neste trabalho focalizaremos a maioria dos resultados intragrupo encontrados.

Entre os resultados dos estudos intragrupos, foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre o valor do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, e os valores da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, pela EDAO/R, no G1 (probabilidade = 0,000, $p < 0,05$); entre a eficácia adaptativa, de acordo com a EDAO e EDAO/R, no G1 (probabilidade = 0,001, $p < 0,05$). No G2 não foram encontradas correlações, estatisticamente significantes, entre a eficácia adaptativa, pela EDAO e EDAO/R. Além disso, também foram encontradas correlações positivas entre o somatório da adequação dos setores A-R, Pr e SC, de acordo com a EDAO, e a pontuação da AGF, nos dois grupos (probabilidade G1 = 0,015 e G2 = 0,000, $p < 0,05$); e entre a adaptação, pela EDAO, e a pontuação da AGF nos dois grupos (probabilidade G1 = 0,000 e G2 = 0,005, $p < 0,05$). Já no estudo intragrupos, comparando o grau da eficácia adaptativa, de acordo com as duas propostas da EDAO, nos dois grupos, não foram encontradas diferenças, estatisticamente significantes (probabilidade G1 = 0,257 e G2 = 0,066; $p < 0,05$), sendo demonstrada uma relação de equivalência entre as variáveis.

No estudo intergrupo realizado por Silva (2011), a comparação entre a adaptação, pela EDAO, e a adequação de cada setor (A-R, Pr, S-C e Or) mostrou diferenças, estatisticamente significantes, entre a EDAO e a adequação do setor Pr (probabilidade = 0,023, $p < 0,05$, conclusão a 5% $G2 > G1$); e entre a EDAO e a adequação do setor Or (probabilidade = 0,043, $p < 0,05$, conclusão a 5% $G2 > G1$).

A partir dos resultados do seu estudo, Silva (2011) constatou que a EDAO é mais sensível que a EDAO/R para avaliar a eficácia adaptativa e respectivas variações em mulheres idosas submetidas à mastectomia por câncer de mama, por ter abrangido e avaliado todos os contextos de vida das participantes.

A EDAO, em suas duas propostas de avaliação, EDAO e EDAO/R, trata-se de um instrumento nacional utilizado em muitos trabalhos científicos, porém ainda não é conhecida internacionalmente. Partindo dessa premissa, também foi incluída neste estudo a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF), que é uma ferramenta reconhecida internacionalmente pela comunidade científica, com intuito de propiciar maior credibilidade e facilitar a compreensão da EDAO por profissionais que não a conhecem. A AGF será descrita a seguir.

4 ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO

A Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) está descrita no Eixo V do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM*), proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Tal eixo, juntamente com outros quatro, foi incluído na terceira edição do *DSM (DSM-III)*, em 1980, com a proposição de um sistema multiaxial, que defende que todo caso deve ser avaliado em cinco diferentes eixos, a saber: Eixo I – descreve os transtornos clínicos propriamente ditos; Eixo II – descreve o retardo mental e transtornos de personalidade; Eixo III – descreve as condições médicas gerais; Eixo IV – trata dos problemas psicossociais e ambientais; e Eixo V – é usado para relatar o julgamento clínico acerca do nível global de funcionamento do indivíduo, por meio da AGF (*DSM-IV*, 1995; *DSM-IV-TR*, 2002).

A AGF avalia o grau de funcionamento psicológico, social e ocupacional do indivíduo, não devendo ser incluídos nessa avaliação os prejuízos no funcionamento devido a limitações físicas ou ambientais. Essa avaliação é feita por profissionais, a partir dos dados de vida do paciente, podendo auxiliar no planejamento do tratamento, avaliação de sua eficácia, bem como na predição dos resultados. É uma escala bastante utilizada para rastrear o progresso clínico dos pacientes em termos globais, através da atribuição de uma medida única, que pode variar de 0 a 100 (*DSM-IV*, 1995; *DSM-IV-TR*, 2002).

A AGF é dividida em 10 faixas de funcionamento, sendo que a descrição de cada faixa de 10 pontos leva em consideração dois componentes: a primeira parte se refere à gravidade dos sintomas e a segunda ao nível de funcionamento. Sendo assim, a pontuação se situa dentro de uma determinada faixa se a gravidade do sintoma ou o nível de funcionamento encontram-se dentro dessa faixa. Já a pontuação atribuída na escala envolve a escolha de um único valor que melhor reflete o nível geral de funcionamento do indivíduo, podendo se aproximar da faixa superior, por apresentar menor intensidade dos sintomas e da

faixa inferior, quando apresentar maior intensidade dos sintomas. A pontuação final sempre refletirá o pior resultado nos casos em que a severidade dos sintomas e o nível de funcionamento do indivíduo são discordantes (*DSM-IV-TR*, 2002).

A AGF é utilizada, na maioria dos casos, para classificar o período atual de funcionamento do paciente, refletindo geralmente a necessidade de tratamento ou cuidados, sendo que a pontuação para o período atual às vezes é operacionalizada, anotando-se o nível mais baixo de funcionamento durante a semana anterior. No entanto, a escala também pode ser aplicada a outros períodos de tempo, considerando o grau mais elevado de funcionamento atingido durante alguns meses durante o ano anterior. É relatada no Eixo V pelo termo “AGF=”, seguido da pontuação de 0 a 100, acrescido do período de tempo refletido na pontuação, entre parênteses (*DSM-IV-TR*, 2002).

A AGF é um instrumento utilizado em muitas pesquisas (Jung, Nunes & Eizirik, 2007), sendo reconhecida internacionalmente (Aas, 2010). Entretanto, apesar de sua importância e reconhecimento internacional, Goldman et al. (1992) já abordavam sobre algumas limitações apresentadas pela escala, entre elas a exclusão da avaliação do comprometimento físico, sugerindo que as considerações favoráveis ou desfavoráveis referentes à condição orgânica do indivíduo deveriam ser relacionadas com seu funcionamento social e ocupacional. Dias, Brissos, Martinez-Arán e Kapczinski (2008), também consideram a AGF uma escala com grandes limitações. Aas (2010) ressalta a importância de se realizar novas pesquisas que favoreçam o desenvolvimento e melhorias da escala em questão.

A AGF, em conjunto com a EDAO e/ou EDAO/R, foi utilizada como instrumento de algumas pesquisas, entre elas: “Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes Borderline” (Romaro, 1999); “Homem e obesidade – excessos e faltas: corpos que contam

histórias” (Conejo, 2009); “Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama” (Silva, 2011).

Considerando que existe grande possibilidade de ocorrência de metástase de câncer de mama, devido ao diagnóstico tardio, e que ainda são poucos os estudos no Brasil sobre os aspectos psicológicos referentes a essa população, é que se fez necessário investigar a eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres com metástase de câncer de mama.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo foi verificar a eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres com metástase de câncer de mama.

5.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos este estudo se propôs a:

- Verificar, pela EDAO e EDAO/R, o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações das participantes;
- Avaliar, pela AGF, o funcionamento global das participantes;
- Identificar e ampliar a compreensão dos fatores (F) e microfatores (MF), tanto positivos como negativos, relacionados aos setores da EDAO: afetivo-relacional (A-R), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or);
- Apresentar a ilustração de dois casos clínicos referentes às participantes classificadas com a melhor adaptação e funcionamento global e adaptação e funcionamento global mais comprometido;
- Comparar os resultados do grau da eficácia adaptativa e respectivas variações das participantes, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO;
- Correlacionar as pontuações obtidas pelas participantes através da adaptação, segundo a EDAO e EDAO/R, assim como os níveis de classificações conforme a primeira e segunda proposta de avaliação da EDAO;
- Correlacionar o somatório da adequação dos setores A-R e Pr, de acordo com a EDAO, ao somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, de acordo com a EDAO/R, isto é, à adaptação pela EDAO/R; bem como a adequação de cada setor à eficácia adaptativa das participantes, de acordo com a EDAO e EDAO/R;

- Correlacionar intragrupo os valores dos fatores positivos (F+) dos setores (A-R, Pr, SC e Or) à EDAO; os valores dos F- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) à EDAO; os valores dos microfatores positivos (MF+) dos setores (A-R, Pr, SC e Or) à EDAO; assim como os valores dos microfatores negativos (MF-) dos setores (A-R, Pr, S-C e Or) à EDAO;
- Correlacionar intragrupo, a eficácia adaptativa aos valores dos F+ de cada setor (A-R, Pr, SC e Or), bem como a eficácia adaptativa aos valores dos F- de cada setor (A-R, Pr, SC e Or);
- Correlacionar as pontuações obtidas pelas participantes na avaliação global do funcionamento ao somatório dos valores da adequação dos setores (A-R, Pr e SC); bem como as pontuações obtidas na AGF à adaptação segundo a EDAO; além das pontuações obtidas na AGF à EDAO/R.

6 MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo para avaliar a eficácia adaptativa e o funcionamento global de mulheres com metástase de câncer de mama.

6.2 Participantes

O estudo envolveu uma amostra de seis mulheres com metástase de câncer de mama, vinculadas ao Ambulatório de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU).

A amostra foi constituída por conveniência, sendo selecionadas para a pesquisa somente mulheres com diagnóstico de metástase de câncer de mama à distância, vinculadas ao Ambulatório de Mastologia Maligna do HC/UFU, e preferencialmente residentes em Uberlândia-MG, para facilitar o processo de coleta de dados.

Não foram selecionadas as pacientes com diagnóstico de metástase em linfonodos regionais, vasos linfáticos e sanguíneos, pacientes idosas, ou seja, com 60 anos ou mais, por estar sendo objeto de outro estudo do mesmo grupo de pesquisa, e pacientes que de acordo com informações do prontuário apresentassem algum problema neurológico com comprometimento do sistema cognitivo ou que apresentassem transtornos psiquiátricos, por fugir ao alcance pretendido por esta pesquisa.

A caracterização da amostra encontra-se descrita no capítulo dos resultados.

6.3 A instituição

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) é uma unidade hospitalar que pertence à Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Trata-se de um hospital escola que tem como missão o desenvolvimento de atividades nos níveis de graduação, pós-graduação e educação

continuada, a promoção de atividades de pesquisa, extensão, consultoria, administração e assistência à saúde, o respeito e subsídio à elaboração de princípios constitucionais do sistema público de saúde, a participação na rede de saúde macrorregional como referência dos diferentes níveis de atenção, preferencialmente de maior complexidade. Foi inaugurado em 1970, com 27 leitos, e até 2008 dispunha de 503 leitos. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) é um hospital integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e representa uma importante instituição regional para o atendimento de pacientes provenientes de Uberlândia e municípios vizinhos (Hospital de Clínicas de Uberlândia, 2008).

Inserido no HC/UFU e ligado ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, encontra-se o Ambulatório de Mastologia Maligna. O referido ambulatório ocorre semanalmente, às sextas-feiras, durante o período matutino, e tem como objetivos: o diagnóstico e tratamento de pacientes com doenças da mama, o ensino acadêmico aos alunos do curso de Medicina e Psicologia da UFU, o treinamento de residentes em Ginecologia e Obstetrícia, a assistência social aos pacientes, o atendimento psicológico a pacientes com doenças malignas e a seus familiares e o apoio a pesquisas na área. Os procedimentos cirúrgicos são realizados no centro Obstétrico, sendo que as pacientes submetidas a tais procedimentos permanecem internadas na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFU. Já os tratamentos de quimioterapia e radioterapia são realizados no Setor de Oncologia do HC/UFU, denominado, Hospital do Câncer, a partir do ano 2000.

Esta pesquisa esteve ligada ao Programa de Psico-oncologia na Mastologia do HC/UFU. O referido programa foi implementado em 1984, pela psicóloga Rita de Cássia Gandini, com o objetivo de fornecer apoio emocional à pacientes com suspeita ou já diagnosticada com câncer de mama e a seus familiares. É composto pelo estágio curricular profissionalizante aos alunos do curso de Psicologia e pós-graduação da UFU. Nesse estágio

os alunos realizam atendimentos ambulatoriais, grupos de sala de espera, atendimento psicoterápico individual, atendimento nas enfermarias do HC/UFU e no Hospital do Câncer, bem como atendimento aos familiares.

6.4 Aspectos éticos

Para a realização da pesquisa no Ambulatório de Mastologia Maligna foram solicitadas autorizações do diretor clínico do HC/UFU (ANEXO A) e do chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) (ANEXO B).

Somente após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) (ANEXO C e D) a esta pesquisa que as pacientes foram contatadas. Todas as participantes receberam informações sobre a pesquisa, descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), e concordaram em colaborar voluntariamente, formalizando sua anuência mediante a assinatura desse termo.

6.5 Instrumentos²

Neste estudo foram utilizados como instrumentos: 1) Entrevista Clínica Preventiva (Simon, 1989), 2) Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO e EDAO/R) (Simon, 1989, 1997, 1998; Yoshida, 1984; Pellegrino-Rosa, 1986; Gandini, 1995) e 3) Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (*DSM-IV*, 1995; *DSM-IV-TR*, 2002).

² Os instrumentos foram descritos na introdução, pois a pesquisadora optou por apresentar os aspectos teóricos de cada um, já que todos eram novidade para ela. Sendo assim, da forma como foram apresentados não caberiam na parte de métodos.

6.6 Procedimentos

6.6.1 Caminhos percorridos até a coleta de dados

A partir do interesse da pesquisadora em compreender o processo de adaptação e funcionamento global de mulheres com metástase de câncer de mama, tornou-se necessário solicitar ao Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares do HC/UFU, um levantamento das pacientes atendidas com diagnóstico de metástase de câncer de mama no referido hospital, contendo as seguintes informações: nome completo, número do prontuário médico, idade e cidade em que residiam. No momento em que foi feito a solicitação, a pesquisadora foi informada de que os dados estavam disponíveis do ano de 1999 em diante. Sendo assim, o levantamento abrangeu o período de 01/01/1999 a 31/12/2008.

De posse dos dados procedeu-se à classificação dessas pacientes por idade, em intervalos de cinco em cinco anos, com o objetivo de verificar a distribuição das pacientes por faixa etária, bem como a faixa etária com mais casos de metástase de câncer de mama, nesse caso, acima dos 45 anos, conforme a Tabela 1, abaixo.

Tabela 1 – Número de pacientes com diagnóstico de metástase de câncer de mama no HC/UFU, de 1999 a 2008, por faixa etária

Ano Idade ^c	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
25-29	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
30-34	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	4
35-39	-	-	-	-	-	1	-	1	1	2	5
40-44	-	-	-	1	2	-	-	-	4	2	9
45-49	-	1	-	2	2	3	3	2	3	2	18
50-54	2	2	2	2	-	3	1	2	1	3	18
55-59	10	2	2	4	3	3	1	3	1	1	30
Total	12	5	4	9	8	10	6	10	11	11	86

Nota. ^c Idade em 2009.

Nessa classificação foram consideradas apenas as pacientes residentes em Uberlândia-MG, a fim de facilitar o processo de coleta de dados.

A pesquisadora definiu que o estudo seria realizado com pacientes entre 45 e 59 anos, por compreender muitos casos de metástase de câncer de mama. As pacientes idosas, ou seja,

com 60 anos ou mais, não foram consideradas por estar sendo objeto de outro estudo do mesmo grupo de pesquisa.

Mesmo que o levantamento tenha confirmado a viabilidade da realização do estudo, demonstrando que existiam muitas pacientes com diagnóstico de metástase de câncer de mama no HC/UFU, surgiu uma dúvida, a idade do primeiro atendimento informada no levantamento referia-se ao diagnóstico de câncer de mama ou de metástase. Além do mais, a pesquisadora percebeu que não havia solicitado informações, como: o sítio de metástase e o tempo entre o diagnóstico de câncer de mama e metástase. Em função disso procurou o Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares para obter tais informações e foi orientada a realizar pesquisas nos prontuários das pacientes.

Através da pesquisa aos prontuários das pacientes entre 45 e 59 anos, a pesquisadora verificou que as informações do levantamento estatístico não condiziam com as informações dos prontuários médicos, como idade e ano do primeiro atendimento, diagnóstico de metástase de outros tipos de câncer e não de mama, conforme solicitado. Diante dessa incoerência, optou-se por solicitar informações sobre as pacientes com metástase de câncer de mama aos médicos e demais profissionais do Ambulatório de Mastologia Maligna, no período proposto para a realização da coleta de dados.

A partir daí a pesquisadora começou a frequentar o Ambulatório de Mastologia Maligna, realizado às sextas-feiras, e a utilizar algumas estratégias para conseguir ter acesso às pacientes: primeiro, antes das pacientes serem chamadas para a consulta, realizava pesquisas nos prontuários com intuito de identificar as pacientes com metástase, mas dessa forma não conseguiu nenhuma participante para a pesquisa, isso porque as pacientes que se enquadravam na pesquisa, identificadas antes da consulta, por alguma razão não compareceram no dia.

Além disso, também solicitava aos profissionais presentes no ambulatório que informassem sobre as pacientes com metástase de câncer de mama ou que receberiam o diagnóstico. Através dessa estratégia, a pesquisadora chegou a três pacientes. Amarilis e Violeta participaram da pesquisa. Amarilis tinha ido para a consulta médica, a pesquisadora acompanhou o atendimento e após o término da consulta falou da pesquisa e convidou-a para participar, a paciente concordou, mas como estava incomodada por estar no hospital e com pressa de ir embora, a pesquisadora agendou um horário para a entrevista. Violeta também tinha ido para a consulta, então a pesquisadora falou sobre a pesquisa e convidou-a para participar, a paciente aceitou e a entrevista foi realizada no mesmo dia, após a consulta médica.

A terceira paciente não participou da pesquisa. O primeiro contato com ela aconteceu no Ambulatório de Mastologia, em interconsulta com um interno, ou seja, aluno do internato do curso de medicina. Nesse dia a paciente levou o resultado de uma mamografia e tudo indicava que ela estava com metástase, mas ainda não tinha sido confirmada. Foram solicitados alguns exames complementares e marcado o retorno. Na ocasião a pesquisadora realizou apoio psicológico para a paciente e sua filha, mas como a metástase ainda não tinha sido diagnosticada, a pesquisadora combinou de ligar depois para saber como estava. Após a confirmação do diagnóstico a pesquisadora entrou em contato três vezes, durante semanas, para saber como a paciente estava e agendar a entrevista, no entanto, nas três vezes ela não podia. Na primeira vez a paciente estava fraca, com feridas na boca por causa da quimioterapia, não conseguia comer, nem falar direito, então ela disse para deixar para outro dia. Na segunda vez a paciente disse que já estava melhor, mais forte e a boca tinha melhorado, entretanto, disse que ia passar o dia na casa de um filho. Na terceira vez a paciente disse que estava bem e agradeceu a ligação, e disse que procurava a pesquisadora no hospital ou ligava.

Algumas vezes a pesquisadora não teve acesso às pacientes no ambulatório, pois só foi informada pelos profissionais, após a consulta.

Quando isso acontecia, a pesquisadora buscava nos prontuários médicos, informações como idade, endereço, telefone para contato e data da próxima consulta; mas dessa forma não conseguiu nenhuma participante.

Em alguns casos a paciente morava em outra cidade e não teria consulta nos próximos meses e quando tinha, geralmente, era em dias em que a pesquisadora não se encontrava na cidade³ ou no caso das pacientes residentes em Uberlândia, o telefone para contato não estava atualizado.

Em muitos dias de ambulatório, nenhuma paciente com metástase de câncer de mama teve consulta ou recebeu o diagnóstico. A pesquisadora e sua orientadora, preocupadas com o tempo estabelecido para a coleta de dados, começaram a pensar em alternativas para chegar às pacientes. Uma dessas alternativas foi solicitar a colaboração de uma acadêmica do curso de medicina, que havia realizado um levantamento sobre as pacientes com metástase de câncer de mama no HC/UFU.

A acadêmica disponibilizou uma lista contendo 81 números de prontuários de pacientes com metástase de câncer de mama. De posse dessa lista, a pesquisadora realizou a pesquisa nos prontuários para obter informações sobre as pacientes e verificou que de 81 pacientes, 37 estavam inativas ou consultaram pela última vez há muito tempo, 3 faleceram, 18 eram de fora, 3 apresentavam transtornos psiquiátricos ou problemas neurológicos, 2 não tinham metástase confirmada, 3 não tinham metástase de câncer de mama, 5 eram idosas, 2 tinham prontuário em branco, 3 prontuários não foram localizados no dia da pesquisa. Sendo assim, restaram somente 5 pacientes para serem convidadas para a pesquisa. A pesquisadora,

³ A pesquisadora mora e trabalha em outra cidade, a 165 km de Uberlândia-MG.

a partir de informações do sistema hospitalar sobre a data das próximas consultas dessas pacientes, verificou que uma delas, Gérbera, tinha consulta agendada no Hospital do Câncer, para buscar remédio (hormonioterapia), então foi ao hospital no dia e entrou em contato pessoalmente com a paciente. Falou sobre a pesquisa e convidou-a para participar. A paciente concordou em participar. No mesmo dia foi realizada a primeira entrevista e agendada a próxima.

Com as outras pacientes, entrou em contato por telefone. Com Tulipa teve dificuldades, só conseguiu falar após várias tentativas e mesmo com três diferentes números telefônicos para contato, somente um atendeu e era de uma ex-patroa, que informou o quarto número diferente, ao ligar a pesquisadora foi informada que o telefone era de uma cunhada da paciente, essa, por sua vez, informou o quinto número de telefone atualizado. Com Gardênia a pesquisadora também teve dificuldades e só conseguiu falar após várias tentativas, pois, de quatro diferentes números para contato, somente dois atenderam, um era do antigo trabalho da paciente e não informaram o telefone atual e o outro era da filha da paciente, que informou o telefone atualizado. A pesquisadora falou da pesquisa para Tulipa e Gardênia, ambas concordaram em participar, sendo agendados os horários para a entrevista. As outras duas pacientes não participaram, pois no primeiro contato por telefone, a pesquisadora foi informada de que uma estava viajando e a outra estava dormindo, já no segundo contato, foi informada que ambas tinham falecido.

No período em que a pesquisadora começou a coleta de dados e não estava indo ao ambulatório, três pacientes com metástase de câncer de mama foram para consulta. A pesquisadora recebeu informações de uma delas pelo professor e psicólogo do Ambulatório de Mastologia e da outra por uma estagiária de psicologia, mas ambas eram de outra cidade e as datas das consultas não coincidiram com o dia em que a pesquisadora estava na cidade. Com a outra paciente, Rosa, informada pela orientadora da pesquisa, a pesquisadora

conseguiu falar na terceira tentativa, sendo que dois dos números informados não atenderam e o outro era do restaurante da família e uma das filhas da paciente informou o telefone atualizado. Nesse contato a pesquisadora falou sobre a pesquisa e convidou-a para participar, como ela concordou foi agendado um horário para a entrevista.

6.6.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados através da realização de entrevistas clínicas preventivas. Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), contendo todas as informações sobre a pesquisa. Havendo concordância com todas as informações, foi solicitada a assinatura do documento. Também foi preenchida a ficha de identificação da participante (APÊNDICE B), que ficará arquivada com a pesquisadora por no mínimo cinco anos e será protegida por sigilo e confidencialidade, de acordo com a Resolução Nº 001/2009 do CFP (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Concluída essa parte, iniciou-se a entrevista propriamente dita, optando-se pelo modelo de entrevista clínica preventiva, baseada na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), enfocando os quatro setores de funcionamento do organismo: afetivo-relacional (A-R), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or) (Simon, 1989).

No caso desta pesquisa, a entrevista clínica preventiva propiciou um espaço de acolhimento, escuta e expressão de sentimentos e pensamentos referentes à situação vivenciada, se caracterizando um processo interventivo.

Além disso, foi discutido com as pacientes que apresentaram necessidade e/ou motivação⁴, o encaminhamento para a psicoterapia a ser realizada no CENPS – Centro de Psicologia do Instituto de Psicologia da UFU. As entrevistas, em média duas, aconteceram em sua maioria no domicílio das participantes.

As entrevistas com Gérbera aconteceram no Hospital do Câncer e em seu domicílio. As entrevistas com Rosa aconteceram em seu domicílio, bem como no pronto-socorro do HC/UFU, enquanto ela aguardava para realizar um procedimento (pleurodese) e na enfermaria do Hospital do Câncer, onde estava internada. As entrevistas com Tulipa, Amarilis e Gardênia aconteceram em seus domicílios. A entrevista com Violeta aconteceu no Ambulatório de Mastologia, no dia de sua consulta médica.

6.6.3 Análise dos dados

A partir da leitura e releitura das entrevistas e utilizando como referencial teórico o quadro de categorias de fatores (F) e microfatores (MF), construído por Yoshida (1984) com assessoria de Simon, para a população de estudantes universitários, adaptado por Gandini (1995) para a população de mulheres com câncer de mama, procedeu-se à avaliação da presença de F e MF, positivos e negativos, para a população de mulheres com metástase de câncer de mama e quando necessário realizou-se algumas alterações nos itens F e MF, ampliando e/ou modificando-os em relação ao quadro construído por Yoshida (1984) e adaptado por Gandini (1995).

⁴ A participante Amarilis foi a única que demonstrou interesse no acompanhamento psicológico, no entanto, não chegou a ser efetivamente encaminhada em função de limitações causadas pelas fortes dores ósseas que estava sentindo e que a impedia de ficar andando muito, e também devido à dificuldade financeira, que a impedia de ficar gastando com passagens de ônibus. É importante ressaltar, que a casa da paciente fica longe do CENPS, e que ela utiliza geralmente o transporte público para se locomover.

Em seguida, realizou-se a avaliação dos setores afetivo-relacional (A-R), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or), segundo sua adequação (Simon, 1989), acrescida da proposta de Pellegrino-Rosa (1986), que transformou os símbolos propostos por Simon (1989) em escala ordinal, propiciando a análise estatística.

A classificação da eficácia adaptativa de cada participante foi realizada de acordo com as duas propostas da EDAO (EDAO e EDAO/R) (Simon, 1989, 1997). Para se chegar à classificação da adaptação pela EDAO, todos os setores foram avaliados segundo sua adequação (Simon, 1989), já no caso da EDAO/R, a classificação da adaptação ocorreu pela avaliação da adequação apenas dos setores A-R/R e Pr/R (Simon, 1997).

Além disso, foi avaliado o funcionamento global de cada participante, pela Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF), de acordo com Eixo V do *DSM-IV* (*DSM-IV*, 1995; *DSM-IV-TR*, 2002).

Por fim, foram realizados estudos estatísticos intragrupo relacionados à eficácia adaptativa e funcionamento global das participantes. Para o estudo de comparação, foi aplicado o teste de Wilcoxon (Siegel, 1975) e para o estudo de correlação foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975).

Os dados coletados nas entrevistas foram sistematizados através da elaboração de fichas diagnósticas para cada participante (APÊNDICE C). Tais fichas contêm informações sobre a identificação de cada uma, incluindo o nome fictício, a idade na época da entrevista, o estado civil, a religião, a profissão e situação ocupacional, a escolaridade, o ano e a idade da participante no diagnóstico de câncer de mama e no diagnóstico de metástase. Também foram incluídos nessas fichas, dois quadros construídos para facilitar a estatística e o diagnóstico completo, de acordo com a EDAO, EDAO/R e AGF. O primeiro quadro contém a descrição dos fatores e microfatores, positivos e negativos (F+, F-, MF+ e MF-) relacionados a cada um dos setores da EDAO (A-R, Pr, SC e Or); o somatório dos fatores positivos de todos os

setores $[(A-R\ F+) + (Pr\ F+) + (SC\ F+) + (Or\ F+)]$; o somatório dos fatores negativos de todos os setores $[(A-R\ F-) + (Pr\ F-) + (SC\ F-) + (Or\ F-)]$; o somatório dos microfatores positivos de todos os setores $[(A-R\ MF+) + (Pr\ MF+) + (SC\ MF+) + (Or\ MF+)]$; o somatório dos microfatores negativos de todos os setores $[(A-R\ MF-) + (Pr\ MF-) + (SC\ MF-) + (Or\ MF-)]$; a adequação (peso) atribuída a cada setor (A-R, Pr, SC e Or), de acordo com a proposta da EDAO; a adequação (peso) atribuída a cada setor (A-R/R e Pr/R), de acordo com a proposta da EDAO/R; a adaptação, pela EDAO e EDAO/R; e a pontuação da AGF. Já no segundo quadro, o 1º subtotal, contém o somatório dos fatores positivos dos setores A-R e Pr $[(A-R\ F+) + (Pr\ F+)]$, dos fatores negativos dos setores A-R e Pr $[(A-R\ F-) + (Pr\ F-)]$, dos microfatores positivos dos setores A-R e Pr $[(A-R\ MF+) + (Pr\ MF+)]$ e dos microfatores negativos dos setores A-R e Pr $[(A-R\ MF-) + (Pr\ MF-)]$; o 2º subtotal, contém o somatório dos fatores positivos dos setores A-R, Pr e SC $[(A-R\ F+) + (Pr\ F+) + (SC\ F+)]$, dos fatores negativos dos setores A-R, Pr e SC $[(A-R\ F-) + (Pr\ F-) + (SC\ F-)]$, dos microfatores positivos dos setores A-R, Pr e SC $[(A-R\ MF+) + (Pr\ MF+) + (SC\ MF+)]$, dos microfatores negativos dos setores A-R, Pr e SC $[(A-R\ MF-) + (Pr\ MF-) + (SC\ MF-)]$ e, por fim, o somatório total dos fatores positivos, dos fatores negativos, dos microfatores positivos e microfatores negativos, incluindo o setor Or, como a seguir: $[(A-R\ F+) + (Pr\ F+) + (SC\ F+) + (Or\ F+)]$; $[(A-R\ F-) + (Pr\ F-) + (SC\ F-) + (Or\ F-)]$; $[(A-R\ MF+) + (Pr\ MF+) + (SC\ MF+) + (Or\ MF+)]$; $[(A-R\ MF-) + (Pr\ MF-) + (SC\ MF-) + (Or\ MF-)]$.

Por meio dos procedimentos descritos para a análise dos dados foi possível obter os resultados deste estudo, que serão expostos a seguir.

7 RESULTADOS

Para a melhor compreensão os resultados serão apresentados em cinco etapas: caracterização da amostra, síntese das entrevistas das participantes, categorias de fatores e microfatores, casos clínicos e análise estatística.

Inicialmente será apresentada a caracterização da amostra (Quadro 1), contendo informações sobre o nome fictício das participantes, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, situação ocupacional, idade no diagnóstico de câncer de mama, idade no diagnóstico de metástase de câncer de mama e sítio de metástase.

Na segunda etapa será apresentada uma síntese das participantes, em relação aos principais aspectos observados na entrevista, bem como a síntese diagnóstica de cada uma delas (Quadro 2), com informações sobre a adequação, adaptação e classificação/grupo, pela EDAO e EDAO/R, e a pontuação da AGF.

Na terceira etapa serão apresentadas as categorias de fatores (F) e microfatores (MF), positivos e negativos, relacionados aos quatro setores da EDAO (A-R, Pr, SC e Or). É importante ressaltar que o quadro que será descrito neste estudo também recebeu sugestões e anuência de Gandini.

Na quarta etapa serão apresentados dois casos clínicos, para ilustrar tanto as alterações referidas acima, quanto o processo de avaliação da adaptação e do funcionamento global, a partir da exploração dos quatro setores da EDAO (A-R, Pr, SC e Or). O primeiro caso refere-se à participante Gardênia, classificada com a melhor adaptação e funcionamento global. Já o segundo caso refere-se à participante Amarílis, classificada com a adaptação e funcionamento global mais comprometido.

E, por fim, será apresentada a análise estatística dos dados, de acordo com os estudos intragrupo em relação à eficácia adaptativa e ao funcionamento global das participantes.

É importante ressaltar que por se tratar de uma amostra não probabilística, por conveniência, os resultados obtidos nesta pesquisa não serão representativos da população geral, não possibilitando uma generalização estatística dos dados, se restringindo apenas às participantes deste estudo (Kvanli, 1988; Turato, 2005).

7.1 Caracterização da amostra

Quadro 1 – Características das participantes

Nome ^a	Idade ^b	Estado civil	Religião	Escolaridade	Profissão	Situação ocupacional	Diagnóstico de câncer de mama (idade)	Diagnóstico de metástase (idade e sítio)
Gérbera	56 anos	Divorciada	Católica	Pós-Graduação (Doutorado)	Bióloga e professora universitária	Aposentada por invalidez	43 anos	54 anos Fígado
Rosa	58 anos	Separada	Católica	Ensino Médio completo (Curso normal)	Comerciante	Aposentada por tempo de serviço	56 anos	58 anos Fígado, plastrão, pulmão e pleura (Recidiva local)
Tulipa	45 anos	Separada	Evangélica (Adventista do sétimo dia)	Ensino Fundamental incompleto	Empregada doméstica	Aposentada por invalidez	38 anos	44 anos Ossos (Coluna lombar e bacia)
Amarílis	54 anos	Solteira	Evangélica (Testemunha de Jeová)	Ensino Fundamental incompleto	Empregada doméstica e babá	Afastada do trabalho com auxílio-doença	54 anos	54 anos Ossos
Gardênia	50 anos	Separada/namorando	Evangélica (Quadrangular)	Ensino Fundamental completo	Auxiliar de serviços gerais	Aposentada por invalidez	41 anos	46 anos Ossos (Esterno), medula espinhal e mediastino
Violeta	54 anos	Casada	Evangélica (Assembleia de Deus)	Não informada	Empregada doméstica e passadeira de roupa (antes do diagnóstico)/Comerciante (após o diagnóstico)	Afastada do trabalho sem auxílio-doença	53 anos	53 anos Ossos (Coluna lombar)

Nota. ^a Os nomes das participantes são fictícios para preservar a identidade das mesmas;

^b Idade na época da entrevista.

A idade das participantes no momento da entrevista variou de 45 a 58 anos. A escolaridade variou de Ensino Fundamental incompleto a Pós-Graduação. A maioria das participantes era evangélica e estava separada/divorciada.

Gérbera se divorciou aproximadamente dois anos após o diagnóstico de câncer de mama “*ele não aguentou, não tolerou a doença*” (sic). Foi casada durante oito anos e teve um filho. O marido teve um relacionamento extraconjugal.

Rosa se separou aproximadamente um ano após o diagnóstico de câncer de mama “*a relação era boa, mas nos últimos cinco anos estava difícil, ele bebia*” (sic). Foi casada mais de 25 anos e teve duas filhas. O marido teve um relacionamento extraconjugal.

Tulipa se separou muito antes do diagnóstico de câncer de mama. Foi casada durante uns dois anos e não teve filhos. O marido teve um relacionamento extraconjugal.

Gardênia casou-se e separou-se duas vezes, o primeiro relacionamento durou doze anos “*sofri muito, vivia triste, não tinha personalidade (...)*” (sic), separou aproximadamente um ano antes do diagnóstico de câncer de mama. Já o segundo relacionamento durou oito anos “*não tinha respeito e amor (...)*” (sic). Teve uma filha, fruto de um relacionamento anterior ao primeiro casamento, e um filho, fruto do primeiro casamento. Estava namorando, há quase três anos.

Amarílis era solteira, nunca foi casada. Teve uma filha, fruto de um namoro.

Violeta era casada há 37 anos e mantinha uma relação conjugal satisfatória e de companheirismo, compartilhava conflitos e dificuldades. Teve quatro filhos, um faleceu quando era criança.

Em relação à situação ocupacional, verificou-se que três participantes aposentaram por invalidez após o diagnóstico de metástase de câncer de mama: Gérbera e Tulipa, bióloga/professora universitária e empregada doméstica, respectivamente, devido às limitações causadas pela metástase, e Gardênia, auxiliar de serviços gerais, não tanto pelas limitações, segundo ela, mas pela relação com o patrônio/marido, de quem se separou.

Rosa era comerciante e aposentou-se por tempo de serviço após o diagnóstico de recidiva e metástase, devido às limitações e orientação médica.

Amarílis afastou-se do trabalho temporário, como empregada doméstica, com auxílio-doença, após o diagnóstico de câncer de mama e metástase.

Já Violeta, após o diagnóstico de câncer de mama e metástase, deixou o trabalho como empregada doméstica e passadeira de roupa e abriu um comércio, porém devido a complicações da quimioterapia (cardotoxicidade) desenvolveu um quadro de insuficiência cardíaca grave e por orientação médica teve que se afastar do trabalho, sem auxílio-doença por nunca ter contribuído.

A idade das participantes quando foi diagnosticado o câncer de mama variou de 38 a 56 anos. Já a idade delas quando foi diagnosticada a metástase variou de 44 a 58 anos.

O tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o diagnóstico de metástase, variou de zero a onze anos. Amarílis e Violeta, já estavam com metástase quando o câncer de mama foi diagnosticado. Rosa teve recidiva e metástase aproximadamente dois anos após o diagnóstico de câncer mama. Gardênia teve metástase cinco anos após o diagnóstico de câncer mama. Tulipa teve metástase aproximadamente seis anos após o diagnóstico de câncer mama. Já Gérbera teve metástase aproximadamente onze anos após o diagnóstico de câncer mama.

Os sítios de metástase mais comuns foram: os ossos, que acometia Tulipa, Amarílis, Gardênia e Violeta, e o fígado, que acometia Gérbera e Rosa. No entanto, duas participantes também tiveram metástase em outros sítios, Gardênia na medula espinhal e mediastino e Rosa no plastrão, pulmão e pleura, além de recidiva local.

7.2 Síntese das entrevistas das participantes

Gérbera mostrou-se bastante receptiva e comunicativa “*Gosto de falar muito*” (sic). Demonstrou ter muito conhecimento sobre a doença e sua situação. Também demonstrou ser

muito ativa, continua publicando trabalhos e orientando algumas alunas, cuida da casa, frequenta a igreja e é lá zeladora de um grupo, faz unibiótica, *Tai Shi Shuan* e caminhada.

Rosa mostrou-se bastante receptiva. Demonstrou ter muita fé e acreditar no poder de Deus. Fica mais em casa sozinha, aliás, com sua cadela “*Ela é minha companheira*” (sic), pois as filhas trabalham. Assiste televisão, novela e novena, escuta músicas da igreja e lê livros de autoajuda. Vai à igreja, às vezes. No primeiro contato, Rosa estava relativamente bem, mas percebeu-se nos outros contatos que estava ficando cada vez mais debilitada. Por telefone ela disse “*Estou sentindo muitas dores nas costas, por causa disso não estou comendo, estou fraca*” (sic), sua voz estava fraca, parecia ofegante. Pessoalmente ela estava muito inchada, vermelha e com muita dificuldade para respirar. Percebeu-se que Rosa é muito querida, tanto pela família como pelas amigas.

Tulipa mostrou-se receptiva, mas num primeiro momento não demonstrou interesse em participar da pesquisa “*Estou bem e não tenho nada para falar*” (sic). Percebeu-se que Tulipa estava resistente, não queria falar da doença e tratamento. Segundo ela não teve câncer de mama “*fiz a biópsia e deu que os nódulos eram benignos, operei e fiz algumas sessões de quimioterapia, não fiz radioterapia por falta de orientação*” (sic). De acordo com informações do seu prontuário médico ela foi diagnosticada com Carcinoma Ductal Invasor, Grau 1 Bloom e Richardson, Estadio III, tendo sido submetida à quadrantectomia, linfadenectomia axilar e seis sessões de quimioterapia adjuvante. Também segundo ela, tem câncer nos ossos e que esse não tem relação com os nódulos da mama, fez radioterapia e está fazendo quimioterapia. De acordo com as informações do seu prontuário ela teve metástase óssea por câncer de mama. Percebeu-se também que sempre que Tulipa falava algo sobre a doença ela chorava, porém sobre outros assuntos demonstrava estar bastante à vontade. Demonstrou ser muito ativa e independente, mora sozinha e faz todo o serviço de casa, arruma, lava, passa, cozinha, mesmo utilizando cadeira de rodas e andador para não forçar a

bacia. Às vezes sai para passear na casa de amigas e do irmão e duas vezes por semana vai à igreja.

Amarílis mostrou-se bastante receptiva e comunicativa. Estava sentindo dor e parecia bastante incomodada por isso, porém no decorrer da entrevista percebeu-se que a dor melhorou, o que foi confirmado no final da entrevista, quando ela relatou que não estava sentindo mais tanta dor. Demonstrou ter dificuldade de relacionamento com a filha e a mãe. Fica o dia todo em casa, faz comida, assiste filme e quando precisa vai ao hospital.

Gardênia mostrou-se bastante receptiva e comunicativa “*Gosto de conversar*” (sic). Demonstrou ser muito ativa, arruma a casa, faz comida, cuida das plantas do quintal, sai para dançar.

Cabe relembrar que Gardênia, classificada com a melhor adaptação e funcionamento global, e Amarílis, classificada com a adaptação e funcionamento global mais comprometido, foram escolhidas para ilustrar os casos clínicos que serão apresentados posteriormente, ainda dentro do capítulo dos resultados.

Violeta mostrou-se muito disponível. O marido a acompanhou na consulta médica. Percebeu-se que sua família é muito unida, tem muitas amigas e se relaciona muito bem. Gosta de sair, costuma tomar café com as amigas. O marido a acompanha sempre que pode, quando não pode, ele a leva e depois vai buscá-la. Também costuma viajar com um de seus filhos e a nora.

Quadro 2 – Síntese diagnóstica das participantes

Nome	Adequação EDAO				Adaptação EDAO	Classificação/ Grupo EDAO	Adequação EDAO/R		Adaptação EDAO/R	Classificação/ Grupo EDAO/R	AGF
	A-R	Pr	SC	Or			A-R/R	Pr/R			
Gérbera	2	2	3	2	9	Adaptação não eficaz moderada, sem crise/Grupo III	2	1	3	Adaptação ineficaz moderada, sem crise/Grupo 3	61
Rosa	2	1	2	1	6	Adaptação não eficaz severa, sem crise/Grupo V	2	0,5	2,5	Adaptação ineficaz severa, sem crise/Grupo 4	48
Tulipa	2	2	2	2	8	Adaptação não eficaz moderada, sem crise/Grupo III	2	1	3	Adaptação ineficaz moderada, sem crise/Grupo 3	58
Amarílis	2	1	1	1	5	Adaptação não eficaz severa, sem crise/Grupo V	2	0,5	2,5	Adaptação ineficaz severa, sem crise/Grupo 4	41
Gardênia	2	3	3	2	10	Adaptação não eficaz moderada, sem crise/Grupo III	2	2	4	Adaptação ineficaz leve, sem crise/Grupo 2	69
Violeta	3	1	3	1	8	Adaptação não eficaz severa, sem crise/Grupo V	3	0,5	3,5	Adaptação ineficaz moderada, sem crise/Grupo 3	*

Nota: *Sem condição de classificar.

Gérbera, Tulipa e Gardênia foram classificadas pela EDAO, com adaptação não eficaz moderada, sem crise, Grupo III. Já Rosa, Amarílis e Violeta foram classificadas com adaptação não eficaz severa, sem crise, Grupo V.

Em relação à classificação pela EDAO/R, Gardênia foi classificada com adaptação ineficaz leve, sem crise, Grupo 2. Gérbera, Tulipa e Violeta foram classificadas com adaptação ineficaz moderada, sem crise, Grupo 3. Já Rosa e Amarílis foram classificadas com adaptação ineficaz severa, sem crise, Grupo 4.

Gérbera, Rosa, Tulipa e Amarílis mantiveram as classificações na EDAO/R equivalentes às classificações da EDAO. Já Gardênia e Violeta não apresentaram classificação na EDAO/R, equivalente à EDAO, sendo que a classificação pela EDAO demonstrou melhor a realidade dessas participantes.

A pontuação da AGF variou de 41 a 69. Gérbera, 61 pontos, e Gardênia, 69 pontos, se enquadram na faixa 61 a 70, indicando alguns sintomas leves ou alguma dificuldade no funcionamento social ou ocupacional. Tulipa, 58 pontos, se enquadrou na faixa 51 a 60 pontos, indicando sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social ou ocupacional. Amarílis, 41 pontos, e Rosa, 48 pontos, se enquadram na faixa 41 a 50, indicando sintomas sérios ou prejuízo sério no funcionamento social ou ocupacional. Já Violeta não pode ser classificada, pois em parte se enquadrou na faixa 71 a 80, indicando, se presentes, sintomas temporários, consistindo de reações previsíveis a estressores psicossociais; e em parte na faixa 21 a 30, indicando incapacidade de funcionar na área ocupacional.

Rosa, Tulipa e Amarílis apresentaram classificações equivalentes entre EDAO, EDAO/R e AGF. Já Gérbera e Gardênia não apresentaram tal equivalência nas classificações.

7.3 Categorias de fatores e microfatores, positivos e negativos, e suas alterações⁵.

Quadro 3 – Fatores positivos e negativos do setor afetivo-relacional

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1. Estabelecer relações de amizade com pelo menos alguns dos (...) colegas (...) de grupo , ser aceito no (...) meio.	1. Expectativa de perda ou perda súbita de uma pessoa querida.
2. Realizar (...) <i>união estável</i> que a satisfaça emocional e sexualmente: a) <i>antes do diagnóstico de câncer</i> ; b) <i>após o diagnóstico de câncer</i> ; c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer</i> .	2. Separação traumática e/ou litigiosa do (...) marido/companheiro : a) <i>antes do diagnóstico de câncer</i> ; b) <i>após o diagnóstico de câncer</i> ; c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer</i> .
3. Ter e/ou ter tido filho(s) apenas quando desejados.	3. Falência, desemprego ou invalidez própria, do (...) marido/companheiro, ou de outra pessoa , de quem dependia econômica e emocionalmente.
4. Ter e/ou ter tido filho(s) saudável(is) física e mentalmente.	4. Frustração (...) na <i>união estável</i> , de ordem sexual ou emocional: a) <i>desde o início</i> ; b) <i>iniciada após alguns meses da união</i> ; c) <i>iniciada após alguns anos da união</i> ; d) <i>iniciada nos últimos anos, antes do diagnóstico de câncer</i> ; e) <i>iniciada após o diagnóstico de câncer</i> ; f) <i>iniciada após o diagnóstico de metástase de câncer</i> .
5. Iniciar e/ou manter psicoterapia (...) com expectativas de sucesso: a) <i>antes do diagnóstico de câncer</i> ; b) <i>após o diagnóstico de câncer</i> ; c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer</i> .	5. Fracasso (...) na <i>união estável</i> , levando à ruptura dos vínculos conjugais: a) <i>antes do diagnóstico de câncer</i> ; b) <i>após o diagnóstico de câncer</i> ; c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer</i> .
6. Apresentar motivação para resolver os problemas.	6. Gravidez inesperada ou indesejada.
7. Independência econômica do marido/companheiro, quando da separação conjugal.	7. Nascimento de um filho com distúrbio congênito ou doença grave.
8. Tornar-se dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (marido/companheiro, filhos e/ou parentes próximos) com satisfação, sem se sentir subordinada, dominada e/ou subjugada.	8. Ter que abandonar um processo psicoterapêutico prematuramente por algum tipo de limitação...
9. Ter consciência do diagnóstico de câncer e conseguir avaliar e planejar questões importantes e pendentes.	9. Dependência econômica do (...) marido/companheiro, quando da separação conjugal.
10. Ter consciência da evolução do câncer e através do diálogo com as partes interessadas reorganizar efetivamente o futuro do(s) filho(s) sem sua presença.	10. Tornar-se dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (marido/companheiro, filhos e/ou parentes próximos) sem satisfação, sentindo-se subordinada, dominada e/ou subjugada.
11. Começar novo relacionamento amoroso, após: a) diagnóstico de câncer; b) diagnóstico de metástase de câncer.	

⁵ Categorias levantadas e mantidas do quadro construído por Yoshida (1984), com assessoria de Simon. **Categorias e/ ou palavras adaptadas por Gandini (1995).** Categorias e/ou palavras adaptadas pela pesquisa atual e acrescentadas ao quadro.

Nota: as informações são válidas para os quadros a seguir.

Quadro 4 – Microfatores positivos e negativos do setor afetivo-relacional

Microfatores Positivos (MF+)	Microfatores Negativos (MF-)
1. Ter sua escolha profissional prestigiada e apoiada por (...) namorado, marido/companheiro , e/ou parentes próximos.	1. Ver sua escolha profissional desprestigiada ou criticada pelo namorado , (...) marido/companheiro e/ou parentes próximos.
2. Ter pais (...), namorado , marido/... companheiro , filhos e/ou familiares compreensivos, que se interessam por ela e/ou a apoiam.	2. a) Ter pais (...), marido/companheiro , filhos e/ou familiares que frequentemente a critique e a compare com outras pessoas . b) <i>Ter tido pais, marido/companheiro, filhos e/ou familiares que frequentemente a criticava e a comparava com outras pessoas.</i>
3. Ter pais (...), namorado , marido/... companheiro , filhos e/ou familiares que respeitem sua individualidade, seus amigos e namorados.	3. Ter família muito desintegrada e instável emocionalmente.
4. Ter família razoavelmente íntegra e emocionalmente estável.	4. Ter pais (...), marido/companheiro e/ou familiares ansiosos, superprotetores ou excessivamente críticos, que não respeitem sua individualidade.
5. Ter familiares saudáveis física e mentalmente.	5. Ter <i>e/ou ter tido</i> familiar doente mental, toxicômano ou alcoólatra.
6. Ter um grupo de amigos mais íntimos e mais constantes, com quem possa trocar experiências.	6. Ter <i>e/ou ter tido</i> familiar com doença física crônica.
7. Ter namorado ou marido/... companheiro relativamente saudável emocionalmente, que preencha suas necessidades afetivas.	7. Falta de amigo ou grupo de amigos com quem possa trocar intimidades e experiências emocionais.
8. Estar em psicoterapia já há algum tempo e geralmente bem sucedida.	8. a) Ter marido/companheiro emocionalmente perturbado, tornando sua vida emocional abalada; b) <i>Ter tido marido/companheiro emocionalmente perturbado, tornando sua vida emocional abalada.</i>
9. Ser valorizada (...) pela equipe de saúde de onde se encontra em tratamento.	9. <i>Ser dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (marido, filhos e/ou parentes próximos), sem satisfação, sentindo-se subordinada, dominada e subjugada.</i>
10. Valorizar a equipe de saúde e/ou outros pacientes de onde se encontra em tratamento.	10. <i>Sentir-se insegura quando da dependência econômica.</i>
11. Reconhecer que precisa de mais tempo para se dedicar a si e à família.	11. <i>Sentir-se um peso na vida dos familiares</i>
12. Reconhecer a perda da autonomia e aceitar a ajuda do outro para suas necessidades.	12. <i>Reviver críticas, mágoas e/ou tristezas do passado constantemente.</i>
13. Ter fé em Deus (crença espiritual).	13. <i>Reconhece a perda da autonomia, mas mantém relação de controle, manipulando as situações, em próprio benefício.</i>
	14. <i>Tem consciência do diagnóstico inicial, mas não associa os sintomas da evolução da doença com a metástase do câncer, e consequentemente não organiza sua vida.</i>
	15. <i>Demonstra informação da evolução e gravidade da doença metastática, dissociada da consciência, e por isso não consegue redimensionar questões importantes e pendentes de sua vida.</i>

Quadro 5 – Fatores positivos e negativos do setor produtividade

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1. Executar todas as tarefas domésticas.	1. Perda do emprego que garanta sua subsistência: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
2. Executar tarefas domésticas adaptadas à nova situação orgânica.	2. Ter que arcar subitamente com a responsabilidade econômica da família: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
3. Executar tarefas específicas do trabalho remunerado, adaptadas à nova situação orgânica.	3. Ter que abandonar (...) o trabalho por limitação causada pelo(a) (...): a) <i>câncer;</i> b) <i>metástase de câncer.</i>
4. Conseguir e/ou manter remuneração compatível com a atividade exercida (compatível com a classe profissional): a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	4. Não ser aceita num novo trabalho, por discriminação da doença: a) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
5. Conseguir e/ou manter emprego seguro: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	5. Ser rebaixada na escala da hierarquia ocupacional: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
6. Conseguir e/ou manter independência financeira: 6.1. a partir do exercício de sua profissão ou ocupação (para quem trabalha): a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i> 6.2. através da pensão do marido (falecido); 6.3. por outros meios omitidos e/ou não informados.	6. Sofrer súbita e significativa queda na remuneração pelo trabalho ou negócio: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
7. Conseguir e/ou manter independência financeira, após limitações da doença: 7.1. através da aposentadoria: a) <i>por tempo de serviço;</i> b) <i>por invalidez;</i> c) <i>por idade.</i> 7.2. através do auxílio-doença.	7. Ter que abandonar a escola por limitação causada pelo(a): a) <i>câncer</i> b) <i>metástase de câncer.</i>
8. Ascensão hierárquica no trabalho, compatível com sua capacidade: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	8. Deixar de realizar trabalho voluntário: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
9. Aumento significativo na remuneração pelo trabalho ou negócio: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	
10. Começar a realizar trabalho voluntário: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	

Quadro 6 – Microfatores positivos e negativos do setor produtividade

Microfatores Positivos (MF+)	Microfatores Negativos (MF-)
1. Ter informações a respeito do trabalho que a motive a querer aprender mais: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.	1. Não executar tarefas domésticas: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
2. Ter (...) pessoas que valorizem seu desempenho e a estimulem.	2. Impossibilidade de executar tarefas específicas do trabalho remunerado: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
3. Ter experiências positivas nas suas atividades práticas: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.	3. Não conseguir remuneração compatível com a atividade exercida: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
4. Ser vista pelos seus colegas e/ou familiares como uma profissional (...) eficiente.	4. Não conseguir independência financeira a partir do exercício de sua profissão: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
5. Exercer trabalho/ocupação que lhe proporciona satisfação da autoestima: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.	5. Não conseguir independência financeira: 5.1. através da aposentadoria: a) por tempo de serviço; b) por invalidez; c) por idade. 5.2. através do auxílio-doença.
6. Ter perspectivas de evolução no trabalho: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.	6. Ter informações insuficientes a respeito de seu trabalho que não a motivem a querer aprender mais: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
7. Ter expectativas de remuneração ascendente: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.	7. Ter (...) pessoas que não valorizem seu desempenho e não a estimulem: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
8. Adaptar-se à nova situação e realizar atividades de acordo com suas preferências e de forma prazerosa, após: a) diagnóstico de câncer; b) diagnóstico de metástase de câncer.	8. Ter experiências negativas nas suas (...) práticas ocupacionais: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
9. Apesar da mudança de ritmo em comparação com seu habitual anterior, consegue realizar as tarefas com organização.	9. Ser vista pelos seus colegas como uma profissional incapaz e incompetente: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
10. Arcar só com as despesas familiares necessárias.	10. Ter seu trabalho desrespeitado e desvalorizado pelo meio social e/ou por ela mesma: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer; c) após o diagnóstico de metástase de câncer.
11. Paciente com: a) ensino fundamental incompleto ou completo, sabendo ler e escrever; b) ensino médio incompleto ou completo;	11. Não contar com lugar físico adequado para (...) trabalhar: a) antes do diagnóstico de câncer; b) após o diagnóstico de câncer;

<i>c) ensino superior incompleto ou completo; d) pós-graduação incompleta ou completa.</i>	<i>c) após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	12. Morar longe do (...) hospital , o que a obriga a perder muitas horas na viagem e a ter gastos financeiros.
	13. Ter que aceitar vários empregos para subsistir, comprometendo a qualidade de seu trabalho: <i>a) antes do diagnóstico de câncer;</i> <i>b) após o diagnóstico de câncer;</i> <i>c) após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	14. Limites para desenvolver tarefas caseiras e/ou trabalho remunerado após (...): <i>a) câncer;</i> <i>b) metástase de câncer.</i>
	15. Não ter conseguido (...) uma ocupação ou trabalho fora de casa: <i>a) antes do diagnóstico de câncer;</i> <i>b) após o diagnóstico de câncer;</i> <i>c) após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	16. Não contar com boa condição financeira que lhe permita a compra de remédios essenciais: <i>a) antes do diagnóstico de câncer;</i> <i>b) após o diagnóstico de câncer;</i> <i>c) após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	17. Não conseguir retornar a algumas atividades diárias: <i>a) durante praticamente 45 dias subsequentes à cirurgia da mama;</i> <i>b) em consequência do tratamento de quimioterapia;</i> <i>c) em decorrência de limitações causadas pela metástase de câncer;</i> <i>d) em decorrência de outras doenças.</i>
	18. Dificuldade para se adaptar ao afastamento do trabalho: <i>a) após o diagnóstico de câncer;</i> <i>b) após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	19. Arcar só com as despesas familiares, com dificuldade.
	20. Paciente: <i>a) analfabeto;</i> <i>b) semianalfabeto.</i>

Quadro 7 – Fatores positivos e negativos do setor sociocultural

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1. (...) <i>mudança para uma cidade ou região que conta com maiores recursos culturais e/ou médicos que a sua.</i>	1. Necessidade de imigração ou emigração, que a coloque frente a uma nova cultura muito diferente da sua.
2. Empreender viagem que a coloque frente à realidade diferente da sua.	2. Mudança para cidade ou região que conta com pouco ou nenhum recurso sociocultural e/ou médico.
3. Começar a participar ativamente de iniciativas artísticas e/ou culturais (...): a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	3. Mudanças constantes de região, dificultando a introjeção de um quadro de valores e costumes coerentes.
4. Começar a participar ativamente de atividades políticas e/ou esportivas (...): a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	4. <i>Deixar ou diminuir frequência de viagens que a coloque frente à realidade diferente da sua:</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
5. Começar a participar de grupos religiosos e/ou de lazer que preencham suas necessidades: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	5. <i>Deixar de participar ativamente de iniciativas artísticas e/ou culturais (...):</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	6. <i>Deixar de participar ativamente de atividades políticas e/ou esportivas (...):</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
	7. <i>Deixar de participar de grupos religiosos e/ou de lazer que preencham suas necessidades, ou diminuir frequência:</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>

Quadro 8 – Microfatores positivos e negativos do setor sociocultural

Microfatores Positivos (MF+)	Microfatores Negativos (MF-)
1. Ter condições financeiras que lhe permita desfrutar de sociedade ou agremiação esportiva que a motive.	1. Impossibilidade de participar de sociedade ou agremiação esportiva.
2. Ter condições financeiras que lhe permitta frequentar cinemas, teatros, fazer viagens, comprar revistas e jornais, etc.	2. Dificuldades financeiras impedem-na de frequentar teatros, cinemas, etc.
3. Pertencer a uma família que cultive o interesse pelas artes, política e/ou religião.	3. Pertencer a uma “família muito fechada”, que não compartilha da vida social ou política do país.
4. Pais, marido/companheiro e/ou filhos de nível cultural semelhante ou superior ao seu.	4. Pertencer a uma família que menospreza a cultura e os valores sociais brasileiros.
5. Ser aceita (...) pelos companheiros nas atividades religiosas, por seus valores morais, raça ou cor.	5. Pertencer a uma família de nível sociocultural muito inferior ao seu.
6. Pertencer a uma família em que as necessidades sexuais são reconhecidas e respeitadas.	6. Pertencer a uma família em que há intolerância quanto às questões de natureza sexual.
7. <i>Preservar atitudes e/ou comportamentos que caracterizam a cultura e costumes da população brasileira (tradição de benzer e uso de remédios caseiros, por exemplo).</i>	7. Sofrer discriminação de colegas (...), familiares e/ou marido/companheiro por suas convicções religiosas, valores morais, raça ou cor. 8. Sofrer discriminação de colegas (...), familiares e/ou marido/companheiro: a) por sua origem socioeconômica; b) pela doença; c) pela alopecia; d) pela mastectomia.
	9. <i>Falta de recurso médico na cidade onde mora para tratamentos especializados.</i>

Quadro 9 – Fatores positivos e negativos do setor orgânico

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1. Obter a recuperação de um órgão ou função orgânica, subitamente...	1. Perda súbita de um órgão <i>ou parte dele, ou de</i> função biológica importante , por doença ou acidente.
2. Manter ou recuperar a potência sexual, ou obter relações sexuais satisfatórias depois de um período de dificuldades nessa área.	2. Perda da potência sexual e/ou libido temporária ou definitiva .
3. Gravidez, só quando desejada e levada a termo.	3. Gravidez complicada, considerada de “alto risco”.
4. Ter movimentos harmoniosos dos braços, sem fadiga.	<i>4. Depressão pós-parto</i>
5. Aceitar/suportar os tratamentos necessários: cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, hormonal, etc.	5. Surto psicótico por fatores orgânicos.
<i>6. Adaptar-se a uma nova dieta alimentar, devido ao câncer e/ou metástase de câncer.</i>	6. Variações abruptas do (...) peso: a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer, devido ao tratamento;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer, devido ao tratamento ou à própria doença.</i>
	7. Ter movimentos de braços: a) com fadiga; b) limitados.
	8. Interromper qualquer tipo de tratamento proposto, por não suportá-lo.
	<i>9. Risco de vida devido à doença e/ou cirurgia.</i>
	<i>10. Ter que utilizar, após doença:</i> a) <i>sondas e/ou curativo;</i> b) <i>cadeira de rodas e/ou andador.</i>

Quadro 10 – Microfatores positivos e negativos do setor orgânico

Microfatores Positivos (MF+)	Microfatores Negativos (MF-)
1. Ser fisicamente proporcional à sua idade e sexo.	1. Ter doenças crônicas que, se não a incapacite, (...) constantemente a atormente, prejudicando sua adaptação (incerteza da cura, medo que o câncer possa voltar e/ou espalhar para outras partes).
2. Gozar de saúde: a) física e mental; b) física; c) mental.	2. Dificuldades de se alimentar adequadamente, em virtude de horários irregulares, dificuldades econômicas, perturbação orgânica , etc.
3. Peso constante dentro da norma.	3. Ter, constantemente, de se submeter a exames médicos, <i>procedimentos dolorosos e/ou a tratamentos de saúde prescritos</i> .
4. Prática de esportes e atividades que preservam ou melhoram sua condição física, <i>respeitando a orientação médica e o próprio limite:</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>	4. Ser fisicamente desproporcional para sua idade e sexo.
5. Poder contar com períodos de sono regulares e suficientes.	5. Sentir defeito físico (...), o que possa ser motivo de comentários e da compaixão por parte dos colegas, <i>familiares e/ou marido/companheiro:</i> a) <i>em decorrência da mastectomia radical;</i> b) <i>em decorrência da quadrantectomia;</i> c) <i>em decorrência da perda e/ou limitação de outro órgão, devido à metástase.</i>
6. Ter condições ambientais adequadas para o repouso e a relaxação.	6. Oscilações constantes no peso, para mais ou para menos.
7. Poder manter dieta alimentar adequada.	7. Vida sedentária, falta de prática de esportes ou exercícios físicos adequados: a) <i>constantemente;</i> b) <i>em decorrência dos tratamentos e/ou limitações.</i>
8. Oportunidades regulares de satisfação sexual.	8. <i>Prática de esportes ou exercícios físicos em excesso, comprometendo a saúde (risco de fraturas, dores musculares intensas, perda de peso em excesso, etc.).</i>
9. <i>Não fumar.</i>	9. Não poder contar com períodos de sono regulares e suficientes.
10. <i>Não beber.</i>	10. Não contar com ambiente adequado para o sono e a relaxação.
11. <i>Beber apenas socialmente.</i>	11. <i>Fumar:</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
12. Ser fisicamente atraente e íntegra.	12. <i>Beber em excesso:</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
13. <i>Submeter-se às consultas com profissionais da equipe de saúde de acordo com suas necessidades, como: cardiologista, hematologista, mastologista, ginecologista, otorrinolaringologista, oftalmologista, psicólogo, entre outros.</i>	13. <i>Usar outras drogas que levem à adição:</i> a) <i>antes do diagnóstico de câncer;</i> b) <i>após o diagnóstico de câncer;</i> c) <i>após o diagnóstico de metástase de câncer.</i>
14. <i>Após o câncer e/ou metástase de câncer, fazer uso de:</i> a) <i>prótese mamária externa;</i> b) <i>peruca, chapéu, boné e/ou lenço, quando da alopecia, durante tratamento de quimioterapia.</i>	14. Abstinência sexual prolongada: a) voluntária; b) involuntária; c) distúrbio do desejo.

<i>15. Cuidar da aparência.</i>	<i>15. Prejuízo da saúde:</i> <i>a) física e mental;</i> <i>b) física;</i> <i>c) mental.</i>
<i>16. Manter a vaidade.</i>	<i>16. Não se submeter às consultas com profissionais da equipe de saúde de acordo com suas necessidades, como: cardiologista, hematologista, mastologista, ginecologista, otorrinolaringologista, oftalmologista, psicólogo, entre outros.</i>
<i>17. Buscar atendimento especializado imediatamente quando percebe alguma alteração.</i>	<i>17. Não buscar ou adiar busca por atendimento especializado imediatamente quando percebe alguma alteração.</i>
	<i>18. Indisciplina, em domicílio, na ingestão da medicação prescrita.</i>
	<i>19. Peso:</i> <i>a) abaixo da norma;</i> <i>b) acima da norma.</i>
	<i>20. Dificuldade para se adaptar a uma nova dieta alimentar, devido ao câncer e/ou metástase de câncer.</i>

As análises dos dados dos quadros de fatores e microfatores, positivos e negativos, contribuíram para a avaliação da eficácia adaptativa e suas variações no grupo das participantes deste estudo.

7.4 Ilustração de casos clínicos

7.4.1 Gardênia

Gardênia, 50 anos, separada, evangélica, auxiliar de serviços gerais (aposentada por invalidez), ensino fundamental completo. Diagnóstico de câncer de mama em 2001, com 41 anos. Diagnóstico de metástase nos ossos (esterno), medula espinhal e mediastino em 2006, com 46 anos. Gardênia foi bastante receptiva e comunicativa “*gosto de conversar*” (sic). Começou falando do setor afetivo-relacional, dos seus casamentos.

Setor afetivo-relacional (A-R)

Gardênia nasceu em outro estado, mas mora em Uberlândia há mais ou menos 30 anos. É a quinta filha de seis irmãos, um dos irmãos faleceu com sete anos. Tem uma filha de 29 anos, casada, três filhos, e um filho de 22 anos, solteiro (namora). Reside em casa própria com a mãe e o filho.

Gardênia teve a primeira filha com 21 anos, fruto de um relacionamento passageiro “*escapuliu*” (sic). Criou a filha sozinha até conhecer um rapaz, com quem namorou três meses e foi morar junto “*eu morava perto do meu trabalho e ele também, aí minha família resolveu mudar para outro bairro, como não queria morar longe do trabalho, resolvi ficar no bairro e morar com o rapaz*” (sic). Gardênia ficou junto com esta pessoa durante 12 anos “*sofri muito, vivia triste, não tinha personalidade, só fazia o que ele queria, com três meses de união, percebi que a relação não ia dar certo, mas não conseguia me separar, ele me ameaçava, foi uma época muito difícil, ele bebia e era agressivo*” (sic). Nesse relacionamento Gardênia teve um filho. Quando conseguiu se separar, ela e os filhos foram morar em outra casa, mas o ex-marido pediu para morar com ela já que não tinha onde ficar “*eu deixei ele ficar, ele falou que ia ficar um mês, mas ficou um ano. Nessa época ele já tinha outra pessoa, e eu tinha uma vida normal, estava bem, saia para dançar e ele saia para*

outro lado” (sic). Segundo Gardênia, em uma dessas saídas, conheceu uma pessoa, e em um mês de convivência foi morar com ele, por causa de uma discussão com o ex-marido “*meu ex-marido quebrou um prato, estava nervoso, eu fiquei com medo e falei para o (...) que não podia ter mais nada com ele, aí ele falou que ia me levar para morar junto com ele*” (sic).

Gardênia foi morar com este homem “*ele era uns 20 e poucos anos mais velho que eu*” (sic). Gardênia ficou junto com ele durante oito anos “*ele só pensava em dinheiro e demonstrava não gostar de mim, não tinha respeito, amor, ele aprontava comigo, ficava ligando para uma ex de 20 anos que morava em outro país, muitas vezes eu ouvi ele falando que tava com saudade de beijar e abraçar ela*” (sic). Gardênia disse “*o casamento foi uma troca de interesses, eu trabalhava para ele na loja. Ele era problemático, depressivo, era estranho comigo, às vezes olhava para mim com raiva, parecia que não queria estar comigo, queria estar com a outra (...)*” (sic).

Gardênia disse que sempre falava para ele que queria se separar. Certo dia, seu filho sofreu um acidente de moto e teve que ficar 15 dias no hospital “*ele não queria que eu ficasse com meu filho, queria que eu trabalhasse, mas fiquei com meu filho. Nesse período ele arrumou outra pessoa, eu percebi, e ele disse que queria se separar. Eu saí de casa e no mesmo dia a outra foi morar com ele. Fiquei muito magoada com a atitude dele porque mesmo que ele tivesse todos os defeitos ele me tirou da casa onde morava com meu ex, e tava comigo no momento mais difícil, quando descobri o câncer de mama. Ele me ajudou muito*” (sic).

Gardênia está namorando há quase três anos, com uma pessoa que conheceu saindo para dançar, segundo ela, ele é seu “*namorado*” (sic). Ele mora em outra cidade “*geralmente ele vem no fim de semana, gosto muito dele, mas nunca fui na sua casa, nem conheço sua família, tenho vontade, mas ele mora com o filho, e quando sua ex-mulher, que mora em outra cidade, vai para lá, fica na casa dele, eu respeito ela, por isso nunca quis ir*” (sic).

Gardênia disse que demorou uns seis meses para ficar com ele a primeira vez. Eles sempre se encontravam, por acaso, quando ela saia para dançar “*um dia ele não foi e eu percebi que tava sentindo falta dele*”; “*quando fui para cama com ele a primeira vez, ele já sabia que não tinha a mama, uma vez eu saí para dançar com uma blusa mais decotada, e ele é mais alto que eu e viu*” (sic). Segundo Gardênia, seu namorado sai na cidade onde mora para dançar. Ela também sai com as amigas para dançar, quando ele não está em Uberlândia “*às vezes, penso em terminar com ele, porque queria ir visitar minha irmã, que mora em outro estado, mas ele não gosta de ir para a casa dos outros, e por outros motivos que nem eu mesma sei, mas aí penso que vou sentir falta dele, e como somos de opinião, quando a gente se encontrasse, acho que ele nem ia me chamar para dançar, e também penso que já to com ele, e ele já sabe tudo que aconteceu comigo, com outra pessoa eu ia ter que começar tudo de novo, contar o que aconteceu, e existe muito preconceito, tem muitos homens que abandonam as mulheres quando elas adoecem (...)*” (sic).

Gardênia disse que tem uma boa relação com os filhos e com a família “*me dou bem com meus filhos e com a minha família, prezoo muito a família. Minha mãe às vezes é um pouco ignorante, minha filha também. Minha mãe nunca foi carinhosa, hoje eu que dou beijo nela*” (sic). Gardênia disse que quando sua condição financeira estava melhor ajudava muito a filha, que é casada. Teve conflitos com o pai “*eu pedi um dinheiro emprestado para ele para aumentar minha casa, mas ele é interesseiro e queria construir uma casa para ele no fundo da minha casa, eu não aceitei, aí ele não quis me emprestar o dinheiro mais, e ainda falou mal de mim (...), passo muito tempo sem ver ele, devia ir na casa dele visitá-lo, arrumar a sua casa, mas não tenho vontade*” (sic). Sua mãe e seus irmãos são hipertensos. O pai é diabético.

Gardênia disse que tem algumas amigas “*saio com elas aqui para dançar ou viajamos para outra cidade para dançar*” (sic). Tem uma relação amigável com o primeiro marido. Com o segundo não tem muito contato, mas com os filhos dele sim.

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor A-R

F+ nº 1 – Estabelecia relações de amizade com pelo menos alguns dos colegas de grupo, sendo aceita no meio;

F+ nº 2a (2x) – Realizou duas uniões estáveis com satisfação emocional e sexual nos primeiros meses da união, antes do diagnóstico de câncer;

F+ nº 4 (2x) – Filhos saudáveis física e mentalmente;

F+ nº 6 – Apresentava motivação para resolver os problemas;

F+ nº 7 (2x) – Independência financeira dos maridos, quando da separação conjugal;

F+ nº 8 – Tornou-se dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (mãe, filho e namorado) com satisfação, sem se sentir subordinada, dominada ou subjugada;

F+ nº 9 – Tinha consciência do diagnóstico de câncer e conseguia avaliar e planejar questões importantes e pendentes;

F+ nº 11b – Começou novo relacionamento amoroso, após diagnóstico de metástase de câncer;

F- nº 2a – Separação traumática do primeiro marido, antes do diagnóstico de câncer;

F- nº 2c – Separação traumática do segundo companheiro, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F- nº 3 – Invalidez própria;

F- nº 4b (2x) – Frustração nas duas uniões estáveis, de ordem sexual ou emocional, iniciada após alguns meses da união;

F- nº 5a – Fracasso na união estável, levando à ruptura dos vínculos conjugais, antes do diagnóstico de câncer;

F- nº 5c – Fracasso na união estável, levando à ruptura dos vínculos conjugais, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F- nº 6 (2x) – Duas gravidez inesperadas;

MF+ nº 1 – Teve sua escolha profissional prestigiada e apoiada por parentes próximos;

MF+ nº 2 (4x) – Pais, namorado, filhos e irmãos compreensivos, que se interessavam por ela e a apoiavam;

MF+ nº 3 (4x) – Pais, namorado, filhos e irmãos que respeitavam sua individualidade, seus amigos e namorados;

MF+ nº 4 – Família razoavelmente íntegra e emocionalmente estável;

MF+ nº 5 – Familiares saudáveis física e mentalmente;

MF+ nº 6 – Tinha um grupo de amigos mais íntimos e mais constantes, com quem podia trocar experiências;

MF+ nº 7 – Tinha namorado relativamente saudável emocionalmente, que preenchia suas necessidades afetivas;

MF+ nº 9 – Era valorizada pela equipe de saúde de onde se encontrava em tratamento;

MF+ nº 10 – Valorizava a equipe de saúde e outros pacientes de onde se encontrava em tratamento;

MF+ nº 12 – Reconhecia a perda da autonomia e aceitava ajuda do outro para suas necessidades;

MF+ nº 13 – Tinha fé em Deus (crença espiritual);

MF- nº 2a – Tinha pai que frequentemente a criticava e a comparava com outras pessoas;

MF- nº 2b (2x) – Teve maridos que frequentemente a criticava e a comparava com outras pessoas;

MF– nº 5 – Primeiro marido era alcoólatra;

MF– nº 6 (4x) – Tinha mãe e dois irmãos hipertensos e pai diabético;

MF– nº 8b (2x) – Teve dois maridos emocionalmente perturbados, tornando sua vida emocional abalada;

MF– nº 12 – Revivia críticas, mágoas e tristezas do passado constantemente.

Comentários e interpretação do setor A-R

Percebeu-se em relação ao setor afetivo-relacional que Gardênia apresentava conflitos intra e interpessoal. Nos relacionamentos com os ex-companheiros demonstrou falta de cuidado ao se envolver e demonstrou falta de qualidade nos vínculos interpessoais, característica esta que continua presente no relacionamento atual.

Gardênia demonstrou impulsividade no início dos primeiros relacionamentos amorosos, mal conhecia a pessoa e imediatamente se envovia intimamente. Engravidou sem planejar (interface com o setor orgânico). Percebeu-se também que a união com os dois primeiros maridos ocorreu mais por conveniência do que pelo afeto. Foi morar com o primeiro marido porque não queria mudar de perto do seu trabalho. E com o segundo foi morar porque estava com medo do ex-marido. Sofreu nos dois relacionamentos desde o início, após alguns meses da união, mas mesmo assim ficou muitos anos com os companheiros.

Aparentemente, no atual relacionamento, Gardênia demonstrou amadurecimento em sua escolha, já que demorou algum tempo para se envolver depois de ter conhecido a pessoa, mas pareceu ter adquirido medo de se envolver.

Em função dos conflitos, no setor afetivo-relacional, Gardênia foi classificada como pouco adequada, sendo pontuada pela EDAO e pela EDAO/R com dois pontos.

Setor produtividade (Pr)

Gardênia começou a trabalhar com nove anos como babá. Já trabalhou em supermercados, lojas. Quando teve o câncer de mama, continuou trabalhando normalmente. Após cinco anos do diagnóstico de câncer, teve metástase, mas mesmo assim continuou trabalhando durante alguns anos. Há poucos meses se aposentou por invalidez, mas já estava afastada do trabalho como auxiliar de serviços gerais em uma cerealista “*aposentei mais porque queria ficar longe do meu ex-marido (patrão), nem tanto pela doença, estou achando bom não trabalhar*” (sic). Mesmo não trabalhando fora, Gardênia continua cuidando das tarefas domésticas, porém procura não fazer muito esforço “*arrumo a casa, faço comida, planto no quintal de casa*” (sic). Após a aposentadoria teve queda na remuneração “*com a aposentadoria o salário caiu bastante, ganhava bem antes, e mesmo assim, continuo saindo para dançar porque não fica caro*” (sic). Mesmo com queda na remuneração, Gardênia não passa dificuldades, pois conta com a ajuda da mãe, do filho e do namorado.

Gardênia concluiu o ensino fundamental “*tentei voltar a estudar, fiz o primeiro colegial umas três vezes, mas desisti*” (sic).

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor Pr

F+ nº 2 – Executava tarefas domésticas adaptadas à nova situação orgânica;

F+ nº 4a – Consegiu e manteve remuneração compatível com a atividade exercida, antes do diagnóstico de câncer;

F+ nº 4b – Consegiu e manteve remuneração compatível com a atividade exercida, após o diagnóstico de câncer;

F+ nº 4c – Manteve remuneração compatível com a atividade exercida, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F+ nº 5a – Consegiu e manteve emprego seguro, antes do diagnóstico de câncer;

F+ nº 5b – Consegiu e manteve emprego seguro, após o diagnóstico de câncer;

F+ nº 5c – Manteve emprego seguro, após o diagnóstico de metástase de câncer, por alguns anos;

F+ nº 6.1.a. – Consegiu e manteve independência financeira a partir do exercício de sua ocupação, antes do diagnóstico de câncer;

F+ nº 6.1.b. – Consegiu e manteve independência financeira a partir do exercício de sua ocupação, após o diagnóstico de câncer;

F+ nº 6.1.c. – Manteve independência financeira a partir do exercício de sua ocupação, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F+ nº 9b – Aumento significativo na remuneração pelo trabalho, após o diagnóstico inicial de câncer;

F+ nº 9c – Aumento significativo na remuneração pelo trabalho, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F- nº 6c – Sofreu súbita e significativa queda na remuneração pelo trabalho, após o diagnóstico de metástase de câncer, com a aposentadoria por invalidez;

MF+ nº 2 – Tinha pessoas que valorizavam seu desempenho e a estimulavam;

MF+ nº 3a – Teve experiências positivas nas suas atividades práticas, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 3b – Teve experiências positivas nas suas atividades práticas, após o diagnóstico de câncer;

MF+ nº 4 – Era vista pelos seus colegas e familiares como uma profissional eficiente;

MF+ nº 5a – Exercia trabalho que lhe proporcionava satisfação da autoestima, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 5b – Exercia trabalho que lhe proporcionava satisfação da autoestima, após o diagnóstico de câncer;

MF+ nº 5c – Exercia trabalho/ocupação que lhe proporcionava satisfação da autoestima, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF+ nº 8b – Adaptou-se à nova situação e realizava atividades de acordo com suas preferências e de forma prazerosa, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF+ nº 9 – Apesar da mudança de ritmo em comparação com seu habitual anterior, conseguia realizar as tarefas com organização;

MF+ nº 11a – Paciente com ensino fundamental completo;

MF– nº 5.1.b. – Não conseguiu independência financeira através da aposentadoria por invalidez;

MF– nº 8c – Teve experiências negativas nas suas práticas ocupacionais, após o diagnóstico de metástase de câncer, nem tanto pela doença, mas pela relação com o patrão que era seu marido;

MF– nº 12 – Morava longe do hospital, o que a obrigava a perder muitas horas na viagem e a ter gastos financeiros.

Comentários e interpretação do setor Pr

Percebeu-se em relação ao setor produtividade que Gardênia começou a trabalhar muito cedo, desde então sempre trabalhou, em casa e fora, conseguindo manter sua independência financeira.

Continuou trabalhando após o diagnóstico de câncer de mama e teve aumento significativo na remuneração. Após o diagnóstico de metástase, continuou trabalhando durante alguns anos.

Recentemente, aposentou-se por invalidez, por dificuldade no relacionamento com o patrão, que também era seu ex-marido (interface com o setor afetivo-relacional). Com a

aposentadoria sofreu súbita e significativa queda na remuneração, não conseguindo manter a independência financeira, contudo pode contar com a ajuda da mãe, do filho e do namorado.

Continua realizando o trabalho em casa adaptado à sua situação orgânica (arruma a casa, faz comida, cuida das plantas).

Gardênia sente-se satisfeita em relação à sua nova situação ocupacional e se mostra tranquila em poder contar com a ajuda financeira das pessoas próximas.

Dessa forma, no setor produtividade, Gardênia foi classificada como adequada, sendo pontuada, pela EDAO, com três pontos, e pela EDAO/R, com dois pontos.

Setor sociocultural (SC)

Quando Gardênia estava casada com o primeiro marido não saía. Depois que se separou começou a sair para dançar, desde então sempre sai ou viaja para dançar.

É evangélica, mas não está mais frequentando a igreja, pois teria que abandonar a dança “*preferi sair da igreja e continuar dançando, gosto de dançar, mas tenho minha fé*” (sic).

Gardênia disse que também fica muito em casa, gosta de ver novela, e às vezes vai à casa da filha e dos irmãos, mas tem dias que não quer ver ninguém “*tem dias que quero ficar quietinha*” (sic). Disse que não gosta de ficar na porta de casa conversando, e já se sentiu discriminada pelo segundo marido, devido ao câncer. Segundo Gardênia, o marido achava que câncer pegava “*uma vez ele estava com dor e perguntou se não tinha pegado a doença de mim*” (sic). Além disso, por ter feito mastectomia radical, ela nunca se sentiu à vontade com ele “*nunca fiquei com meu marido sem sutiã*” (sic). Já com o namorado é diferente.

Gardênia disse que toma algumas misturas com cereais que sua irmã prepara “*é bom para os ossos, e acho que vale tentar de tudo pela cura (...). Uma vez tomei um chá, que segundo o filho do meu ex (segundo marido), satanás tinha enviado para curar as pessoas*

com doença, tomei, mas me senti mal, minha consciência ficou pesada, então joguei fora”
 (sic).

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor SC

F+ nº 2 – Empreendeu viagem que a colocou frente à realidade diferente da sua;

F+ nº 5a – Começou a participar de grupos religiosos e de lazer que preenchiam suas necessidades, antes do diagnóstico de câncer, após a separação do primeiro marido;

F– nº – Ausente

MF+ nº 2 – Tinha condições financeiras que permitia sair para dançar e fazer viagens, segundo ela, porque não ficava caro;

MF+ nº 3 – Pertencia a uma família que cultivava o interesse pelas artes, política e/ou religião;

MF+ nº 4 – Namorado e filhos de nível cultural semelhante ou superior ao seu;

MF+ nº 5 – Era aceita pelos companheiros nas atividades religiosas, por seus valores morais, raça ou cor;

MF+ nº 6 – Pertencia a uma família em que as necessidades sexuais eram reconhecidas e respeitadas;

MF+ nº 7 – Preservava atitudes e comportamentos que caracterizavam a cultura e costumes da população brasileira (uso de remédios caseiros);

MF– nº 8b – Sofreu discriminação do segundo marido pela doença;

MF– nº 8d – Sofreu discriminação do segundo marido pela mastectomia.

Comentários e interpretação do setor SC

Quando Gardênia estava casada com o primeiro marido seria classificada no setor sociocultural como pouquíssimo adequada, pois não tinha vida social, sentia-se insatisfeita e

não conseguia resolver a situação, continuando na mesma por doze anos. Após a separação começou a sair para dançar, recuperando a adequação no setor.

Já com o segundo marido Gardênia manteve sua vida social, porém sofria discriminação pela doença, sentindo-se rejeitada pelo marido e com autoestima diminuída (interface com os setores orgânico e afetivo-relacional).

No relacionamento atual, Gardênia relatou não se sentir discriminada. Além disso, continuou saindo ou viajando para dançar, tanto com o namorado, quanto com as amigas. Desenvolveu uma intimidade e se sentia valorizada por ele.

Percebeu-se também que a sua família cultivava interesses pela religião. Gardênia frequentava uma igreja evangélica, porém preferiu deixar a igreja e continuar dançando. Além disso, preservava atitudes e comportamentos que caracterizavam os costumes da população brasileira, como o uso de remédios caseiros.

Dante disso, no setor sociocultural, Gardênia foi classificada como adequada, sendo pontuada, pela EDAO, com três pontos.

Setor orgânico (Or)

Gardênia disse que nunca tinha ficado doente. Em 2001 percebeu um nódulo, por acaso, na mama esquerda. Nessa época, já estava separada, mas morava com o primeiro marido. Foi ao médico, fez os exames e foi confirmada a doença “*quando soube da doença chorei muito, fiquei triste, em choque, mas depois resolvi enfrentar o tratamento, já que era necessário, mesmo assim a vida continuou igual, trabalhava, fazia tudo como antes*” (sic). Quando foi diagnosticado o câncer de mama, Gardênia já estava morando com o segundo marido.

De acordo com informações do prontuário médico, Gardênia foi diagnosticada com Carcinoma Ductal Infiltrante, Grau 1, Estadio IIA. Fez mastectomia radical na mama esquerda, quimioterapia e radioterapia adjuvante.

Gardênia disse que perguntou ao médico porque teve câncer e ele perguntou sobre sua vida “*eu contei que a vida com meu primeiro marido era muito difícil, que eu era muito triste, tinha desgosto*” (sic). O médico disse “*a resposta está aí*” (fala do médico, segundo Gardênia).

Em 2006, após cinco anos do diagnóstico de câncer de mama, teve metástase nos ossos, coluna espinhal e mediastino. Em relação à metástase, Gardênia disse: “*fazia consultas de manutenção, mas não tomava remédio, nem fazia exames periódicos, os médicos não pediam, acho que teve falha, porque fiquei sem remédio, depois a doença apareceu*” (sic). De acordo com informações do prontuário, ao contrário do que Gardênia relatou, ela fazia sim exames periódicos. Ainda em relação à metástase ela relatou: “*depois de cinco anos tive a metas.. (não conseguiu falar a palavra metástase direito), não fico muito presa a isso, não fico querendo saber o que é, mas se tenho que fazer o tratamento faço, depois de cinco anos tive que fazer quimioterapia e radioterapia de novo, ainda estou fazendo quimioterapia e radioterapia*” (sic). Em relação ao tratamento que está fazendo Gardênia disse: “*não sinto nada com a quimioterapia, minha boca anda ficando ferida, mas mesmo assim não deixo de comer, engordei, inchei (...). Teve um dia que fiz quimioterapia e fui dançar*” (sic).

Gardênia disse que sua alimentação é boa. Em relação ao sono relatou: “*andando perdendo o sono, fico pensando nos meus filhos, na minha mãe, no meu namorado*” (sic). Não bebe e não fuma, mas já fumou durante uns 10 anos. Não sente dor, mas disse que evita andar muito e fazer muito esforço, com medo de sentir dor. Gosta de se arrumar “*não saio sem peruca*” (sic). Após a mastectomia radical utiliza uma prótese mamária externa.

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor Or

F+ nº 2 – Manteve a potência sexual;

F+ nº 4 – Tinha movimentos harmoniosos dos braços, sem fadiga;

F+ nº 5 – Aceitava e suportava os tratamentos necessários: cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;

F+ nº 6 – Adaptou-se a uma nova dieta alimentar, devido ao câncer e metástase de câncer;

F- nº 1 (4x) – Perda súbita de um órgão ou parte dele ou de função biológica importante, por doença (mama, ossos, medula espinhal e mediastino);

F- nº 6c – Variações abruptas do peso, após o diagnóstico de metástase de câncer, devido ao tratamento;

F- nº 9 – Risco de vida devido à doença e cirurgia;

MF+ nº 1 – Era fisicamente proporcional à sua idade e sexo;

MF+ nº 2c – Gozava de saúde mental;

MF+ nº 3 – Peso constante dentro da norma;

MF+ nº 4a – Praticava atividades que preservavam ou melhoravam sua condição física (dança), respeitando a orientação médica e o próprio limite, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 4b – Praticava atividades que preservavam ou melhoravam sua condição física (dança), respeitando a orientação médica e o próprio limite, após o diagnóstico de câncer;

MF+ nº 4c – Praticava atividades que preservavam ou melhoravam sua condição física (dança), respeitando a orientação médica e o próprio limite, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF+ nº 6 – Tinha condições ambientais adequadas para o repouso e a relaxação;

MF+ nº 7 – Podia manter dieta alimentar adequada;

MF+ nº 8 – Oportunidades regulares de satisfação sexual;

MF+ nº 9 – Não fumava;

MF+ nº 10 – Não bebia;

MF+ nº 13 – Submetia-se às consultas com profissionais de saúde de acordo com suas necessidades;

MF+ nº 14a – Após o câncer, fazia uso de prótese mamária externa, devido à mastectomia radical;

MF+ nº 14b – Após o câncer e metástase de câncer, fazia uso de peruca, quando da alopecia, durante o tratamento de quimioterapia;

MF+ nº 15 – Cuidava da aparência;

MF+ nº 16 – Mantinha a vaidade;

MF+ nº 17 – Buscava atendimento especializado imediatamente quando percebia alguma alteração;

MF- nº 1 – Tinha doença crônica que, se não a incapacitava, constantemente a atormentava, prejudicando sua adaptação;

MF- nº 3 – Tinha, constantemente, de se submeter a exames médicos, procedimentos dolorosos e a tratamentos de saúde prescritos;

MF- nº 5a – Sentia defeito físico, o que podia ser motivo de comentários e da compaixão por parte dos colegas, familiares e/ou companheiro;

MF- nº 9 – Não podia contar com períodos de sono regulares e suficientes, estava perdendo o sono;

MF- nº 11a – Fumou durante uns 10 anos, antes do diagnóstico de câncer;

MF- nº 15b – Prejuízo da saúde física.

Comentários e interpretação do setor Or

Percebeu-se em relação ao setor orgânico que mesmo após o diagnóstico de câncer e metástase de câncer de mama, que prejudicavam a adequação de Gardênia no setor, devido ao

risco de vida pela doença e cirurgia, ela mantinha dieta alimentar adequada, aceitava e suportava os tratamentos necessários, tinha oportunidades regulares de satisfação sexual, continuava dançando, cuidava da aparência, mantinha a vaidade, utilizava peruca e prótese mamária externa.

No período da entrevista, Gardênia estava sendo submetida ao tratamento quimioterápico, sendo que tal tratamento não a impedia de realizar atividades como: dançar, cuidar da casa e das plantas. No entanto, perdia adequação por apresentar efeitos colaterais da quimioterapia (feridas na boca e inchaço).

Gardênia conseguia minimizar o impacto da doença em sua vida, e isso pode ter contribuído para uma melhor adaptação. Mesmo convivendo há uns cinco anos com a metástase que comprometia vários órgãos (ossos, medula espinhal e mediastino), Gardênia não apresentava nenhum sintoma.

Dante disso, no setor orgânico, Gardênia foi classificada como pouco adequada, sendo pontuada com dois pontos, de acordo com a EDAO.

Conclusão geral

Gardênia foi classificada com a melhor adaptação e funcionamento global, em relação às demais participantes deste estudo. De acordo com a classificação obtida pela EDAO, Gardênia apresentou adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III (A-R 2, Pr 3, SC 3 e Or 2 - totalizando 10 pontos) indicando, segundo a classificação nosológica clássica, a presença de neurose de moderada intensidade. Pela EDAO/R, Gardênia apresentou adaptação ineficaz leve, sem crise, grupo 2 (A-R 2 e Pr 2 - totalizando 4 pontos) indicando, segundo a classificação fenomenológica, a presença de sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos e algumas inibições. Já na AGF, Gardênia foi incluída na faixa 61 a 70, sendo atribuídos 69 pontos, indicando a presença de alguns sintomas leves ou alguma

dificuldade no funcionamento social ou ocupacional, mas geralmente funcionando muito bem, possuindo alguns relacionamentos significativos.

7.4.2 Amarílis

Amarílis, 54 anos, solteira, evangélica, empregada doméstica e babá (afastada do trabalho, recebendo auxílio-doença), ensino fundamental incompleto. Diagnóstico de câncer de mama em julho de 2010, com 54 anos. Diagnóstico de metástase nos ossos em setembro de 2010, com 54 anos.

Quando a pesquisadora chegou para a entrevista, no horário marcado, Amarílis estava deitada. Segundo ela, tinha feito almoço, almoçou e deitou. Estava sentindo muita dor. A pesquisadora observou que a dor estava incomodando Amarílis, porém no decorrer da entrevista a dor parece ter diminuído de intensidade, e a própria participante relatou que tinha melhorado um pouco. Foi bastante receptiva e comunicativa. Amarílis começou a entrevista falando do setor orgânico, de como descobriu a doença e como tem sido desde então.

Setor afetivo-relacional (A-R)

Amarílis é solteira. Tem uma filha de 19 anos. Mora só, mas atualmente a filha e o genro, que moram em outro estado, estão passando uma temporada em sua casa para cuidar dela. No terreno de sua casa, também tem a casa de um irmão e da mãe. Mora na casa há mais ou menos 30 anos, porém durante um período morou em outro estado e depois voltou.

Amarílis disse que nunca teve uma relação muito boa com a mãe “*ela não era carinhosa, é ranzinza*” (sic). Os pais se separaram quando era pequena “*eles brigavam muito, meu pai bebia*” (sic).

Teve cinco irmãos, mas um foi embora (e consideram-no como morto) e outro morreu afogado. Dois irmãos moram na mesma cidade que ela, ou seja, em Uberlândia, e uma irmã mora em uma cidade do estado de São Paulo.

Amarilis teve alguns namorados, quando engravidou tinha 32 anos, não foi planejado. Segundo ela, o namorado era muito imaturo e alguns anos mais novo “*no começo ele gostou da ideia, mas depois muita gente ficou colocando coisa na cabeça dele, comecei a perceber que ele já não estava mais disposto a assumir a criança, até sugeriu que arrumasse outra pessoa para assumir, aí cai fora*” (sic). Ele nunca ajudou na criação da filha.

Disse que não sente falta de sexo, não considera importante, para ela existem coisas mais importantes como o respeito e a amizade. Sente falta de um companheiro para conversar, mas, segundo ela, quando as pessoas ficam mais velhas, ficam mais exigentes, ela disse que está mais exigente. Nunca levou nenhum namorado em sua casa “*minha mãe falava mal se algum homem viesse aqui, mesmo que fosse amigo e não tivesse nenhuma intenção*” (sic). Amarilis disse ter muitos amigos e ser uma pessoa muito aberta “*faço amizades aonde vou*” (sic).

A relação de Amarilis com a filha está abalada, sente muita mágoa da filha “*minha filha também era Testemunha de Jeová, era considerada uma santa, um exemplo de moça, mas depois começou a andar com más companhias*” (sic). Amarilis teve uma proposta para trabalhar como babá em uma cidade litorânea, disse que resolveu aceitar para ver se tirava a filha do convívio dessas colegas, bem como da convivência com sua avó materna “*minha mãe joga ela contra mim, fala que sou chata e tira minha autoridade, ela passa a mão na cabeça dela, minha filha só escuta ela e isso me incomoda*” (sic). Segundo Amarilis, essa tentativa não deu certo porque a filha continuou dando trabalho e desgosto.

Amarilis então sugeriu que a filha fosse passar uns dias com o pai em outra cidade, na tentativa da filha melhorar “*ficou ainda pior, porque lá ela se envolveu com um primo por*

parte de pai, eles já se conheciam, mas eu não sabia, eles se envolveram, ela transou com ele, ele não foi o primeiro, eu fui a última a saber. O pessoal da igreja percebeu e ela acabou contando. Nunca esperava isso dela, fiquei decepcionada. Ela é sem juízo, foi contra tudo que ensinei, se envolveu e fez sexo antes do casamento com um rapaz que não era seu namorado ainda e não era da igreja” (sic).

Algumas pessoas até chegaram a falar para Amarílis que ela teve o câncer por causa de tanto desgosto e tristeza que a filha lhe causou. Amarílis disse que a filha até se culpou quando ficou sabendo da doença, ela disse para filha que não ia culpá-la, mas que podia ter sido por isso também.

Amarílis disse que a filha é muito mimada, cheia de vontades, impulsiva, briga muito com o namorado quando está de TPM (tensão pré-menstrual), briga por qualquer motivo, joga o que tiver na frente. Disse que o genro é preguiçoso, acomodado, não gosta de trabalhar, parece criança, é muito mimado “*eu preocupo com a relação dos dois porque eles brigam muito, já tentei conversar com ela, mas ela fica ofendida quando falo umas verdades, ela está percebendo tudo que falo para ela, mas mesmo assim não admite*” (sic). Para evitar confusão, Amarílis disse que não está falando mais nada.

Segundo ela, prefere que a filha vá embora antes da sua cirurgia de retirada da mama, disse que não aguenta homem em sua casa, acha que é por isso que nunca quis morar com ninguém. Ela percebeu que o genro não está querendo ir embora “*aqui está bom demais para ele, não está trabalhando, dorme, vai para academia e mais nada, não tem nenhuma responsabilidade, ele só ajuda arrumar a casa*” (sic).

Quando a pesquisadora perguntou se não seria melhor a filha e o genro irem embora somente após a cirurgia, já que ia precisar deles, Amarílis disse “*ela (a filha) está dividida, entre ficar e ir viver sua vida, além do mais tem muita gente aqui para me ajudar*” (sic).

Amarílis e a irmã, que mora em outro estado, são Testemunhas de Jeová. Ela conta que quando o pessoal da igreja vai à sua casa fazer visita, sua mãe fica gritando e xingando da casa dela.

Não tem muito diálogo com a mãe nem com a filha. Com o pessoal da igreja que vai visitá-la disse que não se abre, já que geralmente eles que acabam desabafando com ela. Consegue conversar e se abrir com um vizinho que se sempre a ajuda, seja arrumando sua casa e levando-a no hospital quando pode “*sobre a mágoa com a minha filha só falei com você (pesquisadora) e com um vizinho*” (sic). Segundo Amarílis, o vizinho tem 20 e poucos anos. Amarílis falou para a pesquisadora “*se você não tiver namorado ele é uma ótima pessoa, é bonito, inteligente, formado, está estudando para concurso*” (sic).

A mãe de Amarílis tem que fazer uma cirurgia de cataratas. O seu pai morreu com câncer “*na época não soube que era por esse motivo, fiquei sabendo há pouco tempo por uma tia*” (sic). Tem uma sobrinha, segundo ela, com 20 e poucos anos, que tem esquizofrenia e faz tratamento.

Em relação à doença Amarílis relatou: “*o câncer de mama não é nada perto das dores que estou sentindo nos ossos, ou melhor, nos arcos costais, se não fosse essa dor estaria tudo bem*” (sic). Amarílis disse que está muito confiante, acha que a dor é devido ao peso da mama e não devido à metástase óssea “*depois da cirurgia vai pesar menos e a dor vai melhorar*” (sic).

Amarílis deixou de tomar um remédio por conta própria e estava preocupada com as consequências disso, então falou para a pesquisadora “*depois da doença aprendi ser mais franca e espero que me ajude respondendo essa dúvida, como você está lá dentro pode perguntar a médica para mim*” (sic). A pesquisadora falou que poderia tentar falar com a médica, mas de qualquer forma, já que ela tinha algumas dúvidas sobre o tratamento e cirurgia que a deixavam ansiosa, poderia colocá-las no papel para conversar com a médica na

próxima consulta. Amarílis concordou com a ideia e disse “*mesmo assim vou esperar a sua resposta*” (sic).

Amarílis demonstrou interesse em fazer acompanhamento psicológico, mas mesmo que o serviço oferecido fosse gratuito, ela disse que ficaria difícil ir, devido às limitações causadas pelas fortes dores ósseas que estava sentindo e que a impediam de ficar andando muito, bem como à dificuldade financeira.

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor A-R

F+ nº 1 – Estabelecia relações de amizade com pelo menos alguns dos colegas de grupo, sendo aceita no meio;

F+ nº 4 – Filha saudável física e mentalmente;

F+ nº 6 – Apresentava motivação para resolver os problemas;

F- nº 3 – Invalidez própria;

F- nº 6 – Gravidez inesperada;

F- nº 10 – Tornou-se dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (mãe) sem satisfação, sentindo-se subordinada, dominada e/ou subjugada;

MF+ nº 1 – Teve sua escolha profissional prestigiada e apoiada por parentes próximos;

MF+ nº 2 (2x) – Filha e irmãos compreensivos, que se interessavam por ela e a apoiavam;

MF+ nº 3 (2x) – Filha e irmãos que respeitavam sua individualidade, seus amigos e namorados;

MF+ nº 4 – Família razoavelmente íntegra e emocionalmente estável;

MF+ nº 5 – Familiares saudáveis física e mentalmente;

MF+ nº 6 – Tinha um grupo de amigos mais íntimos e mais constantes, com quem podia trocar experiências;

MF+ nº 9 – Era valorizada pela equipe de saúde de onde se encontrava em tratamento;

MF+ nº 10 – Valorizava a equipe de saúde e/ou outros pacientes de onde se encontrava em tratamento;

MF+ nº 12 – Reconhecia a perda da autonomia e aceitava a ajuda do outro para suas necessidades;

MF+ nº 13 – Tinha fé em Deus (crença espiritual);

MF- nº 2a – Tinha mãe que frequentemente a criticava e a comparava com outras pessoas;

MF- nº 5 – Tinha sobrinha com esquizofrenia;

MF- nº 6 – O pai teve câncer;

MF- nº 7 – Falta de amigo ou grupo de amigos com quem pudesse trocar intimidades e experiências emocionais;

MF- nº 10 – Sentia-se insegura quando da dependência econômica;

MF- nº 12 – Revivia críticas, mágoas e/ou tristezas do passado constantemente;

MF- nº 13 – Reconhecia a perda da autonomia, mas mantinha relação de controle, manipulando as situações em próprio benefício;

MF- nº 14 – Tinha consciência do diagnóstico inicial, mas não associava os sintomas da evolução da doença com a metástase do câncer, e consequentemente não organizava sua vida;

MF- nº 15 – Demonstrava ter informação da evolução e gravidade da doença, dissociada da consciência, e por isso não conseguia redimensionar questões importantes e pendentes de sua vida.

Comentários e interpretação do setor A-R

Percebeu-se em relação ao setor afetivo-relacional que Amarílis apresentava conflitos intra e interpessoal. Demonstrou ser muito ansiosa e reviver muitas mágoas, não conseguindo elaborá-las. Além disso, pareceu não ter a real dimensão do seu problema.

Havia pouco reconhecimento por parte de Amarílis de que os seus conflitos internos e interpessoais, principalmente com sua mãe e sua filha, se confundiam, levando a dar soluções pouco adequadas a estes conflitos.

Observou-se um padrão de repetição entre os comportamentos apresentados por sua mãe em relação a ela, e dela em relação à filha, bem como a repetição dos comportamentos apresentados por Amarílis no passado, pela filha.

Amarílis apresentou pouca capacidade para refletir sobre a filha real e a filha idealizada, demonstrando pouca tolerância a frustrações e revivência destas frustrações.

Em relação ao vizinho que sempre a ajudava, percebeu-se na fala velada de Amarílis, que para ela, o vizinho seria o namorado “ideal” para a sua filha.

Dante dessas soluções, no setor afetivo-relacional, Amarílis foi classificada como pouco adequada, pontuada, de acordo com a EDAO e EDAO/R, com dois pontos.

Setor produtividade (Pr)

Amarílis começou a trabalhar com 12 anos e desde então sempre trabalhou como babá e às vezes como empregada doméstica. Há uns três anos foi trabalhar como babá em uma cidade litorânea. Segundo ela, a experiência lá foi muito boa, se dava muito bem com os patrões, era tratada como uma pessoa da família. Disse que não aproveitou muito a praia lá “*meus patrões me emprestavam um apartamento em outra praia para ir quando tivesse de folga, mas eu nunca ficava de folga, sempre arrumava coisas para fazer, arrumar a casa, cozinar e quando ia para a outra casa também ficava trabalhando e não descansava*” (sic).

Trabalhou para essa família mais de ano.

Depois resolveu voltar para Uberlândia. Antes passou uns dois meses na casa da irmã, em uma cidade do estado de São Paulo, depois mais uns dois meses em uma cidade do interior de Minas Gerais, onde trabalhou como empregada doméstica, só depois veio para

Uberlândia. Quando já estava pensando em voltar para o trabalho como babá, surgiu um trabalho temporário, para cobrir as férias de uma colega empregada doméstica. Nesse período, foi diagnosticado o câncer de mama, e desde então não está trabalhando. Está afastada do trabalho, recebendo auxílio-doença.

Quando começou o tratamento (quimioterapia neoadjuvante), conseguia cuidar da casa, como sempre cuidou. Após a vigésima sessão, isso não era mais possível. Quando terminaram as sessões de quimioterapia, voltou a arrumar a casa, fazer comida, entre outras atividades domésticas. Atualmente não está conseguindo arrumar a casa, devido às fortes dores ósseas, só está conseguindo fazer comida “*a dor está me impedindo de trabalhar, se não fosse a dor nos ossos, se fosse só o câncer de mama, eu poderia estar trabalhando*” (sic).

Amarílis arca só com as despesas da casa, com dificuldade “*minha filha e o namorado estão recebendo auxílio-desemprego, mas estão guardando o dinheiro para montar a casa deles, eles vão morar juntos quando retornarem para (...)*” (sic). Quando o dinheiro não dá, conta com a ajuda da mãe, porém não se sente muito satisfeita com a situação “*às vezes falta dinheiro, mas pego emprestado com minha mãe, quando recebo pago*” (sic).

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor Pr

F+ nº 2 – Executava tarefas domésticas adaptadas à nova situação orgânica;

F+ nº 4a – Conseguiu e manteve remuneração compatível com a atividade exercida, antes do diagnóstico de câncer;

F+ nº 5a – Conseguiu e manteve emprego seguro, antes do diagnóstico de câncer de mama;

F+ nº 6.1.a. – Conseguiu e manteve independência financeira a partir do exercício de sua ocupação, antes do diagnóstico de câncer;

F- nº 3a – Teve que abandonar o trabalho por limitação causada pelo câncer;

F- nº 3b – Teve que abandonar o trabalho por limitação causada pela metástase de câncer;

F- nº 6b – Sofreu súbita e significativa queda na remuneração pelo trabalho, após o diagnóstico de câncer;

F- nº 6c – Sofreu súbita e significativa queda na remuneração pelo trabalho, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF+ nº 1a – Teve informações a respeito do trabalho que a motivou a querer aprender mais, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 2 – Tinha pessoas que valorizavam seu desempenho e a estimulavam;

MF+ nº 3a – Teve experiências positivas nas suas atividades práticas, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 4 – Era vista pelos seus colegas e familiares como uma profissional eficiente;

MF+ nº 5a – Exercia trabalho que lhe proporcionava satisfação da autoestima, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 6a – Tinha expectativas de evolução no trabalho, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 7a – Tinha expectativas de remuneração ascendente, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 9 – Apesar da mudança de ritmo em comparação com seu habitual anterior, conseguia realizar as tarefas com organização;

MF+ nº 11a – Paciente com ensino fundamental incompleto, sabendo ler e escrever;

MF- nº 5.2. – Não conseguiu independência financeira através do auxílio-doença;

MF- nº 12 – Morava longe do hospital, o que a obrigava a perder muitas horas na viagem e a ter gastos financeiros;

MF- nº 14a – Limites para desenvolver tarefas caseiras, após o diagnóstico de câncer;

MF- nº 14c – Limites para desenvolver tarefas caseiras, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF– nº 16b – Não contava com uma boa condição financeira que lhe permitia a compra de remédios essenciais, após o diagnóstico de câncer;

MF– nº 16c – Não contava com uma boa condição financeira que lhe permitia a compra de remédios essenciais, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF– nº 17b – Não conseguiu retornar a algumas atividades diárias em consequência do tratamento de quimioterapia;

MF– nº 17c – Não conseguiu retornar a algumas atividades diárias em decorrência de limitações causadas pela metástase de câncer;

MF– nº 18a – Dificuldade para se adaptar ao afastamento do trabalho, após o diagnóstico de câncer;

MF– nº 18b – Dificuldade para se adaptar ao afastamento do trabalho, após o diagnóstico de metástase de câncer;

MF– nº 19 – Arcava só com as despesas familiares, com dificuldade.

Comentários e interpretação do setor Pr

Percebeu-se a associação direta entre as condições físicas de Amarílis e sua limitação para o trabalho, primeiro em decorrência dos efeitos causados pelo tratamento de quimioterapia, depois em função das fortes dores ósseas, causadas pela metástase óssea.

O setor produtividade foi classificado como pouquíssimo adequado, pontuado de acordo com a EDAO com um ponto, e pela EDAO/R com meio ponto. Isso porque desde o diagnóstico de câncer, Amarílis estava afastada do trabalho, recebendo auxílio-doença, com isso houve queda na remuneração, e apesar de arcar só com as despesas de casa, ela passou a contar com a ajuda de outras pessoas, principalmente da mãe, sentindo-se insatisfeita. Além do mais, sentia-se insatisfeita por não estar trabalhando fora.

No começo do tratamento de quimioterapia, conseguia executar as atividades domésticas. Após algumas sessões, a execução de tais atividades ficou prejudicada. Com o término das sessões de quimioterapia, voltou a executá-las, adaptando-as à sua situação orgânica. Porém, após alguns meses, em função das fortes dores ósseas causadas pela metástase óssea, não estava mais conseguindo cuidar da casa, só conseguia fazer almoço.

Setor sociocultural (SC)

Amarílis é Testemunha de Jeová. Quando engravidou se afastou da igreja por ter ido contra os ensinamentos, mas depois resolveu voltar. Quando morava em uma cidade litorânea disse que às vezes ia passear na praia, sozinha ou com algumas colegas, mas geralmente ia a trabalho, para levar as crianças que olhava para passear. Também gostava de ir ao shopping e ao cinema.

Após a vigésima sessão de quimioterapia, o seu cabelo começou a cair, a partir de então começou a sair menos “*foi muito difícil, evitava sair porque achava feio e as pessoas perguntavam, ficavam olhando*” (sic). “*Um dia estava aqui em casa sem peruca, conversando com uma amiga, e uma sobrinha dela chegou, me viu e falou, credo ela tá careca, sai para lá satanás (...) não liguei*” (sic).

Continuava gostando de passear, ir ao shopping e à igreja, porém no momento não estava conseguindo se locomover muito, em função das dores ósseas. Amarílis ficava o dia todo em casa, assistia a filmes e quando precisava ia ao hospital “*a dor ta me impedindo de andar, passear, participar dos encontros da igreja, estou sentindo falta*” (sic).

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor SC

F+ nº 1 – Mudança para uma cidade ou região que contava com maiores recursos culturais e médicos que a sua;

F+ nº 2 – Empreendeu viagem que a colocou frente à realidade diferente da sua;

F+ nº 5a – Começou a participar de grupos religiosos e de lazer que preenchiam suas necessidades, antes do diagnóstico de câncer;

F- nº 4b – Deixou de realizar viagens que a colocava frente à realidade diferente da sua, após o diagnóstico de câncer;

F- nº 4c – Deixou de realizar viagens que a colocava frente à realidade diferente da sua, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F- nº 7b – Diminuiu frequência de participação em grupos religiosos e de lazer que preenchiam suas necessidades, após o diagnóstico de câncer (devido à alopecia);

F- nº 7c – Deixou de participar de grupos religiosos e de lazer que preenchiam suas necessidades, após o diagnóstico de metástase de câncer (devido às dores ósseas);

MF+ nº 3 – Pertencia a uma família que cultivava o interesse pelas artes, política e/ou religião;

MF+ nº 4 – Filha com nível cultural semelhante ao seu;

MF+ nº 5 – Era aceita pelos companheiros nas atividades religiosas, por seus valores morais, raça ou cor;

MF+ nº 7 – Preservava atitudes e comportamentos que caracterizavam a cultura e costumes da população brasileira (uso de remédios caseiros);

MF- nº 2 – Dificuldades financeiras impediam-na de frequentar teatros, cinemas, etc.;

MF- nº 6 – Pertencia a uma família em que havia intolerância quanto às questões de natureza sexual;

MF- nº 8c – Sofreu discriminação de colegas pela alopecia.

Comentários e interpretação do setor SC

Percebeu-se em relação ao setor sociocultural que Amarílis teve um declínio acentuado de suas atividades sociais, após diagnóstico de câncer e metástase. Em função da alopecia, causada pela quimioterapia, ela passou a evitar as saídas, além disso, as dores ósseas também começaram a ser um impedimento para estas saídas (interface com setor orgânico, tanto pela alopecia, como pela limitação pela doença). Estava sentindo falta do convívio social.

O setor sociocultural foi classificado como pouquíssimo adequado, pontuado com um ponto, de acordo com a EDAO.

Setor orgânico (Or)

Amarílis disse que ia anualmente ao médico, nunca tinha ficado doente. Em julho de 2009, quando morava em uma cidade litorânea, percebeu um nódulo na mama esquerda que doía muito, mas não ficou preocupada pelo fato de todos falarem que câncer não doía. Foi ao médico e fez sua 1^a mamografia “*nenhum médico antes tinha solicitado o exame*” (sic). Mesmo tendo realizado o exame, Amarílis disse que não se lembra de ter levado o resultado para o médico “*não me lembro de ter levado o resultado para o médico ver, apaguei isso da cabeça*” (sic).

Depois de alguns meses voltou daquela cidade. Demorou mais ou menos uns seis meses para chegar à Uberlândia e procurar um médico, pois ficou uns dois meses na casa da irmã e depois mais uns dois meses em uma cidade do interior de Minas Gerais, só depois veio para Uberlândia. Quando já estava pensando em voltar para a cidade litorânea, surgiu um trabalho temporário.

Nessa época, abril de 2010, Amarílis já estava sentindo dores nas costas, então comentou com a patroa, que era ginecologista, sobre as dores nas costas e o caroço no seio.

Na mesma hora a patroa pediu para ver o caroço no seio e disse que precisava procurar um médico o mais rápido possível. Segundo Amarílis, a patroa mesma organizou todos os documentos necessários e conseguiu encaminhá-la para o Serviço de Mastologia do HC/UFG, já solicitando uma biópsia, para agilizar o processo. Foi feita a biópsia por agulhamento, em junho de 2010 “*foi muito sofrido, doeu muito, a anestesia acabou*” (sic).

O resultado da biópsia saiu no final de julho de 2010 confirmando o câncer, “*nunca pensei em ter câncer, nunca tive nada, fiquei em choque, chorei muito*” (sic). Quando a residente falou o resultado da biópsia disse “*o câncer é agressivo, está progredindo, mas é curável, posso te garantir*” (fala da residente, segundo Amarílis) “*por isso fiquei confiante e segura*” (sic).

De acordo com informações do prontuário, Amarílis foi diagnosticada com Carcinoma Ductal Infiltrante, Grau 2. Foi encaminhada para Hospital do Câncer para quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia (tumoração de mais ou menos 8 cm).

Amarílis foi encaminhada para a quimioterapia “*no dia marcado, fui pensando que seria apenas uma consulta, mas levei um susto quando vi que já ia começar a quimioterapia. Tive muitas reações, até a vigésima sessão não tinha sentido nada, estava comemorando, mas depois comecei enjoar, o cabelo caiu*” (sic).

Como estava sentindo dores nas costas os médicos pediram exames para saber o motivo, sendo que os mesmos revelaram a metástase óssea. Amarílis disse que o médico explicou o que era metástase, mas ela disse que não sabia direito como acontecia. A pesquisadora perguntou o que o médico havia dito “*ele disse que acontecia quando a doença espalhava para outro lugar*” (fala do médico, segundo Amarílis). Amarílis perguntou para a pesquisadora “*O que é que espalha? É aquela coisa amarelada que saiu na biópsia?*” (sic).

Em relação à quimioterapia Amarílis disse “*foi um sofrimento fazer quimioterapia, só fiz seis ciclos, estava prescrito oito, mas não precisou porque o tumor reduziu bem. Depois*

das sessões sofria muito, sentia muito enjoo, fraqueza, desânimo, vontade de sumir, o cheiro do hospital, de terra, de perfume, incomodavam muito, o olfato ficou aguçado. Não sei como aguentei o hospital, o cheiro incomodava e o estado dos outros pacientes também” (sic).

A cirurgia de Amarílis foi marcada para março de 2011. Em relação à cirurgia disse “*estou ansiosa, tenho medo da anestesia, sempre tive medo, medo de morrer durante a cirurgia, de sentir algo, mas estou tentando me acalmar*” (sic).

Amarílis disse que também estava ansiosa por ter deixado de tomar o remédio (tamoxifeno). Segundo ela, a sua médica receitou o remédio e pediu para começar tomar imediatamente, então começou no outro dia. Com quatro dias de uso notou que as dores pioraram muito. Esqueceu de tomar no quinto dia, no sexto dia não tomou de propósito para ver se dores melhoravam, e desde então não tomou mais. As dores continuaram, mas em intensidade um pouco menor. Foi ao pronto-socorro para ver o que o médico falava, mas demorou muito para ser atendida, então foi embora, porque estava de carona, e percebeu que o amigo que a acompanhava estava incomodado.

Amarílis deixou de tomar o remédio por conta própria, mas ficou preocupada em ter parado “*será que a doença vai piorar e espalhar mais*” (sic). A pesquisadora orientou que conversasse com a médica e ela disse “*a consulta vai demorar e não tem como falar com ela antes do dia marcado porque no hospital do câncer eles não fazem encaixe (...)*”.

Amarílis disse que não bebe e não fuma. Está tendo dificuldades para dormir por causa das dores. Em relação à alimentação “*considero a minha alimentação boa, só não está melhor porque o dinheiro é pouco, não posso comprar as frutas que gosto todos os dias*” (sic).

Presença de fatores e microfatores, positivos e negativos, do setor Or

F+ nº 4 – Tinha movimentos harmoniosos dos braços, sem fadiga;

F+ nº 5 – Aceitava e suportava os tratamentos necessários: quimioterápico e cirúrgico;

F+ nº 6 – Adaptou-se a uma nova dieta alimentar, devido ao câncer e metástase de câncer;

F- nº 1 (2x) – Perda súbita de um órgão ou parte dele ou de função biológica importante, por doença (mama e ossos);

F- nº 6b – Variações abruptas do peso, após o diagnóstico de câncer, devido ao tratamento;

F- nº 6c – Variações abruptas do peso, após o diagnóstico de metástase de câncer;

F- nº 9 – Risco de vida devido à doença e cirurgia;

MF+ nº 1 – Era fisicamente proporcional à sua idade e sexo;

MF+ nº 2c – Gozava de saúde mental;

MF+ nº 4a – Praticava atividades que preservavam ou melhoravam sua condição física (caminhada), respeitando a orientação médica e o próprio limite, antes do diagnóstico de câncer;

MF+ nº 6 – Tinha condições ambientais adequadas para o repouso e a relaxação;

MF+ nº 7 – Podia manter dieta alimentar adequada;

MF+ nº 9 – Não fumava;

MF+ nº 10 – Não bebia;

MF+ nº 13 – Submetia-se às consultas com profissionais de saúde de acordo com suas necessidades;

MF+ nº 14b – Após o câncer, fazia uso de peruca, lenços, quando da alopecia, durante tratamento de quimioterapia;

MF+ nº 15 – Cuidava da aparência;

MF+ nº 16 – Mantinha a vaidade;

MF+ nº 17 – Buscava atendimento especializado imediatamente quando percebia alguma alteração;

MF– nº 1 – Tinha doença crônica que, se não a incapacitava, constantemente a atormentava, prejudicando sua adaptação;

MF– nº 2 – Dificuldades de se alimentar adequadamente, em virtude de dificuldades econômicas e perturbação orgânica;

MF– nº 3 – Tinha, constantemente, de se submeter a exames médicos, procedimentos dolorosos e a tratamentos de saúde prescritos;

MF– nº 7b – Vida sedentária, falta de prática de esportes ou exercícios físicos adequados em decorrência dos tratamentos e limitações;

MF– nº 9 – Não podia contar com períodos de sono regulares e suficientes (devido às dores ósseas);

MF– nº 14a – Abstinência sexual prolongada voluntária;

MF– nº 15b – Prejuízo da saúde física;

MF– nº 17 – Adiou busca por atendimento especializado imediatamente quando percebeu alguma alteração (não levou resultado da mamografia);

MF– nº 18 – Indisciplina em domicílio, na ingestão da medicação prescrita;

MF– nº 19b – Peso acima da norma.

Comentários e interpretação do setor Or

Percebeu-se que o câncer e a metástase prejudicaram muito o setor orgânico de Amarilis, ela nunca tinha ficado doente. Após o diagnóstico de câncer teve que ser submetida ao tratamento quimioterápico, apresentando muitos efeitos colaterais (enjoo, fraqueza, alopecia). Além disso, sua doença estava avançada e quando foi diagnosticado o câncer, já apresentava dores ósseas, devido à metástase óssea. Devido às dores, estava tendo dificuldade para dormir.

O setor orgânico foi classificado como pouquíssimo adequado, pontuado de acordo com a EDAO, com um ponto, devido ao prejuízo importante da adequação desse setor após a doença.

Conclusão geral

Amarílis foi classificada com a adaptação e funcionamento global, mais comprometidos em relação às demais participantes desta pesquisa. De acordo com a classificação obtida pela EDAO, Amarílis apresentou adaptação não eficaz severa, sem crise, grupo V (A-R 2, Pr 1, S-C 1 e Or 1 – totalizando 5 pontos) indicando, segundo a classificação nosológica clássica, a presença de neuroses graves e distúrbios da personalidade muito rigidamente estruturados. Pela EDAO/R, Amarílis apresentou adaptação ineficaz severa, sem crise, grupo 4 (A-R 2 e Pr 0,5 – totalizando 2,5 pontos) indicando, segundo a classificação fenomenológica, a presença de sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos. Já na AGF, Amarílis foi incluída na faixa 41 a 50, sendo atribuídos 41 pontos, indicando a presença de sintomas sérios ou qualquer prejuízo sério no funcionamento social e ocupacional.

7.5 Análise estatística

7.5.1 Eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de diferenças, estatisticamente significantes, entre o total dos pontos obtidos pelas participantes deste estudo, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, comparando-se o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, foi aplicado o teste de Wilcoxon (Siegel, 1975).

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Probabilidade encontrada quando da aplicação do teste de Wilcoxon aos resultados obtidos pelas participantes, considerando o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO

Variáveis	Probabilidade	Conclusão a 5%
EDAO X EDAO/R	0,027*	EDAO > EDAO/R

Nota: (*) p < 0,05

O valor da probabilidade encontrada indica que houve diferença, estatisticamente significante, entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, sendo que os valores da EDAO mostraram-se mais elevados que os valores da EDAO/R.

7.5.2 Estudo de correlação entre EDAO e EDAO/R

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes, entre as pontuações obtidas pelas participantes na adaptação, de acordo com a primeira e a segunda propostas de avaliação da EDAO, e entre os níveis de classificações da adaptação, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de dados, analisadas duas a duas.

Para a aplicação desse coeficiente, as categorias foram numeradas, considerando-se a ordem decrescente do grau da adaptação.

Os níveis de classificações da adaptação, segundo a EDAO, foram transformados da seguinte forma: Adaptação Eficaz (AE), ordem 3; Adaptação Não Eficaz Moderada (ANEM), ordem 2; e Adaptação Não Eficaz Severa (ANES), ordem 1. Enquanto que os níveis de classificações da adaptação, de acordo com a EDAO/R, foram convertidos em: Adaptação Eficaz (AE), ordem 5; Adaptação Ineficaz Leve (AIL), ordem 4; Adaptação Ineficaz Moderada (AIM), ordem 3; Adaptação Ineficaz Severa (AIS), ordem 2; e Adaptação Ineficaz Grave (AIG), ordem 1.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos por meio da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas através da adaptação segundo a EDAO e EDAO/R, e entre os níveis de classificações da EDAO e EDAO/R às séries de dados, analisadas duas a duas

Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
EDAO X EDAO/R – Adaptação	0,859	0,032*
3/2/1 (EDAO) X 5/4/3/2/1 (EDAO/R)	-0,738	0,094

Nota: (*) $p < 0,05$

Na Tabela 3, foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre os valores da adaptação segundo a EDAO e EDAO/R. Sendo assim, à medida que a eficácia adaptativa segundo a EDAO aumenta, também aumenta a eficácia adaptativa segundo a EDAO/R. Se a eficácia adaptativa segundo a EDAO diminui, também diminui a eficácia adaptativa segundo a EDAO/R.

Não houve correlação entre os níveis de classificações da EDAO e EDAO/R.

7.5.3 Eficácia adaptativa e adequação dos setores

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes, entre os valores do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, e os valores do somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, isto é, pela adaptação da EDAO/R, entre a adequação de cada setor A-R, Pr, SC, Or e EDAO, e entre a adequação de cada setor A-R/R, Pr/R e EDAO/R, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de valores, analisadas duas a duas.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos por meio da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas através do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, e o somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, pela EDAO/R, entre a adequação de cada setor (A-R, Pr, SC, Or) e EDAO, e entre a adequação de cada setor A-R/R, Pr/R e EDAO/R às séries de valores, analisadas duas a duas

Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Σ adequação A-R e Pr (EDAO) X	0,953	0,000*
Σ adequação A-R/R e Pr/R (EDAO/R)		
Adequação A-R X EDAO	0,000	1,000
Adequação Pr X EDAO	0,861	0,028*
Adequação SC X EDAO	0,861	0,028*
Adequação Or X EDAO	0,792	0,060
Adequação A-R/R X EDAO/R	0,405	0,426
Adequação Pr/R X EDAO/R	0,638	0,175

Nota: (*) $p < 0,05$

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 4, foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre: os valores do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO e desses setores pela redefinição da EDAO/R,

isto é, pela adaptação da EDAO/R; adequação do setor Pr e EDAO; e adequação do setor SC e EDAO.

Sendo assim, à medida que os valores do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, aumentam, os valores do somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, pela EDAO/R, também aumentam, e à medida que os valores do somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, diminuem, os valores do somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, pela EDAO/R, também diminuem.

E ainda, à medida que a adequação do setor Pr aumenta, melhor é a adaptação pela EDAO, se a adequação do setor Pr diminui, há um prejuízo da adaptação pela EDAO. Da mesma forma, à medida que a adequação do setor SC aumenta, melhor é a adaptação pela EDAO, se a adequação do setor SC diminui, há um prejuízo da adaptação pela EDAO.

Os resultados das correlações das outras variáveis analisadas não apresentaram diferenças, estatisticamente significantes.

7.5.4 Fatores e microfatores

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes, entre: a soma dos valores dos F+ dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO; a soma dos valores dos F- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO; a soma dos valores MF+ dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO; e a soma dos valores dos MF- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de valores, analisadas duas a duas.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman à soma dos valores dos F+ dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, à soma dos valores dos F- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, à soma dos valores dos MF+ dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO, e também à soma dos valores dos MF- dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e a EDAO

Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
$\Sigma A-R F+, Pr F+, SC F+, Or F+ X EDAO$	0,735	0,096
$\Sigma A-R F-, Pr F-, SC F-, Or F- X EDAO$	-0,618	0,197
$\Sigma A-R MF+, Pr MF+, SC MF+, Or MF+ X EDAO$	0,698	0,123
$\Sigma A-R MF-, Pr MF-, SC MF-, Or MF- X EDAO$	-0,466	0,352

Nota: (*) $p < 0,05$

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 5, não foram encontradas correlações, estatisticamente significantes, entre os valores das variáveis analisadas.

7.5.5 Eficácia adaptativa e fatores

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes, entre: os valores da EDAO e os valores dos F+ de cada setor (A-R, Pr, SC e Or); e entre os valores da EDAO e os valores dos F- de cada setor (A-R, Pr, SC e Or), foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975), às séries de valores, analisadas duas a duas.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 6.

Tabela 6 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman entre os valores da EDAO e os valores dos F+ de cada setor (A-R, Pr, SC e Or) e, também, entre os valores da EDAO e os valores dos F- de cada setor (A-R, Pr, SC e Or)

Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
EDAO x A-R F+	0,493	0,321
EDAO x Pr F+	0,609	0,200
EDAO x SC F+	-0,792	0,060
EDAO x Or F +	0,157	0,767
EDAO x A-R F-	0,485	0,329
EDAO x Pr F-	-0,806	0,053
EDAO x SC F-	-0,893	0,016*
EDAO x Or F-	-0,088	0,868

Nota: (*) $p < 0,05$

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 6, foi encontrada correlação negativa, estatisticamente significante, entre os valores das variáveis eficácia adaptativa e fatores negativos do setor SC.

Isto indica que, à medida que a eficácia adaptativa aumenta, os fatores negativos do setor SC diminuem, se a eficácia adaptativa diminui, os fatores negativos do setor SC aumentam.

Os resultados das correlações das outras variáveis analisadas não apresentaram diferenças, estatisticamente significantes.

7.5.6 Funcionamento global e eficácia adaptativa

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes, entre as pontuações obtidas pelas participantes na escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e o somatório dos valores da adequação dos setores A-R, Pr, SC,

segundo a EDAO; entre as pontuações da AGF e a adaptação, segundo a EDAO; e entre as pontuações da AGF e a EDAO/R, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de valores, analisadas duas a duas.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 7.

Tabela 7 – Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas pela AGF e ao somatório dos valores da adequação dos setores A-R, Pr, SC, segundo a EDAO, entre as pontuações da escala AGF e a adaptação, segundo a EDAO, e entre as pontuações da escala AGF e a EDAO/R às séries de valores, analisadas duas a duas

Variáveis Analisadas	Valores de RS	Probabilidades
AGF X Σ adequação A-R, Pr, SC (EDAO)	1,000	0,000*
AGF X adaptação EDAO	1,000	0,000*
AGF X EDAO/R	0,949	0,014*

Nota: (*) $p < 0,05$

Foram encontradas entre os valores das variáveis analisadas na Tabela 7, correlações positivas, estatisticamente significantes. Pode-se dizer que à medida que a pontuação da escala AGF aumenta, também aumenta o somatório dos valores da adequação dos setores A-R, Pr e SC segundo EDAO. Se a pontuação da escala AGF diminui, o somatório dos valores da adequação dos setores A-R, Pr e SC também diminui. A mesma correlação também foi demonstrada na análise realizada entre a pontuação da escala AGF e a adaptação, pela EDAO, e entre a pontuação da escala AGF e a EDAO/R. Sendo assim, aplica-se o mesmo raciocínio citado anteriormente, ou seja, quando uma variável aumenta, a outra variável também aumenta, quando uma variável diminui a outra também diminui.

8 DISCUSSÃO

A partir da revisão da literatura sobre os aspectos psicológicos de mulheres com metástase de câncer de mama, observou-se que no Brasil, existem pouquíssimos estudos que abordam especificamente sobre esta questão. Pôde-se perceber um número maior de estudos internacionais, no entanto, estes ainda são poucos comparados aos estudos realizados com mulheres com câncer de mama. Corroborando Mayer (2010) e Warren (2010) que afirmam que muitas pesquisas têm focado sobre as necessidades e experiências de mulheres com câncer de mama primário, pouco tem sido estudado em relação às mulheres vivendo com metástase de câncer de mama, consequentemente, pouco se sabe sobre esta população.

Acredita-se que ainda são poucas as pesquisas referentes a essa população, por um lado, devido às dificuldades que o próprio pesquisador pode encontrar para propor pesquisas à pacientes em estádio avançado da doença, pelo fato de em algumas situações não estar ligado diretamente ao serviço de assistência e não conhecer os recursos mínimos que a paciente apresenta, bem como pela própria condição física e/ou emocional desta.

Por outro lado, algumas dificuldades das pacientes com metástase de câncer de mama podem dificultar o recrutamento e formação da amostra. Tais dificuldades podem estar relacionadas à maior debilidade física e/ou sintomas advindos da evolução da doença, às consequências dos efeitos secundários dos tratamentos, ao mal-estar físico, à perda do vigor pelo avanço da idade e/ou pela proximidade da morte, à distância entre a cidade em que reside e a que faz tratamento, ao medo e/ou à negação do estado em que se encontra, demonstrando mecanismos de fuga para não enfrentar a situação, entre outros, confirmando Aranda et al. (2005), Boonzaier et al. (2010), Butler et al. (2003), Butow et al. (2000), Hudson et al. (2001) e Love et al. (2004).

Além disso, neste estudo, a incoerência entre as informações dos prontuários médicos (não informatizados) e do serviço de estatística, o tempo gasto para checar a

confirmação do diagnóstico de metástase de câncer de mama nos prontuários das pacientes, a falta de informações de alguns prontuários, bem como a dificuldade para entrar em contato com as mulheres pré-selecionadas, já que muitas informações sobre as pacientes, como telefone e endereço, não estavam atualizadas nos prontuários e/ou sistema hospitalar, também retardaram o recrutamento das participantes.

Em relação aos resultados desta pesquisa, pôde-se verificar no estudo de comparação que EDAO > EDAO/R; além de correlações positivas entre EDAO e EDAO/R; entre a adequação dos setores afetivo-relacional (A-R) e produtividade (Pr) pela EDAO e afetivo-relacional (A-R/R) e produtividade (Pr/R) pela EDAO/R; entre a adequação do setor produtividade e eficácia adaptativa; entre a adequação do setor sociocultural (SC) e eficácia adaptativa; correlação negativa entre eficácia adaptativa e fatores negativos do setor sociocultural; correlação positiva entre a AGF e adequação dos setores A-R, Pr e SC pela EDAO; e correlação positiva entre a AGF e a adaptação, pelas duas propostas de avaliação da EDAO.

Quanto à classificação da adaptação das seis mulheres com metástase de câncer de mama que participaram deste estudo, pôde-se observar que Gérbera apresentou adaptação não eficaz moderada, sem crise, Grupo III, pela EDAO, e adaptação ineficaz moderada, sem crise, Grupo 3, pela EDAO/R; Rosa apresentou adaptação não eficaz severa, sem crise, Grupo V, segundo a EDAO, e adaptação ineficaz severa, sem crise, Grupo 4, segundo a EDAO/R; Tulipa apresentou adaptação não eficaz moderada, sem crise, Grupo III, pela EDAO, e adaptação ineficaz moderada, sem crise, Grupo 3, pela EDAO/R; Amarélis apresentou adaptação não eficaz severa, sem crise, Grupo V, de acordo com a EDAO, e adaptação ineficaz severa, sem crise, Grupo 4, de acordo com a EDAO/R; Gardênia apresentou adaptação não eficaz moderada, sem crise, Grupo III, pela EDAO, e adaptação ineficaz leve, sem crise, Grupo 2, pela EDAO/R; Violeta apresentou adaptação não eficaz

severa, sem crise, Grupo V, segundo a EDAO, e adaptação ineficaz moderada, sem crise, Grupo 3, pela EDAO/R.

Diante desses dados percebeu-se que Gardênia e Violeta não mantiveram a classificação na EDAO/R equivalentes à EDAO.

Isso foi demonstrado na Tabela 2, na qual ao comparar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, o valor da probabilidade encontrada (probabilidade = 0,027, $p < 0,05$) indicou que houve diferença, estatisticamente significante, entre as variáveis, sendo que os valores da EDAO mostraram-se mais elevados que os valores da EDAO/R ($\text{EDAO} > \text{EDAO/R}$). No estudo qualitativo, a classificação pela EDAO demonstrou melhor a realidade das participantes deste estudo, ou seja, mostrou-se mais sensível e mais abrangente para avaliar a eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama.

Esse resultado contradiz a postura de Simon (1997), que propôs a redefinição da primeira proposta de avaliação da EDAO, bem como, os resultados de Yamamoto e Simon (2006) e Simon e Yamamoto (2008, 2009) que consideraram que a nova forma de avaliação quantitativa da eficácia adaptativa, isto é, a EDAO/R, substituiria a primeira proposta (Simon, 1989).

Os resultados dos estudos realizados por Gandini (2008, 2010, 2011) com mulheres mastectomizadas por câncer de mama e Silva (2011) com mulheres idosas com câncer de mama, também confirmam que a EDAO é mais sensível que a EDAO/R para verificar a eficácia adaptativa e respectivas variações dessas pacientes.

Resultados diferentes desse foram encontrados por Silva (2011) ao comparar a eficácia adaptativa de idosas com câncer de mama, pelas duas propostas de avaliação da EDAO, em cada um dos dois grupos, os quais mostraram que não houve diferenças estatisticamente significantes (probabilidades $G1 = 0,257$ e $G2 = 0,066$; $p < 0,05$,

respectivamente para cada grupo). Isso é, verificou-se uma relação de equivalência entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, pelas duas propostas de avaliação da EDAO das participantes dos dois grupos.

Embora o estudo de comparação tenha demonstrado que os valores da EDAO são mais elevados que os da EDAO/R ($EDAO > EDAO/R$), o resultado do estudo de correlação entre a eficácia adaptativa segundo as duas propostas de avaliação da EDAO (Tabela 3) mostrou correlação positiva, estatisticamente significante, entre as variáveis (probabilidade = 0,032, $p < 0,05$), isto é, à medida que a eficácia adaptativa segundo a EDAO aumentava, também aumentavam os valores da EDAO/R e quando a pontuação equivalente a uma avaliação diminuía a pontuação da outra também diminuía.

Tal fato foi verificado entre as participantes: Gérbera, Rosa, Tulipa e Amarílis; que mantiveram a classificação da EDAO/R equivalente à EDAO, reafirmando a postura de Yamamoto e Simon (2006) e Simon e Yamamoto (2008, 2009) que consideraram a EDAO/R proposta por Simon (1997), como substituta da EDAO. Embora, no caso específico de Violeta, a classificação da eficácia adaptativa, pela EDAO/R, tenha apontado a interferência do prejuízo do setor orgânico na produtividade, quando avaliada pela EDAO, apresentou uma classificação mais comprometida, demonstrando melhor a realidade da participante. Diante disso, são necessários que outros estudos sejam realizados para verificar essa diferença.

Também foi encontrada correlação positiva, estatisticamente significante, entre o somatório da adequação dos setores A-R e Pr, pela EDAO, e o somatório da adequação dos setores A-R/R e Pr/R, pela EDAO/R (probabilidade = 0,000; $p < 0,05$) (Tabela 4), ou seja, houve a manutenção da pontuação do setor A-R para A-R/R e a constância dos valores de Pr e Pr/R, mesmo sendo um pouco mais baixos que os do setor afetivo-relacional (A-R).

Em provas estatísticas iguais as duas últimas mencionadas acima, para as mesmas variáveis, Silva (2011) encontrou resultados semelhantes somente para o grupo constituído

por pacientes mastectomizadas na velhice (probabilidades = 0,001 e 0,000; $p < 0,05$, respectivamente). No grupo de idosas que foram submetidas à mastectomia antes dos 60 anos os resultados foram diferentes (probabilidades = 0,061 e 1,000; $p < 0,05$, respectivamente), pois estas variáveis não apresentaram ligação de dependência entre elas.

Entre a adequação do setor produtividade (Pr) e eficácia adaptativa, pela EDAO (probabilidade = 0,028, $p < 0,05$) (Tabela 4), também se verificou correlação positiva, estatisticamente significante, sendo assim, quanto mais adequado o setor produtividade, melhor é a eficácia adaptativa da participante, e quanto menos adequado o setor produtividade, mais comprometida a eficácia adaptativa.

Gérbera (Pr = 2), Tulipa (Pr = 2) e Gardênia (Pr = 3), apresentaram melhor adequação do setor produtividade e eficácia adaptativa menos comprometida (todas classificadas com adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III), em comparação à Rosa (Pr = 1), Amarílis (Pr = 1) e Violeta (Pr = 1), que apresentaram menor adequação do setor produtividade e eficácia adaptativa mais comprometida (adaptação não eficaz severa, sem crise, grupo V). Esse resultado reforça a ideia de Simon (1997) de que o setor Pr interfere na eficácia adaptativa de uma pessoa.

Quando a coleta de dados do presente estudo foi realizada, nenhuma das participantes estava trabalhando fora. Gérbera e Tulipa aposentaram-se por invalidez pouco tempo depois do diagnóstico de metástase de câncer de mama, devido a limitações da doença; Gardênia aposentou-se por invalidez aproximadamente cinco anos depois do diagnóstico de metástase, quando estava sendo submetida a um novo ciclo de quimioterapia; Rosa aposentou-se por tempo de serviço, pouco tempo depois do diagnóstico de recidiva e metástase; Amarílis afastou-se do trabalho, com auxílio-doença, após o diagnóstico de câncer de mama e metástase; e Violeta afastou-se do trabalho, após o diagnóstico de câncer de mama e metástase, sem auxílio-doença por nunca ter contribuído junto à previdência social.

Gérbera, Tulipa e Amarílis relataram que apresentavam menor capacidade para desempenhar algumas atividades de trabalho, formal e/ou informal, que tinham costume de realizar antes da metástase, contudo continuavam realizando-as adaptadas à situação física, confirmado os resultados de Aranda et al. (2005), no qual 25% das participantes relataram problemas semelhantes, porém, neste estudo a porcentagem das participantes foi de 50%. O que pode ser percebido nos relatos abaixo:

“depois da metástase senti que não poderia mais corresponder às cobranças e pressões (...) a rotina da faculdade era muito estressante, além de demandar tempo” (Gérbera)

“cuido da casa, continuo publicando alguns trabalhos, orientando algumas alunas” (Gérbera)

“tive que sair de lá por causa da doença nos ossos, sentia muita dor e não podia fazer esforço” (Tulipa, referindo-se ao trabalho como empregada doméstica)

“faço tudo em casa, arrumo, lavo, passo, cozinho” (Tulipa)

“a dor está me impedindo de trabalhar, se não fosse a dor nos ossos, se fosse só o câncer de mama, eu poderia estar trabalhando” (Amarílis)

“por causa das dores não tô conseguindo arrumar a casa, só consigo fazer comida” (Amarílis)

Rosa e Violeta não estavam realizando nenhuma atividade laboral, no período da coleta de dados, devido ao maior comprometimento da saúde física. Rosa em consequência da metástase no fígado, plastrão, pulmão, pleura, além de recidiva local; e Violeta em função de complicações da quimioterapia, em que desenvolveu um quadro de insuficiência cardíaca grave.

Tais relatos também confirmam os achados de Vilhauer (2008) que relaciona o diagnóstico de metástase de câncer de mama ao declínio das atividades diárias das mulheres. Segundo o autor, estas mulheres podem se tornar menos ativas devido aos sintomas físicos da doença e efeitos colaterais dos tratamentos.

Gardênia continuou exercendo atividade remunerada após o diagnóstico de metástase, por aproximadamente cinco anos, mesmo com vários sítios comprometidos (ossos, medula espinhal e mediastino).

“aposentei mais porque queria ficar longe do meu ex-marido (patrão), nem tanto pela doença” (Gardênia)

No período da coleta de dados, Gardênia já estava aposentada há alguns meses, mas continuava realizando as tarefas domésticas adaptadas à sua situação física.

“arrumo a casa, faço comida, planto no quintal de casa” (Gardênia)

Rosa, Amarílis, Gardênia e Violeta, sofreram queda na remuneração com a aposentadoria ou afastamento do trabalho, não conseguindo manter a independência financeira. Entretanto, Rosa e Amarílis estavam insatisfeitas por não estarem trabalhando e apresentavam dificuldade para se adaptar à situação, além disso, estavam preocupadas com a situação financeira. Gardênia e Violeta estavam tranquilas por não estarem trabalhando e com a situação financeira, mesmo dependendo de outras pessoas.

Estes resultados confirmam os encontrados por Turner et al. (2005), no qual 31,3% das participantes relataram a perda da independência, com mudança no funcionamento diário devido à falta de energia e consequente redução da capacidade de envolvimento em atividades que realizavam, com mudanças no *status* do trabalho.

Já no estudo de Aranda et al. (2006) focalizando as principais preocupações no grupo de mulheres com metástase de câncer de mama, 20% relataram preocupações financeiras e 13% perda da independência. Os autores não especificaram se essas preocupações estavam relacionadas às vivências das participantes ou ao medo de que essas situações pudessem vir a acontecer.

O presente estudo também confirma os resultados de Silva (2011) em relação à interferência do setor Pr na eficácia adaptativa (probabilidade = 0,023; $p < 0,05$). No estudo

de Silva as melhores adequações do setor Pr foram obtidas pelas participantes do G2, grupo de mulheres idosas mastectomizadas antes do 60 anos, sendo verificado que essas dependiam menos de outras pessoas para desenvolver suas atividades diárias, em relação às mastectomizadas na velhice, G1 ($G2 > G1$).

Em estudo estatístico com as mesmas variáveis, isto é, setor orgânico (Or) e eficácia adaptativa, Silva (2011) encontrou probabilidade = 0,043 e $p < 0,05$, onde $G2 > G1$, diferindo do presente estudo, onde não foi encontrada diferença, estatisticamente significante.

Supõe-se que tal fato pode não ter sido demonstrado na avaliação quantitativa em função do número pequeno da amostra, já que na avaliação qualitativa pôde-se perceber que a metástase de câncer de mama interferiu na adaptação das participantes, sendo que para algumas delas, quando existia o prejuízo do setor orgânico, havia também a diminuição na adequação do setor produtividade, e maior comprometimento da eficácia adaptativa.

Nesse sentido os resultados de Gandini (2010, 2011) demonstraram correlação positiva, estatisticamente significante, entre os valores dos setores produtividade e orgânico, no grupo de mulheres mastectomizadas com três meses da cirurgia (probabilidade = 0,035; $p < 0,05$). Em outro estudo com mulheres com metástase de câncer de mama, Gandini et al. (1997) verificou que no grupo com dois anos após o diagnóstico de metástase, as pacientes apresentavam graves limitações físicas em função do avanço da doença, tais como: dificuldade para respirar, devido à metástase pulmonar; dificuldade e/ou impedimento de locomoção, pela metástase óssea; entre outras, sendo que o setor orgânico apresentou maior comprometimento, seguido do setor produtividade.

No presente estudo, Rosa, Amarélis e Violeta foram as participantes que apresentaram o maior prejuízo do setor orgânico, menor adequação do setor produtividade, e maior comprometimento da eficácia adaptativa, apresentando sintomas como: dor, falta de ar, falta de energia, fraqueza, dificuldade para dormir em função da dor, falta de apetite, inchaço,

alopécia, dentre outros; também foi relatado por Rosa o atraso em relação ao diagnóstico da recidiva e por Amarilis as dificuldades na comunicação com os médicos, confirmando os achados de Turner et al. (2005).

“no começo de 2010 fiz uma mamografia de rotina, depois disso a mama começou a ficar vermelha, esquentando, fiquei preocupada e fui no Hospital do Câncer e no geriatra e não falaram nada (...) foi só piorando, começou a formar cascas, os médicos disseram que era reação normal da radioterapia, mesmo depois de oito meses (...) continuou piorando e começou a doer (...) uma amiga marcou uma consulta na mastologia, lá eles pediram alguns exames que confirmaram a recidiva” (Rosa)

“a consulta vai demorar e não tem como falar com ela antes do dia marcado, porque no Hospital do Câncer eles não fazem encaixe” (Amarilis estava preocupada por ter parado o remédio)

Além disso, quando soube do diagnóstico de recidiva e metástase, Rosa foi encaminhada para avaliação psiquiátrica, pois estava apresentando alguns sintomas de depressão (choro fácil, nervosismo, dificuldade para dormir, desânimo) e respondeu ao tratamento de forma adequada, sendo que no momento da entrevista já não apresentava mais os sintomas, demonstrando consciência da sua realidade; já Amarilis, apresentava sinais de ansiedade (em relação à cirurgia e tratamentos), corroborando os achados de Kissane et al. (2004).

Gérbera, Tulipa e Gardênia também apresentaram prejuízos no setor orgânico, porém com menos sintomas e em menor intensidade, e continuaram investindo em suas vidas (ocupacional, social e/ou familiar), o que difere dos resultados de Butow et al. (2000) em relação às mulheres que conseguiram minimizar o impacto da doença, pois no estudo desses autores as mulheres que relataram uma significante melhora na qualidade de vida tinham menos metástases em linfonodos, receberam menos quimioterapia e mais hormonioterapia nos últimos três meses.

Contudo, concorda-se com Butow et al. (2000) em relação a um de seus questionamentos sobre a minimização do impacto da metástase de câncer de mama na vida

das mulheres com esse diagnóstico “a doença poderia ser menos agressiva e as participantes estarem experimentando menos sintomas e efeitos colaterais, e assim o câncer não estaria afetando suas vidas?”.

A correlação positiva, estatisticamente significante, encontrada entre a adequação do setor sociocultural (SC) e eficácia adaptativa (probabilidade = 0,028; $p < 0,05$) (Tabela 4), mostrou que quanto maior a pontuação do setor SC, melhor a eficácia adaptativa, quanto mais comprometida adequação do setor SC, menor a eficácia adaptativa.

Esses resultados confirmam os resultados de Gandini (2011), em estudo com as mesmas variáveis, em um grupo de mulheres com três meses da mastectomia por câncer de mama (probabilidade = 0,013; $p < 0,05$).

No estudo de Gandini et al. (1997) com mulheres com diagnóstico inicial de metástase de câncer de mama, verificou que o setor sociocultural, dentre os quatro, foi o mais pontuado, sendo $SC > Pr > Or > A-R$. Já com as pacientes com dois anos do diagnóstico de metástase do mesmo tipo de câncer, atendidas em psicoterapia, os resultados foram: $A-R > SC > Pr > Or$.

Neste estudo verificou-se que quando as participantes responderam aos tratamentos, tais como quimioterapia, radioterapia, entre outros, melhoraram o funcionamento social e consequentemente a eficácia adaptativa, o que corrobora os achados de Amado et al. (2006). Por outro lado, os resultados de duas participantes deste estudo, Rosa e Amarílis, diferiram desses autores quanto ao comprometimento das funções advindas do avanço da doença metastática, piorando o funcionamento sociocultural e a eficácia adaptativa.

Aranda et al. (2005) também relataram que 26% das mulheres urbanas com metástase de câncer de mama, perceberam piora na qualidade de vida e 27% no funcionamento social, o que também foi confirmado por Vilhauer (2008), sendo que para o autor a diminuição do

suporte social pode ocorrer tanto pelas dificuldades das mulheres em se abrirem sobre as dificuldades enfrentadas, como pelas respostas não adequadas dos outros.

Estes resultados demonstram a importância do setor sociocultural (SC) na adaptação como um todo, contrariando a segunda proposta de avaliação da EDAO, isto é, a EDAO/R (Simon, 1997), onde o autor defendeu que os prejuízos nas adequações dos setores SC e Or, estariam implícitos nos setores A-R e Pr, bastando aferir somente esses dois últimos. Essa proposta também foi utilizada por autores, como: Yamamoto e Simon (2006), Simon e Yamamoto (2008, 2009), Sooma (2005), Zago (2004), Klein (2002), Ferrari (2002), Ramos (2002), Gebara (2001) e Brolhani (1997). Diante disso, defende-se a primeira proposta de avaliação da EDAO (Simon, 1989), em detrimento da segunda proposta, EDAO/R (Simon, 1997), para a população de mulheres com metástase de câncer de mama.

Ainda em relação ao setor sociocultural (SC) verificou-se correlação negativa, estatisticamente significante, entre os valores da eficácia adaptativa e fatores negativos do setor SC (probabilidade = 0,016; $p < 0,05$) (Tabela 6). Isto indica que, quanto menos fatores negativos (F-) no setor SC melhor a eficácia adaptativa da pessoa e quanto mais fatores negativos no setor SC, mais comprometida a eficácia adaptativa da pessoa.

Dentre as participantes deste estudo, quatro apresentaram menos fatores negativos e melhor eficácia adaptativa: Gérbera (F- ausente e EDAO = 9), Gardênia (F- ausente e EDAO = 10) e Violeta (F- ausente e EDAO = 8) continuaram viajando e participando de grupos religiosos e/ou de lazer, que preenchiam suas necessidades, após a metástase; Tulipa (F- nº 4c e EDAO = 8) também continuou participando de grupos religiosos e de lazer que preenchiam suas necessidades, após a metástase, porém diminuiu a frequência das viagens.

Já Rosa e Amarilis, foram as participantes que apresentaram maior número de fatores negativos no setor SC e eficácia adaptativa mais comprometida. Cabe relembrar que essas participantes estavam apresentando muitos sintomas da doença.

Após a recidiva e metástase de câncer de mama, Rosa diminuiu muito a frequência de viagens e a participação em grupos religiosos e de lazer. Sentia muita dor nas costas e na mama, fraqueza, falta de ar, dificuldade para comer e dormir, além disso, estava muito inchada.

Já Amarílis deixou de viajar e de participar de grupos religiosos e de lazer, após o diagnóstico de câncer e metástase. Sentia dores ósseas e em função dessas, tinha dificuldade para dormir e se locomover.

Embora Violeta também estivesse apresentando um maior comprometimento do setor orgânico, devido ao quadro de insuficiência cardíaca grave, por complicações da quimioterapia, como mencionado anteriormente, continuava realizando todas as suas atividades socioculturais.

Não foram encontradas correlações, estatisticamente significantes, entre a soma dos valores dos fatores positivos (F+) dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e eficácia adaptativa; entre a soma dos valores dos fatores negativos (F-) dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e eficácia adaptativa; entre a soma dos valores dos microfatores positivos (MF+) dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e eficácia adaptativa; e entre a soma dos valores dos microfatores negativos (MF-) dos setores (A-R, Pr, SC e Or) e eficácia adaptativa (Tabela 5), contrariando Gandini (1995), que defende que a qualidade da adaptação além de depender da prévia configuração da personalidade, também tem influência de fatores e microfatores, positivos e negativos. De acordo com Gandini et al. (1997), em consequência das graves limitações físicas, as pacientes com dois anos de diagnóstico de metástase de câncer de mama, apresentaram perda da adequação do setor produtividade, e deixaram de apresentar alguns fatores e microfatores positivos e acrescentaram fatores e microfatores negativos.

No relato das participantes sobre o diagnóstico primário de câncer de mama e o de metástase, puderam-se perceber algumas diferenças na forma de enfrentar a situação.

Gérbera considerou o primeiro, mais difícil que a metástase, provavelmente pelo forte impacto do diagnóstico de câncer de mama e por não contar com a possibilidade de ameaça real da vida, por aparentemente apresentar-se saudável e nunca ter sentido nada antes, confirmado os estudos de Makluf et al. (2006), Rossi e Santos (2003), Sales et al. (2001), Venâncio (2004). Já diante do diagnóstico de metástase, Gérbera sentia-se mais preparada para a possibilidade de volta e/ou disseminação da doença e morte, havia elaborado alguns valores reais da vida, preparando a família e o filho para viverem sem ela (após diagnóstico de câncer de mama iniciou psicoterapia), corroborando os achados de Spiegel (1990) e contrariando Warren (2010).

“quando soube do diagnóstico de câncer de mama fiquei muito abalada, sai da clínica chorando, fiquei pensando como iria contar para os meus irmãos, que tinha um filho pequeno, como iria fazer com as minhas aulas (...) o diagnóstico de metástase no fígado não me abalou tanto como o diagnóstico de câncer de mama, apesar de ser um diagnóstico mais complicado, apresentar um maior risco à vida, e ainda tive que me submeter a uma cirurgia demorada e grave, mas estou mais consciente, mais forte, além do mais dessa vez as relações sociais me ajudaram, já que tenho muitos amigos, tive apoio de amigos e da família, confio muito em Deus” (Gérbera)

Diferentemente de Gérbera, Rosa vivenciava a recidiva e a metástase do câncer de mama com um comprometimento importante do setor orgânico, apresentava muitas limitações e sintomas físicos que repercutiram na produtividade, sociocultural e afetivo-relacional, confirmando Aranda et al. (2005), Aranda et al. (2006), Butler et al. (2003), Turner et al. (2005), Vilhauer (2008), Warren (2010).

“quando adoeci da primeira vez, em 2008, mesmo após a quimioterapia conseguia trabalhar, passava mal um dia, sentia fraqueza, enjo, mas depois pegava firme no trabalho e isso me ajudou muito, sempre enfrentei a doença e o tratamento com muita fé (...) dessa vez está mais difícil porque não posso trabalhar, com o trabalho a gente esquece um pouco, não pensa tanto” (Rosa)

“fico incomodada de não poder estar trabalhando e minhas filhas assumirem tudo só (...)” (Rosa)

“ando sentindo muitas dores nas costas, nem estou comendo, estou fraca (...)” (Rosa)

Já Amarílis relatou ter recebido a informação da residente de que o seu câncer era agressivo e que apesar de estar progredindo ela garantia a cura. A partir dessa informação Amarílis reforçava a atitude de negação parcial, não associando que a dor que sentia nos ossos era devido à metástase óssea.

“nunca pensei em ter câncer, nunca tive nada, fiquei em choque, chorei muito (...) a residente falou: o câncer é agressivo, está progredindo, mas é curável, posso te garantir (...) por isso estou confiante e segura” (Amarílis)

“a dor está me impedindo de trabalhar, se não fosse a dor nos ossos, se fosse só o câncer de mama, eu poderia estar trabalhando” (Amarílis)

“o câncer de mama não é nada perto das dores que estou sentindo nos ossos, ou melhor, arcos costais, se não fosse a dor estaria tudo bem” (Amarílis)

“depois da cirurgia (mastectomia) vai pesar menos (mama) e a dor vai melhorar” (Amarílis)

Gardênia e Tulipa negavam parcialmente a doença, porém tinham consciência do seu diagnóstico e realizavam todos os tratamentos necessários, minimizando o impacto da doença em suas vidas sociais e de trabalho, corroborando os achados Butow et al. (2000).

“quando soube da doença (câncer de mama) chorei muito, fiquei triste, em choque, mas resolvi enfrentar o tratamento, já que era necessário, mesmo assim a vida continuou igual (...) depois de cinco anos tive a metas.. (não conseguiu falar a palavra metástase direito) não fico muito presa a isso (metástase), não fico querendo saber o que é, mas se tenho que fazer o tratamento faço, depois de cinco anos tive que fazer quimioterapia e radioterapia de novo (...)” (Gardênia)

“quando tive os nódulos na mama não fiquei preocupada, nem triste (referindo-se ao câncer de mama, segundo ela não teve câncer de mama) (...) quando tive o câncer nos ossos também não fiquei triste, nem preocupada, nada me deixa preocupada (referindo-se à metástase óssea, segundo ela a doença nos ossos não tem relação com os nódulos da mama)” (Tulipa)

Violeta reconhecia a evolução do câncer, porém relatava que a doença voltou em outro lugar, não diferenciando recidiva de metástase, o que a incomodava e a limitava fisicamente era o problema cardíaco. A pesquisadora participou da consulta médica de Violeta, na qual o interno que a atendia informou que o problema cardíaco não tinha relação com o câncer de mama. Entretanto, Violeta desenvolveu um quadro de insuficiência cardíaca

grave pela cardiotoxicidade da quimioterapia. Como a pesquisadora estava presente durante a consulta, observou que a informação que a participante relatava na entrevista era a mesma que tinha recebido pelo interno. Diante disso, os profissionais da psicologia e/ou pesquisadores precisam estar atentos para as informações que as pacientes transmitem, pois nem sempre estão utilizando mecanismos de defesas.

“quando recebi o diagnóstico de câncer sofri muito durante uns dois meses, contei apenas para as pessoas mais próximas, para evitar a curiosidade das outras pessoas, tive apoio na minha religião (...) a doença voltou em outro lugar, na coluna, mas dessa vez não foi tão difícil como na primeira vez, minha preocupação maior é com o coração” (Violeta)

Entre todas as participantes, Violeta, era a única que estava casada, mantinha uma relação conjugal satisfatória e de companheirismo, compartilhava conflitos e dificuldades, confirmando os resultados de Giese-Davis et al. (2000).

Também corrobora os achados de Ferreira (2007), em relação ao movimento de aproximação do marido de Violeta, que deixou o trabalho fixo, depois que a esposa adoeceu, para ficar mais em casa, acompanhá-la nas consultas, já que moravam em outra cidade. Porém, difere de Ferreira, no aspecto de que a não revelação dos sentimentos relacionados ao câncer de mama, possibilitaram, no seu estudo, a manutenção do laço conjugal em meio à experiência da doença; assim como, em relação ao movimento de afastamento, já que os maridos não cuidavam diretamente das suas esposas, sendo esse fornecido por outras mulheres ligadas à família.

Duas participantes que estavam casadas se divorciaram/separaram pouco tempo depois do diagnóstico de câncer de mama, por motivações diferentes.

Gérbera foi casada durante oito anos, mantinha uma boa relação conjugal. Depois do diagnóstico, o marido foi estudar em outra cidade e com o tempo começou a ficar mais distante dela e o casamento começou a entrar em crise, nesse período ele arrumou uma amante e quando Gérbera descobriu, tomou a iniciativa da separação. Divorciou-se

aproximadamente dois anos depois do diagnóstico de câncer de mama. Na entrevista, ela relatou que o ex-marido repetiu a mesma situação com a segunda companheira.

“ele não aguentou, não tolerou a doença” (Gérbera)

“quando recebi o diagnóstico de câncer, ele falou para mim que não ia fazer igual meu irmão que cuidou da mulher dele que teve câncer de intestino e depois de longo período de sofrimento faleceu, ele disse que ia cuidar da sua vida e seguir com seus planos” (Gérbera)

Rosa foi casada mais de 25 anos e se separou aproximadamente um ano após o diagnóstico de câncer de mama. Ela relatou que nos últimos anos a relação já estava difícil, porém a separação só foi efetivada após o diagnóstico de câncer de mama, quando descobriu a traição do marido.

“a relação era boa, mas nos últimos cinco anos estava difícil, ele bebia” (Rosa)

Gardênia mostrou outras características, casou-se e separou-se duas vezes, sendo que os dois casamentos não foram satisfatórios. O primeiro relacionamento durou doze anos e se separou aproximadamente um ano antes do diagnóstico de câncer de mama. Já o segundo, que começou no período em que estava fazendo exames que confirmaram o câncer de mama, durou oito anos. Estava namorando, há quase três anos, mantinha uma relação relativamente boa.

“sofri muito, vivia triste, não tinha personalidade (...)” (Gardênia, em relação ao primeiro casamento)

“não tinha respeito e amor (...)” (Gardênia, em relação ao segundo marido)

Já Tulipa foi casada durante uns dois anos e se separou muito antes do diagnóstico de câncer de mama. E Amarílis era solteira, nunca foi casada.

Quanto à possibilidade real de morte, percebeu-se que Rosa tinha consciência da proximidade da morte, mas apresentava dificuldade para aceitar; Amarílis tinha medo de morrer durante a cirurgia; Tulipa tratava a morte de forma impessoal, considerando a morte do outro; Gérbera aceitava e lidava bem com a questão da própria morte e estava preparando

a família para viver sem ela; Gardênia e Violeta tratavam a morte de forma implícita; essas formas de lidar com a questão da morte confirmam o estudo de Trincaus e Corrêa (2007).

Além dos resultados da avaliação da eficácia adaptativa, pela EDAO e EDAO/R, discutir-se-á sua correlação com a escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).

Os estudos do funcionamento global pela escala AGF ora com o somatório da adequação dos setores A-R, Pr e SC segundo a EDAO, ora com a eficácia adaptativa – EDAO e ora com a EDAO/R, mostraram correlações positivas, estatisticamente significantes. Pode-se dizer que à medida que a pontuação da escala AGF aumenta e/ou diminui, as outras variáveis também aumentam e/ou diminuem.

No primeiro estudo de correlação da AGF com a adequação dos setores A-R, Pr e SC segundo a EDAO, foi excluído o setor orgânico em função da questão teórica de que a AGF não incluir em sua avaliação os prejuízos no funcionamento devido às limitações físicas.

Teoricamente estes resultados indicam que a AGF poderia substituir tanto a EDAO como a EDAO/R e vice-versa. Porém o estudo qualitativo mostrou a interferência do setor orgânico no funcionamento global das participantes, corroborando Goldman et al. (1992), o qual aponta a limitação da escala AGF pela exclusão da avaliação do comprometimento físico, sugerindo que as considerações, positivas e negativas, referentes à condição orgânica do indivíduo deveriam ser relacionadas com o funcionamento ocupacional e social. Dias et al. (2008) também consideram que a AGF apresenta grandes limitações. Aas (2010) sugere que novas pesquisas sejam realizadas para a melhoria da referida escala.

Com as mesmas variáveis deste estudo, em relação à eficácia adaptativa e funcionamento global, Silva (2011) encontrou resultados semelhantes nos dois grupos de idosas mastectomizadas por câncer mama.

Romaro (1999) também utilizou as duas escalas, antes e depois da psicoterapia breve dinâmica, com pacientes *borderlines*, assim como Conejo (2009) ao avaliar a obesidade em

homens, porém os estudos foram qualitativos, por isso não temos parâmetros para comparar os resultados com os resultados deste trabalho.

Em função das dificuldades encontradas para aumentar o número da amostra, sugere-se que outros estudos possam analisar melhor a interferência do setor orgânico (Or) nos setores produtividade (Pr), sociocultural (SC) e afetivo-relacional (A-R), bem como, na eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar que em função de algumas dificuldades no recrutamento das participantes, o número da amostra foi reduzido, entretanto acredita-se que este estudo possa contribuir para a instrumentalização tanto dos profissionais de psicologia como dos demais profissionais que lidam com mulheres com metástase de câncer de mama, pois aponta características da eficácia adaptativa e funcionamento global destas pacientes, podendo ser aprofundado com outros estudos, quer seja com um maior número de participantes ou com uma amostra representativa da população.

Vários fatores contribuíram para as dificuldades no recrutamento das mulheres selecionadas ou mesmo para efetivação da coleta de dados, entre eles: os efeitos colaterais da quimioterapia, a debilidade física, o óbito de pacientes selecionadas ou mesmo a resistência em entrar em contato com os sentimentos relacionados à doença e à finitude.

Além do mais, neste estudo, detectamos problemas com os dados estatísticos do hospital que não condiziam com os dados do prontuário médico de algumas pacientes, desde os dados de identificação, como telefone e endereço que não estavam atualizados, até o diagnóstico médico.

Diante disso, são necessárias melhorias em relação às informações dos prontuários médicos; além da atualização dos dados pessoais das pacientes, nos prontuários e/ou sistema hospitalar; bem como, melhorias nos dados fornecidos pelo setor de estatística.

Por se tratar de uma amostra de mulheres com metástase de câncer de mama, todas as participantes apresentaram perda na adequação do setor orgânico em relação ao período anterior ao diagnóstico. Percebeu-se também que quanto mais lenta a progressão da metástase e menos sintomas, melhor a adequação dos setores orgânico, produtividade e sociocultural.

Sendo assim, os serviços de psicologia deveriam considerar as limitações físicas das mulheres com metástase de câncer de mama para planejar tanto o atendimento institucional

como o atendimento domiciliar, extensivo aos familiares, a exemplo de outros profissionais da equipe de saúde que já realizam essa modalidade de atendimento; sendo que o trabalho do psicólogo deveria visar à melhora e/ou manutenção da eficácia adaptativa e funcionamento global dessas pacientes e de seus familiares, visando à melhor qualidade de vida possível e a preparação para a morte.

Embora o estudo tenha demonstrado associação entre a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO e EDAO/R, também foi verificada correlação positiva entre a adequação do setor sociocultural e eficácia adaptativa, reforçando a tese de que a primeira proposta de avaliação quantitativa da EDAO é mais sensível para esta população.

Ainda considerando os outros resultados deste estudo, verificou-se que a EDAO, em sua primeira proposta de avaliação, mostrou-se mais sensível e abrangente quando comparada à sua redefinição, EDAO/R, por considerar todos os setores para a avaliação quantitativa, podendo guiar a avaliação qualitativa da eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama.

A EDAO/R contribuiu com o estudo, porém apresentou limitações para esta população quanto à avaliação quantitativa, por não considerar a influência do setor orgânico na eficácia adaptativa. Mesmo que o estudo quantitativo não tenha demonstrado essa associação, através da análise qualitativa percebeu-se a associação do setor orgânico nos setores produtividade e sociocultural.

A Avaliação Global do Funcionamento (AGF) também contribuiu com o estudo, mas assim como a EDAO/R, apresentou limitações em sua avaliação, por não considerar o setor orgânico. Embora o estudo tenha demonstrado a associação entre a AGF e EDAO e/ou EDAO/R, para a aplicação em uma população com problemas de saúde, sugere-se que sejam realizados novos estudos para ponderar a viabilidade da inclusão da avaliação da condição

orgânica em suas faixas de funcionamento ou que a AGF seja complementada com outro instrumento que avalie a saúde física.

É importante que as mulheres continuem sendo orientadas quanto à realização do exame clínico anual das mamas, bem como, da realização do exame de mamografia, conforme recomendado pelo Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, publicado em 2004, no Brasil, a fim de que o câncer de mama possa ser diagnosticado precocemente, podendo contribuir para a redução no número de mulheres acometidas pela metástase da doença. Para que isso aconteça, é importante que todas as mulheres tenham acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além do acesso ao exame de mamografia, de forma rápida e com resultados confiáveis.

Espera-se que esta pesquisa possa motivar a realização de outros estudos com mulheres com metástase de câncer de mama. Sugere-se a realização de pesquisas que analisem melhor a interferência das limitações orgânicas, advindas da metástase, nas atividades laborais, sociais, culturais, nos relacionamentos interpessoais, bem como as repercussões psicológicas dessas pacientes; que comparem a eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama em diferentes faixas etárias; que comparem a eficácia adaptativa de mulheres com diagnóstico de câncer de mama com a eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama; que comparem a eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama com as mulheres com recidiva do mesmo tipo de câncer; que comparem grupos de mulheres com metástase de câncer de mama que fazem acompanhamento psicológico com mulheres de grupo controle; entre outras.

10 REFERÊNCIAS

- Aas, I. H. M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9, 1-11.
- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S., & Clapis, M. J. (2001, Setembro/Outubro). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 9, 63-69.
- Almeida, R. A. (2006, dezembro). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, 9, 99-113.
- Amado, F., Lourenço, M. T. C., & Deheinzelin, D. (2006). Metastatic breast cancer: do current treatments improve quality of life? A prospective study. *São Paulo Medical Journal*, 124, 203-207.
- Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Yates, P., Milne, D., Faulkner, R., & Voudouris, N. (2005). Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 14, 211-222.
- Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Milne, D., Yates, P., & Faulkner, R. (2006). Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: a randomized controlled trial. *British Journal of Cancer*, 95, 667-673.
- Associação Americana de Psiquiatria. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV* (4^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (4^a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Badr, H., Laurenceau, J. P., Schart, L., Basen-Engquist, K., & Turk, D. (2010). The daily impact of pain from metastatic breast cancer on spousal relationships: a dyadic electronic diary study. *Pain*, 151, 644-654.
- Boonzaier, A., Pollard, A., Ftanou, M., Couper, J. W., Schofield, P., Mileshkin, L., & Henderson, M. (2010). The practical challenges of recruitment and retention when providing psychotherapy to advanced breast cancer patients. *Support Care Cancer*, 18, 1605-1613.
- Brolhani, C. A. (1997). *Estudo sobre aspectos adaptativos de mães de crianças em atendimento psicológico em centro de saúde*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Butler, L. D., Koopman, C., Cordova, M. J., Garlan, R. W., DiMiceli, S., & Spiegel, D. (2003). Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 416-426.

- Butler, L. D., Koopman, C., Neri, E., Giese-Davis, J., Palesh, O., Thorne-Yocam, K. A., et al. (2009). Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 28, 579-587.
- Butow, P. N., Coates, A. S., & Dunn, S. M. (2000). Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Annals of Oncology*, 11, 469-474.
- Canaverde, N. R., Gramacho, P. M., & Paula Júnior, W. (2007). *Discursos da recidiva: entrelaçamento de percepções*. Artigo de conclusão de curso, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Caplette-Gingras, A., & Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6, 377-387.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13, 151-166. Retirado em 27 de outubro de 2008, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100008&script=sci_arttext.
- Conejo, S. P. (2009). *Homem e obesidade – excessos e faltas: corpos que contam histórias*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução Nº. 001/2009, de 30 de março de 2009. *Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos*. Retirado em 10 de agosto de 2009, do site: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/>.
- Costa Rosa, A. (1997). Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO): uma proposta de quantificação. *Mudanças*, 5, 11-30.
- Curti, A. L. M. (1993). *Escolha profissional e eficácia adaptativa em estudantes universitários*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Dias, V. V., Brissos, S., Martinez-Aráñ, A., & Kapczinski, F. (2008). Funcionamento neurocognitivo em doentes bipolares tipo I eutímicos. *Acta Medica Portuguesa*, 21, 527-538.
- Duarte, T. P., & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8, 155-163.
- Ferrari, M. E. (2002). *Estudo da eficácia adaptativa e relações familiares de adolescentes com comportamento de agressividade*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Ferreira, C. B. (2007). *Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Gandini, R. C. (1989). *Análise estatística e interpretação semântica do “Questionário Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado”*. Relatório técnico de pesquisa não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.
- Gandini, R. C. (1995). *Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas*. Tese de doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gandini, R. C., Silva, J. C. V. V. V., Barros, A. H. M., & Souza, M. B. (1997). *Câncer de mama: eficácia adaptativa e relações objetais de mulheres com metástase*. Relatório técnico de pesquisa não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.
- Gandini, R. C. (2008). Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. Relatório técnico de pesquisa não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.
- Gandini, R. C. (2010). Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. *Temas em Psicologia*, 18, 449-456.
- Gandini, R. C. (2011). Câncer de mama: eficácia adaptativa de mulheres com três meses, um e dois anos da mastectomia. Relatório técnico de pesquisa não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia.
- Gatti, A. L. (1999). *Escalas de avaliação dos mecanismos de defesa: precisão e validade concorrente*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Gebara, A. C. (2001). *Eficácia terapêutica da interpretação intelectualizada na psicoterapia breve*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14, 251-266.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning [Resumo]. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.
- Guimarães, L. P. M., & Yoshida, E. M. P. (2008). Doença de crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10, 52-63.
- Heleno, M. G. V. (1992). *Estudo da eficácia adaptativa e o controle glicêmico em pacientes diabéticos do tipo II*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Heleno, M. G. V., Vizzotto, M. M., & Bonfim, T. E. (2007). Da cura à psico-higiene: importância da compreensão da eficácia adaptativa em psicologia da saúde. In M. M. M.

- Siqueira, S. N. Jesus & V. B. Oliveira, *Psicologia da saúde - teoria e pesquisa* (pp.181-198). São Paulo: UMESP.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Rubin, R. (2006a, julho/dezembro). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde, 14*, 143-150.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006b). Repercussões psicosociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde e Doenças, 7*, 239-254.
- Hospital de Clínicas de Uberlândia (2008, junho 16). *Missão*. Retirado em 13 de maio de 2011, do site: <http://www.hc.ufu.br/?q=node/46>.
- Hudson, P., Aranda, S., & McMurray, N. (2001). Randomized controlled trials in palliative care: overcoming the obstacles. *International Journal of Palliative Nursing, 7*, 427-434.
- Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis M. J. D., Pinto-Neto, A. M., & Gurgel, M. S. C. (2009, Fevereiro). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 31*, 61-67.
- Instituto Nacional do Câncer (2004a, Abril). *Controle do câncer de mama: documento de consenso*. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional do Câncer (2004b). *TNM – Classificação de tumores malignos* (6^a ed.). Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional do Câncer (2006). *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama "Viva Mulher"*. Retirado em 12 de setembro de 2009, do site: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140.
- Instituto Nacional do Câncer (2007). *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Retirado em 29 de março de 2009, do site: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>.
- Instituto Nacional do Câncer (2009). *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Retirado em 02 de dezembro de 2009, do site: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>.
- Jung, S. I., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*, 184-196.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., & Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care, 16*, 17–25.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis [Resumo]. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry, 38*, 320-326.
- Klein, P. (2002). *As relações fraternas longe da casa dos pais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

- Kvanli, A. H. (1988). *Statistics: a computer integrated approach*. United States of America, West Publishing Company.
- Love, A. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Bloch, S., & Kissane, D. W. (2004). Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 38, 526-531.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & Barra, A. A. (2006, janeiro/março). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52, 49-58.
- Malzyner, A., Caponero, R., & Donato, E. M. O. D. (2000). A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA-1. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 71-107). Campinas: Livro Pleno.
- Martins, D. F. G., Medeiros, P. C. S., & Hamzeh, S. A. (2009). Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11, 128-141.
- Mayer, M. (2010). Lessons learned from the metastatic breast cancer community. *Seminars in Oncology Nursing*, 26, 195-202.
- Medeiros, L. P. (2002). *Eficácia adaptativa e grau de alexitimia em pacientes com doença de crohn e retocolite ulcerativa inespecífica*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Menke, C. H., Biazús, J. V., Xavier, N. L., Cavalheiro, J. A., Rabin, E. G., Bittelbrunn, A., et al. (2007). *Rotinas em mastologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Metastatic Breast Cancer Advocacy Working Group (2009). Bridging gaps, expanding outreach: Metastatic Breast Cancer Advocacy Working Group Consensus Report. *Breast*, 18, 273-275.
- Mosher, C. E., & Duhamel, K. N. (2010). An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20.
- Okamura, H., Yamamoto, N., Watanabe, T., Katsumata, N., Takashima, S., et al. (2000). Patients' understanding of their own disease and survival potential in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 61, 145-150.
- Oliveira, L. T. P. (2009). A comunicação de uma má notícia: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.
- Palesh, O., Butler, L. D., Koopman, C., Giese-Davis, J., Carlson, R., & Spiegel, D. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 233-239.

- Pellegrino-Rosa, I. (1986). *Contribuições para o estudo psicodiagnóstico de mulheres sem experiência de orgasmo*. Dissertação de mestrado, Instituto Metodista de Ensino Superior, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, São Paulo.
- Pellegrino-Rosa, I., Gandini, R. C., Tolentino-Rosa, J., Wutke, E. F., & Simon, R. (1991). Orientação psicológica de mulheres com câncer de mama sob um ponto de vista sócio-psicossomático. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 3, 41-52.
- Peres, R. S. (2008). Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Pinho, L. S., Campos, A. C. S., Fernandes, A. F. C., & Lobo, S. A. (2007 janeiro/abril). Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9, 154-165.
- Ramos, L. H. (2002). *Funcionamento mental da eficácia adaptativa de acompanhantes terapêuticos que atuam com pacientes psicóticos*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Rocha, G. M. A. (2002). *Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada redefinida com pessoas idosas: precisão e validade*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Romaro, R. A. (1999). Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes Borderline. *Revista Mudanças*, 7, 109-133.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23, 32-41.
- Sales, C. A. C. C., Paiva, L., Scandiuzzi, D., & Anjos, A. C. Y. (2001, julho/setembro). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47, 263-272.
- Santos, G. C., & Gonçalves, L. L. C. (2006, abril/junho). Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. *Revista Enfermagem UERJ*, 14, 239-244.
- Sephton, S. E., Koopman, C., Schaal, M., Thoresen, C., & Spiegel, D. (2001). Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *The Breast Journal*, 7, 345-353.
- Siegel, S. (1975). *Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

- Silva, N. J. (1992). *Aspectos psicológicos de pacientes que sofreram amputações de membros superiores*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17, 561-568.
- Silva, C. J. (2011). Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama. Dissertação de mestrado Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 403-408.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de psicologia*. 47, 85-93.
- Simon, R. (1998). Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). *Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais*, 6, 13-24.
- Simon, R., & Yamamoto, K. (2008). Psicoterapia breve operacionalizada em situação de crise adaptativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16, 144-151.
- Simon, R., & Yamamoto, K. (2009). Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. *Aletheia*, 30, 172-182.
- Sooma, R. (2005). *Estudo da eficácia adaptativa de herdeiros de empresa familiar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Spelten E. R., Verbeek J. H. A. M., Uitterhoeve A. L. J., Ansink A. C., Lelie J., Reijke T. M., et al. (2003). Cancer, fatigue and the return of patients to work - a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, 39, 1562–1567.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66, 1422-1426.
- Thuler, L. C. (2003, outubro/dezembro). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49, 227-238.
- Trincaus, M. R., & Corrêa, A. K. (2007). A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41, 44-51.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514.
- Turner, J., Kelly, B., Swanson, C., Alisson, R., & Weitzig, N. (2005). Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psychooncology*, 14, 396-407.

- Venâncio, J. L. (2004, janeiro/março). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50, 55-63.
- Vilhauer, R. (2008). A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer [Resumo]. *Palliative Support Care*, 6, 249-258.
- Vilhauer, R. P. (2009). Perceived benefits of online support groups for women with metastatic breast cancer [Resumo]. *Women Health*, 49, 381-404.
- Vilhauer, R. P. (2011). 'Them' and 'us': The experiences of women with metastatic disease in mixed-stage versus stage-specific breast cancer support groups [Resumo]. *Psychology Health*, 1, 1-17.
- Wanderley, K. S. (2003). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In M. M. M. J. Carvalho (Coord.), *Introdução à psiconcologia* (pp. 95-101). Campinas: Livro Pleno.
- Warren, M. (2010). Uncertainty, lack of control and emotional functioning in women with metastatic breast cancer: a review and secondary analysis of the literature using the critical appraisal technique. *European Journal of Cancer Care*, 19, 564-74.
- Yamagushi, N. H. (2003). O câncer na visão da oncologia. In M. M. M. J. Carvalho (Coord.), *Introdução à psiconcologia* (pp. 21-32). Campinas: Livro Pleno.
- Yamamoto, K., & Simon, R. (2006). Eficácia da adaptação de pessoas com hipertensão essencial e uma avaliação com o Teste Estilocrômico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14, 171-185.
- Yoshida, E. M. P. (1984). Estudo da precisão e da validade de predição da Escala Diagnóstica da Adaptação de R. Simon. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Yoshida, E. M. P. (1999). EDAO-R: precisão e validade. *Mudanças*, 7, 189-213.
- Zago, C. T. (2004). *Estudo da eficácia adaptativa de executivos e suas relações com o trabalho*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa desenvolvida pela mestrande Nitiele Reis Canaverde, com orientação da Drª. Rita de Cássia Gandini, cujo objetivo é compreender como os aspectos relacionados às relações afetivas, de trabalho, orgânicas e sociais de mulheres em tratamento no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC/UFU), interferem de forma positiva e/ou negativa na maneira de lidarem com as situações da vida. Caso você aceite participar desta pesquisa, serão realizadas em média três entrevistas com cerca de uma hora e meia cada. As entrevistas ocorrerão de acordo com sua disponibilidade nos dias de suas consultas ambulatoriais ou no domicílio. Havendo necessidade de atendimento psicológico, será discutida com você a possibilidade de ser encaminhada para uma psicoterapia a ser realizada no CENPS - Centro de Psicologia do Instituto de Psicologia da UFU. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, ou seja, você é quem decidirá pela participação ou não. Caso concorde em participar, você terá o direito de parar de participar a qualquer momento, podendo ausentar-se sem a necessidade de apresentar justificativas para sua desistência, e assim retirar seu consentimento em qualquer período, sem nenhum prejuízo. Diante da desistência, estará garantida a continuidade de todos os tratamentos aos quais está sendo submetida. Você receberá respostas sobre qualquer pergunta e será esclarecida a respeito de qualquer dúvida relacionada à pesquisa, mesmo que estas possam afetar seu desejo em continuar participando deste estudo. Você não correrá nenhum tipo de risco. Como benefício você poderá compreender e melhorar sua forma de adaptação, ou seja, a maneira de lidar com as situações da vida. Em nenhum momento você será identificada e será mantido o caráter confidencial das informações. Se você concordar, as entrevistas poderão ser registradas em um gravador, sendo que após a transcrição dos dados elas serão desgravadas. Não haverá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro decorrente da pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão fornecer condições de entender melhor o processo da adaptação de mulheres em tratamento no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC/UFU). Os resultados da pesquisa serão publicados e divulgados somente em eventos científicos e ainda assim a sua identidade será preservada.

Universidade Federal de Uberlândia - UFU / Campus Umuarama - Fone: (34)3218-2701

CEP: 38.400-902 - Uberlândia – MG

Nitiele Reis Canaverde - Mestranda do PGPSI - E-mail: nitielereis@hotmail.com / Telefone: (34)3218-2701/Dra. Rita de Cássia Gandini - Orientadora (CRP 04/2820) / Telefone: (34) 3218-2235
Comitê de Ética em Pesquisa - UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38.408-100; Telefone: (34)3239-4531

Eu, _____, R.G. _____, abaixo assinado, tendo sido convidada para participar desta pesquisa e recebido as informações acima, ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo como forma de contribuir com a responsável que subscreve este documento.

Uberlândia, ____ de ____ de ____.

Participante

Pesquisadora Responsável: Rita de Cássia Gandini

Mestranda: Nitiele Reis Canaverde

APÊNDICE B - Ficha de identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Prontuário nº: _____

Estado Civil: () Solteira () Casada () Amasiada () Divorciada/Separada () Viúva

Endereço: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-

Graduação

Renda Mensal: () Até 1 salário mínimo () De 1 a 2 salários mínimos () De 2 a 3 salários mínimos

() De 3 a 4 salários mínimos () De 4 a 5 salários mínimos () Acima de 5 salários mínimos

Religião: () Nenhuma () Católica () Evangélica () Espírita () Outras () _____

APÊNDICE C - Fichas diagnósticas das participantes

Nº 1 - Gérbera, 56 anos, divorciada, católica, bióloga e professora universitária aposentada por invalidez, pós-graduada (doutora). Diagnóstico de câncer de mama em 1996 (43 anos). Diagnóstico de metástase no fígado em 2007 (54 anos).

F, MF, Adequação e AGF Setor	F+	F-	MF+	MF-	Adequação (Peso)	AGF (Pontos)	
					EDAO	EDAO/R	-
A-R	1, 2a, 3, 4, 5b, 6, 7, 9, 10	2b, 3, 4e, 5b	1, 2, 2, 3, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13	2b, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 6, 6, 12	2	2	-
Pr	2, 3, 4a, 4b, 4c, 5a, 5b, 6.1.a., 6.1.b., 7.1.b., 8b, 9b, 10b	3b, 8c	1a, 1b, 1c, 2, 3a, 3b, 4, 5a, 5b, 5c, 6a, 6b, 7a, 7b, 8b, 9, 10, 11d	8c, 14a, 14b, 17c	2	1	-
SC	2, 5b	0	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	8b	3	-	-
Or	3, 5, 6	1, 1, 1, 1, 1, 6b, 6c, 7a, 9	1, 2c, 3, 4c, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14b, 15, 16, 17	1, 1, 1, 3, 14a, 15b, 18, 20	2	-	-
Adaptação	-	-	-	-	9	3	-
AGF	-	-	-	-	-	-	61

F e MF Setor	F+	F-	MF+	MF-
A-R	9	4	12	10
Pr	13	2	18	4
1º Subtotal	22	6	30	14
SC	2	0	7	1
2º Subtotal	24	6	37	15
Or	3	9	14	8
Somatório	27	15	51	23

EDAO

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III * (A-R 2, Pr 2, S-C 3 e Or 2) somando um total de 9 pontos.

* *Classificação nosológica clássica: "neurose de moderada intensidade".*

EDAO/R

Adaptação ineficaz moderada, sem crise, grupo 3 * (A-R 2 e Pr 1) somando um total de 3 pontos.

* *Classificação fenomenológica: "alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos".*

AGF

AGF = 61 pontos (atual)

* Faixa 61 a 70: “alguns sintomas leves ou alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional, ou escolar, mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos significativos”.

Nº 2 – Rosa, 58 anos, separada, católica, comerciante aposentada por tempo de serviço, ensino médio completo (curso normal). Diagnóstico de câncer de mama em 2008 (56 anos). Diagnóstico de metástase no fígado, plastrão, pulmão e pleura em 2010 (58 anos), recidiva local em 2010.

F, MF, Adequação e AGF Setor	F+	F-	MF+	MF-	Adequação (Peso)	AGF (Pontos)	
					EDAO	EDAO/R	
A-R	1, 2a, 3, 3, 4, 4, 5b, 6, 7, 9, 10	1, 2b, 3, 4d, 5b, 10	1, 2, 2, 3, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13	5, 6, 6, 6, 8b, 10, 11, 12	2	2	-
Pr	4a, 4b, 5a, 5b, 6.1.a., 6.1.b., 8a, 9a, 10a	3b, 6c, 8b	1a, 1b, 3a, 3b, 4, 5a, 5b, 6a, 6b, 7a, 7b, 8a, 11b	1c, 2c, 5.1.a, 14a, 16c, 17c, 18b	1	0,5	-
SC	1, 2, 5a	4b, 4c, 7c	2, 3, 4, 5, 6, 7	0	2	-	-
Or	3, 3, 5, 6	1, 1, 1, 1, 1, 2, 4, 6b, 6c, 7b, 9, 10a	1, 2c, 3, 6, 7, 9, 10, 13, 14b, 15, 16, 17	1, 2, 3, 7a, 9, 14a, 15b	1	-	-
Adaptação	-	-	-	-	6	2,5	-
AGF	-	-	-	-	-	-	48

F e MF Setor	F+	F-	MF+	MF-
A-R	11	6	13	8
Pr	9	3	13	7
1º Subtotal	20	9	26	15
SC	3	3	6	0
2º Subtotal	23	12	32	15
Or	4	12	12	7
Somatório	27	24	44	22

EDAO

Adaptação não eficaz severa, sem crise, grupo V * (A-R 2, Pr 1, S-C 2 e Or 1) somando um total de 6 pontos.

* *Classificação nosológica clássica: “neuroses graves” “distúrbios da personalidade muito rigidamente estruturados”.*

EDAO/R

Adaptação ineficaz severa, sem crise, grupo 4 * (A-R 2 e Pr 0,5) somando um total de 2,5 pontos.

* *Classificação fenomenológica: “sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos”.*

AGF

AGF = 48 pontos (atual)

* *Faixa 41 a 50: “sintomas sérios ou qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar”.*

Nº 3 – Tulipa, 45 anos, separada, evangélica, empregada doméstica aposentada por invalidez, ensino fundamental incompleto. Diagnóstico de câncer de mama em julho de 2003 (38 anos). Diagnóstico de metástase nos ossos (coluna lombar e bacia) em novembro de 2009 (44 anos).

F, MF, Adequação e AGF Setor	F+	F-	MF+	MF-	Adequação (Peso)	AGF (Pontos)
					EDAO	EDAO/R
A-R	1, 2a, 6, 7, 11a	3, 4c, 5a	1, 2, 2, 3, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13	6	2	2
Pr	2, 4a, 4b, 5a, 5b, 6.1.a., 6.1.b., 7.1.b	3b, 7b	1a, 1b, 2, 3a, 3b, 3c, 4, 5a, 5b, 5c, 8b, 9, 10, 11a	12, 14b, 17c	2	1
SC	1, 2, 5b	4c	2, 3, 4, 5, 6, 7	0	2	-
Or	4, 5, 6	1, 1, 6b, 6c, 9, 10b	1, 2c, 4a, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 17	1, 3, 7b, 14a, 15b, 19b	2	-
Adaptação	-	-	-	-	8	3
AGF	-	-	-	-	-	58

F e MF Setor	F+	F-	MF+	MF-
A-R	5	3	12	1
Pr	8	2	14	3
1º Subtotal	13	5	26	4
SC	3	1	6	0
2º Subtotal	16	6	32	4
Or	3	6	11	6
Somatório	19	12	43	10

EDAO

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III * (A-R 2, Pr 2, S-C 2 e Or 2) somando um total de 8 pontos.

* Classificação nosológica clássica: “neurose de moderada intensidade”.

EDAO/R

Adaptação ineficaz moderada, sem crise, grupo 3 * (A-R 2 e Pr 1) somando um total de 3 pontos.

* Classificação fenomenológica: “alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos”.

AGF

AGF = 58 pontos (atual)

* Faixa 51 a 60: “sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar”.

Nº 4 – Amarilis, 54 anos, solteira, evangélica, empregada doméstica e babá (recebendo auxílio-doença), ensino fundamental incompleto. Diagnóstico de câncer de mama em julho de 2010 (54 anos). Diagnóstico de metástase nos ossos em setembro de 2010 (54 anos).

F, MF, Adequação e AGF Setor	F+	F-	MF+	MF-	Adequação (Peso)	AGF (Pontos)	
					EDAO	EDAO/R	
A-R	1, 4, 6	3, 6, 10	1, 2, 2, 3, 3, 4, 5, 6, 9,10, 12,13	2a, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15	2	2	-
Pr	2, 4a, 5a, 6.1.a.	3a, 3b, 6b, 6c	1a, 2, 3a, 4, 5a, 6a, 7a, 9, 11a	5.2., 12, 14a, 14c, 16b, 16c, 17b, 17c, 18a, 18b, 19	1	0,5	-
SC	1, 2, 5a	4b, 4c, 7b, 7c	3, 4, 5, 7	2, 6, 8c	1	-	-
Or	4, 5, 6	1, 1, 6b, 6c, 9	1, 2c, 4a, 6, 7, 9, 10, 13, 14b, 15, 16, 17	1, 2, 3, 7b, 9, 14a, 15b, 17, 18, 19b	1	-	-
Adaptação	-	-	-	-	5	2,5	-
AGF	-	-	-	-	-	-	41

F e MF Setor	F+	F-	MF+	MF-
A-R	3	3	12	9
Pr	4	4	9	11
1º Subtotal	7	7	21	20
SC	3	4	4	3
2º Subtotal	10	11	25	23
Or	3	5	12	10
Somatório	13	16	37	33

EDAO

Adaptação não eficaz severa, sem crise, grupo V * (A-R 2, Pr 1, S-C 1 e Or 1) somando um total de 5 pontos.

* *Classificação nosológica clássica: “neuroses graves” “distúrbios da personalidade muito rigidamente estruturados”.*

EDAO/R

Adaptação ineficaz severa, sem crise, grupo 4 * (A-R 2 e Pr 0,5) somando um total de 2,5 pontos.

* *Classificação fenomenológica: “sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos”.*

AGF

AGF = 41 pontos (atual)

* *Faixa 41 a 50: “sintomas sérios ou qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar”.*

Nº 5 – Gardênia, 50 anos, separada, evangélica, auxiliar de serviços gerais aposentada por invalidez, ensino fundamental completo. Diagnóstico de câncer de mama em 2001 (41 anos). Diagnóstico de metástase nos ossos (esterno), medula espinhal e mediastino em 2006 (46 anos).

F, MF, Adequação e AGF Setor	F+	F-	MF+	MF-	Adequação (Peso)	AGF (Pontos)	
					EDAO	EDAO/R	
A-R	1, 2a, 2a, 4, 4, 6, 7, 7, 8, 9, 11b	2a, 2c, 3, 4b, 4b, 5a, 5c, 6, 6	1, 2, 2, 2, 2, 3, 3, 3, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13	2a, 2b, 2b, 5, 6, 6, 6, 6, 8b, 8b, 12	2	2	-
Pr	2, 4a, 4b, 4c, 5a, 5b, 5c, 6.1.a., 6.1.b., 6.1.c., 9b, 9c	6c	2, 3a, 3b, 4, 5a, 5b, 5c, 8b, 9, 11 ^a	5.1.b, 8c, 12	3	2	-
SC	2, 5a	0	2, 3, 4, 5, 6, 7	8b, 8d	3	-	-
Or	2, 4, 5, 6	1, 1, 1, 1, 6c, 9	1, 2c, 3, 4a, 4b, 4c, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14a, 14b, 15, 16, 17	1, 3, 5a, 9, 11a, 15b	2	-	-
Adaptação	-	-	-	-	10	4	-
AGF	-	-	-	-	-	-	69

F e MF Setor	F+	F-	MF+	MF-
A-R	11	9	17	11
Pr	12	1	10	3
1º Subtotal	23	10	27	14
SC	2	0	6	2
2º Subtotal	25	10	33	16
Or	4	6	17	6
Somatório	29	16	50	22

EDAO

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III * (A-R 2, Pr 3, S-C 3 e Or 2) somando um total de 10 pontos.

* *Classificação nosológica clássica: “neurose de moderada intensidade”.*

EDAO/R

Adaptação ineficaz leve, sem crise, grupo 2 * (A-R 2 e Pr 2) somando um total de 4 pontos.

* *Classificação fenomenológica: “sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições”.*

AGF

AGF = 69 pontos (atual)

* Faixa 61 a 70: “alguns sintomas leves ou alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional, ou escolar, mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos significativos”.

Nº 6 – Violeta, 54 anos, casada, evangélica, empregada doméstica e passadeira antes do diagnóstico, após o diagnóstico comerciante, afastada do trabalho devido à doença, escolaridade não informada. Diagnóstico de câncer de mama em setembro de 2009 (53 anos). Diagnóstico de metástase nos ossos (coluna lombar) em setembro de 2009 (53 anos).

F, MF, Adequação e AGF Setor	F+	F-	MF+	MF-	Adequação (Peso)		AGF (Pontos)
					EDAO	EDAO/R	-
A-R	1, 2a, 4, 4, 4, 4, 6, 8, 9	3, 6, 6, 6, 6	1, 2, 2, 2, 3, 3, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13	0	3	3	-
Pr	4a, 8a	3a, 3b, 6b, 6c	1, 2, 3a, 4, 5a	1b, 1c, 2b, 2c, 12, 17b, 17d	1	0,5	-
SC	2, 5a	0	2, 3, 4, 5, 6, 7	9	3	-	-
Or	5, 6	1, 1, 1, 2, 6b, 6c, 9	1, 2c, 3, 6, 7, 9, 10, 13, 14b, 15, 16, 17	1, 1, 3, 7b, 9, 15b	1	-	-
Adaptação	-	-	-	-	8	3,5	-
AGF	-	-	-	-	-	-	*

F e MF Setor	F+	F-	MF+	MF-
A-R	9	5	14	0
Pr	2	4	5	7
1º Subtotal	11	9	19	7
SC	2	0	6	1
2º Subtotal	13	9	25	8
Or	2	7	12	6
Somatório	15	16	37	14

EDAO

Adaptação não eficaz severa, sem crise, grupo V * (A-R 3, Pr 1, S-C 3 e Or 1) somando um total de 8 pontos.

* *Classificação nosológica clássica: “neuroses graves” “distúrbios da personalidade muito rigidamente estruturados”.*

EDAO/R

Adaptação ineficaz moderada, sem crise, grupo 3 * (A-R 3 e Pr 0,5) somando um total de 3,5 pontos.

* *Classificação fenomenológica: “alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos”.*

AGF * Sem condição de classificar.

Faixa 71 a 80: “se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais...” (primeira parte se aplica à paciente) “... não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar” (segunda parte não se aplica à paciente).

Faixa de 21 a 30: “comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações ou sério prejuízo na comunicação ou julgamento...” (primeira parte não se aplica à paciente) “... ou incapacidade de funcionar na maioria das áreas” (segunda parte se aplica parcialmente, devido à sua incapacidade de funcionar na área ocupacional).

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do diretor clínico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU)**Autorização**

Autorizamos que o projeto de pesquisa “Eficácia Adaptativa de Mulheres com Metástase de Câncer de Mama”, pesquisadores responsáveis Nitiele Reis Canaverde (pesquisadora principal) e Prof^a Dr^a Rita de Cássia Gandini (orientadora), cujo objetivo é verificar o grau de eficácia adaptativa e respectivas variações em mulheres com metástase de câncer de mama, atendidas no Serviço de Mastologia Maligna do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), utilize o espaço da Instituição “Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU)”.

Dr. Marcelo Simão Ferreira

Diretor Clínico

CRM/MG nº 15080



Dr. Marcelo Simão Ferreira
Diretor Clínico do Hospital de
Clínicas de Uberlândia (HC-UFU)

Carimbo do responsável pela Instituição

ANEXO B – Autorização do chefe do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)**Autorização**

Autorizamos que o projeto de pesquisa “Eficácia Adaptativa de Mulheres com Metástase de Câncer de Mama”, pesquisadores responsáveis Nitiele Reis Canaverde (pesquisadora principal) e Profº Drª Rita de Cássia Gandini (orientadora), cujo objetivo é verificar o grau de eficácia adaptativa e respectivas variações em mulheres com metástase de câncer de mama, atendidas no Serviço de Mastologia Maligna do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), utilize o espaço da Instituição “Serviço de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC/UFU)”.


Dr. Miguel Hernandes Neto
Chefe do Departamento de Ginecologia e
Obstetrícia da Faculdade de Medicina-UFU
3/11/2009
Carimbo do responsável pela Instituição

*Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Medicina - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia*

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



Universidade Federal da Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131
 e-mail: cep@prop.ufu.br; www.comissoes.prop.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 764/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO
 CEP/UFU 417/09

Projeto de Pesquisa: Eficácia adaptativa de mulheres com metástase de cancer de mama.

Pesquisador Responsável: Rita de Cássia Gandini

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

Data de entrega do relatório final: dezembro de 2010.

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

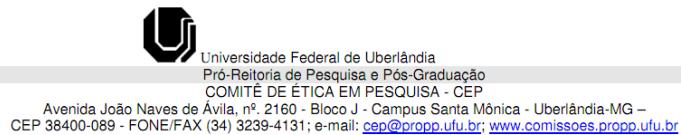
Uberlândia, 11 de dezembro de 2009.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano, não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requerem ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal de estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista.

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sobre alterações no Projeto de Pesquisa (Adendo)



ANÁLISE FINAL Nº. 445/10 DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
417/09

Projeto Pesquisa: Eficácia adaptativa de mulheres com metástase de câncer de mama.

Pesquisador Responsável: Rita de Cássia Gandini

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do adendo proposto.

O adendo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: ADENDO APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 16 de julho de 2010

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.i) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). E papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.