



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Cíntia de Jesus Silva

**Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres
idosas com câncer de mama**

**Uberlândia
2011**

Cíntia de Jesus Silva

Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama

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

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.

- S586e Silva,Cíntia de Jesus, 1984-
Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas
com câncer de mama[manuscrito] / Cíntia de Jesus Silva.- 2011.
207f. :il.
- Orientador: Rita de Cássia Gandini.
Dissertação (mestrado) –Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Mamas- Câncer-Teses. 2. Idosos-Doenças-Teses. 3. Câncer em mulheres -Teses. I.Gandini, Rita de Cássia.
II.Universidade Federal de Uberlândia.Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.Título.

CDU:618.19-006.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Cíntia de Jesus Silva

Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com
câncer de mama

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

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

Aprovada em: 25 de maio de 2011.

Banca examinadora

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

Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. Cíntia Bragheto Ferreira - Examinadora

Assinatura _____

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres - Examinador

Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. Jussara Cristina Van de Velde Vieira da Silva - Examinadora - suplente

Assinatura _____

*Dedico aos meus pais, irmãos e ao
meu amado esposo.*

Agradecimentos,

A Deus, que sempre esteve à frente deste trabalho, conduzindo os meus passos e pensamentos, e a Nossa Senhora, que sempre acalma o meu coração, quando preciso, e me pega no colo, quando peço;

À prof^a.Dr^a. Rita Gandini, pelo carinho e pelos ensinamentos proporcionados;

Às pacientes, pelas histórias contadas e pela confiança em meu trabalho;

Aos médicos, residentes e funcionários do Setor de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas da UFU, pela acolhida e pelos esclarecimentos de dúvidas;

À prof^a.Dr^a.Sueli A. Freire (Instituto de Psicologia – UFU) e ao prof. Dr. José T. Rosa (Instituto de Psicologia - USP), pelas pontuações na minha qualificação.

À Dr^a.Cíntia Bragheto Ferreira, ao Dr. Rodrigo Sanches Peres e Dr^a.Jussara Cristina Van de Velde Vieira da Silva, por terem aceitado a fazer parte da banca examinadora de minha defesa de mestrado.

Aos meus avós, por me ensinarem sobre a vida e sobre o envelhecer;

À Lú, amiga portadora da notícia de minha aprovação no mestrado, parceira de caminhadas na Rondon... e de desabafos... querida madrinha...

Ao Neuber, à Fátima, Keila, Neuber Júnior, Kelem e Renato, pela cama quentinha, as comidas gostosas, as caronas para a rodoviária e as boas risadas;

Às amigas de muito tempo... e madrinhas... Monik e Nicinha, sempre tão engraçadas e queridas comigo...

À Gi, Pablo, Roseli, Sr. Divino, Lucas e André obrigada pela acolhida, conselhos, atenção, cuidado e carinho.

À dona Francisca, pelas incontáveis vezes que me acolheu em sua casa;

Tudo fica *jóia*, com o amigo Joel.

À terapeuta Iara, pela acolhida, proporcionando-me crescimento interno;

Aos colegas de mestrado, que me fizeram rir, até mesmo, durante as aulas.

À Maria Antonieta, pelo carinho e pela atenção;

À Maria Ignez e à Graça, pela análise estatística e revisão deste trabalho;

Aos funcionários Cleiton (Instituto de Psicologia – UFU), Marineide e Alice (PGPSI-UFU), pelas ajudas prática e burocrática.

A todos, que torceram pela minha vitória, Obrigada!

Resumo

Silva, C. J. (2011). **Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama.** Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres e, mundialmente, o segundo tipo de câncer mais freqüente. As taxas de mortalidade devido ao câncer de mama em nosso país é elevada, provavelmente em decorrência de diagnósticos tardios. Os objetivos deste estudo foram verificar e comparar a eficácia adaptativa e o funcionamento psicológico, social e ocupacional de mulheres idosas submetidas à ablação mamária, total ou parcial, em decorrência do câncer de mama. Participaram deste estudo 12 pacientes atendidas no Setor de Mastologia Maligna do HC-UFU, distribuídas em dois grupos de seis mulheres, um constituído por pacientes submetidas à cirurgia mamária já na velhice (G1) e o outro por mulheres submetidas à referida cirurgia antes dos 60 anos (G2). Os instrumentos utilizados foram a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), em suas duas propostas de avaliação (EDAO e EDAO/R) e a Avaliação Global do Funcionamento (AGF). Foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, quando da comparação da eficácia adaptativa de mulheres idosas com câncer de mama pela EDAO/R; eficácia adaptativa e o trabalho desenvolvido pelas participantes de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO; eficácia adaptativa (segundo EDAO) e funcionamento orgânico apresentados por cada um dos grupos de mulheres; microfatores positivos (setor Produtividade), considerando apenas as atividades desenvolvidas por elas diariamente e o conjunto dos quatro setores do funcionamento da personalidade. Em todas essas análises comparativas, o G2 apresentou melhor adaptação em comparação ao G1. Foram encontradas correlações positivas nos estudos intragrupos realizados com o G1, quando da eficácia adaptativa de acordo com a segunda proposta de avaliação da EDAO e o somatório da adequação dos setores afetivo-relacional e a produtividade; e eficácia adaptativa segundo as duas propostas de avaliação da EDAO. Outras correlações positivas foram verificadas para cada um dos dois grupos: quanto ao funcionamento global por meio da AGF e eficácia adaptativa de acordo com a primeira proposta de avaliação da EDAO, ora considerando, por meio desta, a situação orgânica apresentada pelas mulheres idosas com câncer de mama, ora desconsiderando o seu funcionamento orgânico. Concluiu-se que a primeira proposta de avaliação da EDAO, em detrimento da EDAO/R e AGF, foi o instrumento mais sensível para avaliação da adaptação e do funcionamento global da população estudada por ser uma escala que possibilita uma avaliação qualitativa e quantitativa, considerando as limitações orgânicas apresentadas pelas participantes da pesquisa, devido ao próprio quadro clínico do câncer de mama e a decadência natural da saúde com o avanço da idade.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias, Velhice, Escala diagnostica adaptativa operacionalizada, Avaliação global do funcionamento.

Abstract

Silva, C. J. (2011). **Adaptive efficiency and global functioning of elderly women with breast cancer.** Graduate program in Psychology of the Institute of Psychology – Uberlândia Federal University.

Breast cancer is a malignant neoplasm more commonly found among women and, worldwide, it is the second type of cancer more frequently found. The death rates due to cancer in our country is so high, probably because of late diagnosis. The goals of this study were to check and compare the adaptive efficiency and the psychological, social and occupational operation of elderly women who underwent both total and partial breast ablation because of breast cancer. Twelve patients assisted in the Malignant Mastology sector of the HC-UFU participated in this study, forming two groups of six women; being one consisting of patients who underwent breast surgery already in old age (G1) and the other consisting of women who underwent the surgery before 60 years old (G2). The used instruments were the Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO), in its two evaluation proposals (EDAO and EDAO/R) and Global Assessment of Functioning (GAF). It was checked statistically significant differences between the two groups, when comparing adaptive efficacy in elderly women with breast cancer by the EDAO/R; adaptive efficacy and the work developed by the participants according to the two evaluation proposals of EDAO; adaptive efficacy (according to EDAO) and organic functioning presented by each group of women; positive micro-factors (productivity sector) considering only the activities developed by them daily and the group of four sectors of personality functioning. In all these comparative analysis, G2 showed a better adaptation compared with G1. It was found intergroup positive correlations in the studies performed with G1, as to the adaptive efficacy according to the second evaluation proposal of EDAO and the sum of the fitness of affective- relational sectors and productivity; and the adaptive efficacy according to the two evaluation proposals of EDAO. Other positive correlations were checked for each one of the two groups: as to the global functioning through the GAF and adaptive efficiency according to the first evaluation proposal of EDAO, sometimes considering, through this one the organic situation shown by elderly women with breast cancer, sometimes not considering their organic functioning. It was concluded that the first evaluation proposal of EDAO, to the detriment of EDAO/R and GAF, was the most sensible instrument for adaptive evaluation and the global functioning of the studied population, for this is a scale that enables quality and quantity evaluation, considering the organic limitations shown by the subjects of the research, due both to the clinical situation of breast cancer and to the natural health decaying because of age.

Key-Words: Breast cancer, Old age, Operational Adaptive Diagnostic Scale, Global assessment of functioning.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Aspectos biológicos do Câncer de Mama	15
1.1.1 Câncer de mama: prevalência e fatores associados	15
1.1.2 O estadiamento da doença	15
1.1.3 Procedimentos auxiliares para diagnóstico, tratamento e sítios mais comuns de metástase do câncer de mama.....	18
1.2 O Envelhecimento Populacional.....	20
1.2.1 Divisões do segmento idoso	20
1.2.2 Transtornos e mudanças fisiológicas comuns em idosos	21
1.2.3 O aumento da expectativa de vida e as políticas públicas	23
1.2.4 Alguns direitos assegurados aos idosos.....	25
1.2.5 Equipes de saúde e familiares que cuidam de idosos.....	26
1.3 Psico-oncologia	27
1.4 Qualidade de Vida, Velhice e Câncer de Mama	30
1.5 Câncer de Mama em Mulheres Idosas.....	34
1.6 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e a Proposta para a sua Redefinição (EDAO/R)	41
1.7 Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).....	44
2 OBJETIVOS	46
2.1 Objetivo Geral.....	46
2.2 Objetivos Específicos	46
3 MÉTODO	48
3.1 Local.....	48
3.2 Procedimento.....	48
3.3 Planos de Recrutamento, Critérios de Inclusão e Exclusão	49
3.4 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO e Avaliação Global do Funcionamento – AGF	50
3.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
3.6 Amostra.....	53
4 RESULTADOS	57
4.1 Confirmação e/ou Manutenção e/ou Alterações das Categorias Fatores e Microfatores, Positivos e Negativos.....	57
4.2 Ilustração de Duas Entrevistas	64
4.2.1 Relatório da entrevistada Dália (G1) -participante submetida à mastectomia aos 64 anos e entrevistada aos 68anos.	64
4.2.2 Relatório da entrevistada Petúnia (G2)- participante submetida à mastectomia aos 42 anos e entrevistada aos 66.	80

4.3 Sistematização dos Dados Coletados e Analisados dos Dois Grupos	97
4.4 Análise Estatística	100
4.5 Eficácia Adaptativa de Idosas com Câncer de Mama.....	100
4.6 Trabalho, Condição de Saúde e Eficácia Adaptativa	102
4.7 Eficácia Adaptativa e Adequação dos Setores A-R e Pr.....	104
4.8 Níveis de Classificação das Duas Propostas de Avaliação da EDAO	106
4.9 Comparação Intergrupos de Fatores e Microfatores.....	108
4.10 Funcionamento Global e Eficácia Adaptativa.....	109
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
7 REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES	181
Apêndice A: Tabelas	182
Apêndice B: Ficha de Registro	185
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	186
Apêndice D: Fichas-síntese	187
ANEXOS	199
Anexo I Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).....	200
Anexo II Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa	201
Anexo III Autorizações	204

APRESENTAÇÃO

O interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu no decorrer do estágio curricular profissionalizante do Curso de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. O estágio *Psico-oncologia na Mastologia* foi implementado pela professora Dr^a Rita de Cássia Gardini em 1984 e, desde essa época, é oferecido regularmente aos alunos dos últimos períodos da graduação.

Enquanto estagiária, observamos que o comprometimento orgânico apresentado pelas pacientes, em consequência do câncer de mama e dos efeitos colaterais aos tratamentos, refletia em seus relacionamentos, com elas próprias e com os outros, em suas atividades produtivas e em seus sentimentos e atitudes frente aos valores e costumes da sociedade brasileira, gerando uma diminuição da sua qualidade de vida e de sua adaptação. Durante o estágio, a entrevista preventiva proposta por Simon (1989) embasava as discussões em supervisão, direcionando assim os temas a serem *trabalhados* com cada paciente.

Notamos que a adaptação geral de grande parte das pacientes estava comprometida, sobretudo daquelas com menos idade, provavelmente envolvidas em várias atividades, inclusive atuando no mercado de trabalho; já as mulheres idosas¹, a maioria avó com netos, utilizava seus recursos internos, caracterizados pela maturidade e pelo amadurecimento emocional para vivenciarem o câncer de mama e, também, era menor a exigência para o trabalho. Devido a essas

¹Neste estudo são consideradas idosas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em conformidade com a legislação vigente, Lei nº. 10.741/2003, Estatuto do Idoso, que em seu art. 1º. determina “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”(Brasil, 2003).

experiências, ainda no período de graduação, idéias pré-concebidas foram sendo desconstruídas, em prol do nosso crescimento profissional e pessoal.

Tentaremos neste estudo destacar a importância de uma escuta e de um olhar diferenciados dos profissionais da área de saúde, principalmente psicólogos, diante dessas pacientes, à medida que o seu sofrimento orgânico pode estar, acreditamos, acompanhado de sofrimento psíquico, com repercussão no estilo de vida e nas suas relações intra e interpessoais.

Nesse sentido, Gandini (1995) desenvolveu em trabalho com amostra de 60 mulheres mastectomizadas por câncer de mama, em ampla faixa etária (20-79 anos), sendo 17 pacientes idosas, 12 na faixa etária de 60-69 anos e cinco na de 70-79 anos. A média de idade da população de sua pesquisa foi de 50 anos e dois meses, tendo concluído que as pacientes submetidas à psicoterapia conseguiram manter e/ou melhorar a adaptação geral, enquanto as que se submeteram apenas a tratamento médico, na segunda avaliação, isto é, depois de um ano de tratamento médico, apresentaram perda da qualidade de adaptação.

Durante o estágio, foi possível observar o aumento de pacientes com câncer de mama nas diferentes faixas etárias, de 18 a 92 anos de idade, o que pode ser confirmado pela estatística do Inca (Brasil, 2010), em que o diagnóstico de câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, mas a partir dessa idade essa incidência aumenta de forma progressiva e rápida, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles ainda em desenvolvimento. Nas décadas de 1960 e 1970, foi registrado, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um acréscimo de dez vezes nas taxas de incidência do câncer de mama,

ajustadas pela idade por meio dos Registros de Câncer de Base Populacional de vários continentes.

Contando com essa informação, e pelo fato da autora apresentar mais afinidade em atender pessoas idosas, por meio da investigação da eficácia adaptativa da população em questão, acreditamos que será possível conhecê-la melhor, favorecendo intervenções mais focalizadas, pontuais, rápidas e, conseqüentemente, mais eficazes, considerando as particularidades dessa faixa etária.

Por fim, este estudo busca promover um aprofundamento sobre a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada em suas duas propostas (Simon, 1989) aplicada em mulheres idosas com câncer de mama, bem como a utilização da Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF), descrita no Eixo V do DSM-IV -TR (American Psychiatric Association, 2002).

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos biológicos do Câncer de Mama

1.1.1 Câncer de mama: prevalência e fatores associados

O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior incidência e causa de mortalidade da mulher brasileira, na medida em que representa cerca de 20% dos casos de neoplasia e 15% das mortes. É uma doença encontrada principalmente em mulheres de 45 a 60 anos de idade, dependendo o crescimento do tumor da velocidade do ciclo celular (Menke et al., 2007).

Por não se ter conseguido, ainda, determinar as causas do câncer de mama, Silva, Loureiro e Sousa (2004) ressaltam dois tipos de fatores podem estar relacionados à doença, fatores *não modificáveis* os que envolvem aspectos, como gênero, idade, genética, histórias familiar e pessoal; são *modificáveis* quando associados ao estilo de vida de cada pessoa, ou seja, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo de álcool e tabaco.

1.1.2 O estadiamento da doença

Um aspecto relevante do câncer de mama é a fase em que se encontra, ou seja, o estadiamento da doença, utilizado para a estimativa do prognóstico, planejamento do tratamento de forma específica a cada grupo de pacientes, troca de informações entre os vários centros mundiais de tratamento do câncer de mama, além da possibilidade de avaliação do estado atual de detecção da

doença em certa comunidade e/ou país, em prol de melhores diagnóstico e terapêutica, e maior sobrevivência da população acometida por câncer de mama (Santos & Tambellini, 2007).

Uma das formas usada para determiná-lo é o sistema American Joint Committee on Câncer (AJCC/TNM), sendo que a letra T refere-se ao tumor, N aos nódulos linfáticos e M ao quadro de metástase instalada (Santos & Tambellini, 2007). Segundo esse referencial teórico, existem sete possibilidades de estadiamento para o câncer de mama:

Estágio 0 – Carcinoma in situ: carcinoma intraductal ou carcinoma lobular in situ ou doença de Paget da papila sem tumor (T); sem evidências de metástase (N); ausência de metástases à distância (M).

Estágio 1 - Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão ou microinvasão menor ou igual a 0,1 cm em sua maior extensão (T); sem evidências de metástase (N); ausência de metástases a distância (M).

Estágio II A - Sem evidências de tumor primário (T); metástase em linfonodos auxiliares homolaterais móveis (N); ausência de metástases a distância (M).

- Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, ou microinvasão menor ou igual a 0,1 cm em sua maior extensão (T); metástase em linfonodos auxiliares homolaterais móveis (N); ausência de metástases a distância (M);

. - Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm (T); sem evidências de metástase (N); ausência de metástases a distância (M).

Estágio II B- Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm (T);metástase em linfonodos auxiliares homolaterais móveis (N); ausência de metástases a distância (M).

- Tumor com mais de 5 cm (T);sem evidências de metástase (N);ausência de metástases a distância (M).

Estágio III A - Sem evidências de tumor primário (T); metástase nos linfonodos axilares fixos (N); ausência de metástases a distância (M).

- Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão (T); metástase nos linfonodos axilares fixos (N); ausência de metástases a distância (M).

- Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm (T);metástase nos linfonodos axilares fixos (N); ausência de metástases a distância (M).

- Tumor com mais de 5 cm (T); metástase em linfonodos auxiliares homolaterais móveis, ou metástase nos linfonodos axilares fixos (N);ausência de metástases a distância (M).

Estágio III B - Tumor de qualquer tamanho, com extensão para fora da mama (T); sem evidências de metástase, ou metástase em linfonodos auxiliares homolaterais móveis, ou metástase nos linfonodos axilares fixos (N);ausência de metástases à distância (M).

- envolve qualquer um dos tipos de classificação do TNM quanto ao tumor (T); metástases para linfonodos infraclaviculares ou mamárias internas sem axila ou supraclaviculares com ou sem axila (N);ausência de metástases a distância (M).

Estágio IV - envolve qualquer um dos tipos de classificação do TNM quanto ao tumor (T) e aos nódulos linfáticos (N); metástases a distância(M) (Santos & Tambellini, 2007).

1.1.3 Procedimentos auxiliares para diagnóstico, tratamento e sítios mais comuns de metástase do câncer de mama

Os procedimentos básicos para o diagnóstico de câncer de mama são o auto-exame, o exame clínico e a mamografia, que, nos casos de averiguações mais específicas, podem ser complementados por ultra-sonografia, exame citológico e histopatológico (Silva et al., 2004).

Os tratamentos para o câncer de mama podem ser caracterizados como local e/ou sistêmicos, o que dependerá das células cancerosas terem, ou não, alcançado alguma região além da mama. O tratamento local, que pode ser exemplificado pelo procedimento cirúrgico e pela radioterapia, busca combater a enfermidade, sem atingir outras partes do corpo da mulher. Já, o tratamento sistêmico acontece com o emprego da hormonioterapia, quimioterapia e imunoterapia, quando se constata ter o câncer atingido a corrente sanguínea da paciente (Silva et al., 2004).

As pacientes com neoplasia maligna da mama, indicadas para tratamento local por intervenção cirúrgica, podem ser submetidas a diferentes tipos de procedimento.

O tratamento cirúrgico da mama, do tipo conservador, para diagnósticos precoces, representou importante conquista devido à possibilidade real das pacientes apresentarem-se livres da doença e o resultado estético salvaguardar a

auto-imagem e auto-estima das mulheres. A ressecção segmentar da mama, procedimento que visa à remoção da lesão tumoral com margens cirúrgicas adequadas com o objetivo de conservar a maior parte do órgão, é indicada para aquele tumor localizado, com medida de no máximo três centímetros. O referido procedimento deve ser seguido de avaliação intra-operatória das margens cirúrgicas, da biópsia do linfonodo sentinela e de sessões de radioterapia (Barros, 2007).

De acordo com Barros, Andrade e Filassi (2007), com relação às cirurgias da mama do tipo radicais, atualmente são três tipos:

- *mastectomia radical clássica* (técnica de Halsted): envolve a remoção da mama, dos músculos peitorais (MP) maior e menor, além dos linfonodos da axila.

- *mastectomia radical modificada*: além da total remoção da mama, são retirados os linfonodos axilares e o músculo peitoral menor, preservando MP maior. Para esse procedimento, é utilizada a técnica de Patey.

- *mastectomia radical modificada* (técnica de Madden): são removidos removida apenas a mama e os linfinodos axilares, já que os dois MP são preservados.

Já as cirurgias sub-radicais são:

- *mastectomia preservadora de pele*: busca a preservação da maior parte da pele, apesar de extrair o complexo aréolo-papilar.

- *adenectomia mamária*: remove apenas o corpo glandular, preservando a pele e o complexo aréolo-papilar (Barros, Andrade & Filassi, 2007).

A mastectomia é um procedimento médico cujos resultados poderão repercutir em suas características física, emocional e social. Após a ablação da mama, questões relacionadas à imagem corporal podem sofrer significativas

mudanças, às vezes de forma radical, refletindo na maneira dessas pacientes encararem a própria existência (Ferreira & Mamede, 2003).

Quanto à metástase de câncer de mama, os sítios mais comumente identificados são ossos, pulmões, cérebro, ovário e fígado, embora qualquer órgão possa ser alvo de lesão. A sobrevida para pacientes com metástase visceral, e em tratamento, é em média de um ano, enquanto aquelas com metástase no osso têm uma sobrevida de dois a quatro anos e, com metástase cerebral, de três a seis meses (Menke et al., 2007).

Para as pacientes que apresentam metástase, os tratamentos são indicados com a finalidade de interromper a progressão do câncer e diminuir os sintomas, na tentativa de que cuidados paliativos permitam à paciente uma relativa qualidade de vida (Menke et al., 2007).

1.2 O Envelhecimento Populacional

1.2.1 Divisões do segmento idoso

De acordo com Mesquita e Sayeg (2002), a Organização Pan-Americana de Saúde no ano de 1997 propôs uma divisão do segmento idoso, ou seja, *idosos jovens* (de 65 a 84) e *idosos* acima dos 85 anos de idade, por acreditar ser essa uma forma de direcionar ações adequadas às prioridades e demandas para cada um desses grupos. Contudo, em prol do envelhecimento bem-sucedido, os autores ressaltam que se deve buscar constantemente a renovação de modelos relacionados a fatores, como atenção, cuidado, prevenção e reabilitação, além das reformulações de modelos e ações coletivas.

Papalia, Olds e Feldman (2006) afirmam existir estudos que dividem em três o grupo de adultos mais velhos, ou seja, os *idosos jovens*, referindo-se às pessoas de 65 a 74 anos, população em grande parte ainda ativa. As pessoas de 75 a 84 anos foram denominadas *idosos velhos* e aquelas acima de 85 *idosos mais velhos*, muitos deles mais frágeis e enfermos.

Além da classificação cronológica, também é importante levar em consideração a capacidade funcional do idoso, fator este fortemente ligado à condição de saúde da pessoa e ao seu funcionamento em ambientes físicos e sociais (Papalia et al., 2006).

1.2.2 Transtornos e mudanças fisiológicas comuns em idosos

O começo da senescência, conhecido como o período de evidente declínio do funcionamento do corpo, varia consideravelmente de uma pessoa para outra. No entanto, aspectos relacionados à nutrição, prática de exercícios físicos, condições de saneamento e poluição ambiental auxiliam na determinação dos padrões de saúde e de doença (Papalia et al., 2006).

De acordo com Papalia et al. (2006), as principais mudanças fisiológicas na velhice estão relacionadas ao envelhecimento do cérebro (podendo ocorrer um retardo gradativo das respostas); declínio do funcionamento sensório e psicomotor (refletindo perdas visual, auditiva, olfativa e de gustação) e aumento do tempo de reação. Acrescente-se a esses aspectos a possibilidade de apresentarem um nível abaixo do limite requerido para a realização de determinadas tarefas.

A pesquisa de Silva, Lopes, Araújo e Moraes (2006) teve por objetivo avaliar o grau de dependência de pessoas idosas (n=385) para a realização de atividades diárias. Para isso, foi utilizada uma escala com graus de dependência para as atividades da vida cotidiana, tendo sido detectados maiores comprometimentos nos seguintes itens de avaliação: *alimentação e hidratação, locomoção, atividades realizadas na casa, lazer e recreação*, implicando forte comprometimento da qualidade de vida desses idosos.

Várias dessas mudanças orgânicas e sistêmicas podem ser causadas pelo uso de medicamentos e algumas minimizadas por meio de tratamentos (cirúrgicos e processos de treinamentos), com o auxílio de elementos, como óculos ou lentes de contato e aparelhos auditivos (Papalia et al., 2006).

Com relação ao funcionamento sexual, os idosos tendem a sentir menos excitação sexual, podendo apresentar diminuição na frequência de seus relacionamentos, o que não significa desinteresse total por sexo (Papalia et al., 2006). Para lidar melhor com as transformações da vida sexual, essa população em geral utiliza-se de estratégias, como a sublimação, que pode auxiliá-la na canalização de suas energias sexuais para o desenvolvimento de outras atividades, como trabalhos manuais, prática de esportes e participação em movimentos sociais.

Dentre os problemas mentais e comportamentais mais comuns em idosos, podemos citar Mal de Alzheimer, Mal de Parkinson e a demência por infartos múltiplos. Essas três doenças são responsáveis por, pelo menos, 80% dos casos de demências irreversíveis.

É válido lembrar que as pessoas idosas não deixam de adquirir novas informações e habilidades, portanto, apesar de algumas aptidões diminuídas,

outras permanecem estáveis, existindo, inclusive, a possibilidade de serem aperfeiçoadas (Papalia et al., 2006).

1.2.3 O aumento da expectativa de vida e as políticas públicas

À medida que os avanços tecnológicos e científicos ocorrem, diminuem os índices de mortalidade da população idosa e, conseqüentemente, aumenta a população acima dos 60 anos. Esse aumento também acontece devido acentuada redução na taxa de fecundidade da população (Goldenberg, 2008).

Há uma diferenciação entre os conceitos de expectativa de vida e de longevidade. Enquanto a definição de expectativa de vida está relacionada ao tempo em que determinada pessoa, nascida em certo lugar e época, tende estatisticamente a viver (levando-se em consideração o estado de saúde e a idade cronológica), a longevidade diz respeito ao tempo em que certa pessoa de fato vive (Papalia et al., 2006).

O aumento na expectativa de vida reflete um declínio importante das taxas de mortalidade. Contudo, apesar do número de mortes por doenças infecciosas ter diminuído de forma significativa, aumentaram as mortes por doenças crônicas, relacionadas principalmente ao avanço da idade, sendo o câncer umas das principais causas de mortalidade entre as pessoas da terceira idade (Papalia et al., 2006).

As mulheres idosas, em comparação aos homens da mesma faixa etária, tendem a viver por mais tempo. As causas dessa realidade estão relacionadas a alguns aspectos, como maior vulnerabilidade biológica dos homens idosos, que geralmente desenvolvem doenças fatais. Além de maior participação em níveis

qualificados de apoio social, as mulheres buscam mais assistência médica e, com mais frequência, são acometidas por enfermidades crônicas (Papalia et al., 2006).

Embora com maior possibilidade de se tornar viúva, a maioria das idosas não se casa novamente e depende exclusivamente da pensão do falecido marido para se manterem e de outras pessoas para atividades cotidianas e rotineiras, como alimentar-se e vestir-se (Papalia et al., 2006). Mesmo as pessoas vivendo mais tempo, a realidade mostra que existe um limite biológico, por volta dos 100 anos, independente da saúde da pessoa.

Por muito tempo, no Brasil, a questão do idoso esteve ligada às áreas de saúde e previdência social. Assim, os olhares sobre a velhice estavam associados à doença e se distanciavam do ponto de vista da promoção de um envelhecimento populacional saudável (Abigail, Costa & Mendonça, 2002), quadro um pouco diferente na atualidade.

A promulgação da Lei nº. 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, foi um marco para a promoção da qualidade de vida do idoso, ao determinar ao poder público e à sociedade efetivo cumprimento das garantias e respeito aos direitos relacionados à pessoa idosa. Em função disso, as instituições e a sociedade devem se sensibilizar para a promoção de políticas e programas que busquem garantir o envelhecimento saudável no curso da vida, no mínimo, em cumprimento à legislação.

O crescimento considerável da população acima dos 85 anos impõe o desenvolvimento de estratégias no sistema de saúde para garantir a manutenção das pessoas idosas nas suas comunidades. Para isso, o planejamento deve abranger não somente o idoso, mas desde a criança, pois um envelhecimento saudável é construído durante toda a vida do sujeito (Mesquita & Sayeg, 2002).

Apesar de Mesquita e Sayeg (2002) terem enfatizado esse tema há sete anos, nenhuma mudança efetiva pode ser identificada. Ainda hoje, espera-se pela implementação de políticas públicas que garantam às pessoas no Brasil o direito à vida digna, respeitando-se as individualidades.

1.2.4 Alguns direitos assegurados aos idosos

Conforme avança o envelhecimento da população, o grupo das pessoas idosas se diversifica. Dentre as causas do envelhecimento populacional podem-se citar o crescimento econômico, maior controle das doenças infecciosas, maior dinamização de instalações sanitárias, assistência à saúde, progressos da medicina e estilos de vida mais saudáveis (Papalia et al., 2006).

Pelo fato desta pesquisa envolver mulheres idosas acometidas pelo câncer de mama, acreditamos ser relevante focalizar quatro artigos do Estatuto do Idoso, Capítulo IV do Título II (Brasil, 2003), que se referem ao direito do idoso à saúde; três deles serão abordados neste subtítulo e o quarto no item subsequente.

O artigo 15 assegura ao idoso o direito da atenção integral à saúde, por mediação do Sistema Único de Saúde (SUS), e de permanecer acompanhado, quando houver necessidade de hospitalização (art. 16) (Brasil, 2003).

Com relação aos tratamentos de saúde indicados, os idosos com domínio de suas faculdades mentais têm o direito de decidir sobre os tipos de tratamento recomendados pela equipe de saúde (art.17). Dessa forma, as instituições de saúde devem obedecer critérios mínimos, a fim de atender às necessidades do idoso (art.18) (Brasil, 2003).

1.2.5 Equipes de saúde e familiares que cuidam de idosos

Devido ao alto grau de complexidade da assistência aos idosos, já que o envelhecimento não deve ser considerado um processo homogêneo, o trabalho interdisciplinar de equipes multiprofissionais com enfoque e formação gerontológica e geriátrica torna-se imprescindível para que o processo de envelhecimento ocorra com qualidade (Mesquita & Sayeg, 2002).

Enquanto profissionais da área de saúde, somos obrigados a comunicar a órgãos, como Conselhos do Idoso (municipal, estadual, nacional), Ministério Público e autoridade policial (art.19) (Brasil, 2003), quaisquer suspeitas de maus-tratos ao idoso.

Muitos casos de maus-tratos acontecem no âmbito familiar, já que os familiares nem sempre estão capacitados para cuidar e acompanhar seus idosos. Fato que muitas vezes acaba evoluindo para casos de violência doméstica. Por isso, deve-se lembrar da importância dos cursos de capacitação para cuidadores de idosos, hoje disponibilizados para a sociedade pelos serviços públicos e privados de saúde (Mesquita & Sayeg, 2002).

Os profissionais da área de saúde, por meio de sua formação acadêmica, devem ter a capacidade de informar, orientar e esclarecer as dúvidas e inseguranças dos idosos e de seus cuidadores. Assim, a equipe de saúde e a família devem observar a heterogeneidade das pessoas acima de 60 anos, a fim de que um trabalho de promoção holística da saúde do idoso possa ser alcançado (Mesquita & Sayeg, 2002).

É comum às pessoas na fase da velhice necessitar de mais cuidados médicos, podendo as hospitalizações ser mais freqüentes, o que elevaria os gastos com saúde (Papalia et al., 2006).

A velhice é geralmente caracterizada por uma fase de restrição da plasticidade e da capacidade de reservas, o que pode ser afetado em razão dos idosos terem que lidar com muitas perdas. Essa fase do desenvolvimento humano é um período da vida em que os fatores de proteção e os recursos continuam operando em prol do desenvolvimento de muitos idosos, além de os auxiliarem na prevenção dos efeitos negativos e/ou patológicos.

Os idosos que se percebem capazes de lidar com situações adversas e de manter o controle sobre suas conseqüências, demonstram ser resilientes, o que implica um processo de adaptação e de superação, diante de situações percebidas pelo sujeito, como perigosas e potencialmente traumáticas. Assim, o sujeito para ser resiliente necessita perceber os fatores de risco, mas, também, os potenciais de proteção ao seu alcance (Peres, Mercante & Nasello, 2005).

1.3Psico-oncologia

A área de Psico-oncologia é voltada para os aspectos psicológicos relacionados ao adoecimento e tratamento de pessoas com câncer, levando em consideração os contextos familiar e social do paciente. Para isso, o profissional deve utilizar conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos, além de estar aberto ao trabalho das outras especialidades integrantes da equipe (Silva et al., 2004).

Foi no ano de 1989, na cidade de Curitiba, que se realizou o primeiro *Encontro Brasileiro de Psico-oncologia*, tendo o terceiro ocorrido em São Paulo, / *Congresso Brasileiro de Psico-oncologia*(Carvalho, 2002).

Apesar da Psico-oncologia ser uma área que envolve o trabalho multiprofissional, na realidade brasileira tem sido, essencialmente, desenvolvida pelos profissionais da área de psicologia, que representa cerca de 70% da frequência desses congressos (Carvalho, 2002).

Os variados caminhos teóricos escolhidos pelos profissionais da Psico-oncologia encontram-se em um ponto comum, ou seja, no atendimento ao paciente com câncer, que deve ser auxiliado no enfrentamento e na convivência diária com a doença. Essas intervenções visam à melhora psicológica e orgânica do paciente no processo de recuperação e, se possível, de cura (Carvalho, 2002).

De acordo com Venâncio (2004), o psicólogo que atua na área de Psico-oncologia visa ao bem-estar psicológico do paciente, à medida que busca identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na saúde; previnem e reduzem os sintomas emocionais do paciente, compreendendo o significado da experiência de estar doente, para, assim, auxiliar na ressignificação de todos os processos vivenciados durante a doença e o tratamento.

Descrita como uma área da saúde que envolve atuação interdisciplinar, a Psico-oncologia analisa a relação de fatores psicológicos com o “desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer” (Costa, 2001, p.38). Por meio do trabalho da Psico-oncologia, o profissional utilizará a intervenção psicológica para encontrar as “variáveis psicossociais e contextos ambientais” (Costa, 2001, p.38), capazes de ajudar o paciente a enfrentar essa situação.

Em levantamento feito em trabalhos sobre Psico-oncologia, Carvalho (2002, p. 158) concluiu que, nas diversas etapas do processo do câncer, os pacientes apresentavam aspectos relacionados a três problemáticas, ou seja, a intrapsíquica, caracterizada pela “ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança”; a social, envolvendo “isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia” e, por último, aquela relacionada ao processo da doença, “mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico”. Diante disso, afirma a relevância do apoio psicológico ao paciente oncológico.

O trabalho da Psico-oncologia não focaliza o modelo médico, direcionado à patologia, como também não se baseia no modelo clínico de atendimentos individuais. A Psico-oncologia está sustentada no modelo educacional, já que pretende alcançar mudanças comportamentais do paciente, em relação a sua própria saúde. A submissão aos tratamentos seria a vivência atribuída a uma aprendizagem que se refletisse, de forma construtiva, nos setores social, comportamental e cognitivo do paciente oncológico (Costa, 2001).

Dentre as possibilidades de atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer, podem-se ressaltar os atendimentos ambulatoriais na fase de diagnóstico, durante o processo de submissão aos tratamentos neoadjuvantes e/ou adjuvantes, nos períodos pré e pós-cirúrgico e durante as internações, dentre outros. Para isso, esse profissional poderá realizar intervenções individuais e/ou grupais, não podendo ignorar os trabalhos com a família do doente e toda equipe de saúde envolvida.

1.4 Qualidade de Vida, Velhice e Câncer de Mama

O conceito de *qualidade de vida* é bastante particular, difundido e conhecido, principalmente entre os profissionais da área de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu *qualidade de vida* como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, alicerçada na subjetividade, na multidimensionalidade e na presença de dimensões positivas e negativas. Seu conceito abrange 6 domínios, a saber: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais; e são analisados de acordo com a intensidade, capacidade, avaliação e frequência das respostas de uma pessoa aos referidos contextos (Famed, 1998).

Quando Simon (1989) descreve o conceito da adequação, que envolve a solução dos problemas, a satisfação ou não das respostas dadas pelo sujeito e a análise dos sistemas de valores intrapessoais e sociais presentes nas diferentes situações, podendo trazer conflito em um e/ou outro nível, Simon faz referência direta aos aspectos subjetivos como os sociais que abarcam o conjunto de temas abordados, apontando a multidimensionalidade pelos quatro setores de funcionamento da personalidade (Afetivo-Relacional, Produtividade, Sócio-Cultural e Orgânico) que podem ser relacionados com os domínios descritos no conceito de qualidade de vida segundo a OMS. A análise deste conjunto de respostas é que propicia a classificação da adaptação de uma pessoa segundo a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) podendo ser indicador da qualidade de vida. Outra semelhança, comum aos dois constructos se refere ao

dinamismo destas, pois em diferentes momentos da vida os resultados das pessoas avaliadas podem variar.

Lima e Bueno (2009) verificaram que são poucos os trabalhos científicos nacionais sobre envelhecimento feminino e vulnerabilidade de mulheres idosas. Sendo assim, o desenvolvimento de ações políticas mais adequadas a essa população torna-se relevante para que a promoção da saúde, cidadania, dignidade e melhores condições sociais, garantam melhor qualidade de vida à mulher idosa. Vivenciar a terceira idade, somado ao diagnóstico de câncer de mama pode prejudicar a qualidade de vida.

Um aspecto geralmente relacionado à baixa qualidade de vida de mulheres em tratamento por câncer de mama é a dificuldade de muitas dessas pacientes realizarem as tarefas diárias, antes desenvolvidas, necessitando, conseqüentemente, de adaptações (Silva, 2003).

Na pesquisa de Martins et al. (2009) realizada com 52 mulheres, com média de idade de 56 anos, em tratamento de quimioterapia para o câncer de mama, foi verificado que as participantes que apresentavam estadiamento mais avançado do câncer de mama estavam afastadas de suas atividades, provavelmente em decorrência da maior agressividade e/ou duração do tratamento de quimioterapia, situação que interferia diretamente na sua qualidade de vida.

A pesquisa de King, Kenny, Shiell, Hall e Boyages (2000) foi realizada com uma amostra de mulheres australianas com câncer de mama, incluindo idosas. As entrevistas aconteceram após três meses (n=350) e um ano (n=291) de cirurgia mamária. Foi verificado que após três meses, as mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama apresentaram em média melhor avaliação da imagem

corporal e se mostraram mais suscetíveis a usar estratégias de enfrentamento à doença, em comparação àquelas submetidas à mastectomia, e naturalmente, menos medo da recidiva do câncer de mama.

Manganiello (2008) avaliou as relações estabelecidas entre mastectomia, sexualidade e qualidade de vida de 100 mulheres com câncer de mama, sendo 18% da amostra composta por idosas. No desenvolvimento de seu estudo, a autora utilizou dois questionários validados no Brasil. Para a avaliação da qualidade de vida da mulher e suas relações com a saúde, foi utilizado o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, validado em 1997 por Ciconelli, e, para avaliar o desempenho sexual, o questionário empregado foi o *Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)*, validado no ano de 2006 por Abdo. Por meio do SF-36, verificou-se para a amostra em geral que os melhores escores alcançados foram aqueles relacionados a aspectos sociais, de saúde mental, estado geral de saúde, capacidade funcional e vitalidade. Quanto à qualidade de vida sexual da mulher mastectomizada por câncer de mama, a maioria das participantes apresentou desempenho e satisfação de regular a desfavorável.

Na pesquisa de Dias (2005), realizada com 137 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico, em decorrência do câncer de mama, não foi verificada diferença estatisticamente significativa quanto ao tipo de cirurgia submetida, reconstrução da mama e submissão à fisioterapia no período pós-operatório, quando associados à qualidade de vida. Contudo, as participantes que mais relataram queixas no período da coleta de dados foram as que apresentaram pior qualidade de vida, como aquelas que tinham se afastado de suas atividades profissionais.

O trabalho de Rebelo, Rolim, Carqueja e Ferreira (2007) avaliou a qualidade de vida de uma amostra de 60 mulheres com câncer de mama e idades entre 29 e 80 anos, submetidas à mastectomia ou tumorectomia e em tratamento quimioterápico. Para isso, foram utilizados dois questionários de avaliação de qualidade de vida, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* – EORTC QLQ-C30 (Fayers, Aaronson, Bjordal, Curran & Groevold, 1999) e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* – QLQ-BR23 (Fayers et al., 1999). As participantes submetidas à tumorectomia tiveram uma percepção da imagem corporal mais negativa em comparação às mastectomizadas, o que nos causou certa estranheza, já que a tumorectomia é menos invasiva e mais conservadora em comparação à mastectomia. Aquelas submetidas a tratamentos de quimioterapia com Fluorouracilo, Epirrubicina e Ciclofosfamida – FEC, considerados mais aversivos apresentaram pior qualidade de vida, em comparação àquelas submetidas aos tratamentos menos tóxicos (Ciclofosfamida, Metotrexato e Fluorouracilo - CMF). As mulheres casadas tiveram mais problemas quanto ao funcionamento físico que as não casadas e estas se deparavam com mais preocupações relacionadas à saúde no futuro e melhor funcionamento sexual.

Quanto ao tratamento de quimioterapia, verificamos que a manipulação de adriamicina é um dos mais aversivos, com maior interferência na qualidade de vida da paciente, por apresentar maiores efeitos colaterais, como queda de cabelo (alopecia) e vômito intenso (emese) dentre outros. Isso pode justificar o resultado encontrado na pesquisa de Bensi et al. (2006), em que as pacientes submetidas a tratamento quimioterapêutico com adriamicina precisariam de maiores benefícios que aquelas submetidas a tratamento semelhante sem

adriamicina, para que, no futuro, caso necessário, pudessem aceitá-lo novamente. Os benefícios foram definidos pelos autores, como aumento da sobrevida, diminuição na probabilidade de recidiva e chance de cura.

1.5 Câncer de Mama em Mulheres Idosas

Esta parte do trabalho será direcionada aos estudos científicos que levam em consideração a população idosa com câncer de mama, como parte de sua amostra, uma vez que não foi possível encontrar, durante a revisão bibliográfica, um número significativo de trabalhos que focalizasse somente as mulheres acima de 60 anos acometidas pelo câncer de mama.

As mulheres envelhecidas e as idosas são aquelas que, dentro de um perfil epidemiológico, apresentam maior incidência do câncer de mama. Isso acontece mesmo com o avanço significativo da legislação direcionada a essa população e várias campanhas, em prol de medidas de detecção precoce de doenças (Ferraz, 2006).

Com relação às campanhas públicas para conscientização da sociedade sobre a importância da prevenção e detecção precoce de doenças, como o câncer de mama, o que se percebe são divulgações bastante distantes da realidade da maioria da população brasileira. Geralmente as campanhas são divulgadas por pessoas famosas, de elevado nível sócio-econômico, jovens e bonitas, características em oposição à população alvo, em sua maioria mulheres idosas, que dependem do serviço público de saúde. Dessa forma, percebe-se que essas campanhas são descontextualizadas, alheias à população desassistida. Para exemplificar podemos pensar no fato destacado por Ferraz (2006), em que

poucas vezes mulheres idosas participam das campanhas direcionadas à tratamentos preventivos do câncer de mama.

O câncer de mama ocorre com mais freqüência em mulheres de idades mais avançadas, sendo a detecção precoce a estratégia mais apropriada para que as taxas de morbidade e mortalidade sejam controladas, uma vez que o diagnóstico tardio pode agravar o prognóstico. Para isso, seria necessário garantir à sociedade o acesso aos serviços públicos de saúde (Ferraz, 2006).

Ferraz (2006) desenvolveu sua pesquisa com cinco mulheres, entre 55 e 78 anos, sendo que três delas tinham mais de 60, ou seja, eram idosas. Durante a entrevista somente uma das cinco participantes revelou compromisso periódico para prevenção do câncer de mama. Também se observou que o fato da maioria não se submeter aos exames clínicos estava relacionado à incapacidade dos serviços públicos de saúde atenderem toda a demanda.

Por meio da análise das respostas obtidas sobre o conhecimento do câncer de mama pelas mulheres entrevistadas, Ferraz (2006) conclui que quatro, das cinco participantes, não faziam “associação do câncer de mama com a necessidade de prevenção efetiva” (p. 86). Assim, a única entrevistada que conseguiu fazer essa associação foi justamente a paciente que mais freqüentava o serviço de saúde.

No estudo realizado por Lima-Costa e Matos (2007) participaram 16.570 mulheres entre 50 e 59 anos, além de 10.722 mulheres de 60 a 69 anos, com o objetivo de fazer uma estimativa da prevalência de fatores associados à submissão de mamografia. O percentual de submissão à mamografia por mulheres de 50 a 59 anos de idade foi: 46,3% haviam realizado o exame há dois anos ou menos; 7,6% há três anos ou mais e 46,1% em nenhuma época da vida.

Já as participantes de 60 a 69 anos tiveram respectivamente as seguintes porcentagens 36,9%, 9,1% e 54%.

A revisão de 960 “resumos publicados nos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, no período de 2001 a 2005” (p.719) constatou um número pequeno e decrescente de pesquisas direcionadas à área da saúde da mulher idosa, em comparação àquelas voltadas primordialmente para mulheres jovens e adultas (Souto, Pessoa, Damasceno & Araújo, 2007). Isso caminha contra a realidade brasileira, com crescente aumento da população idosa, indicando a necessidade de aprofundar e dinamizar estudos que focalizem as doenças relacionadas ao avanço da idade, como o câncer de mama.

O estudo realizado por Freitas et al. (2001) com 109 pacientes, incluindo idosas de até 74 anos com câncer de mama e submetidas à mastectomia radical modificada, com conservação dos músculos peitorais (maior ou ambos), verificou que 14% da amostra total apresentaram linfedema, sendo que, dentre as participantes que tiveram conservados os dois músculos peitorais, essa porcentagem caiu para 9% e, dentre aquelas que se submeteram à cirurgia de conservação apenas do peitoral maior, essa porcentagem subiu para 15%. Além disso, foi verificada correlação positiva significativa entre o peso das participantes e o quadro clínico de linfedema.

O número de estudos referentes à temática saúde de idosos é reduzido e a maioria desenvolvida no continente europeu, segundo Silva, Leal, Marino e Marques (2008), que buscavam “analisar a associação entre carência social e causas de morte da população idosa residente na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil” (p.1014-1015), onde, em uma população de 1.422.905 habitantes, 133.532 são idosos. O período de referência para a realização desse estudo foi o ano de

2000, em que a mortalidade em idosos por neoplasias malignas de mama apresentou correlação negativa com a carência social. Inferiu-se que, com o aumento da carência social, houve uma diminuição dos coeficientes de mortalidade para esse tipo de neoplasia.

O estudo realizado por Molina, Dalben e Luca (2003) teve por objetivo “identificar e analisar as oportunidades de diagnóstico precoce para neoplasias malignas de mama disponíveis para as mulheres do município de Botucatu” (p. 186). Os pesquisadores entrevistaram uma amostra de 261 mulheres na faixa etária de 30 a 84 anos. Como resultado, a doença e a taxa de mortalidade dela decorrente prevalecem nas mulheres idosas. Tal resultado pode ser inferido, já que as mulheres idosas entrevistadas, em comparação às mais jovens, apresentaram menos informações sobre a periodicidade correta do procedimento de autopalpação das mamas, além da baixa frequência a mamografia e exames clínicos.

Na pesquisa sobre o índice de mortalidade pelo câncer de mama, Van Dijck et al. (1996) buscaram avaliar a influência da mamografia regular nas mulheres com mais de 60 anos. A média do índice de mortalidade por câncer de mama foi de 0.45% nas mulheres com idade de 65 a 74 anos, enquanto que nas mulheres com 75 anos ou mais, esse valor subiu para 1.05%. Os autores verificaram uma redução real do índice de mortalidade por câncer de mama em decorrência da submissão regular de mamografia.

O trabalho de Oliveira (2005) buscou “comparar fatores prognósticos anátomo-patológicos e biológicos de comprovada evidência científica em mulheres com idade igual ou inferior a 35 anos, e igual ou superior a 65 anos, com o diagnóstico de câncer de mama” (p.23). Para isso, comparou dois grupos

de mulheres, um com idade igual ou acima de 65 anos (n= 199) e o outro com idade inferior a 35 anos (n= 101), submetidas a procedimento cirúrgico, como forma de tratamento do câncer de mama. As variáveis estudadas foram idade, tamanho do tumor, comprometimento axilar, estadiamento patológico no período pós-operatório, tipo histológico, graus histológico e nuclear, receptores hormonais e Índice Prognóstico de Nottingham (IPN). Esse índice foi obtido por meio de um estudo desenvolvido com 387 pacientes, no ano de 1982, baseando-se nos achados de que o tamanho do tumor, a condição em que se encontra os linfonodos axilares e o grau histológico são os três fatores mais relevantes no prognóstico do câncer de mama.

No resultado do trabalho não foi encontrada diferenciação significativa entre os dois grupos de pacientes quanto ao IPN e aos fatores prognósticos avaliados para a neoplasia maligna da mama, ou seja, “tamanho do tumor, comprometimento linfonodal axilar, estadiamento pós-operatório, graus histológico e nuclear” (p.47). Quanto ao tipo histológico, os dois grupos, ou seja, mulheres com 65 anos ou mais e mulheres com menos de 35 anos (todas submetidas à cirurgia mamária por câncer de mama), apresentaram maior incidência no tipo ductal (com respectivamente 80,2% e 77,4%). Quanto às menores incidências, o grupo de mulheres com idade inferior a 35 anos apresentou apenas 3% do tipo lobular e as pessoas idosas apresentaram uma menor incidência do tipo histológico medular (2,5%). Já com relação aos dados referentes aos receptores hormonais, as pacientes idosas apresentaram maior positividade (86,9%), quando comparadas às pacientes do outro grupo (próximo de 57%).

Maieski e Sarquis (2007) desenvolveram uma pesquisa com 22 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em tratamento adjuvante de quimioterapia.

A idade da amostra variou entre 18 e 65 anos e buscou-se compreender o cotidiano de mulheres com câncer de mama quanto à vivência no trabalho. A maioria das pacientes que desempenhava alguma atividade profissional afastou-se de seus trabalhos, em decorrência da quimioterapia ou pela limitação funcional apresentada dos membros superiores.

Carvalho, Brito, Nery & Figueiredo (2009), com o objetivo de “refletir sobre a prevenção do câncer de mama em mulheres idosas”, realizaram uma pesquisa de revisão da produção científica nacional. As autoras relataram que, apesar do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) estar relacionado ao atendimento holístico da mulher em todas as fases do desenvolvimento, a atenção voltada às anomalias referentes às mamas das mulheres idosas é, na maioria das vezes, negligenciada.

Foi desenvolvido outro estudo na cidade de Juiz de Fora, localizada em Minas Gerais, Brasil, a fim de se verificar a prevalência da submissão ao exame preventivo de mamografia em mulheres idosas, participantes da campanha nacional de vacinação contra a gripe no ano de 2006. A campanha de vacinação distribuiu 39.522 doses de vacina. Nos postos de vacinação havia entrevistadores treinados que abordavam as mulheres e explicavam os objetivos do estudo. As que aceitavam fazer parte da pesquisa e se enquadravam nos critérios de amostragem, assinavam o termo de consentimento informado e respondiam a um questionário estruturado. A amostra foi constituída por 4.621 mulheres idosas com idade média de 70,03 anos.

A submissão à mamografia mostrou-se relativamente elevada, porcentagem de 72,1%. Os fatores para a não utilização de mamografia estavam associados ao fato de ter 70 anos de idade ou mais, não ter um relacionamento

conjugal e baixa escolaridade. Segundo as autoras, essas associações puderam ser parcialmente esclarecidas, em decorrência de fatores culturais e crenças sociais ligadas ao processo de envelhecer, como “as que relacionam o autocuidado do aparelho reprodutivo à existência de uma relação conjugal, à capacidade reprodutiva ou à manutenção de vida sexual ativa” (p. 317); a existência de doenças esperadas na fase do envelhecimento, cuja atenção, muitas vezes, é prioritariamente exigida, em detrimento de outros aspectos, como a submissão aos exames para possível detecção precoce do câncer; além da falta de conhecimento sobre riscos e maneiras de enfrentamento da neoplasia mamária, tornando-se um freqüente obstáculo para a procura pela mamografia (Novaes & Mattos, 2009).

Nessa mesma pesquisa, abordou-se o número de internações vivenciado pelas pacientes durante os 12 meses que antecederam a entrevista e o resultado do estudo demonstrou que uma minoria, ou seja, apenas 15,8% relatou ter experienciado algum processo de internação nesse período (Novaes & Mattos, 2009). O fato dessa informação aparentemente contradizer o aspecto abordado por Papalia et al. (2006), ao destacarem que o número de hospitalizações na fase da velhice geralmente pode acontecer com maior freqüência, essa contradição não pode ser confirmada, pois acredita-se que o tempo de um ano é relativamente curto para se fazer essa análise.

Considerando o câncer de mama uma doença cada vez mais presente na população idosa, e o estudo de validade e precisão da EDAO/R, desenvolvido por Rocha (2002) com essa população, acreditamos ser importante a ampliação do conhecimento sobre a eficácia adaptativa de mulheres idosas com câncer de

mama, já que é uma enfermidade do tipo crônica, atualmente, causadora de muitas mortes.

1.6 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e a Proposta para a sua Redefinição (EDAO/R)

Os diagnósticos, por meio da EDAO, são realizados pelo princípio adaptativo, de acordo com a adequação. A adequação está relacionada às respostas do sujeito para cada um dos quatro setores de funcionamento da personalidade, ou seja, Afetivo-Relacional (A-R), Produtividade (Pr), Sócio-Cultural (S-C) e Orgânico (Or), em busca da solução de problemas. Para ser considerada adequada, a resposta deve solucionar o problema, trazer satisfação ao indivíduo e não provocar conflitos intra e/ou extrapsíquicos; como pouco adequada, deve solucionar determinado problema, não trazer satisfação ao sujeito e não provocar conflito intra e/ou extrapsíquico ou solucionar determinado problema, trazer satisfação ao sujeito, mas provocar conflitos intra e/ou extrapsíquicos. Por fim, se a resposta trouxer a solução do problema, sem satisfazer o indivíduo, provocando conflitos intra e/ou extrapsíquicos, é considerada pouquíssima adequada (Simon, 1989).

Já, a adaptação é o conjunto de respostas dadas pelo indivíduo, em diferentes momentos frente a situações que o modificam, a fim de que seja mantido o mínimo possível de sua organização interna, para assegurar a sua compatibilidade com a vida. Caso não encontre uma resposta para a solução do problema, pode-se dizer que o sujeito encontra-se em crise (Simon, 1989).

A crise pode ser provocada por circunstâncias que operam bruscamente na estabilidade adaptativa da pessoa, denominadas *fatores*, que podem ser positivos e/ou negativos, sendo estes associados à destrutividade e aqueles à construtividade (Simon, 1989).

As circunstâncias que interferem na eficácia adaptativa no longo prazo, e operam de forma acumulativa na estabilidade adaptativa da pessoa, são nomeadas microfatores, que também podem ser positivos e/ou negativos, ambientais e/ou internos (Simon, 1989).

O setor A-R está relacionado a sentimentos, atitudes e ações do sujeito consigo e com o outro; o setor Pr diz respeito a sentimentos, atitudes e ações da pessoa, com sua atividade principal, envolvendo estudo, trabalho, de caráter religioso, artístico ou filosófico; o setor S-C compreende sentimentos, atitudes e ações da pessoa frente à organização social, envolvendo recursos, costumes e valores comunitários e o setor Or refere-se a sentimentos, atitudes e ações da pessoa com seu próprio corpo, abrangendo o funcionamento total do organismo (Simon, 1989).

Com a proposta de redefinição da EDAO (EDAO/R), Simon (1997) propôs a manutenção da análise qualitativa de todos os setores que a compõem e a avaliação quantitativa somente para os setores A-R e Pr, considerados, por ele, os dois setores clinicamente mais relevantes na personalidade de uma pessoa. Com essa proposta, acreditava que a pesquisa em psicologia clínica seria melhor subsidiada, à medida que disporia de um instrumento considerado eficiente. Para discriminar o método e os novos valores utilizados para a EDAO redefinida, Gandini (2008; 2010) sugeriu acrescentar-se uma barra, acompanhada da letra *erre* maiúscula: EDAO/R, A-R/R e Pr/R.

Dentre os trabalhos em que já se aplica a EDAO, especificamente, será citado o trabalho de Rocha (2002), cujos resultados de precisão e validade da EDAO/R com idosos fundamenta o desenvolvimento da presente pesquisa. A autora avaliou 80 pessoas idosas, sendo 85% mulheres. Com o objetivo de estimar a precisão e a validade convergente da EDAO/R aplicada às pessoas com 60 anos ou mais, foram verificadas associações significantes entre EDAO/R e idade e EDAO/R e condição ocupacional dos participantes.

Os resultados da EDAO/R mostraram os melhores níveis adaptativos, assim como na avaliação por meio do Índice de Qualidade de Vida (IQV- desenvolvido por Ferrans & Powers em 1982, traduzido e adaptado para o português por Kimura em 1999) e pela *Geriatric Depression Scale* (GDS-15, de Yesavage et al., 1983, traduzida para o português por Almeida & Almeida em 1999). O coeficiente de precisão obtido para a eficácia adaptativa geral foi 0,503. Além disso, foram observadas associações estatisticamente significantes entre EDAO/R e IQV e EDAO/R com GDS-15. Os resultados indicaram que a EDAO/R, quando aplicada à população idosa freqüentadora de atividades em grupos de terceira idade, é uma medida precisa e válida da eficácia adaptativa.

Por se considerar o câncer de mama uma doença crônica, acredita-se importante os dois tipos de avaliação da escala (EDAO e EDAO/R) para estudos comparativos nessa população, à medida que os prejuízos da adequação do setor Or refletem negativamente nos outros setores de funcionamento da personalidade e na adaptação geral das pacientes.

A classificação da adequação do setor Afetivo-Relacional em EDAO (A-R) e EDAO/R (A-R/R) recebe pontuação três para adequado, dois para pouco adequado e um para pouquíssimo adequado. Contudo, enquanto a atribuição

para o setor Pr pela EDAO é de três pontos para adequado, dois para pouco adequado e um para pouquíssimo adequado, pela EDAO/R, essa pontuação diminui respectivamente para: dois pontos para adequado, um para pouco adequado e 0,5 para pouquíssimo adequado. A classificação quantitativa da EDAO/R varia de 1,5 e 5 pontos.

1.7 Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

A escala de Avaliação Global do Funcionamento- AGF refere-se ao funcionamento atual psicológico, ocupacional e social de uma pessoa. É uma escala relatada no Eixo V do DSM-IV-TR do Anexo I (American Psychiatric Association, 2002), “dividida em 10 faixas de funcionamento” (p. 64), atribuindo-se uma pontuação de uma 100 para cada participante. Cada faixa de 10 pontos é descrita por duas partes, sendo a primeira relacionada à gravidade dos sintomas e a segunda ao funcionamento, propriamente dito.

Durante a revisão bibliográfica, não encontramos trabalhos científicos, envolvendo a escala AGF e mulheres idosas com câncer de mama. Dentre os estudos abordados a seguir, em que se empregou a AGF, somente um envolve pessoas idosas na amostra.

Em artigo, Alvarenga, Flores-Mendoza e Gontijo (2009) abordaram a evolução do DSM, tendo como foco o critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade anti-social, citando a escala AGF, como parte do Eixo V, quando o DSM-III foi dividido em cinco grandes eixos.

A AGF foi também utilizada em outras pesquisas, como na de Jung, Nunes e Eizirik (2007), que avaliaram a efetividade da psicoterapia psicanalítica (PP) em

uma amostra de 34 pacientes, formando dois grupos com 17 pessoas, um deles constituído por pacientes que se submeteram à PP por até 11 meses e o outro por pessoas que eram acompanhadas em PP por um ano ou mais. Nesse trabalho, a AGF foi considerada instrumento adequado para verificar que os pacientes tratados com psicoterapia psicanalítica alcançaram melhora, em seu funcionamento global, já que o tempo de tratamento isolado não foi um fator determinante para o resultado da PP.

Na pesquisa de Mallon e Hetta (2002), composta por uma amostra de pessoas com idades mais avançadas, 57 a 79 anos, o estabelecimento do nível global de funcionamento dos participantes na pesquisa foi realizado por meio da AFG. Nesse estudo, tendo como tema a detecção, via questionário, do quadro clínico de depressão, foi verificado que quanto ao nível de funcionamento, a pontuação média entre os 28 participantes foi de 66 pontos.

Dias, Brissos, Martinez-Arán e kapczinski (2008) utilizaram a AGF para avaliar o funcionamento psicossocial de uma amostra de 65 pessoas bipolares tipo I eutímicos, que foram comparados com um grupo controle de pessoas saudáveis. Os participantes bipolares apresentaram pontuações, por meio da AGF, significativamente inferiores às alcançadas pelo grupo de pessoas saudáveis. Além disso, houve correlação significativa entre o funcionamento psicossocial e o desempenho cognitivo apresentado nos testes a que se submeteram.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é verificar e comparar a eficácia adaptativa e o funcionamento psicológico, social e ocupacional de mulheres idosas submetidas à ablação mamária, total ou parcial, em decorrência do câncer de mama e compará-las.

2.2 Objetivos Específicos

A Verificar, pelas duas propostas de avaliação da EDAO, a eficácia adaptativa de mulheres idosas e não idosas quando mastectomizadas, total ou parcial, por câncer de mama, em dois grupos: o Grupo 1, mulheres com mais de 60 anos quando submetidas à cirurgia mamária, e Grupo 2, mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico antes dos 60 anos.

B Identificar os fatores – F e microfatores – MF, tanto positivos como negativos dos setores A-R, Pr, S-C e Or dessas mulheres.

C Comparar intra e intergrupos a eficácia adaptativa, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, nos dois grupos de participantes deste estudo (G1 e G2).

D Comparar a eficácia adaptativa entre as participantes dos dois grupos, segundo a EDAO, com a adequação de cada um dos quatro setores.

E Comparar a eficácia adaptativa entre as participantes dos dois grupos, segundo a EDAO/R, com a adequação do setor A-R/R e Pr/R.

F Correlacionar o somatório dos valores da adequação dos setores A-R e PR, segundo a EDAO e EDAO/R, em cada um dos dois grupos de participantes, assim como a eficácia adaptativa, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO.

G Correlacionar as variações dos graus de adaptação em cada um dos dois grupos de participantes, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO.

H Comparar entre as participantes do G1 e G2 os fatores – F e microfatores – MF, tanto positivos como negativos de cada setor, A-R, Pr, S-C e Or, bem como do conjunto dos setores.

I Correlacionar a Avaliação Global do Funcionamento – AGF, ora com a eficácia adaptativa das participantes, segundo a EDAO, ora com o somatório da adequação dos setores A-R, Pr e S-C, em cada um dos grupos de participantes.

3 MÉTODO

3.1 Local

A coleta de dados ocorreu com pacientes em tratamento no Ambulatório de Mastologia Maligna, parte do complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

3.2 Procedimento

Em busca de informações sobre mulheres, potenciais participantes da pesquisa proposta, solicitamos ao Setor de Estatísticas do HC-UFU uma relação com nomes completos das pacientes submetidas a intervenções cirúrgicas por câncer de mama, figurando o número de identificação nos prontuários médicos e idade dessas pacientes no momento da cirurgia, data e tipo de cirurgia e a cidade onde residiam.

No ato de entrega dessa solicitação, o Setor de Estatísticas informou que essas informações estavam disponíveis *on-line* somente a partir do ano de 1999.

De posse da planilha com os dados, foram construídas três tabelas com pacientes residentes na cidade de Uberlândia - MG. A Tabela 1 trata do número de pacientes, com 60 anos ou mais no momento da cirurgia. A Tabela 2 apresenta o número de pacientes com idade inferior a 60 anos no momento da cirurgia, mas já idosas em 2009. Já, a Tabela 3 refere-se ao número total de mulheres, com idade inferior, igual ou superior a 60 anos, no momento da cirurgia, mas todas já idosas no ano de 2009. Assim, foi possível identificar e quantificar os dados por

faixa etária de cinco em cinco anos, além de calcular o intervalo de idade das pacientes no ano da cirurgia e a sua idade em 2009 (Apêndice A), ano em que pretendíamos iniciar a coleta dos dados referente ao estudo proposto.

Com o objetivo de facilitar novos encontros com as entrevistadas, caso fosse necessário complementar a coleta de dados, tínhamos a intenção, a princípio, de não entrevistar pacientes que morassem fora de Uberlândia. Assim, para a construção das tabelas citadas, levamos em consideração somente as pacientes residentes nesse município. Contudo, como era considerável o número de pacientes residentes em cidades vizinhas e presentes no ambulatório, percebemos a importância de inseri-las no presente estudo, visto que o HC-UFU é uma unidade de saúde de referência para toda a população do Triângulo Mineiro e regiões vizinhas.

3.3 Planos de Recrutamento, Critérios de Inclusão e Exclusão

O convite às pacientes para participarem desta pesquisa ocorreu pessoalmente para aquelas que se enquadravam nos critérios de inclusão e, coincidentemente, estiveram no Ambulatório de Mastologia Maligna nos mesmos dias em que lá nos encontrávamos. É válido lembrar que no período em que foi feita a coleta o atendimento no ambulatório ocorria às sextas-feiras, no período matutino.

Por meio de um trabalho e postura pautados na responsabilidade, no respeito ao outro, no sigilo e confidencialidade das informações coletadas, buscamos atuar de forma harmônica com os princípios éticos pessoais e profissionais, tendo por base a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde, em concordância com a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, já que este trabalho envolve seres humanos. Encontram-se no Anexo II os três pareceres emitidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O primeiro documento nos foi enviado para que pudéssemos iniciar a coleta de dados; o segundo parecer foi viabilizado após o acréscimo da escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) no trabalho, em decorrência das orientações recebidas no exame de qualificação e o terceiro foi emitido em decorrência da mudança do título inicial do trabalho *Eficácia adaptativa de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama* para o atual *Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama*.

Como critério de exclusão, as pacientes psiquiátricas e/ou deficientes mentais não foram convidadas para a pesquisa, já que as suas informações poderiam ser distorcidas pela patologia. Esse dado, ser ou não paciente psiquiátrica e/ou deficiente mental, foi coletado nos respectivos prontuários médicos.

3.4 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO e Avaliação Global do Funcionamento – AGF

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizadas as duas propostas de avaliação da EDAO, como descrito na introdução do presente trabalho (Simon, 1989; 1997). Para a classificação de pontuação da adequação de cada setor e adaptação geral, também consideramos os estudos acrescidos por Pellegrino Rosa (1986), que transformou os símbolos propostos por Simon para cada modalidade da adequação em escala ordinal, permitindo, desde então, a

realização de estudos estatísticos, tanto dos dados relativos à adequação dos quatro setores de funcionamento quanto da adaptação global.

Em 1995, Gandini adaptou a EDAO para a população com câncer de mama, ampliando a compreensão dos fatores e microfatores positivos e negativos para essa população, estudo este que contribui para a fundamentação desta pesquisa. Neste estudo também aplicamos a escala AGF, utilizando a maior parte dos dados coletados na entrevista para a avaliação da eficácia adaptativa.

Todas as mulheres convidadas aceitaram participar do estudo e não sentiram a necessidade de agendar outra data para o encontro. O convite e a realização das entrevistas aconteciam antes da consulta médica, em alguma sala de atendimento médico disponível e/ou no espaço reservado às sextas-feiras para a equipe de psicologia.

No momento inicial, buscávamos estabelecer o *rapport* entre participante-pesquisadora. Observada a disponibilidade das pacientes para que a entrevista acontecesse no mesmo dia em que o convite era feito, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (comentado a seguir) e a ficha de registro (Apêndice B) eram preenchidos (dados que ficarão arquivados com a pesquisadora por cinco anos, preservados o sigilo e o anonimato) e a coleta de dados iniciada. A entrevista era desenvolvida por temas gerais referentes a cada um dos setores de funcionamento da personalidade e, na medida em que as participantes se colocavam, caso houvesse necessidade de alguns esclarecimentos, a entrevistadora intervinha.

A gravação das entrevistas, com a utilização de um gravador, esteve sob inteira responsabilidade da pesquisadora, que as apagava, após transcrevê-las.

O sigilo da identidade das participantes esteve e estará sempre garantido. Com relação aos dados coletados, a sua utilização será restrita a publicações e divulgações científicas.

As autorizações do diretor clínico do Hospital de Clínicas – UFU, do chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina-UFU, do chefe do Setor de Mastologia Maligna e da coordenadora do Centro de Psicologia (CENPS) do Instituto de Psicologia – UFU encontram-se no Anexo III. Esta última autorização foi necessária, em decorrência da potencial necessidade das participantes receberem atendimento psicológico por parte da entrevistadora, após a coleta de dados.

3.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Assim que as pacientes aceitavam o convite para participar da pesquisa, e antes de efetivamente iniciá-la, líamos para cada participante o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice C). Feitos os esclarecimentos necessários, e após a concordância, o documento era assinado. O termo não foi assinado somente por duas participantes, uma delas por ser analfabeta e a outra em decorrência de perda visual por glaucoma. Dessa forma, todas tinham a sua aceitação gravada em áudio; em seguida, era iniciada a entrevista. Esse material permanecerá sob nossa responsabilidade por cinco anos.

Nesse documento, a fim de evitar desconforto à paciente e à pesquisadora, foi omitido o título da pesquisa, *Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama*, já que em geral nem todas as pacientes oncológicas têm conhecimento de que estão com câncer. Assim, a pesquisa foi

identificada com o título *Eficácia adaptativa de mulheres idosas e em tratamento no serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU)*.

3.6 Amostra

A pesquisa foi realizada com mulheres idosas, portanto com 60 anos de idade ou mais, segundo o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), em tratamento no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e mastectomizadas por câncer de mama, ou seja, submetidas à ablação total da mama (denominada mastectomia neste trabalho) ou à cirurgia conservadora (quadrantectomia). Divididas em dois grupos, um deles composto por mulheres idosas já no momento da intervenção cirúrgica (denominado grupo 1 – G1) e o outro formado por mulheres que se submeteram à cirurgia da mama com idade inferior a 60 anos (grupo 2- G2).

Como a pesquisa foi realizada com pacientes em tratamento no HC-UFU, a amostra foi por conveniência ou por julgamento. Considerado um estudo quase-experimental, de acordo com Campbell e Stanley (1979), a amostra não pode ser representativa da população em geral (Kvanli, 1988).

Para cada um dos grupos, foram entrevistadas seis participantes, já que este é o número mínimo para realizar estudos estatísticos não-paramétricos, como, por exemplo, o teste de Wilcoxon (Siegel, 1975). Ao todo foram entrevistadas 12 participantes, aquelas com retorno médico no ambulatório de Mastologia Maligna do HC-UFU, no período da coleta de dados desta pesquisa, ou seja, cinco meses.

O estabelecimento do número da amostra levou também em consideração dois motivos, ou seja, o fato de ser suficiente para realizar estudos estatísticos não-paramétricos e o exíguo tempo destinado ao mestrado.

Uma das pacientes entrevistadas apresentou necessidade de atendimento psicológico individual. Após a coleta de dados para a pesquisa e aceitação do acompanhamento psicológico, a paciente foi atendida pela própria pesquisadora no Centro de Psicologia (CENPS) do Instituto de Psicologia da UFU.

A seguir, algumas tabelas que auxiliam na caracterização da amostra.

Tabela 4 Distribuição de frequência, de acordo com o estado civil

Estado civil	G1	G2
Divorciada	1	---
Viúva	1	2 *
Casada	3 *	3 *
Solteira	1	1

*Nota:**Uma paciente de cada classe referente ao estado civil não era casada legalmente.

A maioria das participantes nos dois grupos era casada, seguida de viúvas, solteiras e divorciadas.

Tabela 5 Distribuição de frequência, de acordo com o nível de instrução

Nível de instrução	G1	G2
Analfabeta	1	--
Semi-analfabeta	---	2
Ensino fundamental incompleto	1	1
Ensino fundamental completo	2	1
Ensino médio incompleto	1	1
Ensino médio completo	1	1

Quanto à escolaridade, entre as participantes do G1, predominou o ensino fundamental completo e, no G2, o semi-analfabetismo.

Tabela 6 Distribuição de frequência, de acordo com o tipo de cirurgia realizada

Tipo de cirurgia	G1	G2
Mastectomia	3	6
Quadrantectomia	3	---

Em relação ao tipo de cirurgia para o grupo 1, a submissão à quadrantectomia e à mastectomia teve a mesma frequência (3 e 3), sendo que a ablação total da mama foi a única intervenção cirúrgica ocorrida no G2.

Tabela 7 Distribuição de frequência, de acordo com a idade na intervenção cirúrgica e na entrevista

Idades	G1		G2	
	Intervenção cirúrgica	Entrevista	Intervenção cirúrgica	Entrevista
40 - 49	---	---	3	---
50 - 59	---	---	3	---
60 - 69	3	3	---	3
70 - 79	3	2	---	3
80	---	1	---	---

No grupo 1, metade das participantes se submeteu à cirurgia da mama entre 60 e 69 anos e as demais entre 70 e 79. Com relação à idade na data da entrevista, o intervalo predominante foi 60-69 para as participantes desse grupo.

No grupo 2, metade das mulheres entrevistadas havia se submetido à cirurgia entre os 40 e 49 anos, e os 50% restantes entre 50 e 59. Já, na data da entrevista a metade das participantes do G2 estava com idades entre 60 e 69 anos e a outra metade entre 70 e 79 anos.

Tabela 8 Tempo de submissão cirúrgica das participantes

Grupo	Participantes	Tempo de cirurgia
G1	Azaléia	08 meses
	Camélia	01 mês e meio
	Dália	04 anos
	Hortência	03 anos
	Íris	03 meses e meio
	Jasmim	02 anos
G2	Margarida	20 anos
	Orquídea	24 anos
	Petúnia	24 anos
	Rosa	08 anos
	Tulipa	20 anos
	Violeta	14 anos

No grupo 1, o tempo de submissão cirúrgica variou entre um mês e meio e quatro anos, enquanto que no grupo 2 essa variação foi de oito a 24 anos.

Tabela 9 Distribuição de freqüência, de acordo com a ocupação

Profissão	G1	G2
Do lar	3	1
Do lar e aposentada	2	4
Do lar, aposentada e pensionista	1	---
Do lar e pensionista	---	1

Em relação à ocupação, a maioria das participantes do grupo 1 era do lar;quanto ao grupo 2, a maioria era do lar e aposentada.

4 RESULTADOS

Em primeiro lugar, será apresentado o estudo qualitativo dos fatores e microfatores, positivos e negativos, referentes aos quatro setores de funcionamento descritos por Simon (1989), ou seja, Afetivo-Relacional (A-R), Produtividade (Pr), Sócio-Cultural (S-C) e Orgânico (Or), adaptados para mulheres com câncer de mama por Gandini (1995) e ajustado neste trabalho para mulheres idosas com câncer de mama, a partir das entrevistas realizadas.

4.1 Confirmação e/ou Manutenção e/ou Alterações das Categorias Fatores e Microfatores, Positivos e Negativos

Tabela 10 F+ e F- do Setor Afetivo-Relacional

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1* Estabelecer relações de amizade com, pelo menos, alguns dos seus novos colegas (...) de grupo**, ser aceito no novo meio.	1* Perda (ou expectativa de perda**) súbita de uma pessoa querida.
2* Realizar casamento que a satisfaça emocional e sexualmente.	2* Separação litigiosa do (...) marido**.
3* Ter filhos apenas quando desejados.	3* Falência, desemprego ou invalidez próprios** ou do (...) marido**, ou de outra pessoa****, de quem dependia econômica e emocionalmente.
4* Ter filhos saudáveis física e mentalmente.	4* Frustração no início do casamento, de ordem sexual ou emocional.
5* Iniciar ou manter psicoterapia (...)** com expectativas de sucesso.	5* Fracasso no casamento levando à ruptura dos vínculos conjugais.
6** Apresentar motivação para resolver os problemas***.	6* Gravidez inesperada ou indesejada.
	7* Nascimento de filho com distúrbio congênito, ou doença grave.
	8* Ter que abandonar um processo psicoterapêutico prematuramente por algum tipo de limitação....**
	9** Dependência econômica do parceiro, quando da separação conjugal.

* Categorias mantidas do quadro construído por Yoshida (1984) com anuência de Simon (1989);

** Categorias e/ou palavras adaptadas por Gandini (1995) sobre o material de Yoshida (1984);

***Adaptações da redação realizadas por Gandini no trabalho de pesquisa desenvolvida na Universidade de São Paulo (USP) (2006);

**** Categorias e/ou palavras adaptadas pelo trabalho atual e acrescentadas ao quadro revisto por Gandini (1995).

OBS: *, **, *** e **** são válidos também para os quadros a seguir.

Tabela 11 MF+ e MF- do Setor Afetivo-Relacional

Microfatores Positivos (MF+)	Microfatores Negativos (MF-)
1* Ter sua escolha profissional prestigiada e apoiada por cônjuge, namorado ou parentes próximos.	1* Ver sua escolha profissional desprestigiada ou criticada pelo namorado***, cônjuge***/parceiro**** ou parentes próximos.
2* Ter pais, marido**/parceiro**, filhos**** e/ou familiares**** compreensivos, que se interessam por ela**.	2* Ter pais, marido **/parceiro****, filhos**** e/ou familiares**** que freqüentemente a critique*** e a compare*** com outras pessoas**.
3* Ter pais e/ou marido**/parceiro**, 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 e/ou marido**/parceiro**** e/ou familiares*** ansiosos, superprotetores ou excessivamente*** críticos, que não respeitem sua individualidade.
5* Ter familiares saudáveis física e mentalmente.	5* Ter familiar doente mental ou toxicômano, ou alcoólatra.
6* Ter um grupo de amigos mais íntimos e mais constantes, com quem possa*** trocar experiências.	6* Ter familiar com doença física crônica.
7* Ter namorado ou marido**/parceiro** 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** / parceiro**** emocionalmente perturbado, tornando sua vida emocional abalada; b****)Ter tido marido / parceiro emocionalmente perturbado, tornando sua vida emocional abalada.
9** Ser valorizada pelas pessoas com as quais está em tratamento (psicológico, médico e/ou outro membro da equipe de saúde****).	9**** Sentir-se insegura quando da dependência econômica.

Tabela 12 F+ e F- do Setor Produtividade

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1** a) Executar todas as tarefas domésticas. b) Executar tarefas domésticas adaptadas à nova situação orgânica.	1* Perda do emprego que garanta*** sua subsistência.
2** Executar tarefas específicas do trabalho remunerado.	2* Ter que arcar subitamente com a responsabilidade econômica da família.
3** Conseguir remuneração compatível com a atividade exercida*** (compatível com a classe profissional).	3* Ter que abandonar (...) o trabalho ** por limitação causada*** pela doença**.
4* Conseguir emprego seguro (...)**.	4** Não ser aceita num novo trabalho, por discriminação da doença.
5* Conseguir independência financeira: 5.1*) a partir do exercício de sua profissão ou ocupação** (para quem trabalha***) 5.2**** para quem está aposentada: a) por tempo de serviço b) por invalidez c) por idade 5.3****) pensão do marido (falecido) 5.4****) dado omitido e/ou não informado	5** Ser rebaixada na escala da hierarquia ocupacional.
6** Ascensão hierárquica no trabalho, compatível com sua capacidade.	6** Sofrer súbita e significativa queda na remuneração pelo trabalho ou negócio.
7** Aumento significativo na remuneração pelo trabalho ou negócio.	7**** Ser dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (marido, filhos e/ou parentes próximos), sem satisfação, sentindo-se subordinada, dominada e subjugada.
8**** Ser dependente economicamente para subsistência sob domínio de outrem (marido, filhos e/ou parentes próximos) com satisfação, sem se sentir subordinada, dominada e/ou subjugada.	

Tabela 13 MF+ e MF- do Setor Produtividade

Microfatores Positivos (MF+)	Microfatores Negativos (MF-)
1* Ter informações** a respeito do trabalho** que a motivem a querer aprender mais.	1**Não executar tarefas domésticas.
2* Ter pessoas** que valorizem seu desempenho e a estimulem.	2** Impossibilidade*** de executar tarefas específicas do trabalho remunerado.
3* Ter experiências positivas nas suas atividades práticas.	3** Não conseguir remuneração compatível com a atividade exercida.
4* Ser vista pelos seus colegas ou familiares** como profissional eficiente**.	4* Não conseguir independência financeira a partir do exercício de sua profissão.
5**** Aproveita no seu dia-a-dia as informações obtidas durante a vida escolar.	5** Ter informações insuficientes de trabalho*** que não a motivem a querer aprender mais.
6** Exercer trabalho/ocupação que lhe proporciona satisfação da auto-estima.	6* Ter pessoas** que não valorizem seu desempenho e não a estimulem.
7** Ter perspectivas de evolução no trabalho.	7* Ter experiências negativas nas suas práticas ocupacionais**.
8** Ter expectativas de remuneração ascendente.	8* Ser vista** por seus colegas como uma** profissional incapaz e incompetente.
9** Adaptar à nova situação****; realizar atividades de acordo com suas preferências e de forma prazerosa**** (como confecção de tapetes e doces****) a****) após a cirurgia b****) devido a idade avançada	9* Ter*** seu trabalho** desrespeitado e desvalorizado pelo meio social e/ou por ela mesma****.
10**** Apesar de manter um ritmo mais lento em comparação com seu habitual anterior, consegue: a) planejar as tarefas diárias; b) manter organização nas tarefas diárias	10* Não contar com lugar físico adequado** para trabalhar**.
11**** Paciente com: a) ensino fundamental incompleto e/ou incompleto, porém sabendo ler e escrever b) ensino médio incompleto e/ou completo	11*Morar longe do hospital**, o que a obriga a perder muitas horas na viagem**.
	12* Ter que aceitar vários empregos para subsistir, comprometendo a qualidade de seu trabalho.
	13** Limites para desenvolver tarefas caseiras e/ou trabalho remunerado após a cirurgia.
	14** Não ter conseguido, pós-cirurgia****, uma ocupação ou trabalho fora de casa.
	15** Não contar com boa condição*** financeira que lhe permita a compra de remédios essenciais, lentes corretivas**** e/ou aparelho auditivo****.
	16**** Não conseguir retornar às atividades diárias: a) durante praticamente 45 dias subsequentes à cirurgia; b) em consequência do tratamento de quimioterapia; c) em decorrência da própria idade d) em decorrência de outras doenças.
	17**** Paciente: a) analfabeta b) semi-analfabeta

Tabela 14 F+ e F- do Setor Sócio-Cultural

Fatores Positivos (F+)	Fatores Negativos (F-)
1* Mudar para uma cidade ou região que conta**** com maiores recursos culturais e/ou médicos** que a sua.	1* Necessidade de imigração ou emigração, que a coloca** 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 poucos ou nenhum recurso sócio-cultural.
3* Começar a participar ativamente de iniciativas artísticas e culturais (...)**.	3* Mudanças constantes de região dificultando a introdução de um quadro de valores e costumes coerentes.
4* Começar a participar ativamente de iniciativas políticas e/ou ***esportivas (...)**.	
5* Começar a participar de grupos religiosos e/ou de grupo de lazer** que preencham suas necessidades.	

Tabela 15 MF+ e MF- do Setor Sócio-Cultural

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 permita*** frequentar cinemas, teatros, fazer viagens, comprar revistas e jornais.	2* Dificuldades financeiras impedem-na*** de frequentar teatros, cinemas, etc.
3* Pertencer a uma família que cultive o interesse pelas artes, política ou religião.	3* Pertencer a uma “família muito fechada”, que não compartilha da vida social ou política do país.
4* Pais e/ou 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 sócio-cultural 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**** Preservar atitudes e/ou comportamentos que caracterizam a cultura e costumes da população brasileira (tradição de benzer; uso de remédios caseiros; anáguas; hábito de partos domiciliar com auxílio de parteiras).	7* Sofrer discriminação de colegas (...)** por suas convicções religiosas, valores morais, raça ou cor.
	8* Sofrer discriminação de colegas (...)** por sua origem sócio-econômica.
	9**** Falta de recurso médico na cidade onde mora para tratamentos especializados.

Tabela 16 F+ e F- 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, ou 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***.	4* Surto psicótico por fatores orgânicos.
5** Aceitar/suportar os tratamentos necessários: cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, hormonal, etc.	5* Variações abruptas do (...)** peso.
6**** Parto domiciliar bem sucedido.	6** Ter movimentos de braços: a. com fadiga, b. limitados.
	7** Interromper qualquer tipo de tratamento proposto***, por não suportá-lo.
	8**** Apresentar linfedema no braço homolateral à intervenção cirúrgica, limitando os movimentos com o mesmo.
	9**** Parto domiciliar com intercorrências.

Tabela 17 MF+ e MF- 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**).
2* Gozar de saúde física e 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 ou a tratamentos de saúde prescritos***.
4* Prática de esportes e atividades que preservam ou melhoram sua condição física.	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: a**) em decorrência da mastectomia; b****) em decorrência da quadrantectomia.
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****) constantemente; b****) ocasionalmente em decorrência dos tratamentos.
8* Oportunidades regulares de satisfação sexual.	8* Não poder contar com períodos de sono regulares e suficientes.
9**** Beber apenas socialmente.	9*. Não contar com ambiente adequado para o sono e a relaxação***.
10* Ser fisicamente atraente e íntegra.	10**** Fumar pouco ou em excesso, bebidas ou outras drogas que levem à adicção.
11**** Realização dos exercícios físicos específicos com o braço homolateral à cirurgia após o período pós-cirúrgico imediato, ou seja, 30 dias após a intervenção cirúrgica.	11* Abstinência sexual prolongada: a** voluntária; b* involuntária; c** distúrbio do desejo.
12**** Ter se submetido à consultas com profissionais da equipe de saúde de acordo com suas necessidades (como cardiologista, hematologista, ginecologista, otorrinolaringologista, oftalmologista, psicólogo).	12**** Realização dos exercícios físicos específicos com o braço homolateral à cirurgia apenas no período pós cirúrgico imediato, ou seja, 30 dias após a intervenção cirúrgica.
	13**** Apresentar linfedema no braço homolateral à intervenção cirúrgica, sem limitar os movimentos com o mesmo.
	14**** Não ter se submetido à consultas com profissionais da equipe de saúde de acordo com suas necessidades (como cardiologista, hematologista, ginecologista, otorrinolaringologista, oftalmologista, psicólogo).

Por meio da avaliação das categorias destacadas nas tabelas apresentadas, foi possível identificar fatores e microfatores das pacientes idosas com câncer de mama, em tratamento no HC-UFU, contribuindo para as diferentes nuances do grau de sua adaptação no presente estudo.

4.2 Ilustração de Duas Entrevistas

Para ilustrar as entrevistas realizadas, a seguir são apresentados os relatórios de duas participantes, uma de cada grupo. A participante do G1 foi representada por Dália, a de pior adaptação geral entre as pacientes desse grupo, enquanto o grupo 2 foi representado por Petúnia, com melhor adaptação geral.

4.2.1 Relatório da entrevistada Dália (G1) -participante submetida à mastectomia aos 64 anos e entrevistada aos 68anos.

Setor A-R

Antecedentes

Dália demonstrou ter mantido relacionamentos aparentemente saudáveis com as pessoas, apresentando gratidão por algumas, em especial patrões, enquanto inserida no mercado de trabalho, aspecto de interface com o setor Pr: *“Eu sempre tive amizade boa, com todo mundo, até com os patrão. Quando eu trabalhava, em dois lugares, as pessoa era muito boa pra mim, eles me ajudavam muito. Eles era muito bão pra mim... Me ajudava, porque tem gente que gosta de ajudar as*

peessoas, outros já num gosta. Então, no hospital, o médico era muito bão, a mulher do médico também era muito boa. Sempre. Às vezes, quando tinha algum doente lá em casa ele consultava e nós num sabia nem o preço. Eles dava até o remédio. Eles me dava muitas outras coisa também” (sic).

Contudo, aparentemente, Dália se posicionava de forma autoritária no contexto familiar: “Eu sempre fui assim, muito autoritária, porque, quando você toma conta de muita gente, (referindo-se à responsabilidade que tinha de sustentar os familiares e ajudar a sua mãe a educar os irmãos mais novos), que nem era lá em casa que nós era 11 irmãos...Minha mãe era separada, então, você tem que ser um pouco autoritária, porque se você deixar, como diz o outro, tudo solto, aí você num dá conta. Aí eu fui assim... Um pouco autoritária” (sic).

Durante toda a sua vida, teve poucos relacionamentos afetivos com homens e nunca se casou: “Eu nunca casei, mas já tive namorado. Tem muitos anos que eu num arrumo mais namorado, mas eu já namorei. Eu num era namoradeira não. Tive muito pouco namorado, uns cinco namorado na vida toda mais ou menos. E os namoro de antigamente era assim, um lá e outro cá, num tinha esse negócio de muita agarrção, beijação. Não existia isso não. E a mãe da gente era muito rígida. Se fosse pra ir num baile, ela num deixava ir com o namorado não, ela tinha que ir junto ou arrumar uma pessoa de confiança pra ir com a gente. Era difícil até pra pegar na mão. Era um namoro engraçado, bem diferente de hoje. O último namorado que eu tive já tem muito mais de 30 anos. Eu num queria casar, porque eu via minhas irmã sofrendo muito casada” (sic).

Situação atual

Para a consulta médica, que ocorreu no mesmo dia da entrevista, Dália estava acompanhada pelo sobrinho. Atualmente moram três pessoas na casa da paciente, ela, uma sobrinha e um irmão, mas sempre acolhe outros familiares: *“Assim, moram três pessoas direto, né? Mas tem uma irmã, uma sobrinha que é cega, que às vezes elas ficam lá em casa. Essa minha sobrinha é viúva, então ela fica na casa das filhas dela e, depois, ela fica comigo”* (sic).

Quando perguntada se conhece pessoas com quem possa contar nos momentos em que precisa de ajuda, Dália desvia o assunto, dando uma resposta vinculada ao Setor Pr. Por meio dessa resposta pode-se supor a falta de pessoas com quem possa dividir e compartilhar os seus sentimentos mais íntimos: *“Não... Tem meus irmãos que às vezes até são muito bom pra mim, às vezes. Me ajuda assim, comprar as coisas de comida, assim, eles até que ajuda, mas financeiramente não”* (sic). Aparentemente, Dália valoriza menos a ajuda recebida em forma de compras de alimentação que a ajuda direta, por meio de dinheiro. Além disso, não ressaltou na resposta dada a essa pergunta o fato de estar atualmente recebendo ajuda da irmã e da sobrinha para a realização de suas atividades domésticas diárias, informação dada em outro momento da entrevista (quando fala de suas limitações físicas): *“Agora eu tenho uma irmã que tá limpando a casa, fazendo comida pra mim...A minha sobrinha lava a roupa, ela também faz comida, essas coisa, sabe?”* (sic). Em outro momento, no final da entrevista, diz: *“Quando eu tenho um problema pra resolver eu sempre conto com a ajuda de alguém, eu conto com a minha sobrinha, que mora comigo. Ela é advogada, ela é sempre quem me ajuda”* (sic), o que contraria a primeira resposta, quanto à falta de apoio e ajuda do outro, apesar de,

aparentemente, Dália receber a ajuda dessa sobrinha em questões mais burocráticas e sociais, e não com relação a sua vida íntima.

Dália se considera uma pessoa muito ansiosa, nervosa, além de muito preocupada: *“Agora... Eu sou muito ansiosa. Por exemplo, tem hora que eu preciso de fazer alguma coisa e eu não posso fazer naquela hora, porque tem hora que a gente não pode, né? Aí, eu fico ansiosa. Eu fico muito nervosa quando eu peço pra alguém fazer alguma coisa pra mim, que eu não posso fazer, e essa pessoa não faz. Eu costumo esperar um pouco, se a pessoa não faz, às vezes eu vou lá e, mesmo não podendo fazer, eu mesma vou lá e faço. Eu fico frustrada, triste por não poder fazer alguma coisa que eu podia há uns anos atrás, e fico até nervosa, mas num é muito nervosa não, porque eu também entendo, né? E ficar nervoso não adianta nada”* (sic). Dália demonstra dificuldade para lidar com suas atitudes e sentimentos de modo geral. *“Eu também sou preocupada, muito, muito preocupada com as coisa. Mas sempre, graças a Deus, minha família num me dá muita preocupação não. Sempre quando eles viaja, eles me liga. Se passa uma semana sem falar, eles me liga e é assim, eles num me passa muita preocupação não”* (sic). Apesar da preocupação vivenciada, de certa forma, a paciente inicia um movimento de reconhecimento de que, às vezes, não existe motivos reais para tamanha aflição.

Dália diz que continua uma pessoa autoritária, como sempre foi, mas relatou reconhecer seus erros: *“Agora... Quando eu faço uma coisa errada, aí, eu vejo que eu fiz errado”* (sic). Contudo, quando é pedido para exemplificar esse seu reconhecimento, ou seja, contar sobre alguma ocasião em que agiu de forma errada e reconheceu o seu erro, responde: *“Não... Num sei te falar não porque eu*

não sou muito de errar. Tem umas coisinha aqui outras ali, mas eu num sou de errar não” (sic).

Quanto ao sentimento de confiança no outro, comentou: *“Eu confio nas pessoas, mas são poucas pessoas que eu confio... Às vezes, as pessoas amiga, por exemplo, tem uns que você confia, mas tem outros que você num confia, né? Você pode até conviver com ele, mas não confia. Mas tem muitos que eu confio. Mesmo lá perto da minha casa, tem duas pessoas que eu gosto muito, que são só amiga e eu confio muito” (sic).* Por meio dessa fala, pode-se supor um sentimento de desconfiança experienciado por Dália em relação aos familiares que convivem mais diretamente com ela, o que contribui para a piora na adequação do Setor A-R.

Quando perguntada como se vê, Dália diz se considerar uma pessoa pacata: *“Eu sou uma pessoa muito pacata (sorri), muito parada, num sou muito de sair, de ter muita comunicação; tenho comunicação com as pessoas próximas, mas com as outras, assim, num tenho não. Então, pra mim, tudo tá bão. Tenho a minha vida pacata” (sic).* Quando questionada sobre o significado que atribui a uma pessoa pacata, diz: *“Uma pessoa pacata é aquela que não liga muito pras coisa... Porque tem pessoa que é vaidosa, gosta de coisa só bonita, tudo tem que ser bão... Eu num ligo com isso não. Dano pra viver, pra mim, tá bão, graças a Deus. Isso é ser uma pessoa pacata. Sou eu (sorri)” (sic).* *“Minha vida num é ruim não, eu tenho uma vida até boa, graças a Deus” (sic).* Aparentemente, Dália mantém uma posição conformista diante dos fenômenos, com pouco interesse e pouca energia psíquica para modificar algumas situações, inclusive por mudanças que tragam melhorias em sua qualidade de vida. Apesar disso, num segundo momento do encontro, descreve-se como uma pessoa espontânea, alegre e comunicativa, o

que não coincidiu com a observação e percepção da pesquisadora: *“Eu sou assim, eu sou muito espontânea. E, também, mesmo, por exemplo, tano doente, eu não sou uma pessoa triste, eu sou uma pessoa, assim, alegre... Eu gosto de ser divertida, eu gosto de conversar, bater papo, essas coisa...”* (sic).

Foi indagado à Dália se se relacionaria com alguém, caso surgisse alguma oportunidade e a resposta foi: *“Hoje num dá nem pra pensar em namorado... Hiii tem muitos anos que eu num namoro, eu já até esqueci como é que namora... Hoje eu num dou conta de namorar mais não...”* (sic), apresentando pouca confiança em si mesma, baixa auto-estima, certa dificuldade em aceitar alguns costumes atuais e uma moral muito rígida: *“... Hoje é muito diferente de como a gente namorava. Hoje eu num quero não, nem se for um senhor mais de idade eu num quero mais não. Eu não sei porque, mas eu decidi assim e assim vai ser”* (sic). Dália mantém uma posição rígida diante do fato: *“...Agora é só mesmo viver com os irmãos, com os sobrinhos, é só mesmo viver com a família. Eu num quero saber de homem não”* (sic). Sua dedicação está voltada principalmente para os familiares; parece dedicar-se mais ao outro que a si mesma.

Aparentemente mantém os relacionamentos e tem capacidade de construir novos vínculos de amizade: *“Eu tenho uma relação muito boa com as pessoas, graças a Deus. Todo mundo com que eu me relaciono, os amigo mais de novo e os de mais tempo, graças a Deus, eu me dou muito bem. E todas as pessoas também dá bem comigo”* (sic).

Adequação do setor

Dália demonstrou manter um relacionamento amistoso, mas, ao mesmo tempo, superficial com as pessoas. Apresentou dificuldade em reconhecer seus erros e

em aceitar a ajuda do outro de forma efetiva; com baixa auto-estima, conformada com os fatos e com pouca perspectiva de mudanças; considera-se autoritária, ansiosa e preocupada, e se vê como uma pessoa, ao mesmo tempo, pacata, alegre, comunicativa e divertida. Apesar de reconhecer seus limites e de precisar do outro em alguns momentos, mostra-se rígida e com certa dificuldade de se relacionar com homens de forma mais próxima e íntima. Pelos dados coletados, o setor A-R de Dália foi classificado como pouquíssimo adequado, de acordo com a EDAO (um ponto) e EDAO/R (um ponto).

Setor Pr

Antecedentes

Dália relatou que praticamente não freqüentou a escola, devido à responsabilidade em ajudar a educar os irmãos e trabalhar para auxiliar no sustento da família.

Também disse ter trabalhado muito enquanto jovem, sendo uma das responsáveis por manter os irmãos e a mãe. *“Na verdade eu sempre trabalhei muito... a gente tinha que trabalhar pra colocar comida dentro de casa. Então a gente levantava seis horas da manhã, ia trabalhar e chegava em casa lá por volta das 11 horas da noite. Eu já trabalhei de doméstica, muitos anos nas casa de família, em um hospital de passadeira, em restaurante. Às vezes eu cozinhava pros outros, passava e lavava roupa, limpava casa, essas coisa. Na minha vida eu já trabalhei muito. O negócio era feio. Nós era só duas lá em casa pra dá comida pra esse povo todo (referindo-se aos 11 irmãos). E uma era meio doente, então, tinha dia que ela não conseguia trabalhar, então, era eu que tinha que segurar a ponta”* (sic).

Situação atual

Atualmente Dália ainda apresenta muita dificuldade para ler, em decorrência do pouco tempo que frequentou o ambiente escolar: *“Leio alguma coisinha, assim, quando é uma letra facinha, aí eu até que consigo ler”* (sic).

Dália se mantém por meio da aposentadoria, benefício adquirido por invalidez aos 55 anos de idade, em decorrência dos problemas de saúde apresentados, principalmente pelas dores de coluna e pelo quadro de bursite nos braços (interface com o setor Or). Dália praticamente não está realizando suas atividades diárias, em consequência de limitações físicas que apresenta na perna.

Quanto à rotina, a paciente disse: *“Eu acordo, às vezes, vô aguar minhas planta, porque gosto muito de planta, eu tenho muita planta, então jogo uma aguinha nas planta, devagarzinho... é essa rotina mesmo. Às vezes eu passo uma vassourinha na casa, é só isso mesmo que eu faço, lavo uma área assim. Eu num tô trabalhando muito não, porque eu não tô dando conta. Agora, quando eu tô com a perna boa, aí eu faço comida, lavo as louça, faço as coisa dentro de casa, num precisa de ninguém me ajudar não”* (sic).

Dália disse não ser uma pessoa organizada e nem mesmo concentrada ao realizar as suas tarefas diárias: *“Quando eu fazia minhas coisa em casa, tem pouco tempo que eu parei, eu num era muito organizada não, porque tem gente que é muito organizado, nê?! Eu num sou muito organizada não, eu até organizo as coisa, mas não muito. E concentrada eu também num sou muito não, na mesma hora que eu tô fazendo uma coisa aqui eu paro, faço outra coisa lá... e é meio assim”* (sic).

Relatou, ainda, um pouco sobre suas habilidades e realização de atividades que exigem força e resistência física: *“Antes de eu adoecer* (referindo-se à dor na

perna e ao câncer de mama), *meu ritmo de trabalho era muito forte, eu pegava pau, carregava madeira, fazia casa, assim, barraco, essas coisa. Então, eu pegava muito peso, capinava, limpava quintal. Eu gosto dessas coisa. Mas hoje eu num tô fazendo mais porque eu num posso, mas que eu gosto, eu gosto. Hoje quando eu tenho que fazer alguma coisa que eu sei que eu não posso fazer sozinha eu compreendo e acabo pedindo ajuda pra alguém. Eu gosto desses serviço de casa, por exemplo, arrumar telha, agora eu num tô mais fazendo”* (sic).

Atualmente o ritmo de trabalho de Dália encontra-se muito abaixo, em comparação com o tempo em que era mais jovem e, até mesmo, antes de adoecer, tendo agora maior necessidade de repouso e de ser ajudada e auxiliada pelo outro nas atividades: *“Hoje em dia eu tô mais mesmo é ficando sentada, descansando, deitando, agora eu já tô parando porque eu tô vendo que eu num posso mesmo (reconhece seus limites) fazer as coisa que eu fazia. Então, agora, às vezes, eu sento, deito... Eu num gosto de deitar na cama não, eu deito no sofá. Eu pego um travesseiro e levo pro sofá e fico mais deitada”* (sic).

Adequação do setor: Atualmente Dália quase não realiza qualquer tipo de atividade, em decorrência da dor na perna, que está vivenciando e que teve início há mais ou menos cinco meses. Permanece a maior parte do tempo deitada, sentada e em repouso, necessitando da ajuda de familiares para o cumprimento das tarefas do dia-a-dia, como limpar a casa, cozinhar, lavar e passar roupa. O setor Pr foi classificado como pouquíssimo adequado segundo a EDAO (um ponto) e EDAO/R (0,5 ponto).

Setor S-C

Antecedentes

A paciente é solteira: *“Eu nunca casei e não tenho filhos”*(sic). Entretanto, apesar de nunca ter gerado um filho em seu ventre, Dália já exerceu o papel de mãe e de cuidadora de algumas pessoas: *“Tenho filho de criação nê?! Meus irmão pode dizer que eu quase tudo que criei. Eu praticamente criei também os sobrinhos, pode se dizer que foram dois que eu criei de verdade, assim desde de pequenininho, mas todos os dois têm mãe, pai não, o pai já morreu”* (sic). Essa realidade experienciada por Dália representa a tradição de nosso país, principalmente de algumas décadas atrás, em que as filhas mais velhas cuidavam dos irmãos mais jovens e os familiares que tinham condição física, econômica e/ou psíquica exerciam o papel de cuidadores de determinada criança.

Situação atual

Durante a entrevista, Dália caracterizou sua vida como *“pacata”* (sic), mostrando ser uma pessoa que não participa muito dos eventos sociais, por ser mais acomodada, quieta e permanecer a maior parte do tempo em sua própria casa.

Quando perguntada se tinha o costume de vivenciar momentos de lazer e de distração, a paciente, apesar de gostar e de demonstrar vontade de dançar, já não freqüentava mais os bailes, em decorrência das dores na perna: *“Aqui em Uberlândia mesmo, eu não passeio, eu fico mais quieta”* (sic)... *“Eu até gostava muito de baile, mas agora eu num posso dançar* (referindo-se às dores nas pernas). *Tem o baile da terceira idade, né, a minha irmã vai e eu podia ir com ela, mas tô bem quieta”* (sic). *“Eu geralmente vou pra São Simão, em Goiás; pra casa dos meus irmãos, porque eu tenho uns irmãos que mora lá. Às vezes, vou para*

Belo Horizonte, assim, não muito, sabe? Mas eu vou” (sic)... “Agora, se tem um aniversário, por exemplo de uma amiga, aí essas coisa eu vou. Agora, dançar não! Eu vou também à missa todo domingo... Às vezes, quando tem uma festinha na igreja, por exemplo uma quermesse, eu vou um pouquinho, não muito... Mas, às vezes, eu vou, converso com as amiga ali um pouco...” (sic).

Com relação aos períodos de votação, Dália relatou que, mesmo sendo idosa, não deixa de votar: *“Eu ainda voto, num parei de votar não. Toda vez sempre eu voto. Eu gosto muito de votar” (sic).*

Quanto às comemorações típicas da nossa região e às diversões públicas, citou que gosta de assistir os desfiles do congado e de ir à exposição agropecuária, mesmo tendo ido nesta uma única vez, o que confirma a sua característica pacata, que ela mesma se atribuiu. *“Eu gosto de congado, exposição agropecuária eu não costumo ir. Eu até fui no Camaru (local onde a exposição agropecuária de Uberlândia acontece) uma vez, porque eu gosto muito de montaria de cavalo, essas coisa, sabe?! Aí, eu fui uma vez, mas só uma vez mesmo e tem muitos anos” (sic).*

O aspecto da religiosidade, fenômeno muito forte em nosso país, está presente na vida da paciente. Dália é católica e o grupo de pessoas religiosas representa uma importante rede social e de suporte para a paciente, assim como os vizinhos: *“Na igreja eu tenho muita amiga, graças a Deus, onde é que eu vou, toda a vida eu tenho muita amizade, graças a Deus. Eu visito as pessoas, também recebo bastante visita, eu tenho bastante amigas. Geralmente com as amigas da igreja a gente encontra todo mundo junto, fica reunido... Agora, os vizinhos por exemplo, cada dia um me visita. Eu gosto muito de reunir com minhas amigas da igreja pra gente rezar um terço. Aí, a gente sempre tá reunido” (sic).*

Com relação ao ciúme, Dália disse não ser ciumenta: *“Eu, graças a Deus, não tenho ciúme de nada e de ninguém, nem das pessoas mais próximas de mim e nem das minhas coisinha”* (sic).

Adequação do setor: Dália apresenta uma rede social e de apoio satisfatória, aspecto que deve contribuir de forma positiva em sua vida. A religiosidade também a auxilia a viver de forma mais prazerosa e conformista, diante das dificuldades que a vida lhe impõe. Contudo, aparentemente, os familiares poderiam contribuir mais no aspecto relacionado aos momentos de lazer, já que a idade, o lugar onde mora, a dependência do transporte coletivo, a condição orgânica, decorrente principalmente da dor na perna, limitação a que Dália não conseguiu se adaptar, e situação financeira são fatores que, aparentemente, impedem a sua participação em eventos e momentos de lazer e distração. O setor S-C, pelas informações coletadas, foi classificado como pouco adequado de acordo com a EDAO (dois pontos).

Setor Or

Antecedentes

Dália disse que, quando mais jovem, tinha boa saúde.

Dália nunca manteve relação sexual, apesar de reconhecer o desejo, já que, segundo ela, trabalhava muito e tinha a obrigação de cuidar dos irmãos.

Há alguns anos tinha o hábito de se exercitar: *“Eu fazia muita atividade física por causa do problema de coluna, então, eu fazia muito exercício. Eu tratei da coluna um tempo em Belo Horizonte, tratei aqui, depois eu tentei marcar aqui de novo e não consegui, aí, eu voltei para Belo Horizonte, porque eu tenho uns irmãos que*

mora lá. Aí, eu tratei muito tempo lá em Belo Horizonte, mas agora tá controlado. Lá eu tratei da coluna e do bursite que eu tenho nos dois braço e isso já tem uns seis anos, eu acho” (sic).

Dália submeteu-se à mastectomia há quatro anos e cinco meses (a entrevista foi realizada no mês de novembro de 2009).

Situação atual

Atualmente Dália apresenta um quadro de linfedema no braço homolateral à mastectomia, nos momentos em que pega peso.

Dália disse nunca ter sido vaidosa, mostrando pouco cuidado com sua aparência: *“Eu nunca fui vaidosa, nem no tempo de eu nova. Cada pessoa tem o seu jeito de ser, né? Eu tinha duas irmãs que era muito vaidosa, gostava de ser bonita, andar bem arrumada, bem vestida e eu nunca fui assim. Eu num tinha esses negócio não. Nunca fui de maquiar, pintura, essas coisa não. Eu não sou uma pessoa vaidosa (tem várias falhas em suas gengivas, provenientes da falta de dentes). Às vezes eu gosto de um creminho, pronto, e tá bão demais. Eu nunca fui vaidosa” (sic).* Apesar de não se considerar vaidosa, no dia da entrevista usava roupas e cabelo limpos, mostrando cuidados básicos de higiene.

Dália tem 68 anos de idade e, atualmente, apresenta um incômodo na perna que a limita mais que o fato de ter-se submetido à mastectomia e estar em tratamento quimioterapêutico, em consequência do câncer de mama: *“Eu tô com uma perna facilitada e eu caio muito. Eu caio porque às vezes eu tô em pé e dá um choque no nervo da perna e, quando eu vejo, eu já caí. Então, com esse negócio eu num tô podendo andar (referindo-se à limitação da perna)... Com esse problema que eu arrumei na perna eu não tô conseguindo fazer nada mais não” (sic)... “Agora,*

quando a minha perna tá boa, eu subo em cima de casa... Faço de tudo, eu tenho essa idade toda, mas eu tenho muita agilidade, sabe” (sic)?

Quando perguntado o que aconteceu com a sua perna, Dália disse: *“Eu num sei o que eu tenho na perna não, eu já fiz a radiografia, mas estou esperando marcar a consulta. Na verdade, o que eu sinto é uma dor na perna” (sic)*. Após consulta médica com um especialista, Dália recebeu o diagnóstico de artrose, o que justifica as dores na perna e as quedas. Foi perguntado se sente dor em alguma outra parte de seu corpo e disse: *“Não, dor não, eu sinto é muita fraqueza, né?! Eu me sinto muito fraca, porque esse tratamento que eu faço (referindo-se à quimioterapia para o tratamento do câncer de mama) é muito agressivo. Então eu tomo os remédio e os remédio é muito forte. Aí, eles me deixa muito debilitada” (sic)*. A submissão à quimioterapia acontece via oral, e não venosa, como em muitas pacientes: *“Já tem uns oito meses que eu faço essa química, mas é comprimido que eu tomo, num é injeção não. Eu tomo 15 dias e falho 15, só que dessa vez, depois que fez os 15 dias, a médica me deu um comprimido mais forte, uma dose mais forte e eu passei muito mal” (sic)*.

Além disso, a paciente relatou sobre os dois episódios de internação vividos por ela há cerca de quatro meses, (já mastectomizada e em quimioterapia), um em decorrência de uma gripe e outro devido ao quadro de anemia, fatores que intensificavam a *“fraqueza” (sic)*, vivenciada por ela, devido à quimioterapia: *“Esses dia mesmo eu tive internada, duas vezes, eu tive internada aqui na Medicina², porque me deu uma gripe forte e comecei a tossir muito. Eu fiquei uns 10 dias com febre em casa. Aí, eu falei: eu vou pra Medicina, porque eu num tô agüentando mais. Aí, eu fiquei dois dias internada, saí do hospital e esses dias eu*

² Medicina é o nome popular dado pelos usuários ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (provavelmente uma referência à antiga Escola de Medicina).

tive internada lá no Hospital do Câncer, tomei um litro de sangue, tomei soro, porque eu tava muito debilitada, tava com anemia, me deu muita anemia... Diz elas (referindo-se às médicas) que tá controlada a anemia, mas eu acho que num tá bem controlada não, porque eu ainda sinto muito fraqueza” (sic). É perceptível que, em decorrência da quimioterapia, Dália está ficando mais debilitada.

Foi investigado se Dália estava vivenciando outro mal-estar, além da fraqueza: *“Dor de cabeça, eu até sinto, mas é muito pouco. Agora, enjoô eu sinto bastante. De vez em quando eu dô enjoô, vomito, mas agora deu uma parada nas química (referindo-se às sessões de quimioterapia) e eu tô um pouco melhor. Eu vou voltar a fazer a química em dezembro. Ela (referindo-se à medica) me deu um mês, um mês e 14 dias pra aí eu voltar” (sic).*

Quando questionada sobre a qualidade de seu sono, Dália disse: *“Eu tava até dormindo bem, agora, de agosto pra cá (a entrevista foi realizada no mês de novembro), num tô não, porque a médica me passou um remédio pra... tiróide, mas eu acho que eu não tenho tiróide, mas ela tema que eu tenho, então, fiz um exame... Da primeira vez deu tiróide, aí, eu falei, não, vamo fazer o segundo porque eu não tenho tiróide (referindo-se a alguma anormalidade na glândula tireóide). Aí, nós fizemos o segundo e não deu tiróide, aí, esses dias ela fez mais uma vez e disse que deu tiróide de novo, aí me passou remédio e parece que eu num tô me sentindo muito bem com ele não, mas eu tô tomando assim mesmo. Vô tomar essa caixa e depois eu vou parar com o remédio, esperar uns dias e fazer de novo outro exame, pra ver se eu tenho mesmo tiróide, porque, se eu num tiver, eu num vou tomar não” (sic).*

Dália, que faz uso de óculos de grau, relatou que não apresentava outras disfunções orgânicas: *“Eu não tenho problema de pressão alta, diabetes, colesterol alto, nada disso, graças a Deus”* (sic).

Quanto a sua alimentação, disse: *“Até que hoje eu num tô alimentando muito ruim não. Até que como, num é muito não, assim, de uma vez não, mas cada vez eu como um pouquinho”* (sic). Quando perguntada se achava que o quadro clínico de anemia poderia ter alguma relação com a sua qualidade de alimentação, respondeu: *“Eu acho que o problema da anemia num quer dizer que eu estou me alimentando mal não, a anemia aconteceu porque, na verdade, eu dei muita diarreia, uma diarreia muito forte. Aí, você sabe, a gente perde muito líquido e enfraquece demais da conta. Mas agora eu até tô comendo bem. Teve uns dias que eu num tava não. Passei uns 10 dias que tudo que eu comia eu passava mal, vomitava e não parava nada no estômago...Eu, geralmente, como arroz, feijão, carne, verdura, essas coisa... Às vezes eu como uma banana, uma maçã, pêra. Eu num sou muito de comer toda hora não”* (sic). Dália relatou alimentar-se em pouca quantidade.

Com relação à realização de exercícios físicos, contou: *“Agora eu num tô fazendo atividade não. Depois que eu comecei a tratar do problema do câncer (referindo-se ao câncer de mama), aí, eu parei”* (sic).

Quanto ao desejo sexual, Dália parece reprimi-lo ao dizer que não o vivencia com a mesma intensidade, como no tempo em que era mais jovem; atualmente sente apenas *“um foguinho”* (sic).

Adequação do setor: Dália mostrou-se uma pessoa despreocupada com a sua aparência, com significativa limitação corporal, em decorrência principalmente das

dores na perna (devido à artrose), dos enjoos provocados pela quimioterapia e da fraqueza intensificada com o quadro de anemia. Dália vivencia várias enfermidades e tem um sono de pouca qualidade; além de não se alimentar bem, reprime a sua própria sexualidade. O setor Or de Dália está em crise e foi classificado como pouquíssimo adequado, por meio da EDAO (um ponto).

Conclusão geral: De acordo com a classificação obtida pela EDAO, Dália apresenta uma adaptação não-eficaz severa, com crise no setor Or, grupo VI (A-R:1 ; Pr:1; S-C:2 ; Or:1, totalizando cinco pontos). Já, pela EDAO/R, apresenta uma adaptação ineficaz grave, com crise (setor Or), grupo 5-C (A-R:1; Pr: 0,5, totalizando 1,5 pontos).

4.2.2 Relatório da entrevistada Petúnia (G2)- participante submetida à mastectomia aos 42 anos e entrevistada aos 66.

Setor A-R

Antecedentes

Petúnia relatou um pouco sobre os momentos difíceis vivenciados e a sua superação. Contudo, as três maiores dificuldades citadas por ela fazem interface com o setor Or, à medida que estão relacionadas ao diagnóstico de câncer de mama, à cirurgia cardíaca e à fratura óssea (fêmur), que experienciou. Petúnia apresenta-se como uma pessoa que investe suas energias na recuperação e superação dos problemas que a vida lhe impõe. A força de vontade e a certeza da vitória parecem sobressair *aos tombos* por ela experienciados.

Petúnia casou-se ainda muito jovem e relatou um pouco sobre o quanto se sentiu bem e acolhida na família do companheiro: *“Eu casei com dezoito anos, nova. Eu saí do Estado de São Paulo e fui pro Paraná. Tanto a minha família quanto a família dele era, e ainda é, uma família assim, muito unida. Então, eu entrei na família dele, assim, eu não senti diferença da minha família pra família dele. Assim, a família unida. Ele é um filho homem com quatro irmãs e eu não, eu já era sete irmãs e dois irmãos. Então, assim, a família dele era muito unida como a minha família também, muito unida, então eu não senti muito nessa parte. Nessa parte a gente combinou muito bem”* (sic).

Situação atual

Petúnia mora com seu esposo em uma cidade localizada a 100 km de Uberlândia: *“Hoje mora comigo só o meu esposo”* (sic). Os filhos do casal parecem ser bastante atenciosos com a paciente. O relacionamento entre mãe e filhos se apresenta saudável, próximo e sempre se preocupam em, mutuamente, se ajudarem. Foi perguntado à paciente: Quando a senhora precisa de ajuda, a senhora tem com quem contar? *“Com os meus filhos”* (sic). *“Meus filhos me ajuda tanto, tipo assim, já liga de manhã, liga à noite. Aí eles falam: Mãe eu num posso ir hoje, mas amanhã cedo eu vou! Entendeu? É dessa maneira que eles me ajuda. Tá sempre fazendo visita, tá sempre vindo em casa. Eles são muito unidos. Unidos demais, entre eles e com a gente também. Eles são assim, muito atencioso”* (sic). Petúnia relata sempre apoiar os filhos nos momentos em que precisam: *“Até hoje ainda, se um precisa, eu vou pra lá pelo menos ali de companhia, né? Dando assistência”* (sic).

O relacionamento com o parceiro, já há 48 anos, também é bastante saudável, uma relação de amor, carinho, respeito e companheirismo. O diálogo parece fazer parte do relacionamento familiar, o que provavelmente contribui para o estabelecimento de uma relação prazerosa também com os filhos: *“Eu e meu marido num briga. E com os filhos também são assim. Eles sentam, conversam, sabe? Mesmo entre eles não tem discórdia. Eles chegam, chamam, sentam e conversam. Resolvem tudo na hora, não deixam ficar levando pra frente pra depois não ter jeito”* (sic).

Petúnia fala com carinho, referindo-se aos filhos e aos netos: *“A nossa criação com meus filhos foi ótima. Se eu te falar que eles num me deram trabalho nenhum... e hoje eu já tenho 10 netos. O mais velho tá com 17 e a pequininha tá com dois meses. É bom demais”* (sic).

Talvez pela vivência, superações e amadurecimento, adquiridos com o tempo, Petúnia não considera ter *problemas* para resolver, mas *“coisas”* (sic). Diante de fenômenos que precisam ser solucionados, Petúnia tenta se comportar com tranquilidade e cautela. Petúnia se preocupa em aproveitar e curtir o *“hoje”* (sic), evitando ser *“extrapolada”* (sic), como agia antes de adoecer. Petúnia exemplifica uma situação à entrevistadora, a fim de facilitar a sua compreensão: *“Difícilmente eu tenho problema. Eu tenho assim... Coisas pra resolver, né, que aí eu não encaro como problema. Por exemplo, agora no final de ano, os filhos estão assim: vocês vão viajar pro Paraná ou não vão? Eu não sou aquela pessoa que resolvo algo agora (a entrevista foi realizada no mês de novembro) pra daqui janeiro. Eu falo assim: calma, eu vou decidir se eu quero ir ou não. Vai depender do que? Se tiver muito calor, eu num vou (risos). Porque Paraná é muito quente, muito mais quente que na cidade onde eu moro hoje. Quando é frio, é muito frio, quando é*

quente, é insuportável. Então, assim, eu sei que eu vou passar o Natal na minha casa, mas em janeiro eu não decidi ainda. Eu falei assim, eu só vou (para o Paraná) se não tiver muito quente, mas eu só vou decidir no último final de semana. Então eu num fico assim: eu vou, eu num vou... Eu não fico apavorada. Eu não sou assim, entendeu? Eu já falei: eu só vou decidir, depois do Natal. Porque eu sou muito rapidinha, eu não tenho mais criança pra me preocupar, então, de hoje pra manhã, eu decido se eu vou ou num vou. Eu vou ligar pra ver se tá muito quente, aí eu decido. Pra quê ficar preocupando um mês antes? Eu num sei se amanhã eu vou tá aqui ainda (referindo-se se ela vai estar viva ou não)... Eu num sou de sofrer com antecedência não. Eu acho assim, eu já passei por tantas situações que eu não tava preparada e, com isso, eu me preparei, a minha maneira de ser. Eu num vou decidir pro mês que vem! Eu tô vivendo o hoje e quero viver o hoje bem. Eu procuro fazer tudo que eu tenho que fazer hoje direitinho, amanhã é outro dia. E eu tento passar isso pros meus filhos, entendeu? Eu falo, gente, num se preocupa não. Vocês têm que fazer planos, mas vocês não tem que se extrapolar por isso. Eu fui assim, extrapolada, entendeu? Até ficar doente, até ficar doente da mama (interface com o setor Or). Assim, eu queria fazer tudo hoje, entendeu? Resolver tudo de uma vez. Mas, depois disso, eu fiquei mais tranqüila, comecei a fazer as coisas tudo com mais calma. Eu acho que, depois dessa doença (o câncer de mama), o meu amor cresceu demais pelo outro, pelas pessoas” (sic).

Adequação do setor: Petúnia tem capacidade para amar e ser amada; reconhece que precisa emocionalmente do outro e o percebe como pessoa; mantém um relacionamento saudável, com qualidade e confiança nos filhos e parceiro;

respeita o outro. Demonstrou capacidade de crescimento emocional com as experiências, geralmente relacionadas a situações de doenças; aproveita as oportunidades que a vida lhe oferece e ama a si mesma. O setor A-R de Petúnia foi classificado como adequado de acordo com a EDAO (três pontos) e EDAO/R (três pontos).

Setor Pr

Antecedentes

Petúnia estudou somente até o ensino fundamental, mas apresentou-se como uma pessoa bastante informada e instruída, talvez pelo fato de receber bastante estímulos, à medida que tem o costume de viajar com frequência, participar de vários movimentos religiosos e ampla convivência social (elementos de interface com o setor S-C).

Petúnia tinha um ritmo acelerado de trabalho, enquanto jovem, com os filhos ainda crianças. Suas atividades estavam relacionadas aos afazeres domésticos e Petúnia não contava com o auxílio de funcionária. Além disso, ainda trabalhava com costuras, o que contribuía no rendimento da família. Esse quadro sofreu alterações a partir do momento em que Petúnia recebeu o diagnóstico de câncer de mama (interface com o setor Or) e precisou se submeter à mastectomia, aos 42 anos de idade. Dessa forma, suas atividades foram minimizadas. Após sete anos dessa intervenção cirúrgica (com 49 anos de idade), Petúnia precisou se submeter a uma cirurgia cardíaca e, em decorrência, a realização de suas tarefas diárias ficou ainda mais restrita. Contudo, essa restrição foi realmente ampliada depois de 22 anos da mastectomia, isto é, há dois anos, momento em que começou a apresentar um quadro clínico de linfedema no braço homolateral à

mastectomia (interface com o setor Or): *“Antes de eu ficar doente (referindo-se ao câncer de mama), eu fazia de tudo. Eu era nova nê, eu fazia de tudo. Eu costurava pra família toda, até pra fora e tomava conta da minha casa. Eu fazia de tudo, eu não tinha empregada, tinha uma casa enorme, eu lavava, passava, limpava casa, cozinhas, e sempre tinha gente em casa; parecia um restaurante em casa, mesmo depois da cirurgia (referindo-se à mastectomia). Sempre tentei levar minha vida normal. A cirurgia em si (mama) num afetou tanto as minhas atividades não, mas já deu uma diminuída. Quando eu fiz a cirurgia cardíaca, daí, então, eu já não costurei mais, pelo fato de que eu sentia dor nas costas, nê? Mas foi de dois anos pra cá é que eu fiquei mais quieta mesmo, por causa do meu braço (quadro de linfedema). Mas eu sempre fiz de tudo e também sempre levei uma vida assim, tranqüila”* (sic). *“Depois da doença da mama, dei uma diminuída no meu ritmo de trabalho, depois da cirurgia cardíaca diminuiu mais ainda. Agora, foi mesmo depois do inchaço no braço, que eu diminuí mesmo, de dois anos pra cá”* (sic).

Situação atual

Atualmente Petúnia conta com o auxílio de uma funcionária para a realização das tarefas domésticas. Em contrapartida, adaptou as suas atividades e conseguiu se organizar para diariamente, no período matutino, fazer doces, atividade que a faz se sentir mais útil, capaz e lhe traz muito prazer. Petúnia ainda consegue dividir o seu tempo para o descanso: *“Faz dois anos que eu parei de fazer de tudo (referindo-se às tarefas domésticas), porque o meu braço inchou. Agora eu tenho uma empregada, vai fazer dois anos agora em março. Aí, hoje eu fico mais é fazendo meus doce”* (sic).

Petúnia reconhece e aceita os seus limites com relação à execução de algumas atividades. Vivencia essa realidade com tranquilidade e sem sofrimentos, pois canaliza as suas energias para outros fins, como garantir o seu bem-estar: *“Eu penso assim, eu tenho que viver bem, da maneira que eu posso. Tem muita gente que se estressa com isso, né? Fica querendo isso e aquilo. Eu não. Eu sempre consegui lidar muito bem com os meus limites, entendeu? Eu nunca tive problema nenhum não”* (sic). *“Aí, é assim, eu divido, pra cada dia, um tipo de doce. Eu faço bombom, balinha, pão-de-mel e casadinho. Então, todo dia de manhã eu tenho uma atividade, até onze e meia, meio-dia. Aí, eu almoço e descanso. Na parte da tarde eu fico mais folgadinha e me distraio com alguma coisa, por exemplo, com tv. Quando eu estou fazendo minhas atividades, os meus doces, eu sou muito organizada e concentrada”* (sic), o que pode auxiliar Petúnia a conseguir concluir o que planeja diariamente.

Adequação do setor: Petúnia relatou que, em consequência de algumas limitações físicas, atualmente tem um ritmo de trabalho bastante abaixo, em comparação ao tempo em que era mais jovem e antes das doenças da mama e cardíaca. Todavia, esse aspecto não deixa Petúnia frustrada e/ou triste, visto que conseguiu adaptar as suas atividades, buscando um trabalho mais leve (confeção de doces), e aceitar a realidade. Para isso, Petúnia consegue se planejar e se organizar, uma vez que diariamente reserva a parte da manhã para cozinhar um tipo diferente de doce. Por meio dessa função, Petúnia consegue ter um retorno financeiro e pessoal satisfatório. De acordo com a EDAO e EDAO/R, o setor Pr de Petúnia foi considerado adequado, obtendo, respectivamente, três e dois pontos.

Setor S-C

Antecedentes

Petúnia, juntamente com sua família, ou seja, filhos (na época adolescentes) e companheiro, mudou-se para uma pequena cidade perto de Uberlândia, deixando o Estado do Paraná, onde moravam. Essa mudança fez com que Petúnia desfrutasse de uma nova cultura e costumes diferentes. Algumas foram no início vivenciadas com dificuldades e outras com satisfação, já que contribuíram para a ampliação de seu universo pessoal. O aspecto que Petúnia vivenciou com mais dificuldade foi o da religiosidade, ou seja, de alguns pontos de divergência entre a realidade compartilhada dos movimentos da Igreja Católica nos dois estados: *“Hum, quando eu vim pra cá, pra Minas, e pra... (cidade onde mora atualmente) eu senti muito. Eu senti muito quando eu mudei pra cá. Eu sentia assim, por exemplo, eu saí de um lugar, de uma paróquia que tinha 150 grupos de reflexão, olha pro céu, eu era dirigente de um grupo e eram 12, 10, 12 casais. Muito diferente. Lá participava as famílias... Quando eu mudei pra cá, eu senti muita diferença. A parte que eu mais senti diferença foi aí. Eu ia pra igreja com meu marido, a gente olhava assim, e só tinha mulher na igreja. O primeiro ano, nós mudamos em julho, em dezembro tinha novena de Natal, sabe? Mas assim, só de mulher. O meu marido foi e as mulheres falaram assim, nossa, só ele de homem! Aí, ele já não quis participar mais. Aí, eu só saía com ele (o companheiro) porque ele também já se sentia assim, diferente naquele meio, com um tanto de mulher. Ele já não quis participar”* (sic). Nessa época, Petúnia conta que sentiu falta das amizades que havia construído em Maringá, onde morava. Além disso, Petúnia vivenciou dificuldades com relação ao acesso a determinados alimentos (não os encontrava para comprar), já que em sua família tinha-se o costume de

todos produzirem em suas próprias casas, vários alimentos, por meio do cultivo de hortas. Foi falado um pouco sobre o processo de adaptação aos novos costumes e cultura: *“E, também, a gente tinha muitas amizades lá, eu senti muita falta deles. Alimentação também tinha, tinha muita diferença sim. Como eu fui para uma cidade pequena, lá não tinha mercado, tinha mercado, mas não tinha verdura, não tinha. Os mercados não tinham verdura, legume. E eu, lá no Paraná, todo mundo tinha sua horta, entendeu? E eu vim pra cidade, né, e aí era muito difícil. Mesmo se você quisesse comprar, não tinha. Depois é que foi entrando, os mercados começaram a colocar legumes, só tinha coisa assim, batata, cebola. Como eu sou de família italiana, cada um tem a sua horta, né? Já compra um lote que tem um lugar grande pro espaço da horta. Eu tinha uva, banana, frango, eu tinha de tudo, né? Fartura. Então eu senti muita falta. Até a gente se adaptar foi difícil. Foi muito difícil no início, né? A gente ia assim, a gente falava, gente, mas num tem nada. E muita gente do Paraná, que veio, também sentiu isso, a mesma coisa. Aí, com o tempo, a gente foi adaptando. A gente já começou a plantar na fazenda, entendeu?”* (sic). Petúnia sente orgulho do “marido” (sic) ter contribuído para o crescimento e desenvolvimento da comunidade onde atualmente moram, uma vez que transmitiu aos moradores conhecimentos e costumes bastante positivos, que vivenciavam no Estado do Paraná: *“O meu marido ensinou muito sobre horta pras pessoas, foi ensinando e as pessoas foi aprendendo a como plantar, entendeu? Aí, foi ficando mais fácil as coisa por lá”* (sic). Petúnia contou o motivo da mudança de cidade e estado: *“Nós mudamos para... (cidade onde mora atualmente) porque o meu esposo lá no Paraná cuidava de bicho da seda. E lá ele gostava muito de café, né? Então, acabou nosso café lá e ele passou para o bicho da seda. Daí, deu uma caída, num tinha jeito. Aí, ele resolveu vender lá e*

comprar a terra de café pra cá. Comprou a fazenda e nós mudamos. Ele ficou dois anos tocando sozinho, sem eu mudar pra cá, eu fiquei lá. Daí nós mudamos pra cá pra cuidar do café” (sic).

Petúnia relatou um pouco sobre os eventos culturais de que participava no Paraná e sobre a oportunidade que essa região oferecia à comunidade local, permitindo manter os filhos em aulas específicas relacionadas ao esporte e à música. A mudança de estado também provocou nos filhos certa apreensão, o que deixou Petúnia preocupada na época: *“Lá eu participava muito dos desfiles, agora, aqui a gente vai só pra assistir. O desfile de 7 de setembro era muito diferente, agora já tá tudo igual. Agora já tem muita comemoração, progrediu demais, né? Os desfiles já são bons. De primeiro, num dava nem vontade de ir nos desfiles porque num tinha nada, né? Eu saí de lá (Paraná), participando de tudo. Em Nova Esperança, onde meus filhos nasceram, lá eu passeava com os meus filhos, levava eles nos desfiles, em tudo, sabe? Era judô, era aula de violão, de piano. A minha filha mesmo, quando ela mudou pra cá, ela tinha 12, 13 anos, ela fazia piano lá, aí ela teve que parar porque aqui não tinha. Eles, meus filhos, também sentiram muito. A minha filha até voltou pro Paraná, porque lá no Paraná sempre tinha e tava perto dos coleguinhas da idade dela, elas brincavam o dia todo e depois veio pra cá e não tinha colegas. Eu fiquei tão preocupada que eu cheguei a mandar ela de volta, porque ela tava doente aqui. Eu arrependi de perguntar pra ela: você quer voltar? (O arrependimento aconteceu pois a filha desejou voltar para o Estado do Paraná e, conseqüentemente, ficou longe da mãe por algum tempo). Aí, ela aceitou na hora. Aí, ela foi morar com a tia por dois anos. Mas aí, ela já tinha 15 anos quando ela voltou pra cá” (sic).*

Situação atual

Petúnia contou um pouco sobre a evolução e o desenvolvimento que consegue perceber na cidade para onde precisou se mudar e atualmente continua morando:

“Agora é que tá melhorando. De um tempo pra cá, é que melhorou, que os homens estão participando mais da igreja, a gente vê casais na igreja. Agora, aqui já tá diferente, agora aqui mesmo já tem muitos encontros na igreja e eu já não sinto diferença hoje. Mas naquela época eu sentia muito nessa parte” (sic).

Petúnia conta que gostou de conhecer a nova cultura, em especial os desfiles de Congado, típicos da região de Uberlândia. *“Além dos desfiles de Congado, quando também tem exposição na cidade onde a gente mora... a gente vai”* (sic).

Petúnia viaja com muita frequência, o que favorece o conhecimento de vários lugares diferentes. Geralmente essas viagens acontecem na companhia dos filhos: *“Eu geralmente viajo com meus filhos, eu vou pra São José do Rio Preto, pro Paraná, porque minha família é toda de lá, né? Eles estão todos lá. Eu tô sempre assim, né, aqui em Uberlândia, vou pra Patos, também tenho ido em Patos. Aqui pra Uberlândia eu venho muitas vezes sozinha, de ônibus. Mas, por exemplo, pra São José do Rio Preto, a minha filha que mora aqui vai com a gente sabe?”* (sic).

O aspecto da religiosidade está presente na vida de Petúnia e é vivenciado intensamente. Petúnia participa de vários movimentos da Igreja e considera o relacionamento construído com os outros membros como familiar, mostrando ser uma relação próxima e de confiança. Para cada movimento, são formados grupos de pessoas diferentes, o que amplia o universo pessoal da paciente: *“Eu já participei de cursílio e de outros encontros que tem. Eu participo da Igreja Católica, eu sou da Conferência de São Vicente de Paulo, eu sou vicentina. A*

conferência tinha assim, muitos membros, né? Depois foi falecendo assim, dois ou três, aí, foi diminuindo. Então, a dirigente lá da conferência, ela pegou uma de jovem, garotos adolescentes. Então, ela não tem muito tempo, mas a gente toda semana se reúne, na segunda-feira. E tem também as conferências que se reúnem. Agora mesmo vai ter um encontro grande, com todas as conferências junto. Sempre que tem, eu participo. É uma assembléia que vai ter agora no início de dezembro. Aí, é assim, todo mundo é amigo, muito amigo. Geralmente essas pessoas freqüentam a minha casa e é assim. A gente assim, se reúne para rezar um terço, fora da reunião, quando tem aniversário, a gente sempre faz um terço na casa da pessoa. No final de ano também tem as festinhas, as comemorações de final de ano e tem também os assistidos que a gente visita (pessoas de condição sócio-econômica bastante precária e que geralmente recebem auxílio dos vicentinos, por meio de cestas básicas e medicamentos). A gente vai se tornando uma família, né? Nas quermesses da igreja, eu também participo, eu só não trabalho, mas eu vou lá. Tô lá festejando. Geralmente eu vou com meu esposo. A gente só sai junto” (sic). Podemos perceber que os grupos religiosos também planejam e organizam eventos festivos, momentos compartilhados também por Petúnia e seu parceiro. Por meio da televisão, Petúnia continua praticando a sua espiritualidade, visto ser telespectadora de um canal católico, inteiramente voltado para a evangelização, o Canção Nova: “Geralmente eu assisto a Canção Nova. Na parte da manhã, enquanto eu fico nos doces, eu também coloco na novena do Pai Eterno na Canção Nova, que eu assisto todos os dias” (sic). Além do canal de televisão Canção Nova, Petúnia também acompanha diariamente o programa de auditório *Casos de Família*, apresentado pela jornalista Christina Rocha na Rede SBT, o Jornal Nacional e a novela *Viver a*

vida, ambos transmitidos pela Rede Globo. Nota-se que Petúnia utiliza a televisão como um instrumento, em prol da sua evangelização e espiritualidade, além de ser uma ferramenta para o lazer e para se manter informada sobre os acontecimentos diários: *“Então, eu assisto a Canção Nova; a Christina, mas a Christina eu assisto só mesmo pra rir e, de noite, o Jornal Nacional e a novela seguinte, porque as outras novelas eu não assisto não”* (sic).

Petúnia conta orgulhosa à entrevistadora sobre os funcionários que seu esposo emprega em sua fazenda, já que trabalham com mudas de café e eucalipto, plantas que adaptam bem à região: *“Hoje já tem muita gente que trabalha com a gente. Hoje meu esposo cuida de viveiro, entendeu? Viveiros de mudas de café e de eucalipto”* (sic).

Adequação do setor: Apesar da dificuldade vivenciada por Petúnia em lidar com a cultura e alguns costumes regionais da cidade mineira, localizada perto de Uberlândia, para onde precisou se mudar com toda a família, com o tempo, a adaptação foi sendo alcançada; concomitantemente a cidade foi evoluindo e oferecendo aos moradores maiores oportunidades. Atualmente, Petúnia está adaptada à realidade do município onde mora e construiu novas amizades. O aspecto da religiosidade alcança um patamar essencial na vida da paciente, que realiza viagens com frequência e tem a televisão como fonte de informações e distração. Petúnia aprecia os desfiles de Congado e tem o hábito de frequentar eventos sociais, como a exposição agropecuária e festas organizadas pelos membros da Igreja Católica Apostólica Romana. Por meio da EDAO, o setor S-C de Petúnia foi classificado como adequado (três pontos).

Setor Or

Antecedentes

Petúnia vivenciou quatro gestações, sendo três partos *normais* (um no ambiente hospitalar e dois em sua própria casa) e um cesariano. Em um dos partos domiciliares, Petúnia recebeu auxílio de parteira e, no outro, foi ajudada por um médico: *“Eu tenho quatro filhos, são três homens e a quarta é mulher. É a mais nova”* (sic). Em nenhum dos quatro partos teve intercorrência.

No ano de 1985, ou seja, quando tinha 42 anos de idade, Petúnia se submeteu à mastectomia. E relata como percebeu a alteração em sua mama, ou seja, a presença do nódulo: *“Eu fiz a cirurgia em 85, tem 24 anos. Eu descobri o caroço, eu tava numa praia. Eu não sentia nada, quando eu deitei na areia é que eu senti o carocinho no seio. Eu não tinha sentido nada, entendeu? Aí, eu senti uma coisa muito diferente. Aquela viagem, pra mim, mudou a minha vida”* (sic). Por meio dessa fala, percebe-se que, desde o momento em que Petúnia percebeu alguma mudança em sua mama, mesmo ainda sem receber o diagnóstico de câncer de mama, suas fantasias e medos *tomaram conta* de seu ser.

Petúnia recordou o momento em que recebeu alta médica do hospital, onde se submeteu à mastectomia e sua reflexão sobre a maneira que encararia sua vida *dali pra frente*. Apesar de ter experienciado sessões de quimioterapia e de radioterapia, a intervenção cirúrgica foi, para ela, o momento mais difícil de ser vivenciado, ou seja, o que lhe casou mais sofrimento e impacto, tanto físico quanto emocional: *“Depois que eu fiz a cirurgia na mama, logo que eu saí do hospital, o médico me aconselhou tanto, era um médico tão bonzinho, sabe? (interface com o setor A-R). Ele falou assim: olha, a senhora pode morrer com isso (referindo-se ao câncer de mama), e pode viver tanto tempo e morrer de*

outra coisa. De repente, você vai conviver com isso durante muitos anos. Esse médico me aconselhou muito! Aí, quando eu saí do hospital, eu vi um senhor atravessando a rua com uma muleta, com a perna amputada. Aí, eu pensei,: eu tenho dois braços, duas pernas, eu posso caminhar, posso trabalhar, eu não posso ficar abatida (aceitação da realidade e tentativa de superação). Eu fiz quimioterapia, radioterapia e não tive problema nenhum nos tratamentos. Fiz tudo tranqüila. Recuperar é que foi difícil. Nessa época, eu tive que fazer muitos exercícios (referindo-se aos exercícios físicos pós-cirúrgicos específicos com os braços), mas hoje eu não faço mais. Eu fiz exercício com a cordinha, o da aranha na parede..”. (sic).

Alguns anos após a cirurgia mamária, ou seja, aos 49 anos, Petúnia experienciou outra intervenção cirúrgica, agora cardíaca. “O início de infarto” (sic) ocorreu durante outra viagem: “Depois disso (referindo-se ao câncer de mama) eu ainda tive a cirurgia cardíaca. Já está com 17 anos. Foi início de infarto. Então, daí pra cá é que eu não pude mais fazer o que eu fazia, né? (interface com o setor Pr). Quando eu enfartei, eu também estava passeando. Foi assim, pra um casamento (interface com o setor S-C). Eu fui pra um casamento e fui fazer uma consulta de rotina. Fui fazer exame de sangue e o médico trocou o remédio pra mim de pressão, porque minha pressão estava um pouco alta. E eu fui viajar mais pra longe, né? O casamento era no sábado e eu fiz essa consulta no começo da semana. Ele falou assim, como você volta no sábado, na sexta você vem pra cá. E quando foi na quarta eu já comecei a sentir dor (na região do peito), lá em Douradinho, que fica lá também no Paraná. Aí, eu liguei pra ele (o médico) e avisei da dor, aí, ele falou: como você vem pra consulta sexta-feira, você continua com o remédio e volta na sexta. Porque assim, só doía de manhã, na hora que eu

levantava, entendeu? Assim, uma dor muito estranha. E depois passava. Aí, eu fiquei até na sexta, eu voltei pra eu fazer o eletro. Aí, ele disse: a senhora teve um infarto. Daí, já marcou a cirurgia, demorou em torno de um mês pra fazer a cirurgia. Daí, eu fui pra São Paulo, fiz lá na Beneficência, porque tenho uma irmã que mora lá (interface com o setor A-R, já que Petúnia contou com o auxílio da irmã durante esse tempo). *Ele me encaminhou pra lá, aí eu fiz”* (sic). Petúnia mostra-se uma pessoa atenta às modificações e sensações diferentes em seu organismo e às consultas de rotina.

Uma terceira experiência cirúrgica com Petúnia aconteceu mais recentemente, ou seja, há cerca de um ano e oito meses (aproximadamente 22 anos após a mastectomia). O procedimento cirúrgico foi necessário em consequência de uma queda da paciente, durante uma viagem, como nas duas experiências passadas: *“Eu viajei pra Curitiba e eu caí lá. Eu quebrei o fêmur do quadril até o joelho, eu tô com uma prótese aqui* (indicando a perna). *Vai fazer dois anos em março. Esse foi um tombo muito feio”* (sic).

Situação atual

Aos 66 anos de idade, Petúnia pareceu vaidosa e preocupada com a sua aparência. Aparentemente, Petúnia mantém cuidados com a pele, clara, sem manchas e, praticamente, sem rugas. O cabelo de Petúnia também estava muito bem cuidado, limpo e tingido.

Na entrevista, quando lhe foi perguntado se conseguia aproveitar os momentos de descanso, Petúnia respondeu a questão, fazendo uma interface com o setor Or, visto que aparentemente considera prazeroso e relaxante os instantes em que está realizando atividades físicas. O nível de exercícios físicos sofreu uma queda,

em decorrência do agravamento do problema cardíaco. A senhora consegue aproveitar os momentos de descanso? *“Sim, eu sou tranqüila. Eu sempre participei assim de natação, de exercícios lá onde eu moro hoje, também. Depois, agora ultimamente, eu não pude mais, porque o problema de coração agravou um pouco, sabe? Eu fiz quatro cateterismo, depois disso, então, o médico achou assim que era melhor eu parar e só ficar com a caminhada. Aí, eu faço, eu aproveito assim: se tenho que ir na casa de uma amiga, eu vou a pé, tenho que ir em outro lugar, eu vou a pé. A minha rua é numa subida muito grande, muito assim, pesada. Aí, eu dou a volta pela outra rua, eu ando um pouquinho mais, mas eu vou por aquela que não tem subida. Eu consigo me dominar, eu me domino bem (Petúnia consegue reconhecer seus limites). Num é que eu ando muito, mas eu procuro todo dia andar, dois ou três quarteirões, eu procuro fazer isso. É uma caminhada mais rapidinha, mas vou todo dia. Eu procuro assim, tenho que ir na igreja, se eu posso ir, se num tá chovendo, se eu tenho um tempo, eu vou andando, vou caminhando, então, eu aproveito o horário” (sic).*

Petúnia apresenta atualmente um quadro de linfedema no braço esquerdo homolateral à cirurgia mamária, que a incomoda, já que o lado esquerdo é, para ela, dominante. Esse linfedema aumenta quando pega peso com o referido membro; contudo, a sensibilidade ficou preservada. Petúnia se policia e busca adaptar-se, também, a essa realidade orgânica.

Atualmente faz acompanhamentos com cardiologistas, no Setor de Mastologia Maligna do HC-UFU, além de estar se recuperando da cirurgia na perna e adaptando-se às próteses. Petúnia não apresenta outras disfunções orgânicas e mantém relacionamento sexual satisfatório com o marido: *“Hoje eu tô bem, mas*

sempre indo nas consultas de acompanhamento, né? Do coração, aqui (referindo-se ao Setor de Mastologia Maligna do HC-UFU) e da perna” (sic).

Adequação do setor: Apesar da vivência do câncer de mama, do problema cardíaco agravado e da fratura do fêmur, Petúnia atualmente apresenta boa qualidade de vida, à medida que reconhece os seus limites físicos e busca adaptar-se as suas reais condições. É atenta a sua saúde e às pequenas modificações físicas que experiencia. Além disso, não apresenta outros prejuízos orgânicos e mantém uma vida sexual satisfatória, ao lado do companheiro, com quem vive há 48 anos. Por meio da EDAO, o setor Or de Petúnia foi classificado como adequado (três pontos).

Conclusão geral: Por meio da classificação realizada pela EDAO, Petúnia apresenta uma adaptação eficaz, sem crise, grupo I (A-R:3; Pr:3; S-C:3; Or: 3, totalizando 12 pontos). Na classificação pela EDAO/R, apresenta uma adaptação eficaz, sem crise, grupo 1 (A-R:3; Pr:2, totalizando cinco pontos).

4.3 Sistematização dos Dados Coletados e Analisados dos Dois Grupos

No Apêndice D encontram-se as fichas-síntese de cada participante dos dois grupos (G1 e G2), com informações sobre nomes, fictícios com objetivo de resguardar a sua identidade, a idade à época da entrevista, estado civil, nível de instrução, profissão, tipo de cirurgia realizada, número referente aos itens, identificando os fatores e microfatores, positivos e negativos, referentes a cada setor, adequação dos setores, segundo as duas propostas de avaliação da

EDAO, adaptação geral de acordo com EDAO e EDAO/R e pontuação obtida por meio da AGF.

Com o objetivo de auxiliar a estatística, na seqüência foi construído um segundo quadro com os dados referentes às categorias F+, F-, MF+, MF-, adequação de cada setor, adaptação geral, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO e pontuação atingida pela AGF, por cada participante. Nesse segundo quadro encontra-se o somatório de cada item, acrescido de um primeiro subtotal, incluindo os dados referentes ao somatório dos setores A–R e PR, em função da avaliação da EDAO/R; o segundo subtotal, acrescentando os dados do setor S-C, em função das comparações com a AGF, que não considera a avaliação do funcionamento orgânico, e o somatório dos quatro setores.

A seguir, apresentamos a Tabela 18, contendo os principais dados encontrados nas fichas-síntese, referentes a todas as participantes da presente pesquisa:

Tabela 18 Síntese dos dados sobre a adequação, adaptação e AGF de cada participante

N		EDAO					EDAO/R			A G F
		Adequação				Adapta ção	Adequação		Adapta ção	
		Setores				---	Setores		---	
G r u p o	Amostra	A-R	Pr	S-C	Or	---	A-R/R	Pr/R	---	
G 1	Azaléia	2	2	2	2	08	2	1	3	65
	Camélia	3	2	3	2	10	3	1	4	80
	Dália	1	1	2	1	05	1	0,5	1,5	50
	Hortência	2	3	2	2	09	2	2	4	75
	Íris	3	1	3	1	08	3	0,5	3,5	60
	Jasmim	1	2	2	1	06	1	1	2	51
G 2	Margarida	2	3	1	2	08	2	2	4	55
	Orquídea	3	3	2	2	10	3	2	5	81
	Petúnia	3	3	3	3	12	3	2	5	95
	Rosa	2	3	3	2	10	2	2	4	80
	Tulipa	2	2	2	2	08	2	1	3	61
	Violeta	3	3	2	2	10	3	2	5	81

Na tabela 18 encontramos os principais dados presentes nas fichas-síntese, referentes as 12 participantes da pesquisa, ou seja, à adequação de cada um dos setores e a adaptação geral de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO, e a pontuação por meio da AGF.

4.4 Análise Estatística

As análises estatísticas realizadas serão apresentadas de acordo com os estudos intra e intergrupos, em relação à eficácia adaptativa e ao funcionamento global das participantes.

4.5 Eficácia Adaptativa de Idosas com Câncer de Mama

Com interesse em verificar a eventual existência de diferenças, estatisticamente significantes, entre o total dos pontos obtidos pelas participantes de cada um dos dois grupos, por meio das duas propostas de avaliação da EDAO, comparando-se o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, foi aplicado o teste de Wilcoxon (Siegel, 1975) aos dados referentes a cada um dos dois grupos.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05 em um teste bilateral. Os resultados estão demonstrados na Tabela 19.

Tabela 19 Probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Wilcoxon aos resultados obtidos em cada um dos grupos, considerando o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO.

Variáveis	Grupos	Probabilidades	Conclusão a 5%
EDAO X EDAO/R	G1	0,257	EDAO = EDAO/R
	G2	0,066	EDAO = EDAO/R

Nota: $p < 0,05$

O valor da probabilidade encontrada no grupo 1 foi = 0,257, indicando que não houve diferenças, estatisticamente significantes, entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO.

O valor da probabilidade encontrada no grupo 2 foi = 0,066, indicando que não houve diferenças, estatisticamente significantes, entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO.

Tanto para G1 quanto para G2, portanto, verificou-se uma relação de equivalência entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, segundo a classificação das participantes pelas duas propostas de avaliação da EDAO.

Em um segundo estudo estatístico, com o objetivo de verificar a eventual existência de diferenças, estatisticamente significantes, entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO, obtidas entre os dois grupos de sujeitos, foi aplicado o teste U de Mann-Whitney aos dados em questão.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral. Os resultados estão demonstrados na Tabela 20.

Tabela 20 Probabilidades encontradas quando da aplicação do teste U de Mann-Whitney aos resultados obtidos entre as participantes dos dois grupos, considerando o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, conforme as duas propostas de avaliação da EDAO.

Adaptação segundo as duas propostas de avaliação EDAO	Probabilidades	Conclusão a 5%
EDAO G1 X EDAO G2	0,093	G1=G2
EDAO/R G1 X EDAO/R G2	0,041*	G2>G1

Nota: *p < 0,05

Com relação à EDAO, o valor da probabilidade foi $p = 0,093$, indicando que entre os participantes dos dois grupos não houve diferenças, estatisticamente significantes, entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações.

Quanto à EDAO/R, o valor da probabilidade foi $p = 0,041$, indicando que houve diferenças, estatisticamente significantes, entre o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações, sendo os valores mais elevados obtidos pelas participantes do grupo 2.

Resumindo, os resultados destacados na Tabela 20 apresentaram equivalência entre G1 e G2 no estudo com a EDAO, demonstrando diferenças estatisticamente significantes, com relação à variável EDAO/R, sendo os valores mais elevados obtidos pelas participantes do grupo 2.

4.6 Trabalho, Condição de Saúde e Eficácia Adaptativa

Com o objetivo de verificar a eventual existência de diferenças, estatisticamente significantes, nos resultados obtidos pelas participantes entre os dois grupos, foi aplicado o teste U de Mann-Whitney (Siegel, 1975), considerando-se os valores da eficácia adaptativa da EDAO e a adequação de cada setor (A-R, Pr, S-C e Or), separadamente, e os valores da eficácia adaptativa pela EDAO/R, e adequação de cada setor (A-R/R, Pr/R), respectivamente.

O nível de significância foi estabelecido em 0,05 em um teste bilateral. Os resultados estão demonstrados na Tabela 21.

Tabela 21 Probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de U de Mann-Whitney aos resultados obtidos pelas participantes entre os dois grupos, considerando-se os valores da eficácia adaptativa, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO e a adequação de cada setor, ou seja, A-R, Pr, S-C e Or; e A-R/R, Pr/R respectivamente.

Adaptação x Adequação	Probabilidades	Conclusão a 5%
EDAO X A-R	0,299	G1 = G2
EDAO X Pr	0,023*	G2 > G1
EDAO X S-C	0,715	G1 = G2
EDAO X Or	0,043*	G2 > G1
EDAO/R X A-R/R	0,299	G1 = G2
EDAO/R X Pr/R	0,023*	G2 > G1

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

Foram encontradas diferenças, estatisticamente significantes, entre os valores dos dois grupos, nas seguintes variáveis: adaptação segundo a EDAO e adequação do setor Pr; adaptação segundo a EDAO e adequação do setor Or; adaptação segundo a EDAO/R e adequação do setor Pr/R. Vale ressaltar que melhores adequações dos setores Or e Pr foram obtidas pelas participantes do grupo 2, isto é, as pacientes do G2 apresentaram melhor funcionamento orgânico, mantendo mais autonomia quanto ao setor produtividade, em relação ao G1, e dependiam menos de outrem para desenvolverem as suas atividades diárias. Essas variáveis interferiram na adaptação geral das participantes.

Por serem constantes os valores atribuídos aos tipos de adequação do setor da produtividade nas duas propostas de avaliação da EDAO, a comparação da EDAO e Pr; EDAO/R e Pr/R também foram constantes. Nessa análise estatística, deve-se lembrar que as pontuações referentes à adequação de Pr/R (2 - adequado; 1- pouco adequado; 0,5- pouquíssimo adequado) são respectivamente inferiores à Pr (3; 2; 1), porém consideradas constantes, por isso, o resultado de uma delas determina o da outra.

4.7 Eficácia Adaptativa e Adequação dos Setores A-R e Pr

Grupo 1

Com o objetivo de verificar a eventual existência de correlações, estatisticamente significantes entre os valores da adequação dos setores A-R, Pr, segundo a EDAO e os valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R segundo a EDAO/R; entre adaptação segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, obtida pelas participantes do grupo 1, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de dados, analisadas duas a duas.

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

Tabela 22 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas por meio dos valores da adequação dos setores A-R, Pr segundo EDAO e os valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R segundo EDAO/R; adaptação segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, obtida pelas pacientes do grupo 1, analisadas as séries de dados, duas a duas.

Grupo 1		
Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R e Pr pela EDAO X Valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R pela EDAO/R	0,985	0,000*
EDAO X EDAO/R – Adaptação	0,979	0,001*

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

Para G1 foram encontradas correlações, estatisticamente significantes, entre os valores estudados, ou seja, uma ligação de dependência entre as variáveis estudadas. Isto indica que, à medida que aumentam os valores de uma das variáveis, também aumentam os da outra; à medida que diminuem os valores de uma das variáveis, também diminuem os da outra. Sendo assim, à medida que

aumenta o somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R e Pr pela EDAO, os valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R pela EDAO/R também aumentam e vice-versa. Além disso, à medida que aumentam os valores da adaptação, segundo a EDAO, também aumentam os de EDAO/R e à medida que diminui a eficácia adaptativa, de acordo com a EDAO, também diminui a da EDAO/R.

Grupo 2:

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes entre os valores da adequação dos setores A-R, Pr, segundo a EDAO, e os valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R, segundo a EDAO/R, e entre adaptação, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, obtidas pelas participantes do grupo 2, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de dados, analisadas duas a duas.

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

Tabela 23 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas por meio dos valores da adequação dos setores A-R, Pr, segundo a EDAO, e os valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R segundo a EDAO/R; adaptação segundo as duas propostas de avaliação da EDAO; obtidos pelas pacientes do grupo 2, analisadas as séries de dados, duas a duas.

Grupo 2		
Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R e Pr pela EDAO x Valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R, pela EDAO/R	---	1,000
EDAO X EDAO/R – Adaptação	0,783	0,061

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

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 23, não foram encontradas correlações estatisticamente significantes para o G2, entre o somatório da pontuação, proveniente da adequação dos setores A-R e Pr pela EDAO e os valores da adequação dos setores A-R/R, Pr/R pela EDAO/R e a eficácia adaptativa, entre as duas propostas de avaliação da EDAO, isto é, essas variáveis não apresentaram ligação de dependência entre elas.

4.8 Níveis de Classificação das Duas Propostas de Avaliação da EDAO

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes entre as classificações da adaptação, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO, obtidas pelas participantes de cada um dos dois grupos, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de dados, analisadas duas a duas.

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

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

A classificação da adaptação, segundo a EDAO, foi assim transformada: Adaptação Eficaz (AE), ordem três; Adaptação Não-Eficaz Moderada (ANEM), ordem dois e Adaptação Não-Eficaz Severa (ANES), ordem um.

Já a classificação da adaptação, de acordo com a EDAO/R, foi assim convertida: Adaptação Eficaz (AE), ordem cinco; Adaptação Ineficaz Leve (AIL), ordem quatro; Adaptação Ineficaz Moderada (AIM), ordem três; Adaptação Ineficaz Severa (AIS), ordem dois; Adaptação Ineficaz Grave (AIG), ordem um.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 24.

Tabela 24 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas entre as classificações da adaptação, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO, pelas pacientes de cada um dos dois grupos.

Grupo	Classificações da adaptação	Valores de r_s	Probabilidades
1	3 / 2 / 1 X 5 / 4 / 3 / 2 / 1	-0,577	0,230
2	3 / 2 / 1 X 5 / 4 / 3 / 2 / 1	-0,318	0,539

Nota: $p < 0,05$

O valor de r_s encontrado no grupo 1 foi -0,577 e a probabilidade a ele associada igual a 0,230; no grupo 2, o valor de r encontrado foi -0,318 e a probabilidade a ele associada foi $p = 0,539$, indicando que não houve correlação, estatisticamente significativa entre as duas séries de valores, isto é, os valores admitidos para a classificação da adaptação pela EDAO não apresentaram ligação de dependência com a classificação da adaptação pela EDAO/R, nem para G1 nem para G2.

Supõe-se que esse resultado foi verificado, embora o número de sujeitos pode ter sido insuficiente para este estudo. Essa suposição se baseou na prova estatística aplicada aos dois grupos juntos, isto é, formando um único grupo com as 12 participantes, em que se verificou correlação estatisticamente significativa ($r_s = 0,678$ e $p = 0,015$). A ligação de dependência entre os dados verificada no segundo estudo reafirma essa correspondência, segundo o aspecto teórico, quando AE/EDAO corresponde à classificação de AE/EDAO/R, assim como ANES/EDAO para AIG/EDAO/R e ANEM/EDAO para AIM/EDAO/R. Além disso, AIL/EDAO/R corresponde a uma avaliação entre AE e ANEM, segundo EDAO, e AIS/EDAO/R a uma classificação entre ANEM e ANES, pela EDAO.

4.9 Comparação Intergrupos de Fatores e Microfatores

Com o objetivo de identificar eventuais diferenças, estatisticamente significantes, entre os resultados obtidos pelas participantes dos dois grupos, foi aplicado o teste U de Mann-Whitney (Siegel, 1975), considerando-se os valores de F+, F-, MF+, MF- para cada setor A-R, Pr, S-C e Or.

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

Os resultados estão demonstrados na Tabela 25.

Tabela 25 Probabilidades encontradas, na aplicação do teste de U de Mann-Whitney aos resultados obtidos pelas participantes entre os dois grupos, considerando-se os valores de F+, F-, MF+, MF- para cada setor: A-R, Pr, S-C e Or.

Categorias e Setores	Probabilidades	Conclusão a 5%
F+ do setor A-R	0,082	G1 = G2
F+ do setor Pr	0,598	G1 = G2
F+ do setor S-C	0,302	G1 = G2
F+ do setor Or	1,000	G1 = G2
F- do setor A-R	0,807	G1 = G2
F- do setor Pr	0,058	G1 = G2
F- do setor S-C	0,268	G1 = G2
F- do setor Or	1,000	G1 = G2
MF+ do setor A-R	0,061	G1 = G2
MF+ do setor Pr	0,034*	G2 > G1
MF+ do setor S-C	0,052	G1 = G2
MF+ do setor Or	0,062	G1 = G2
MF- do setor A-R	0,438	G1 = G2
MF- do setor Pr	0,627	G1 = G2
MF- do setor S-C	0,495	G1 = G2
MF- do setor Or	0,936	G1 = G2

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

De acordo com os resultados da Tabela 25, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores dos dois grupos, na variável MF+ do setor Pr, sendo os valores mais elevados obtidos pelas participantes do G 2,

enquanto que nos outros estudos houve equivalência entre as variáveis relacionadas.

Outra comparação entre os resultados dos dois grupos foi efetuada, considerando-se o somatório das variáveis F+, F-, MF+, MF-, segundo o conjunto dos setores A-R, Pr, S-C e Or.

Foi aplicado o teste U de Mann-Whitney, com nível de significância estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Os resultados estão demonstrados na Tabela 26.

Tabela 26 Probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste U de Mann-Whitney ao somatório das variáveis: F+, F-, MF+, MF-, obtidos entre os dois grupos de participantes, segundo o conjunto dos setores A-R, Pr, S-C e Or.

Categorias	Probabilidades	Conclusão a 5%
F+ (somatório dos 4 setores)	0,871	G1 = G2
F- (somatório dos 4 setores)	0,870	G1 = G2
MF+ (somatório dos 4 setores)	0,024*	G2 > G1
MF- (somatório dos 4 setores)	0,622	G1 = G2

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

De acordo com os resultados da Tabela 26, foi encontrada diferença, estatisticamente significativa, com relação à variável microfator positivo, sendo que os valores mais elevados foram obtidos pelas pacientes do grupo 2; nas outras situações houve uma equivalência nos dados estudados.

4.10 Funcionamento Global e Eficácia Adaptativa

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes entre os valores da Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e os valores da adequação dos setores A-R, Pr e S-C,

segundo a EDAO, e entre os valores da AGF e a adaptação segundo a EDAO, obtidos pelas participantes do grupo 1, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de dados, analisadas duas a duas.

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

Tabela 27 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas por meio da escala AGF e aos valores da adequação dos setores A-R, Pr e S-C, segundo EDAO, e entre os valores da AGF e a adaptação segundo a EDAO, obtidos pelas pacientes do grupo 1, analisadas as séries de dados, duas a duas.

Grupo 1		
Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Pontuação da escala AGF x Somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R, Pr, S-C segundo a EDAO	0,899	0,015*
Pontuação da escala AGF x Adaptação pela EDAO	0,986	0,000*

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

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 27 para G1, foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre os valores das duas análises estudadas. Isto indica que, à medida que aumentam os valores de uma das variáveis, também aumentam os da outra; à medida que diminuem os valores de uma das variáveis, também diminuem os da outra. Sendo assim, à medida que a pontuação da escala AGF aumenta e/ou diminui, o mesmo acontece com o somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R, Pr, S-C, segundo a EDAO. Essa mesma correlação foi encontrada no estudo feito entre a pontuação da escala AGF e a adaptação pela EDAO, isto é, foi verificada uma ligação de dependência entre os valores estudados.

Grupo 2:

Com o objetivo de verificar a existência, ou não, de correlações, estatisticamente significantes entre os valores da Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e os valores da adequação dos setores A-R, Pr e S-C; entre os valores da AGF e a adaptação segundo a EDAO, obtidos pelas participantes do grupo 2, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (Siegel, 1975) às séries de dados, analisadas duas a duas.

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

Tabela 28 Valores de r_s e das probabilidades a eles associadas, encontrados quando da aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman às pontuações obtidas por meio da escala AGF e aos valores da adequação dos setores A-R, Pr e S-C segundo EDAO; entre os valores da AGF e a adaptação segundo EDAO, obtidos pelas pacientes do grupo 2, analisadas as séries de dados, duas a duas.

Grupo 2		
Variáveis Analisadas	Valores de r_s	Probabilidades
Pontuação da escala AGF x Somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R, Pr, S-C segundo a EDAO	0,939	0,000*
Pontuação da escala AGF x Adaptação pela EDAO	0,939	0,005*

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

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 28, foram encontradas para G2 correlações positivas, estatisticamente significantes, ou seja, uma ligação de dependência nas duas situações estudadas, pontuação da escala AGF x somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R, Pr, S-C, segundo a EDAO, e pontuação da escala AGF x Adaptação pela EDAO. Isto indica que, na medida em que aumentam os valores de uma das variáveis, também aumentam os da outra; à medida que diminuem os valores de

uma das variáveis, também diminuem os da outra. Assim, quando as participantes do grupo 2 alcançavam uma pontuação elevada, por meio da escala AGF, a adaptação pela EDAO e/ou o somatório da pontuação proveniente da adequação dos setores A-R, Pr, S-C, segundo a EDAO, também era mais altos e vice-versa.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De forma sucinta tentaremos resgatar os resultados encontrados. A adaptação da tabela das categorias dos fatores e microfatores, positivos e negativos (Tabelas 10 a 17), à população idosa com câncer de mama foi baseada no quadro construído por Yoshida (1984), com anuência de Simon (1989), e no adaptado por Gandini em 1995 para mulheres mastectomizadas por câncer de mama. Esse material foi sendo construído a partir dos conceitos de fatores e microfatores, de acordo com a frequência em que as situações foram surgindo na amostra estudada. Por isso, pode-se dizer que é representativa da amostra com câncer de mama, mesmo tendo o conhecimento de que a tabela seria cada vez mais elaborada, à medida que o número de participantes aumentasse. Outro dado registrado em nossa pesquisa foi a ilustração de dois casos clínicos para que o leitor possa melhor compreender os temas propostos pela EDAO.

Pela sistematização dos resultados em anexo com base nas fichas-síntese, é possível encontrar nomes fictícios das participantes, idade à época da entrevista, estado civil, nível de instrução, profissão, tipo de cirurgia realizada, identificação dos fatores e microfatores (positivos e negativos), referentes a cada setor, adequação dos setores e adaptação geral, de acordo com EDAO e EDAO/R, e a pontuação obtida por meio da AGF.

As análises estatísticas foram realizadas e apresentadas por meio de estudos intra e intergrupos, levando em consideração a eficácia adaptativa e o funcionamento global das participantes. Os resultados estatísticos em que verificamos diferenças estatísticas significantes foram nos estudos intergrupos de mulheres idosas com câncer de mama, quando da comparação da: eficácia

adaptativa de acordo com a segunda proposta de avaliação da EDAO; eficácia adaptativa e as atividades diárias desenvolvidas pelas participantes, por meio das duas propostas de avaliação da EDAO; eficácia adaptativa de acordo com EDAO e funcionamento orgânico apresentado pelas participantes; microfatores positivos, ora considerando apenas as tarefas desempenhadas pelas participantes no dia-a-dia, ora levando em consideração o conjunto dos quatro setores de funcionamento da personalidade. Em todos esses estudos estatísticos comparativos, o G2 apresentou melhor adaptação em comparação ao G1. Quanto às correlações positivas, foram verificadas nos estudos realizados com o G1, quando da eficácia adaptativa, segundo EDAO/R, e o somatório da adequação dos setores A-R e Pr; eficácia adaptativa, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO. Também foram verificadas correlações positivas tanto em G1 quanto em G2, nas análises estatísticas quanto ao funcionamento global por meio da AGF e eficácia adaptativa, de acordo com EDAO, considerando, ou não, a situação orgânica apresentada pelas mulheres idosas com câncer de mama.

Após verificação da eficácia adaptativa de mulheres idosas submetidas à cirurgia mamária por câncer de mama e identificação dos fatores e microfatores, positivos e negativos, dos quatro setores de funcionamento da personalidade das participantes desta pesquisa, a importância do estudo científico foi reforçada, uma vez que a sistematização dos dados e seus resultados levaram-nos a uma visão diferenciada daquela do dia-a-dia do trabalho de assistência às pacientes com câncer de mama, quando acreditávamos que as mulheres idosas com câncer de mama estariam vivenciando a velhice com qualidade e apresentando eficácia adaptativa.

Apesar das participantes desta pesquisa serem pacientes do mesmo serviço onde era desenvolvido o estágio *Psico-oncologia na Mastologia*, citado na introdução deste trabalho, encontramos uma realidade que transformou a nossa visão inicial. Isto porque pudemos verificar que a adaptação da maioria das mulheres idosas não foi tão eficaz, pois segundo as duas propostas de avaliação da EDAO, apenas uma, Petúnia (G2), dentre todas as participantes apresentou adaptação eficaz.

As mulheres idosas do G1, de acordo com a EDAO/R, apresentaram adaptação geral mais comprometida, ou seja, as mulheres submetidas à cirurgia mamária antes dos 60 anos de idade (G2 - idade média inferior em relação ao G1) apresentaram melhor adaptação por meio da segunda proposta da EDAO. Conseqüentemente, as mulheres mais jovens à época da mastectomia, G2, apresentaram mais aptidões que as idosas, G1, para lidarem com as situações adversas do dia-a-dia.

Apesar de seguirmos o critério abordado já em 2003 pelo Estatuto do Idoso, ao considerar idosas pessoas com 60 anos ou mais, pudemos verificar, em trabalhos posteriores a essa publicação, a utilização de referências mais remotas, como no estudo de Oliveira (2005), que considera o início da velhice aos 65 anos.

Esse resultado, ou seja, G1 (mulheres em média mais velhas do que as do G2) apresentando pior adaptação geral de acordo com EDAO/R (Tabela 20), confirmam os encontrados por Rocha (2002), em que foi verificada correlação negativa estatisticamente significativa entre a segunda proposta de avaliação da EDAO e o fator idade ($r_s = -0,261$; $p < 0,001$) e, também, por Robb et al. (2007), pois as mulheres idosas, com câncer de mama, apresentaram baixos escores de

bem-estar psicológico positivo, incluindo satisfação na vida, destreza, habilidade e bem-estar espiritual, em comparação a um grupo de idosas sem o diagnóstico.

Acreditamos que, pelos resultados apresentados, Rocha (2002) se confundiu na interpretação do resultado estatístico encontrado em sua pesquisa, ao dizer que “A associação entre a EDAO/R e a idade, negativa, indica que há uma tendência a que as pessoas mais novas tenham a adaptação menos eficaz que as mais velhas” (p. 63), pois a correlação negativa entre as duas variáveis significa justamente o contrário, ou seja, enquanto que a idade aumenta, a eficácia, segundo EDAO/R, diminui, e vice-versa.

King, et al. (2000) revelaram que, em comparação às jovens com o mesmo diagnóstico, as mulheres mais velhas com câncer de mama apresentaram, em média, melhor imagem corporal em comparação às mais novas, melhor funcionamento emocional e social, menos dor e sintomas no braço homolateral à cirurgia mamária e um menor medo de recorrência da doença.

Outro fator que também pode ter influenciado o resultado encontrado na Tabela 20, ou seja, G2 apresentar melhor adaptação geral de acordo com a segunda proposta da EDAO/R, pode estar também relacionado ao fator “tempo de submissão cirúrgica” (Tabela 8). O fato das participantes do G2 apresentar um tempo médio de submissão cirúrgica (18,3 anos) bem acima das participantes do G1 (aproximadamente um ano e oito meses) nos faz pensar na possibilidade do G2 ter tido um maior tempo para *elaborar* várias questões relacionadas ao próprio diagnóstico do câncer de mama, como medo da morte, medo da recidiva, perda da mama. Esse dado confirma a postura de Alegrance, Souza e Mazzei (2010), que afirmaram que o tempo permite às pacientes com câncer de mama alcançarem melhores adaptações psicossociais e resolverem questões

emocionais relacionadas à doença, além de trazer mais segurança quanto à possibilidade de se ver livre da doença.

Acreditamos que melhor adaptação geral e funcionamento global podem estar relacionados ao processo de resiliência, o que na nossa pesquisa pôde ser verificado apenas uma participante, Petúnia (G2), que, por meio da espiritualidade e de um relacionamento saudável com as outras pessoas, utilizou-se da vivência de problemas graves de saúde, em prol da superação e do crescimento. Nesse caso, a resiliência foi observada tal qual no trabalho de Laranjeira (2007), “como resultado de um processo paradoxal no qual o confronto com o traumatismo e a ferida” (p. 330), gerou criatividade para que Petúnia (G2) pudesse viver os conflitos da melhor forma possível.

A participante apresentou habilidade em lidar e enfrentar as situações adversas em sua vida, entendida por Lopes (2005), como um dos mecanismos de proteção, que podem auxiliar no processo de resiliência do idoso. Para Petúnia (G2), a rede de apoio social desempenhou, como no resultado da pesquisa de Couto et al. (2009), importante função na potencialização do processo de resiliência. Com isso, teve capacidade de resistir às consequências negativas das situações de risco, voltando-se para um desenvolvimento adequado (Pesce et al., 2004).

Petúnia (G2) relatou: *“Eu já tive muita queda na minha vida, mas eu consegui levantar (sentido figurativo, indicando superação). O importante é ter força de vontade e acreditar que você pode, sabe? As três maiores quedas que eu já tive na minha vida foi essa da mama (referindo-se ao câncer de mama), a cardíaca (referindo-se ao infarto) e essa do fêmur”(referindo-se à queda e à fratura vivenciadas) (sic).*

Esses dados vão ao encontro daqueles encontrados por Staudinger et al. (1995), que sugeriram que os idosos têm uma substancial capacidade de ajustamento, e por Souza e Cervený (2006), ao verificarem que, com o avanço dos estudos sobre resiliência, também concluíram que a pessoa resiliente seria aquela capaz de superar-se e alcançar um desenvolvimento saudável.

A equivalência entre as duas propostas de avaliação da EDAO nos dois grupos de participantes (Tabela 19), as correlações positivas estatisticamente significantes entre a eficácia adaptativa das participantes do G1, por meio das duas propostas de avaliação da EDAO (Tabela 22), e entre os resultados do somatório de adequação dos setores A-R e Pr (EDAO) e a adaptação geral segundo a EDAO/R (Tabela 22), reafirmam a postura de Yamamoto e Simon (2006), que consideraram que a forma de avaliar a EDAO pela redefinição (Simon, 1997) substituiu a primeira proposta de avaliação da EDAO.

Pudemos verificar resultados idênticos, apresentados por algumas participantes, quanto à classificação da adaptação geral, segundo as duas propostas de avaliação da EDAO: Azaléia (G1) obteve uma adaptação não-eficaz moderada, sem crise, grupo III, segundo a EDAO, e adaptação ineficaz moderada sem crise, grupo III, segundo a EDAO/R; Jasmim (G1) obteve adaptação não-eficaz severa, sem crise, grupo V segundo a EDAO e adaptação ineficaz severa, sem crise, grupo IV, por meio da EDAO/R; Petúnia (G2), pela EDAO, obteve adaptação eficaz, sem crise, grupo I, e pela EDAO/R adaptação eficaz, sem crise, grupo 1, e Tulipa (G2) teve uma adaptação não-eficaz moderada, sem crise, grupo III, de acordo com a EDAO e uma adaptação ineficaz moderada, sem crise, grupo III, pela EDAO/R.

A diferença estatisticamente significativa atribuída ao G2 (média de idade - 68,5 anos) no estudo da eficácia adaptativa, de acordo com a EDAO e a adequação do setor Or (Tabela 21), deve-se provavelmente ao prejuízo orgânico apresentado pelas mulheres mais idosas (G1 - média de idade de 70,5 anos), em decorrência do câncer de mama e de outras doenças próprias do avanço da idade. Esses dados confirmam os achados de Manganiello (2008), já que as mulheres com câncer de mama de idade mais avançada (no máximo 75 anos) foram as que apresentaram um declínio significativo do estado geral de saúde e, conseqüentemente, precisaram de maior atenção, quanto aos aspectos relacionados a dor e limitações físicas. Robb et al. (2007) também verificaram nos resultados apresentados pelas participantes idosas com câncer de mama pior escore quanto à saúde relatada, depressão, humor e fadiga, quando comparados com o outro grupo de mulheres da mesma faixa etária, sem câncer. Os aspectos médicos também sugeriram que a menor qualidade de vida poderia estar relacionada à predisposição a doenças, comuns entre a população idosa. Os resultados desta pesquisa também confirmam os de Rebelo et al. (2007), pois verificamos correlação negativa estatisticamente significativa entre o funcionamento físico e a idade de mulheres com câncer de mama, ou seja, quanto mais idade, pior o funcionamento orgânico da pessoa.

Com relação ao setor Or, verificamos, então, mesmo G2 apresentando maior frequência (24 vezes) de doenças crônicas (item 1; MF-) que G1 (17 vezes), as enfermidades reveladas pelas participantes do G2, na maioria das vezes, implicavam menor limitação e menor impacto na sua qualidade de vida, em comparação as do G1.

A alta incidência do item 1 (MF-/Or apresentar doenças crônicas, se não incapacitante, no mínimo, prejudiciais a sua adaptação) revelada pelas participantes desta pesquisa mostrou-nos o quanto a maioria da população idosa é obrigada a aprender a lidar diariamente com a decadência funcional e o aparecimento de doenças, como artrite reumatóide, gota, condrocalcinose, osteoartrite, doenças reumáticas, inclusive em decorrência do câncer, pneumopatias, geralmente associadas a outras comorbidades, como hipertensão arterial, miocardiopatias, hipercolesterolemia e diabetes, abordadas por Goldenberg (2008). Geralmente vivendo mais tempo que os homens, as mulheres estão mais sujeitas a doenças e problemas de adaptação, vinculados às mudanças fisiológicas, inerentes ao avanço da idade (Lima & Bueno, 2009).

Dentre as doenças crônicas, podemos citar câncer de mama, depressão, artrose, hipertensão, diabete, dislipidemia, perda visual, perda auditiva, cardiopatia, gastrite, rinite alérgica e disfunção da tireóide. Para exemplificar essa situação, resgatamos algumas falas das participantes. Hortência (G1), portadora de diabetes, tinha dificuldades para seguir as orientações médicas: *Açúcar eu tomo no café. Os médicos até que me recomendaram para eu evitar comer açúcar, mas eu num dô conta de tomar o café com adoçante (a participante dá uma risadinha). Às vezes eu provo um docinho depois, por exemplo, que eu chego da rua, aí eu como um pouquinho, mas num sou de comer muito doce não. Eu tomo remédio pra diabetes, mas num é insulina não... Eu como bastante macarrão, às vezes eu faço ele ensopado, às vezes, frito..., verdura eu gosto também, fruta eu como mais é uma banana, uma maçã(sic).*

Tulipa (G2) relatou sofrer há cerca de 20 anos com depressão e ser dependente de remédios controlados: *“Eu durmo a poder de Rivotril (qualidade do*

sono ruim). *Eu não durmo sem remédio tem muitos anos. Eu tava tomando 20 gotas, aí o médico lá do postinho me pediu pra eu diminuir, eu diminuí pra 15, mas tem dia que eu tomo até mais de 20, porque às vezes eu tomo 15, deito, num durmo, aí, eu levanto e tomo mais. Eu também tomo amitriptilina pra depressão. Esses remédio eu comecei a tomar tudo lá na época que eu descobri o câncer de mama”(sic).*

Margarida (G2) vivencia um medo constante de cair, como resultado do problema no joelho, que foi agravando com o tempo, devido ao quadro de artrose. Há mais de 15 anos a paciente sente dores nos joelhos e há mais ou menos 10 anos submeteu-se a um procedimento médico, quando *lavou o joelho* (sic): “Ah, eu num confio nos meu joelho, toda a vida. Eu tenho medo demais de levar um esbarrão e eu cair. Ixa, eu tenho medo demais. Ninguém pensa!”(sic). Na época da entrevista a paciente estava se recuperando de uma cirurgia a que havia se submetido no joelho (implantação de prótese).

Camélia (G1) reconhece seus limites físicos e sua dependência do outro: “Se eu tenho que pegar peso, aí, eu falo, ou você pega esse peso pra mim?... A gente tem que, de vez em quando, conversar com os filhos e pedir, né? Porque precisa, né? Por que não vou pedir? Aí, eles faz as coisas pra mim que eu não consigo mais fazer, depois de velha... Eu tava sentindo muita dor nas costa. Eu tenho problema na coluna” (sic).

Hortência (G1) tem esquecimentos (sic) e atribui esse fenômeno ao avanço da idade: “Eu num guardo as coisas na minha cabeça, minha cabeça anda meio esquecida. Às vezes eu num guardo muito bem as data certa, eu esqueço, às vezes eu vou pegar alguma coisa na geladeira, me foge da mente o que é que eu tenho que pegar. Aí, eu tenho que fechar a geladeira e, às vezes, depois eu

lembro o que é que eu tinha que pegar. De um tempo pra cá que eu fiquei assim, eu num era assim, não. Parece que a idade vai chegando, né? (dá uma risadinha). Às vezes, eu encontro com alguém na rua, me cumprimenta, assim, dando dados de conhecimento, eu fico pensando, meu Deus, quem será? Aí, tem que perguntar quem é a pessoa”(sic). De acordo com a paciente, esses esquecimentos iniciaram antes mesmo de se submeter à cirurgia da mama. Contudo, após esse momento a situação se agravou. Esse quadro pode estar relacionado ao envelhecimento do cérebro e problemas mentais, que geralmente acometem a população idosa, conforme aborda Papalia et al. (2006).

No decorrer deste trabalho, consideramos o câncer de mama uma doença crônica, pois seguimos a definição da Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2011), que tem como doença crônica enfermidades de longa duração e de progressão lenta. Mundialmente as doenças crônicas representam 60% de causa mortis. Contudo, percebemos que as participantes desta pesquisa, principalmente do G2, tiveram o diagnóstico há muitos anos, bom prognóstico, sem indícios de recidiva e/ou metástase, condição para que recebam alta médica e, conseqüentemente, sejam consideradas livres da doença. Essa situação pode ser ilustrada pela paciente Violeta (G2), que recebeu alta médica no ambulatório especializado, coincidentemente no mesmo dia em que a entrevista para a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora. Neste caso, notamos que o câncer pode não ser considerado uma doença crônica, já que pacientes sobrevivem, livres de doença. Em trabalhos como o de Abreu e Koifman (2002) pudemos encontrar citações de outros autores que confirmam essas informações, ao considerarem que, 10 anos ou mais do diagnóstico de câncer de mama, a

sobrevida das pacientes se aproxima a 95% ou mais, quando comparada à população em geral.

Hortência (G1) e Orquídea (G2) realizavam exercícios físicos regularmente: *“Eu tô fazendo hidroginástica. Eu comecei porque eu tava sentindo muita dor nas costa. Eu tenho problema na coluna (sic) - Hortência (G1). Eu faço caminhada a semana inteira, quando nada num atrapalha, mas de tarde. Eu faço uns 50 minuto mais ou menos. Eu comecei a caminhada depois que o véi morreu (referindo-se ao parceiro), porque enquanto ele tava vivo, num tinha jeito porque eu olhava ele, sabe? Eu num podia sair, eu tinha que cuidar dele... Tem semana que eu faço caminhada a semana inteira, cinco, seis dias”(sic) - Orquídea (G2).*

Rosa (G2) freqüentava assiduamente os bailes de forró (interface com o setor S-C): *“Eu chego ali pouco depois das três horas da tarde e danço um cado com ele (referindo-se ao marido)... Eu num danço durante todo o tempo não, porque cansa demais!... Se aparecer algum amigo lá, eu também danço com ele, eu também danço. Nisso, a gente vai embora ali pelas nove hora da noite!”(sic).*

Devido ao problema cardíaco, Petúnia (G2) foi orientada pela equipe médica a diminuir as suas atividades físicas. Hortência (G1) participava de aulas de hidroginástica, parte do programa direcionado às pessoas da terceira idade, promovido gratuitamente pela Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Uberlândia. Iniciou os exercícios antes de apresentar o resultado de um dos exames solicitados pelo médico, atitude que sabemos não ser a ideal: *“Minha vizinha levou o pedido lá pra Educação Física, aí, eles fazem um sorteio lá e, aí, eu fui sorteada. Eles fizeram minha inscrição e aí eu comecei” (sic).* Segundo o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e o artigo 10, do Capítulo IV da Lei de nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (Política Nacional do Idoso), são competências

dos órgãos e entidades públicas o incentivo e a criação de programas de lazer, esporte e atividades físicas, que proporcionem aos idosos maior participação na comunidade e melhor qualidade de vida. Com o lema *acrescentar vida aos anos, e não apenas anos à vida*, a Sociedade Americana de Gerontologia chamou a atenção sobre a importância de se promoverem condições para a boa qualidade de vida na velhice (Papalia et al., 2006).

Quanto aos exercícios físicos específicos para o braço homolateral à cirurgia, recomendados às pacientes submetidas principalmente à quadrantectomia e à mastectomia, três participantes (Azaléia – G1, Íris – G1 e Petúnia- G2), dentre as 12, relataram tê-los realizado apenas no período pós-cirúrgico imediato, ou seja, 30 dias após a intervenção cirúrgica (MF- / Or – item 12); enquanto Camélia - G1, Tulipa e Violeta - G2 disseram ter continuado a realizá-los após esse tempo (MF + / Or – item 11). Para ilustrar, resgatamos falas das participantes: *“Os exercícios, eles (a equipe médica e de enfermagem) falaram pra eu fazer... Aquele da cordinha, da arainha, fiz todos, fiz um mês. Um mês só que eu fiz, aí, eu notei que num tava mais precisando, aí, eu parei. Eu achei que era um mês só, tem que fazer mais tempo?”*(sic) – Íris (G1).

“Vocês (referindo-se à equipe de saúde) pode ficar sossegada que eu tô cuidando direitinho de mim e vô continuar com os tratamento (sic). Eu faço os exercício com os braço direitinho”(sic) – Camélia (G1).

Foi verificado que todas as participantes conseguiram aceitar/suportar os tratamentos necessários para o câncer de mama, cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, hormonoterápico, etc (F+ / Or; item 5), revelando-se mulheres conscientes da importância de prosseguir adequadamente no tratamento, mesmo quando difícil de ser vivenciado. Esses resultados confirmam os relatados no

estudo de Bensi et al. (2006), com 52 entrevistadas, de 27 a 78 anos (idade média de 55,65), com uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a aceitação mais fácil a uma nova submissão de quimioterapia, com a idade avançada, ainda que esse procedimento não alterasse a chance de remissão do câncer de mama.

Alguns sofrimentos foram relatados pelas participantes, ao vivenciarem os tratamentos: *“Eu sofri muito na cirurgia, na hora da cirurgia, a cirurgia demorou demais, eu perdi muito sangue, teve que colocar um litro de sangue em mim, então eu sofri muito”*(sic) –Tulipa (G2).

“Eu sinto mal é com as química... (referindo-se principalmente às sessões de quimioterapia). Agora, eu já tive anemia e, com as química, aumentou a anemia. Por isso, que eu sinto... Parece que o meu coração bate aqui no pescoço, eu escuto, sabe, ele bater e fico fraquinha. A doutora falou que é a química que tá aumentando a anemia. ...Mas eu sinto muito mal, enjoô forte demais... É assim, muda o meu cheiro, a minha saliva, eu dou enjoô, num quero comer... Eu me sinto muito fraca, eu tô sentindo fraca. Eu num quero fazer nada, na hora que eu penso em passear, mesmo na minha nora que é bem pertinho, aí, minhas perna dói. Eu num quero mais ir. Eu sinto fraca” (sic) – Íris.

“Eu fiz os tratamento, tudo direitinho. Os médico falou em cirurgia plástica, mas eu num quis. Ah, eu sofri muito com esse trem aqui (referindo-se ao câncer de mama) aí, eu num queria mexer mais com cirurgia, não. Mas... mesmo assim, os tratamento que é duro, minha filha, aquela química... Operar, operou, passa ali num tem nada, aos poucos vai sarando. Agora, aqueles tratamento, Nossa Senhora. A radioterapia eu fiz em Uberaba, fiquei lá um mês, queimou minha pele, que ficou pretinha” (sic) – Margarida (G2).

“Eu sofri demais foi na cirurgia, recuperar daquela situação é muito difícil”(sic) – Petúnia (G2).

“Eu passei mal, ficava cansada, tinha enjôo (referindo-se à quimioterapia neoadjuvante), fiquei com alergia, aí, passei uns cremes e, aos poucos, eu fui melhorando... Quando eu tava em tratamento no outro hospital (referindo-se ao Hospital do Câncer da UFU), eu dei alergia na pele. Aí, eu usei os creme que os médico passou e o polvilho de chuchu”(sic)(interface com o setor S-C) – Camélia (G1).

Enquanto no G1 50% das participantes (Camélia, Dália e Íris) submeteram-se à mastectomia (F- / Or – item 1), no G2 essa porcentagem foi de 100%. As participantes submetidas à quadrantectomia (Azaléia, Hortência e Jasmim – G1), tiveram a mama preservada (item 1 - F+ / Or). A ablação total da mama ocorreu em 75% da amostra. Esse dado confirma a postura de Ferreira e Mamede (2003), que constataram ser a mastectomia o procedimento médico mais comum para a maioria das pacientes diagnosticadas com câncer de mama. Todavia, esse dado contraria os resultados encontrados por Maieski e Sarquis (2007), na amostra de mulheres com câncer de mama, incluindo idosas e em tratamento de quimioterapia, em que a maioria se submeteu a tratamento cirúrgico conservador, e por King et al. (2000) com 86% da sua amostra de mulheres com câncer de mama, abrangendo as idosas, submeteram-se a cirurgias que conservaram a mama e, apenas, 14% à mastectomia.

A situação vivenciada e relatada por Violeta (G2) merece destaque: *“Quando o médico me examinou ele falou assim, num precisa tirar a mama da senhora toda, não (referindo-se ao procedimento de mastectomia), tem que tirar só um pedaço (referindo-se à quadrantectomia). Aí, eu falei, então, tá... Achei*

bão, né? Mas aí, como num teve lugar pra mim, num teve vaga, aí, num deu pra fazer a cirurgia. Aí, eu fui esperando, esperando... até surgir a vaga... Mas, com isso, foi crescendo (referindo-se ao tamanho do tumor). Aí, quando eu deitei na mesa (referindo-se à maca do centro cirúrgico), o médico falou assim pra mim: não dá mais pra eu fazer o que eu prometi pra senhora, vai ter que tirar a mama toda! Fazer o que, né? Aí, tirou tudo”(sic).

Todas as participantes do G2 se submeteram à mastectomia e se destacam pelo longo tempo decorrido da cirurgia, como tratamento por câncer de mama, ou seja, Petúnia (24 anos de cirurgia), Orquídea (24 anos de cirurgia), Tulipa (20 anos de cirurgia), Margarida (20 anos de cirurgia) Violeta (14 anos de cirurgia) e Rosa (oito anos de cirurgia). No ano da cirurgia, as participantes tinham, respectivamente, 42, 49, 46, 51, 59, 54 anos de idade.

Pensamos que essa sobrevida também pode estar relacionada ao diagnóstico precoce que provavelmente essas participantes receberam, ainda na fase anterior à velhice, sendo a mamografia o exame mais confiável na detecção do câncer de mama pré-clínico. O diagnóstico e o tratamento precoces da doença favorecem o prognóstico (Menke et al, 2007) e, conseqüentemente, diminuem a taxa de mortalidade por câncer de mama. Práticas organizadas para o rastreamento do câncer de mama verificaram que o exame de mamografia diminuía cerca de 30% a mortalidade em mulheres com mais de 50 anos de idade (Brasil, 2010). Todavia, em 1996 Van Dijck et al. já tinham verificado que a submissão de forma regular à mamografia, de mulheres acima de 65 anos, poderia reduzir a mortalidade por câncer de mama em aproximadamente 45%.

Esses dados vão ao encontro da observação realizada por Molina et al. (2003) quanto às maiores oportunidades de diagnóstico precoce ao câncer de

mama de mulheres não idosas e os resultados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), que demonstraram que o número de exames feitos pelas mulheres brasileiras, em especial a mamografia, é menos crítico quando diz respeito à população de mulheres que ainda não estão na fase da velhice (Veras, 2007).

Apesar da dinamização das políticas públicas de saúde, caracterizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), existe uma lacuna no que se refere aos protocolos assistenciais voltados para medidas de prevenção do câncer de mama, em mulheres acima de 60 anos (Carvalho et al., 2009). Os resultados encontrados por Lima-Costa e Matos (2007) confirmam esses dados, ao verificarem que 49% das mulheres idosas, participantes de sua pesquisa, nunca tinham se submetido a esse exame, ao longo de toda a vida. Sendo assim, faz-se necessário que as políticas públicas, o planejamento de ações de saúde e os planos de saúde atuem de forma a favorecer o envelhecimento saudável (Mesquita & Sayeg, 2002), já que os investimentos em políticas públicas sociais, voltados para a população idosa, devem ser considerados uma forma de investimento social e não um desperdício de recursos, como foi considerado por muito tempo (Abigail et al., 2002).

Contudo, Ferraz (2006) concluiu que programas educacionais de saúde baseados em informação em prol da prevenção de doenças, como o câncer de mama, muitas vezes não se tornam efetivos pelo fato de não levarem em consideração o contexto em que estão inseridas essas mulheres e as suas representações a respeito de saúde, doença e de seu corpo.

Os índices crescentes de câncer de mama e o alargamento de faixa etária acometida pela doença refletem a necessidade constante de se desenvolverem

pesquisas científicas. Souto et al. (2007) verificaram que a região Sudeste do Brasil foi a que apresentou maior quantidade de publicações (359) de um total de 960 resumos divulgados durante cinco anos (2001 a 2005) e a temática do câncer feminino (câncer de útero e de mama) foi a segunda temática mais abordada (n=139) sendo que apenas 50 resumos incluíam mulheres idosas.

Dentre as 12 mulheres entrevistadas neste estudo, quatro (cerca de 33%) apresentavam o quadro clínico de linfedema no braço homolateral à cirurgia mamária, ou seja, Dália (68 anos), Hortência (67 anos), Íris (70 anos) - G1 e Petúnia (66 anos) - G2, sendo que destas apenas Hortência (G1) foi submetida à quadrantectomia. O fato de somente quatro participantes terem apresentado linfedema contradiz os dados de Freitas et al. (2001) que verificaram uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o fator idade e o aparecimento de linfedema no braço homolateral à cirurgia mamária.

Com relação ao quadro de linfedema, as participantes relataram: *“Meu braço engrossou um pouco, mas... Eu sinto sensibilidade nele todinho”*(sic) -Íris (G1).

“Tudo que eu faço eu faço com esse braço esquerdo (homolateral a cirurgia), por exemplo, se eu pego peso, se eu pego a minha neta, quando eu vi já peguei com o braço inchado. Ontem mesmo ele estava bem fininho, depois que eu peguei peso, inchou. A sensibilidade do braço eu tenho toda, eu não perdi. Eu sinto calor quando cozinho os meus doces (interface com o setor Pr)... Às vezes eu tento pegar as coisas com outro braço, mas quando eu vejo, eu já peguei com o braço inchado” (sic) – Petúnia (G2).

“...Tem dia que meu braço tá bem inchado. Esse braço (homolateral à cirurgia) é inchado, mas tem dia que tá bem mais inchado. Os médicos fala que é

em decorrência da cirurgia (referindo-se à quadrangectomia)” (sic) – Hortência (G1).

Duas participantes, Íris (G1) e Orquídea (G2), apresentaram limitações no braço homolateral à cirurgia mamária. Essas limitações foram abordadas por King et al. (2000), quando a maioria dos sintomas vivenciados e relacionados ao braço homolateral à cirurgia mamária persistiram entre o terceiro mês e um ano de cirurgia, tempo de cirurgia que vai ao encontro à realidade de Íris, submetida à mastectomia cerca de três meses e meio, quando entrevistada, mas que contraria a realidade de Orquídea (G2), submetida à cirurgia há 22 anos.

Os relatos quanto a essas limitações do membro superior foram: *“Uma coisa eu achei um pouquinho diferente no meu braço, porque, por exemplo, quando eu vou alimentar, parece que treme um pouco, porque foi no braço direito, né, então, ele dá uma tremidinha. A força da mão até que dá bem, normal, ela num treme não, mas quando eu vou por comida na boca, parece que eu sinto que deu uma diferença. Que eu perdi a força no braço, e aí, eu num consigo fazer algumas coisas”(sic) -Íris (G1).*

“Um dos meus braço num suspende mais... Eu já tinha quebrado e depois da cirurgia da mama, ele num subiu mais mesmo”(sic) – Orquídea (G2).

Ainda com relação ao setor Or, dentre as participantes, oito apresentaram abstinência sexual (MF- / Or, item 11). Esses dados confirmam os achados de Rebelo et al. (2007) que verificaram correlação negativa estatisticamente significativa entre o funcionamento sexual e a idade, denotando que quanto maior a idade menor a atividade sexual.

Margarida (G2) demonstrou ter mantido uma vida sexual sem qualidade ao lado do parceiro, pai de seus filhos, enquanto viveram juntos. Após a morte do

companheiro, a participante não teve outros parceiros: *“Nossa, eu tive esses filho de teima dele (o ex-parceiro). Foi ino, eu aborreci com ele, Nossa Senhora, dormir junto, pra mim, aquilo era uma perdição, Nossa Senhora!”* (sic). Foi perguntado para a paciente que estratégias utilizava nos momentos em que experienciava o desejo sexual, já que não se relacionou com nenhum outro homem após a morte do pai de seus filhos. E a resposta foi caracterizada por repulsão e certa repressão desse desejo, talvez em consequência do trauma vivido ao lado desse homem: *“Ah, existia o desejo, mas eu já tinha sofrido demais com aquele homem. Aí, eu deixava passar porque eu só pensava em ficar quieta, só em ficar quieta (sem sexo)”*(sic).

“Por causa do hormônio que eu tomei e por causa que a idade chegou, eu num consigo ficar sem passar um creme na vagina, a minha vagina é seca demais, então, ter relação (sexual) eu nem consigo. Agora eu expliquei pra ela (a ginecologista) que eu passo uma pomada, mas não é consentimento dela... Mas foi o que deu mais certo, porque tem uns dois anos que eu uso. Mas agora, eu vou lá (na consulta médica com a ginecologista)... E ela já vai me passar um creme pra eu usar diária. Até pra eu dançar eu costumo ter que passar (o creme). É... Porque vai esfolano, né? É seca (a genitália) demais... Agora eu num sei se é por causa da cirurgia (referindo-se à retirada do útero) ou se é porque a idade tá chegando?! E com isso tudo, a minha relação (sexual) com meu esposo piorou, piorou assim, piorou pelo seguinte... Porque a minha vagina secou muito, né? Porque, de primeiro, a gente conseguia, né? Agora, a gente já num consegue (referindo-se ao sexo)” (sic) - Rosa (G2).

Íris (G1) relatou que por volta de cinco anos ela e o marido não mantêm relação sexual, cessando totalmente quando a paciente tinha 65 anos e o esposo

70: *“Enquanto tinha relacionamento foi muito bom, mas agora meu marido já brochou, já num faz mais (sexo), já tem uns cinco anos. Mas nós continuamos muito amigo. Eu sentia desejo. Hoje, eu num vou falar que eu num sinto, mas eu também num procuro porque eu sei que ele num vai fazer mais nada. Então, eu silencieei, conformei. Aí, quando dá vontade, eu deixo passar. Tem que passar. Tem mais de cinco anos que a gente num faz nada. A gente é muito amigo. Ele num usa medicamento não. Ele fala que, enquanto tava funcionando natural tudo bem, mas pra usar medicamento assim, ele num usa não (referindo-se aos medicamentos que estimulam a ereção). Ele acha que prejudica outras coisa (referindo-se aos possíveis efeitos colaterais). Aí, ele num usa não. Nem eu falo pra ele usar. Ele tá com 75 anos. Ele parou mais ou menos com 70. Agora ele não faz mais. Ele não tem ereção mais. A gente nem tenta mais. E nem acho que seria bom tentar. Não... Eu acho que ele ficou muito deprimido, depois que ele num tem mais ereção. Aí, ele fica mais deprimido se tentar e não conseguir. A gente brinca, conversa e tudo, mas nem tenta. Claro que tem carinho, abraça, beija, tem aquele mesmo carinho de antes, mas na “hora H”, num tem ereção, num adianta. Ah, ele já tá muito velhinho, ele num tem ereção mais não, já passou. Eu sinto vontade, mas tá bão. De vez em quando, eu sinto vontade, mas tá bão”(sic).*

“Eu sentia necessidade (referindo-se ao desejo sexual), mas nunca aconteceu não (a participante é virgem). Eu sentia e deixava passar a vontade com o tempo... Mas, sabe, eu também num tinha muito tempo pra pensar nessas coisa não (atribuindo ao fato de ter trabalhado muito e de ter cuidado dos irmãos). Hoje passou um pouco aquela necessidade que eu tinha, hoje eu num tenho aquele fogo que eu sentia antes mais não. De vez em quando, aparece um

foguinho, mas num é do jeito que era não. Graças a Deus, já passou” (sic), dando a impressão da existência de uma repressão sexual – Dália (G1).

“A minha vida íntima (referindo-se à vida sexual) com meu esposo era boa. Eu tinha vontade, eu tinha prazer. Agora eu num sinto mais nada não, num adianta, né? Sabe por que? Ele morreu (o ex-parceiro), eu já tô com 73 anos, né? Eu posso até sentir vontade, mas eu num vou mexer com isso mais não” (sic) – Orquídea (G2).

Tulipa (G2) manteve relação sexual com poucos homens, mas aparentemente nunca atingiu o orgasmo. No primeiro relacionamento, homem com quem a paciente aparentemente ainda tem esperança de voltar a namorar, a paciente não teve relação sexual e talvez por isso não se sente realizada nesse aspecto: *“Eu tive relação com alguns homens, mas muito pouco também. Com ele mesmo (referindo-se ao primeiro namorado), eu nunca tive... Foi depois do meu primeiro namoro de seis anos que eu tive a primeira relação, mas com ele eu nunca tive nada assim mais... (referindo-se ao sexo). Quando eu já tava bem mais velha é que... aconteceu. Parece que nunca teve assim... era pouco prazer e muito pouco desejo... Era muito pouco prazer. Parece que eu num cheguei a me realizar nisso (orgasmo). Eu acho que não, porque a pessoa parecia que num me interessava tanto, num era aquela pessoa que eu queria. Eu tive relação com outros homens, mas assim, poucas vezes. E com esses outros também foi assim, eu quase num tinha prazer” (sic) – Tulipa (G2).*

“Até a pouco tempo eu tinha vontade, mas, graças a Deus, agora não. Cessou tudo, já faz uns dois anos” (sic). Foi possível notar que Camélia (G1), em alguns momentos, negava a existência do desejo sexual, principalmente após a

morte do marido, à medida que ela disse não ter se relacionado com outros homens depois desse acontecimento.

Apenas duas, Violeta (G2) e Petúnia (G2), relataram sentir satisfação sexual com os parceiros (MF+/Or, item 8), o que contradiz o resultado de Rebelo et al. (2007), que verificaram correlação positiva e estatisticamente significativa entre o prazer sexual e a idade. *“A minha relação com o meu marido... É maravilhosa e nossa intimidade (referindo-se à vida sexual) não é diferente (sic) – Petúnia (G2). A minha relação íntima com meu esposo é muito boa, a gente tem relação, mas não do mesmo tanto como o tempo em que a gente era novo. Mas a gente ainda tem desejo vontade e aí é bom, igual era” (sic) – Violeta (G2).*

A vida sexual para Hortência (G1), aparentemente não é satisfatória, mas, mesmo assim, aceita se submeter ao sexo, pois considera ser uma maneira de servir ao marido, o cumprimento de uma função. Acreditamos que essa visão pode estar vinculada aos papéis e funções das mulheres numa relação matrimonial pregados pela igreja, no caso da paciente igreja evangélica (interface do setor S-C com o Or): *“Não, num funciona muita coisa mais também não (referindo-se à ereção do marido). Pra mim, nesse ponto, já num... (mostrando que não sente mais desejo em manter relação com o marido)... Rola de vez em quando, uai (referindo-se ao ato sexual). Ele num desiste nunca, aí, eu cumpro minha obrigação. Eu hoje num sinto desejo nenhum por ele, já senti quando era nova, quando era mais nova, era bem diferente, né?! Mas depois que passou, acabou. Viver em paz é o importante. Mas, na verdade, eu nunca fui, como diz a minha mãe, regatera não, num tinha esse fogo que umas mulher tem não” (sic).*

Dentre as participantes desta pesquisa, cerca de 60% sentiam-se incomodadas com o defeito físico apresentado na mama, em decorrência da

intervenção cirúrgica (MF - / Or, item 5) independente do tipo. Três delas eram do G1 e quatro do G2, dentre elas, Íris (G1) teve preservada a pele da mama retirada com o objetivo de que uma reconstrução mamária fosse futuramente realizada. Essa intervenção cirúrgica busca reconstruir a mama o mais próximo possível da realidade anterior à cirurgia mamária, sendo importante recorrer a profissionais especializados (Silva et al., 2004).

Dos relatos sobre a insatisfação com o resultado estético da cirurgia, citamos: *“Com a cirurgia ficou só a pele em cima dos ossos, eu pensava, minha Nossa Senhora, que trem esquisito, eu me acabei dessa vez, uai.”* – Margarida (G2).

“Hoje em dia eu já me sinto melhor com a falta da mama, mas na época (quando foi submetida à cirurgia), eu sofri muito, inclusive o doutor... (nome do médico quem realizou a cirurgia na paciente – dado omitido por questões éticas) queria fazer reconstituição (referindo-se à reconstrução mamária) e eu não quis... Um dia a minha mãe me viu trocando de roupa (depois da mastectomia) e ela falou assim: nossa, mas você ficou aleijada, essa cirurgia ficou muito feia. Aí, esse dia eu chorei demais (interface com o setor A-R). E minha cirurgia realmente ficou muito feia, muito feia, porque teve que tirar tudo, né? Debaixo do braço tirou tudo e ficou muito feia. E hoje eu ainda acho muito feia, parece que foi feita... num sei. Ficou muito feia porque eu acho que poderia ter ficado melhor, sabe? (A participante discretamente critica o resultado estético provocado pelo cirurgião que a operou). Mas eu não quis reconstituí por medo de passar mal, igual eu passei na cirurgia”(sic) – Tulipa (G2).

Para contornar a perda da mama, Violeta (G2) e Tulipa (G2) faziam uso da prótese mamária fornecida pelo Hospital do Câncer da UFU (onde realizam os

tratamentos de quimioterapia e radioterapia), construída por voluntárias, que utilizam centenas de pequenas bolinhas de polietileno. Essa prótese é numerada de acordo com o tamanho das mamas, maiores ou menores, e o atual modelo começou a ser produzido em 2008, pois, até então, utilizava-se alpiste, implicando baixa durabilidade. Contudo, pelo fato dessa prótese não apresentar o mesmo peso da mama retirada, podendo prejudicar a postura das mulheres mastectomizadas, sobretudo daquelas com mama mais densa, é interessante, então, a implementação de algum outro material que ofereça mais peso à prótese, como acontecia nas de alpiste em que eram acrescentadas pequenas bolas de chumbo. Camélia (G1) utiliza uma *almofadinha* (sic) entre o sutiã e a pele, para preencher o espaço da mama retirada. Tulipa (G2) faz uso da prótese inclusive durante a prática da atividade física: *“Eu sempre tô com ela (referindo-se à prótese)! Aí, na hidro, tem um maiô que foi feito especialmente pra mim, inclusive eu encomendei um novo, aí, eu encaixo ela dentro do maiô. A costureira faz um jeito pra eu colocar a prótese dentro de uma repartição”*(sic).

“Ficou muito feia a minha cirurgia. Ficou assim diferente, esquisito... Ele (referindo-se ao médico) deixou toda a pele pra refazer depois, mas eu não vou refazer. Porque, ah... Eu já tô com 70 anos, ninguém vai ver essa mama mais não. Quer ver tanto que a cirurgia ficou feia? (sic). A paciente mostra para a entrevistadora a marca da cirurgia. O doutor... (dado omitido por sigilo) deixou toda a pele. Tá vendo? Agora ela, essa pele veio pra cá debaixo do braço. Não que tenha alguma coisa (referindo-se ao câncer), mas vê que corte feio! Aqui (referindo-se à pele deixada pela equipe médica) pois uma cinta durante um tempo que eu tava aqui no hospital (referindo-se ao tempo de internação no HC-UFU), então, isso aqui subiu tudo pra cima. E agora, como já sarou, desceu e

ficou isso aqui (demonstração de insatisfação). Quando eu fiz a cirurgia cicatrizou bem. Eles (os médicos) quer refazer, mas eu acho que eu num vou refazer não. Deixa assim, num tá doendo, num tá nada. Eu não tô gostando, mas vai ficar assim. Não vou sofrer dor outra vez”(sic) - Íris (G1).

Rosa (G2) mostrou-se resistente e decidida em não se submeter à reconstrução mamária, principalmente devido a sua idade já avançada e devido ao risco cirúrgico: *“Agora, essa parte assim (referindo-se ao local da mastectomia) eu já acostumei a ver, eu vejo, aceito, né? Num é uma coisa que a gente conforma, que a gente queria não, mas é uma coisa que a gente convive dia a dia. A gente aprende a viver, eu sou assim e pronto, num tem mais jeito e pronto. Em reconstruir a mama eu não penso, sabe por que? Uma porque eu já não tô nova, e quando eu fiz a cirurgia (mastectomia), eu conversei com o médico sobre a reconstrução, o médico falou assim pra mim: olha, eu não aconselho a cirurgia de reconstrução porque mesmo quem é sadio é arriscado, então... E a senhora que já teve o problema (câncer de mama)! E eu já vi gente que faz a cirurgia, pelos que eu vi, é complicado, num é fácil. Então, eu nem penso, e também minha família num ia aceitar, pra te falar a verdade, nem o meu marido (interface com o setor A-R). Eles num ia aceitar pelo seguinte, porque eu tô bem, pra que que eu vou caçar uma dificuldade? Pra que que eu vou voltar no mesmo dilema? Seno que ele (o marido) me aceita do jeito que eu tô e eu também me aceito, né? Agora, satisfeita com a falta da mama eu num tô não, por exemplo, se eu tivesse sem meu marido, eu já num tinha coragem mais, de pegar outro homem não”(sic).*

O estudo da eficácia adaptativa, de acordo com as duas propostas de avaliação da EDAO e a adequação do setor Pr, respectivamente, mostrou diferença significativa no G2, em comparação a G1, sendo G2 maior que G1.

Quanto ao setor da produtividade, apenas duas participantes conseguiram concluir o ensino médio, ou seja, Azaléia (G1) e Tulipa (G2). No G1 houve o predomínio do ensino fundamental completo, enquanto no G2 o semi-analfabetismo predominou. Então, de maneira geral, as participantes apresentavam baixo nível escolar.

Participantes do G1 relataram sobre a sua vida escolar: *“Eu fui para a escola durante só dois dias, por que eu tinha que ajudar minha mãe a criar os meus irmãos”* (sic) – Camélia (G1). *Eu quase num estudei. Quando eu era nova, eu tinha que ajudar a cuidar dos meus irmãos mais novos, porque minha mãe era muito sem saúde e eu também tive que trabalhar pra colocar comida em casa* (sic) – Dália (G1). *Eu estudei até o quarto ano primário...*”(sic)– Íris (G1).

Outras do G2 falaram: *“Eu fui pra escola só durante dois meses lá no meio do mato nas fazenda. As professora dava aula ali perto das árvore de um paiol, pra um filho de um fazendeiro aqui, outro ali, tinha só uns 10 alunos* (sic) – Margarida (G2). *Eu estudei só até o terceiro ano. Naquele tempo era tudo muito atrasado, sabe? E num estudei quase nada não* (sic) – Orquídea (G2). *Eu estudei até a quarta série do primeiro grau* (sic) – Petúnia (G2). *Eu freqüentei escola, mas assim, só o primeiro ano do grupo, o segundo ano eu já num fui mais. Mas eu leio, se for pra eu ler isso aqui devagarzinho* (referindo-se ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que a paciente assinou) *eu leio, mas escrever eu num escrevo nada...Ler eu leio, o problema meu é que eu não escrevo. Se você mandar eu escrever um trem, eu troco as letra tudo. É engraçado, eu leio extrato, assim de banco, mas eu também leio muito devagar, mas leio. Quando é uma palavra que ela tá assim, muito difícil, eu pego a soletrar*”(sic) – Rosa (G2).

A baixa escolaridade dificulta a realização de leituras e, provavelmente, acaba privando essas participantes de algumas informações e notícias. Segundo Feijó e Assis (2004), a escolaridade é um instrumento auxiliador para que as pessoas tenham acesso a informações e habilitação para exercerem a sua cidadania (interface com o setor S-C) de forma plena. Sendo assim, o baixo nível de escolaridade, para Novaes e Mattos (2009), pode ser um fator de risco, inclusive para a não utilização de mamografia, o que aparentemente não aconteceu com as mulheres entrevistadas.

No presente estudo, para todas as participantes dos dois grupos, as informações geralmente eram alcançadas por meio da televisão (interface com o setor S-C). Apenas uma delas (Azaléia – G1) tinha acesso a computador e Internet, importante ferramenta de informação atualmente. Esse dado confirma os encontrados por Sorj e Guedes (2005), que verificaram decrescer o acesso a esse meio à medida que a faixa etária aumenta.

Por meio da Internet, Azaléia (G1) contou que não gosta de *assistir coisas ruins* (sic) (relacionadas à destrutividade), mas de conversar com as pessoas, principalmente com sua família pelo MSN e ler notícias jornalísticas.

Apesar do foco dessa parte do trabalho ser o setor Pr, aproveitaremos o contexto sobre a escolaridade para entrarmos no tema *busca por informações* a qual está relacionada com o setor S-C. Por meio de algumas falas, pudemos perceber como as participantes lidam diariamente com a busca por informações: “*Ler revista e jornal, eu num gosto muito de tá lendo não. Meu marido até fala sempre pra mim: Oh, você tem que ler! Eu comprei uns livros lá pra ler, mas eu num tiro hora pra ler, eu sou meio preguiçosa pra ler... De assistir televisão eu gosto, geralmente eu gosto de assistir o Globo Repórter, quando*

mostra esses lugares fora do Brasil (mostra-se curiosa sobre os países do exterior), eu gosto muito de ver. E também tô assistindo aquela novela, eu gosto daquela novela... “Viver a vida”, eu tô gostando de ver. Eu num sou muito de novela não. A única que eu tô assistindo é essa... Eu assisto mais mesmo é jornal. Eu gosto mais desses programa que trás pra gente... informação! Jornal... Eu gosto muito de jornal, de Globo Repórter” (sic) – Hortência (G1).

Íris (G1) mostrou-se uma pessoa preocupada em manter-se atualizada e informada: “Eu gosto de saber, descobrir o que tá na moda, por exemplo, pra ficar atualizada, pra conversar, senão vai indo, as pessoas conversa com a gente e a gente num sabe nem o que responder, porque fica fora do mundo, né? Por isso, que eu gosto de assistir televisão, de ver novela, eu gosto de estar atualizada com as coisas. Ler eu num leio não, mas televisão eu gosto. Eu gosto de novela, filme não, só de novela mesmo. O jornal eu também sempre vejo, eu sempre busco saber as coisa” (sic).

“Eu fico quieta em casa. Eu assisto ali uma televisãozinha pra eu saber das notícia no jornal e tá bão. Eu sempre assisto os jornal na televisão. Mas de rádio eu num gosto, eu num gosto de rádio não” (sic) – Margarida (G2).

“Às vezes eu assisto televisão. Eu assisto mais é novela, às vezes eu vejo jornal... Teno prazo eu assisto jornal lá em casa. Se num tiver gente lá em casa. O MGTV (um telejornal da região) eu também assisto... Mas eu num sô de ler não”(sic) – Orquídea (G2).

“Às vezes eu compro uma revista, na banca, pra ver as coisa, pra lê, sobre os artista, mas eu fico mesmo sabendo sobre as notícias do mundo é pela televisão, pelos jornais. O jornal eu assisto. Sempre quando eu estou em casa, eu assisto” (sic) – Tulipa (G2).

“Televisão, eu num gosto muito não, eu assisto, mas pouco. Geralmente eu assisto uma novelinha e o jornal quando dá, mas o jornal eu sempre procuro ver” (sic) – Violeta (G2).

Focalizando o setor Pr, visto que nenhuma das participantes trabalhava fora de casa quando foi realizada a coleta de dados do presente estudo, as suas atividades laborais diárias estavam relacionadas aos afazeres domésticos, sendo que apresentavam dificuldades em executar principalmente aquelas relacionadas à limpeza do chão da casa e, conseqüentemente, precisavam de ajuda. Esse achado confirma os resultados de Maieski e Sarquis (2007), em que apenas 8% da amostra de mulheres com câncer de mama referiram ter boa tolerância ou poucas limitações para o desenvolvimento das tarefas corriqueiras.

As falas de três participantes podem exemplificar. *“Esse negócio de limpeza de casa, de lavar o chão, a minha menina que faz* (sic) – Jasmim (G1). *Minha filha lava a casa pra mim* (sic) – Margarida (G2). *A limpeza da casa, as neta que mora ali com a gente, geralmente elas faz”* (sic) – Hortência (G1).

As participantes da pesquisa não tinham condições financeiras para contratar serviços de terceiros. Petúnia (G2) foi a única participante a receber ajuda de uma *funcionária*.

“Se você num pode pagar uma pessoa, por exemplo, pra fazer uma limpeza pra você, aí você tem que esperar quem te ajuda, né”(sic) – Hortência (G1).

O fato de ter que esperar ajuda para a limpeza mais pesada da casa, desperta em Jasmim (G1) certa ansiedade, o que a faz realizar algumas tarefas de acordo com a sua capacidade: *“Quando a pessoa pode ter empregada, muito bem, quando num tem, a pessoa fica assim... É muito difícil! Se eu ver que eu tô*

muito agoniada, eu pego um paninho, molho e passo na casa pra limpar, pra num ficar sujo, porque chega gente e a gente fica com vergonha, né? (interface com o setor S-C)”(sic).

Acreditamos que o resultado estatístico menos satisfatório do G1, apresentado anteriormente em relação ao estudo do setor orgânico com a eficácia adaptativa segundo a EDAO, pode ter influenciado negativamente a avaliação da adequação e do desempenho do setor da produtividade e, por isso, apresentou desvantagens também no estudo do setor Pr nas duas propostas de aplicação da EDAO. Essa avaliação vai ao encontro dos achados de Gandini (2008, 2010), que verificou correlações positivas entre os valores atribuídos à adequação dos setores da produtividade e orgânico em um dos grupos de pacientes com câncer de mama estudados.

A influência da adequação do setor Pr na adaptação geral segundo a EDAO confirma a importância da produtividade destacada por Simon (1997) na segunda proposta de avaliação da EDAO, como um dos setores centrais do funcionamento da personalidade. Entretanto, os resultados da presente pesquisa mostraram também que a eficácia adaptativa de acordo com a EDAO de pacientes idosas com câncer de mama está diretamente influenciada pela condição orgânica apresentada por elas e por isso, para essa população, em sua maioria com comprometimento da saúde, a primeira forma de avaliação da EDAO (Simon, 1989) é mais apropriada e sensível que a segunda (Simon, 1997), por incluir a avaliação quantitativa do setor Or.

A interferência da condição orgânica na realização das tarefas diárias pôde ser confirmada por alguns dados e falas, que serão descritos a seguir.

Das 12 participantes, 75% (seis participantes do G1 e três do G2) não conseguiram retornar às atividades domésticas diárias (MF- / Pr; item 16), sendo outras doenças o motivo mais freqüente (MF- / Pr; item 16d; N= 7), e, também, em decorrência da própria idade (MF- / Pr; item 16c; N= 5) além de tratamento quimioterapêutico (MF- / Pr; item 16b; N= 2), embora somente Camélia houvesse se submetido à cirurgia da mama recentemente (MF- / Pr; item 16a). É importante destacar que cinco das participantes apresentaram dois motivos concomitantemente (Camélia - G1, Hortência - G1, Jasmim - G1, Margarida - G2, Orquídea - G2). No segundo estudo desenvolvido por Dias (2005), 25,58% das participantes com câncer de mama, incluindo mulheres idosas com até 92 anos, que trabalhavam em suas próprias casas, também tiveram que reduzir as suas atividades.

Resgataremos algumas falas relacionadas à limitação para a realização de algumas tarefas, em decorrência do aparecimento de outras doenças.

“O meu joelho já num dexa eu fazer muita coisa mais. Eu num consigo, por exemplo, limpar a casa, ficar em pé passano roupa... Depois dessa cirurgia no joelho, ficou ruim demais”(sic) – Margarida (G2).

“Hoje em dia, eu não trabalho, mesmo porque eu não dou conta, porque gostar de trabalhar eu até que gosto, mas num dou conta mais não. Às vezes, em casa, eu ainda faço alguma coisinha, por exemplo, uma comida, mas agora nem comida eu tô fazendo mais, com essa perna assim (a paciente apresenta artrose)” (sic) – Dália (G1).

Apesar de apresentar algumas limitações, Petúnia (G2) lida bem com essa situação: *“Pra mim, não conseguir fazer as coisas que eu fazia antigamente por causa dos meus problemas* (referindo-se a cardiopatia, limitação do fêmur, quadro

de linfedema) *é tranquilo, sem peso na consciência. Já criei meus filhos, hoje tá tudo aí me ajudando. Eu acho tranquilo*”(sic).

O segundo motivo mais freqüente, ou seja, a própria idade, pode estar relacionado à diminuição da força e coordenação motora, apresentada pelos idosos para atividades que requerem resistência (Papalia et al., 2006). Essa realidade pode fundamentar os resultados encontrados por Silva et al. (2006) em que os idosos participantes de sua pesquisa apresentaram comprometimento na execução de atividades domésticas, principalmente aquelas consideradas mais *pesadas*, com uma porcentagem de 89,5%.

Por meio de alguns argumentos podemos entender melhor essa realidade: Hortência (G1) respeita os seus limites e realiza as suas atividades de acordo com o que é capaz e com um ritmo mais lento: *“Meu serviço num é demais não, sempre é mais devagar. Eu faço o que der pra fazer e o que eu conseguir. A gente já tá com idade e, aí, tem que ser assim”* (sic).

“A gente quando é nova é uma coisa, quando chega na idade é outra! A diferença é muita (a paciente fala essa frase pausadamente, como forma de enfatizar o fato de existir muitas diferenças), *porque você tano nova, você faz muita coisa, e... Quando chega a idade, se você quer uma coisa, se você precisa de uma coisa, você fica sem fazer aquilo porque num consegue fazer sozinha*”(sic) - Jasmim (G1).

“Ah eu já dei uma calmada, iiiii, tem que sossegar um pouco... Num adianta, num adianta pelejar, aí a idade vem, chega uma coisa, outra, amanhã já é outra e junta tudo. Hoje eu descanso mais, eu tenho que descansar, antigamente não, mas agora, tem que ir devagar, eu já num tô nova mais” (sic) – Margarida (G2).

“Quando eu era nova, nesse tempo eu só vivia trabalhando, criando os filho. Vivia pros mato, pra lá, num ia nem na cidade. Eu tinha muito serviço, cuidano de roça, mexendo com roça. Quando eu era mais nova e morava na roça, nós plantava arroz, feijão... Hoje, por causa da minha idade, eu fico mais é em casa. Lá em casa eu gosto de varrer terreiro, eu tenho umas galinha lá, eu gosto de tratar delas e eu lavo minha roupa, só”(sic) – Orquídea (G2).

Quanto às limitações para o retorno às tarefas diárias devido ao tratamento de quimioterapia, Azaléia (G1), que até o momento da entrevista havia vivenciado quatro sessões de quimioterapia, relatou: *“Não está sendo fácil... Fisicamente hoje eu não estou dando conta de muita coisa (referindo-se às atividades domésticas que realizava diariamente em sua própria casa - lavar roupas, passar, cozinhar, limpar casa), eu perco as forças... Eu não tenho coragem de reagir... Quando a gente faz a quimioterapia, a gente fica... que não dá conta mesmo. Eu tenho enjoô, fico fadigada. Num adianta nem querer insistir, porque não tem jeito”(sic).*

Íris (G1), também em quimioterapia verbalizou: *“Ultimamente eu quase que num tô fazendo nada. Eu tô enjoando muito. É meu marido que tá fazendo as coisa tudo dentro de casa. Lava, passa, arruma casa, ele que arruma. Agora, ele tá fazendo tudo sozinho (mostra o cuidado com a esposa). Graças a Deus ele que tá cuidando direitinho. Num quis nem que as nora ajudasse. Ele lava, passa, arruma tudo. Então, meu marido faz o almoço, arruma a cozinha e sempre eu fico mais é deitada, sentada, parece que meu corpo tá sempre cansado. É assim que eu faço” (sic).*

Notamos, então, que o afastamento dessas participantes das atividades ocorreu devido a algumas limitações orgânicas. Da mesma forma, na pesquisa de

Dias(2005), a “diminuição da força no braço, menor agilidade, indisposição para o trabalho”, “perda ou diminuição do movimento no braço” e “dor” (p. 52) foram umas das principais razões das mulheres com câncer de mama terem se afastado de suas atividades. Já na pesquisa realizada por Martins et al. (2009), os efeitos colaterais da quimioterapia, as náuseas e a fadiga foram os sintomas mais citados pelas participantes que se afastaram de suas atividades.

O não reconhecimento do potencial de trabalho por colegas e/ou familiares (MF+ / Pr – item 4) foi vivenciado por todas as participantes do G1. Tal fato pode ter aumentado as suas dificuldades em lidar com a nova condição orgânica (perda da mama), em suas atividades diárias, mesmo tendo três delas (Azaléia, Hortência e Jasmim – G1) se submetido à cirurgia conservadora da mama (quadrantectomia). Ao trabalhar como empregada doméstica, Azaléia (G1) se sentiu muito *diminuída* (sic) (interface com o setor A-R), pois segundo ela, empregada doméstica é *uma profissão que não tem valor, você nem é enxergada* (sic).

Independentemente do contexto, familiar ou de trabalho, esses resultados confirmaram os achados de Maieski e Sarquis (2007), em que, para as pacientes já submetidas à cirurgia da mama e em tratamento para o câncer mamário, é de suma importância ser vista pelas outras pessoas como alguém que ainda pode colaborar.

Quanto ao estudo dos microfatores positivos, considerando tanto o conjunto dos quatro setores (Tabela 26) quanto apenas o setor Pr (Tabela 25), G2 apresentou diferença estatisticamente significativa em relação a G1. Esses resultados reafirmam, mais uma vez, que provavelmente as participantes com menos de 60 anos de idade na submissão cirúrgica (G2) contaram com maior

habilidade e mais recursos internos para a execução das tarefas diárias, após a perda total da mama, e lidaram melhor com a nova realidade.

O item 8 do MF+ / Pr (expectativas de remuneração ascendente) não foi abordado por nenhuma paciente, provavelmente por não estarem inseridas no mercado de trabalho à época da entrevista; algumas eram do lar, outras aposentadas (cerca de 60%) e/ou pensionistas.

Apesar da diminuição do ritmo de trabalho, nove das 12 participantes conseguiam realizar o planejamento das suas atividades do dia-a-dia (MF+ / Pr, item 10a), e 10 organizavam-nas no decorrer do próprio trabalho (MF+ / Pr, item 10b).

Quanto à organização e ao planejamento das atividades diárias, podemos recuperar alguns relatos: *“Eu gosto das minhas coisas bem arrumadinha. Tendo saúde, a gente consegue fazer as coisas. Eu sou organizada, graças a Deus... Se eu ficar afobada, eu tremo e sai tudo errado... Agora, se eu fizer com calma... do jeito que eu pensei... dá tudo certo”*(sic) – Camélia (G1).

“Minhas coisa é sempre organizada, graças a Deus... Quando eu me organizo pra fazer as coisas em um dia, eu sempre consigo fazer tudo que eu planejei... Eu até tenho tempo pra descansar, mas eu mesma é que num sou muito de parar pra descansar não. Pra mim, tano movimentando, melhor ainda. O serviço pra mim é uma distração”(sic) – Hortência (G1).

“Eu sou uma pessoa súper organizada. Minhas coisa sempre tá organizada. Eu gosto das minhas coisinha muito organizada. Se tá ali, é ali que vai ficar, porque quando eu quiser tá lá. Nossa, bagunceira num dá. De jeito nenhum... E eu sou concentrada. Eu faço tudo muito bem feito. Se é uma quitanda que eu planejei fazer, minha cabeça tá só ali. E eu faço é bem feito. Se

eu for vender, eu faço ainda mais bem feito do que se for pra mim” (sic) – Margarida (G2).

“Eu não gosto das coisa desarrumada, mas eu não sou de exagerar, sabe? Eu gosto das minha coisa em casa arrumadinha. É assim, eu falo que as coisa tem que tá organizada, tudo no lugar. Eu gosto de fazer essas coisa (se referindo-se as atividades domésticas)... Depois que eu levanto, primeiro é meus cachorrinho, eu tenho dois. Eu passo um pra dentro, porque tem um que eu tenho que por ele na corrente... Depois dos cachorrinho, eu vou, faço café, tomo café, direitinho, aí a cozinha fica sem arrumar, mais tarde eu arrumo, de tarde eu lavo as roupinha, eu lavo todo dia, porque eu num gosto de juntar roupa, passo roupa se tiver, aí, eu vou assistir televisão... Eu gosto das coisa limpa; o banheiro limpo eu não dispenso! É assim: os armário tudo limpo! Mas eu limpo mesmo é o seguinte, vamo supor, eu costumo no dia de sexta lavar as roupa de cama. Quando é amanhã (sábado) eu dô uma arrumada na cozinha lá em casa, e lavo a casa. Aí, no domingo, é só o banheiro que eu lavo. Aí na segunda eu volto com o meu batidão. Eu passo um paninho assim na casa todo dia, né? Mas eu vou revezando, cada dia eu faço uma coisa, assim mais pesada. Principalmente, quando eu tô meio cansada, ou eu tô com fome, ali, eu sento, eu como uma banana, pra depois eu continuar! Eu num vou assim aquele trem... aquela correria não. O meu serviço é mais só na parte da manhã. À tarde eu sempre deixo pra mim (ou seja, é a parte do dia em que a paciente reserva para consultas médicas, quando necessário, descanso, para distrair assistindo seus programas na televisão e para bordar suas roupas). À tarde, eu faço o seguinte, quando a gente num tem consulta, num tem as coisa, se num tiver um servicinho, eu fico lá na televisão, caço um bordadinho. A minha rotina é essa...”(sic) – Rosa (G2).

“A minha casa tá sempre organizadinha, mas é assim, eu divido, sabe? Um dia eu faço um pouco, outro dia, outro pouco, só mesmo a roupa que eu lavo todo dia. Mas o que eu penso em fazer num dia eu termino, porque é assim, antes de dormir, eu já deixo tudo no lugar arrumadinho pra eu fazer no outro dia. Por exemplo, eu já deixo a bacia com o sabão ... e é assim” (sic) – Violeta (G2).

Das mulheres entrevistadas, sete conseguiram adaptar-se à idade já avançada (MF+ / Pr; item 9b), sendo que uma destas, Camélia - G1, também conseguiu se adaptar à nova realidade após a cirurgia da mama (MF+ / Pr; item 9a). Esses dados confirmam a afirmação de Silva (2003), de que as mulheres submetidas à cirurgia da mama podem apresentar condições para retornarem ao mercado de trabalho e/ou suas funções anteriores, porém necessitando, na maioria das vezes, de algumas adaptações e adequações ambientais.

Constatamos neste estudo que Camélia (G1), Margarida e Petúnia (G2) conseguiram se adaptar, realizando tarefas prazerosas, como a construção de tapetes pelas duas primeiras e a confecção de doces pela terceira citada. Também Dias (2005) em seu segundo estudo incluindo idosas de até 92 anos, verificou que 9,32% das mulheres com câncer de mama preferiram se dedicar aos trabalhos manuais. Silva (2003) concluiu que mulheres submetidas à cirurgia da mama, que retornaram ao trabalho, realizando adaptações, não apresentaram dor no braço homolateral à cirurgia (interface com o setor Or), daí destacar a importância dessas pacientes retomarem suas atividades, sem descuidar das revisões e/ou modificações necessárias de suas funções laborais.

A confecção dos tapetes por Camélia (G1) não é considerada uma fonte de renda, mas um mecanismo de distração, uma forma de presentear os amigos e familiares e aumentar sua auto-estima. “...Aí eu fico fazendo tapetes com retalhos

e o dia passa... Eu gosto de fazer os tapete. Esses tapetes que eu faço é tudo na mão, eu não tenho mais máquina” (sic).

“Hoje eu faço tapete, eu gosto demais de fuçar, ficar fuçano nas coisa, (mostrando ser uma pessoa curiosa e interessada em aprender coisas novas) aí, eu arrumo retalho, eu compro aqui em Uberlândia. Eu faço eles mais mesmo pra distrair, pra dá pros outros, porque pano de prato e tapete ninguém vevi sem. Aí, eu gosto demais, nooossa! Se eu tô com uma tesoura na mão e um retalho fazendo tapete, eu tô feliz” (sic) – Margarida (G2).

Quanto à confecção dos doces, Petúnia (G2) relatou: *“Então, o que que eu comecei a fazer? Doce! De manhã eu levanto e faço os meus doce. Porque é uma coisa leve, até meus filhos fala assim, mãe, pára com isso, a senhora não precisa de ficar fazendo isso... Aí, eu falo: mas é a minha distração. Eu faço uma coisa que eu gosto. É um serviço leve, né? Então, o que eu faço é isso. Eu faço os doces e entrego numa lanchonete... Faço pra aniversário, porque é um serviço que eu posso fazer, entendeu? É uma maneira de não ficar parada. E eu gosto do que eu faço também. E que eu me sinto bem, né? Porque outras coisa eu num posso fazer (devido a sua condição orgânica - interface com o setor Or)” (sic).*

Por meio da análise do setor S-C, notamos que as participantes apresentavam em comum vários costumes, valores e tradições. Os sistemas de valores podem variar, em função dos contextos e das experiências de cada sujeito. Para a compreensão dos costumes e das tradições, devemos perceber que os seus significados estão ligados à transmissão de valores e práticas culturais, que geralmente não são passados por registros escritos (Maia, 2001) mas, como no caso das participantes desta pesquisa, de geração em geração, por meio da oralidade e de ações.

Notamos em 10 pacientes a preservação de costumes, transmitidos e ensinados de geração em geração. Dentre esses, destacamos a função de benzedeira e o uso de anáguas por Camélia (G1) e o cuidado com os irmãos mais novos por Dália (G2).

“Quando eu tava com nove anos, eu aprendi a benzer, a minha mãe me ensinou... Nessa idade, eu já sabia os três ramos que tinha que panhar, nosma, ... e arruda. Minha família toda sabia benzer, os que já faleceram, minha avó sabia, minha mãe... Eu aprendi rezar do jeito que minha mãe me ensinou e do jeito que minha família toda fazia e, inclusive, aqueles que já faleceu. Porque eu rezo, pras pessoas que me pedi, e benzo. Eu benzo as criancinha que acabou de nascer, aquelas pessoas mais de idade que num consegue andar mais, eles telefona e aí eu vou lá benzer...”(sic) – Camélia (G1).

“Nágoa é um costume do povo mais antigo né? As pessoas de hoje num usa mais não, minhas meninas mesmo num usa não, e eu uso até hoje”(sic) - Camélia (G1).

“Eu tinha que ajudar minha mãe a cuidar dos meus irmãos mais novos”(sic) – Dália (G1).

Hortência (G1), Margarida (G2) e Rosa (G2) tiveram suas datas de nascimento registradas em anos diferentes do ano de nascimento. *“Quando eu casei, o escrivão mudou a data e colocou 40, mas a minha idade certa é em 42(sic) - Hortência . Eu nasci mesmo foi em 38, só que nos meus documento tá tudo 33 e agora tem que seguir, né? Eu num posso nem falar que eu nasci foi em 38 (sic) – Margarida. Eu sou de quarenta e um. Nos meus documento, eu sou de quarenta e um. No meu batistério, eu sou de 47. Eu sou de 41 nos documento, mas no meu batistério eu sou de 47. Mas é 41 por causa dos documento tudo.*

Então, até aqui no hospital tem nos papel que eu sou de 41, mas no meu batistério tá lá que eu sou de 47, mas eu tenho que falar, no caso, que eu sou de 41, por causa dos documento tudo”(sic)– Rosa (G2).

Aparentemente, os episódios de gravidez (interface com o setor Or) eram vivenciados pelas entrevistadas de forma não planejada, o que provavelmente pode justificar o fato do item 3 (Gravidez, só quando desejada e levada a termo - F+/Or) não ter sido abordado por nenhuma participante. Três pacientes se destacaram pelo número de partos domiciliares bem-sucedidos (F+ / Or, item 6), ou seja, Camélia (G1) com 13 partos, Jasmim (G1) com 16 e Orquídea (G2) com 10, sendo que a maioria contou com a ajuda de parteiras. As mulheres entrevistadas vivenciaram a restrição aos métodos contraceptivos, assim como desconhecimento de planejamento familiar.

Por meio de algumas falas, podemos ter uma idéia dessa realidade: *“Quando eu tive a filha mais velha, a minha sogra ficou comigo, ela foi a parteira. Aí, eu pus sentido como é que fazia pra cortar o umbigo da criança, porque eu pensava, eu não vou ter ela pra sempre pra me ajudar, então, eu tenho que aprender sozinha... Dos 14 filhos, eu cortei o umbigo de 12. Sentada, eu media, cortava e queimava... Tudo parto normal, graças a Deus. Eu era muito sistemática, quando eu via que a criança tava quase nascendo, eu ia pro quarto e tinha meus filhos sozinha e com Deus. No primeiro filho, a minha sogra tava comigo e no parto da caçula Deus ajudou que a minha comadre chegou na hora e chamou meu marido, porque eu comecei a passar muito mal, muito mal, e desmaiei. Nesse parto foi meu marido que amarrou, cortou e queimou o umbigo... Eu dava a luz em casa mesmo, né? Eu já preparava as coisas e já levava tudo pra lá, pro quarto ou pro mato”(sic) – Camélia (G1).*

“Eu tive meus filhos e os parto foi tudo normal. Eu tive 16 filhos” (sic) - Jasmim (G1).

“Meus filho tudo foi parto normal. Tudo foi parto normal, tudo em casa. Às vezes, antes da parteira chegar, eu já tive eles sozinha. O meu marido que cortava o umbigo dos menino meu e nunca zangou nenhum. Cortava o umbigo com tesoura. Desinfetava ela, com álcool, e cortava o umbigo. Lavava, curava o umbigo dos meus menino” (sic) – Orquídea (G2).

Pelos relatos, foi possível notar que as participantes tinham sua imagem fortemente vinculada ao papel de procriadora, esposa e mãe.

Também foi relatado um pouco sobre os namoros daquela época, caracteristicamente rígidos: *“A véia (referindo-se a sua mãe) num deixava namorar fácil não* (sic) – Margarida (G2) *O namoro de antigamente era bem diferente, era mais amigo do que namorado* (sic) – Íris (G1); e sobre a valorização da virgindade, principalmente antes do casamento: *Eu casei virgem, mesmo com tanto tempo de namoro”* (sic) - Margarida (G2).

Todas as participantes se consideravam cristãs, mesmo sem o hábito de freqüentar regularmente igrejas, sendo nove delas católicas e três evangélicas (Azaléia e Hortência do G1; Violeta do G2). Percebemos que, como no estudo de Moraes e Witter (2007), a maioria considerava imprescindível a prática religiosa, em que encontravam alívio para as suas dores, extravasando as suas emoções.

A importância da religiosidade (interface com o setor S-C) na vida das participantes pode ser observada por meio de algumas falas: Camélia (G1) disse: *“Meu anjo da guarda é muito forte. Se eu for fazer uma viagem e se meu anjo de guarda pedir para eu não ir, eu não vou... Um dia tinha uma viagem para eu ir e meu anjo de guarda pediu para eu não ir, quando as pessoas tava no meio do*

caminho o carro rodou e, aí, eu entendi porque não era pra eu ir (sic). Também relatou a sua fé em uma outra ocasião, em que acredita ter sido curada por Deus: Quando o médico foi me examinar, ele apertou a minha barriga e disse vai ter que operar. Deu três nódulos do lado esquerdo (referindo-se à região do abdômen). Eu pensava muito em Deus e falei só Deus mesmo que tem poder pra colocar a mão aqui e desatar esses nó. Quem vai colocar a mão aqui pra desatar esses nó é Deus, Nosso Pai. E eu fui curada” (sic).

Tulipa (G2) participa da Igreja Católica Apostólica Romana, freqüenta as missas e faz parte de um movimento de oração muito difundido, a Renovação Carismática, de que começou a participar desde o momento em que recebeu o diagnóstico de câncer de mama (interface com o setor Or), ou seja, há 20 anos: *“Eu participo de um grupo religioso lá na... (nome da paróquia que freqüenta – dado omitido por questões éticas). Eu participo da missa do dia de terça-feira e eu participo do grupo da Renovação Carismática. Desde que eu tive câncer, que eu participo desse grupo da Renovação Carismática. São pessoas muito boas, são meus amigos, eu peço pra eles orarem pra mim, eles oram por mim. Agora, eu pedi pra orar pro meu irmão, porque ele ia fazer cateterismo”(sic).*

A maioria das pacientes apresentava baixo poder aquisitivo, o que, muitas vezes, as impedia, por exemplo, de viajar, de aproveitar os eventos culturais e/ou artísticos oferecidos nas cidades onde morava, como cinema e/ou teatro, convivendo mais entre as pessoas da própria família. As exceções são Azaléia (G1) que relatou ter a oportunidade de praticamente todos os anos viajar para a Paraíba e de Petúnia (G2) que tem o hábito de viajar para os estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná.

Geralmente as pacientes usufruíam de eventos culturais gratuitos, como a tradicional Congada, que acontece anualmente na cidade de Uberlândia e região: *“Lá em... (cidade localizada próxima a Uberlândia - dado omitido por questões de sigilo), tem Congado. Eu não conhecia, eu nunca tinha visto. Eu gostei de conhecer, é uma coisa diferente, né? É super diferente, porque no Paraná já num é assim. É tudo diferente. É mais assim comemorações relacionadas à colônia portuguesa, Congado eu nunca vi lá”* (sic) - Petúnia (G2). *“Às vezes, no Congado eu vou porque eu gosto”*(sic) – Íris (G1). Apesar de Dália (G1) apreciar as festas de Congado, nunca acompanhou os de Uberlândia, devido a algumas dificuldades: *“Eu gosto muito de Congado. Em Belo Horizonte, eu sempre participava do Congado, todas as vezes que tinha. Porque as igrejas era perto da casa da minha irmã e das minhas cunhada, então, lá eu sempre ia no Congado. Agora, aqui em Uberlândia eu nunca fui, porque aqui eu praticamente num tenho companhia e é longe, tem que pegar ônibus, e lá perto da minha casa o ônibus só vai até meia-noite. Então, fica difícil pra gente ficar indo”*(sic)... A Congada é uma festa dedicada à Nossa Senhora do Rosário. Por ser caracterizada como própria dos brasileiros de cor negra, os rituais acontecem nos dias dos santos negros, como São Benedito. A Congada é uma “manifestação cultural, cujo nome é um termo criado pelo oprimido, que continua diferenciado e complexo, tanto quanto a condição social geral da maioria dos negros do Brasil” (Kinn, 2006, p. 14).

Devido a sua realidade sócio-econômica, Rosa (G2) usufruía da solidariedade dos outros por meio de doações: *“Eu sou pobre, mas eu ganho muito vestido, assim, dessas pessoa que vai engordando... Eu tenho uns 50 vestido no meu guarda-roupa... Quando eu ganho... eu vou lá, eu reformo ele, arrumo, arrumadinho...”*(sic).

Com relação ao setor A-R, as participantes recebiam importante apoio e carinho das pessoas mais próximas. Com relação aos MF+/A-R, todas tinham pais, marido/parceiro, filhos e/ou familiares compreensivos, e que se interessavam por elas (item 2). Famílias razoavelmente íntegras e emocionalmente estáveis (item 4) além de familiares saudáveis física e mentalmente (item 5), à exceção de Jasmim (G1) cujos pais e/ou marido/parceiro, filhos e/ou familiares não respeitavam a sua individualidade (item 3, MF+ A-R). Isso pode justificar o fato dessa participante ter seu universo afetivo tão limitado, já que estabelecia uma relação de maior intimidade apenas com duas filhas: *“Ao todo, eu tenho 13 filhos vivos. Minha menina, aquela lá de fora (referindo-se à filha que a estava acompanhando no Ambulatório de Mastologia Maligna) me ajuda muito com os médico (referindo-se às consultas médicas). Ontem mesmo ela dormiu lá em casa pra gente vim hoje, e a outra, que mora no fundo da minha casa, também me ajuda muito com as coisa de casa”* (sic).

Foi relatado pelas participantes sobre as relações com as pessoas mais próximas: Azaléia (G1) se vê como alguém que confia plenamente em algumas pessoas e exemplificou com o filho que a acompanhava na consulta médica: *Qualquer coisa que ele (o filho) quiser fazer, eu assino embaixo*(sic). A participante relatou ter bom relacionamento afetivo com os quatro filhos, podendo contar financeiramente com três. Já, com a filha, a paciente não demonstrou uma relação madura nem saudável: *“Ela não é carinhosa comigo, mas ela me ajuda, faz alguma coisa pra mim... Mas o nosso relacionamento não é transparente, não é amoroso”*(sic). Azaléia (G1) também demonstrou confiar nos irmãos, com quem conversa frequentemente por meio do MSN e em alguns membros da igreja, que frequenta: *“Alguma irmã da igreja, por exemplo, a pastora, tem dado muita*

assistência, ela é caridosa com algumas coisas que eu preciso também. Por exemplo, dinheiro... Ela tem me dado sempre, porque eu tenho que comprar medicamento, mas tem outras irmãs também muito boas. Eu não fico muito só, elas vêm muito em casa”(sic) – Azaléia (G1).

“Na minha casa, moram sete pessoas. Os dois filhos homens não casaram. Agora, as filhas todas casaram, graças a Deus. Eles tudo é muito bom pra mim, me ajuda, me respeita... Eles nunca me magoou, nunca me respondeu. Eles são bom demais pra mim.É só rindo, trabalhando, pondo as coisas dentro de casa.Eles é tudo bão... Quando eu preciso vir para Uberlândia consultar, eu sempre venho acompanhada, geralmente pela minha filha mais velha... Tenho outra filha também. Ela num falha um dia sem ir lá em casa”(sic)– Camélia (G1).

“Eu conto sempre com o meu marido em tudo que eu preciso. Meu esposo é bem companheiro mesmo. Às vezes, mesmo lá em casa, ele fala,vamos dá uma volta em volta da casa? Hoje em dia, ele cuida de mim”(sic) – Íris (G1).

“Geralmente minha menina mais velha é que me ajuda com alguma coisa, que às vezes eu preciso. Porque essa que tá comigo é a caçula (referindo-se à acompanhante para a consulta médica de acompanhamento), o do meio é homem, mora no Pará (a distância parece ser um limitador para o filho ajudar a mãe), a que eu moro no fundo da cada dela é mais fraca. Aí, a outra é que me acompanha desde os tratamentos (referindo-se ao câncer de mama), ela que me acompanhou e vem me acompanhando.Então, geralmente é a minha filha mais velha que me olha e que cuida de mim. Ela cuida mesmo, e vai atrás. Tudo que eu faço e passo nessa Medicina (referindo-se ao Hospital de Clínicas de Uberlândia – HC-UFU),ela que me acompanha”(sic) – Margarida (G2).

“Com meus filho eu dô muito bem. As vizinha lá de casa, os vizinho é bão, é de confiança! Nos meus filho, nos meus neto, genro, eu também confio neles tudo”(sic) – Orquídea (G2).

“A minha cunhada é muito boa, sabe? A gente combina muito... Eu gosto demais dos filhos do meu irmão, inclusive, a filha mais velha é minha afilhada, sabe? Agora, eu amo de paixão os dois filhos da minha irmã”(sic) – Tulipa (G2).

“Se eu precisar de ajuda, eu tenho muitas pessoas pra me ajudar. Tenho o meu marido, minha filha, meus neto... qualquer um que eu pedir ajuda, eles me ajuda”(sic) – Violeta (G2).

Dentre as entrevistadas, apenas duas (Petúnia e Violeta – G2) mantinham uma relação aparentemente saudável com o parceiro, que preenchia suas necessidades afetivas (item 7 - MF+ / A-R). *“Nossa, a minha relação com o meu esposo é muito boa. Sempre foi bom. Sempre, muito bom. Ah, se eu falar pra você que a gente não briga. A gente não briga não. A gente discute o que precisa, porque é lógico que tem, mas brigar nunca. A gente faz é crescer com os conflitos. Isso! Meu esposo não deixa de mim, ele é meu anjo da guarda. Eu falo, ele é a minha sombra (risos) – Petúnia (G2). A minha relação com o meu esposo é boa, muito boa, graças a Deus. É claro que eu tenho ciúme, mas hoje já é muito menos do que o tempo em que eu era mais nova”(sic) – Violeta (G2).*

Diante desse fato, pode-se pensar na pouca qualidade de vida afetiva que provavelmente a maioria dessas mulheres casadas experimentava, ao compartilhar tanto tempo de vida com seus companheiros. Provavelmente, esse fato pode fundamentar a má qualidade de vida sexual apresentada por algumas participantes, já comentado anteriormente.

Com relação à criação dos filhos, aparentemente o castigo físico sobressaiu-se e o diálogo foi deixado de lado (interface com o setor S-C). Pela fala de Jasmim (G1), percebemos que, passados muitos anos, a participante ainda não alcançou um nível de compreensão da relação familiar e do desenvolvimento pessoal que favorecesse o diálogo na educação dos filhos: *“Eu batia, batia. Hoje eu num posso fazer mais nada, tá tudo véi já, mas eu batia”*(sic).

Rosa (G2) admitiu ter sido uma mãe muito rígida e buscava a solução de alguns problemas com os filhos, também, por meio do castigo físico: *“Eu era muito brava com os meus filhos. Até eles casar, era assim. Eu bati no meu filho até 15 dias antes do casamento dele”*(sic).

Violeta (G2) assumiu que também batia nos filhos e, pelo seu discurso, foi possível compreender que ainda considera essa uma forma de educar: *“Eu batia. Quando os meninos era novo, nossa, eu batia. Num era assim espancava não, mas eu batia. Tinha um limite, sabe? Mas eu batia... Com os meus neto hoje eu num bato, num brigo, eu gosto demais, eu curto e eu dexo pros pais educar”* (sic). Por meio dessa fala foi possível perceber que, para Violeta (G2), *curtir* (sic) e educar os filhos são aspectos dissociados, ou seja, para que consiga educar o filho, a mãe deve deixar as brincadeiras e os momentos de descontração.

Já, Azaléia (G1) demonstrou uma postura diferenciada e uma maior conscientização sobre a maneira de educar os seus filhos, protegendo-os do pai, que batia nos meninos, com o objetivo aparente de educá-los: *“O pai dos meus filhos nunca ajudou em nada, era um pai sempre ausente, tirava o cinto pra bater nos meninos, mas eu não deixava, porque bater não adianta nada...”*(sic).

No discurso das participantes também foi possível observar que algumas foram vítimas de *posturas machistas* e preconceituosas (interface com o setor S-

C) na convivência com os parceiros. A paciente Íris (G1), depois de casada, teve que encerrar as suas atividades *fora de casa*, já que o marido disse “*Quero mulher pra ficar dentro de casa* (sic). A paciente Tulipa (G2) recebeu recomendações do ex-namorado para que abandonasse os estudos, com o objetivo de que aprendesse a “*fazer as coisa*” (sic). Com a paciente Azaléia (G1), não foi muito diferente. Segundo ela, o ex-marido não a apoiava a continuar os estudos. Apesar das posturas machistas dos parceiros para com as participantes, algumas estiveram inseridas no mercado de trabalho (interface com o setor Pr). Uma delas, Hortência (G1), desempenhou com muito comprometimento a função de costureira numa *casa de noivas de alta-costura* (sic).

Uma vez que a EDAO ainda não é internacionalmente conhecida, foi sugerido no exame de qualificação da presente pesquisa a inclusão da AGF, como um instrumento que pudesse ser correlacionado à proposta de avaliação da adaptação geral das participantes. Contudo, a aplicação da EDAO já pode ser encontrada em vários estudos científicos, como dissertações (Rocha, 2002; Sooma, 2005) e teses (Gandini, 1995; Gatti, 1999).

Os dados coletados, por meio das entrevistas, para avaliação da adaptação geral das participantes, segundo as duas propostas da EDAO, também foram utilizados para avaliar o funcionamento global dessas mulheres pela escala AGF (American Psychiatric Association, 2002). Depois de realizada a pontuação do funcionamento psicológico, social e ocupacional das participantes dos dois grupos por meio da AGF, considerando os três níveis contínuos de classificação, ou seja, superior, médio e grave (Alvarenga et al., 2009), a AGF foi correlacionada à primeira proposta de avaliação da EDAO e com o somatório da adequação dos setores A-R, Pr, S-C, que preconiza a exclusão da avaliação dos

prejuízos apresentados, quanto ao funcionamento em decorrência das limitações físicas, fator que equivale ao setor orgânico da EDAO.

Verificamos, nesses estudos, correlações positivas estatisticamente significantes em G1 (Tabela 27) e G2 (Tabela 28), considerando a primeira proposta de avaliação da EDAO, ora avaliando o conjunto da adequação dos quatro setores e ora sem os valores da adequação do setor Or.

Apesar dessas correlações positivas nos sugerir que um instrumento poderia ser substituído pelo outro, ou seja, EDAO pela AGF e vice-versa, constatamos tanto por meio da análise qualitativa do setor Or quanto do resultado estatisticamente significativo que comparou a eficácia adaptativa (EDAO) com a adequação do setor Or (Tabela 21 – sendo que os valores mais elevados foram obtidos pelas participantes do grupo 2, que estas apresentaram melhores condições físicas em comparação a G1) o impacto negativo da condição orgânica de mulheres idosas com câncer de mama em sua adaptação geral .

Assim, esses resultados sustentam a tese de que a aplicação da EDAO sobrepõe a aplicação da AGF, ao analisar o funcionamento global de pacientes com câncer de mama, já que a AGF não leva em consideração as limitações físicas apresentadas pelas pacientes, devido à doença e/ou à própria decadência da saúde, natural com o avançar da idade.

Por meio desses dados, corroboramos a importância de se realizarem novas pesquisas que favoreçam o desenvolvimento e a melhoria da escala AGF, conforme relatado por Aas (2010) e as afirmações de Dias et al. (2008) e de Goldman et al (1992), que consideraram a AGF uma escala limitada e estes sugeriram que todas as considerações vinculadas à condição orgânica do sujeito,

tanto as favoráveis quanto as desfavoráveis, deveriam ser pautadas com o seu funcionamento social e ocupacional.

Embora Mallon e Hetta (2002) não trabalhem com uma amostra com câncer de mama, foi verificado que as pontuações mais baixas, segundo a AGF, foram atribuídas pelas pessoas, incluindo idosos, que apresentavam transtornos de humor, como ansiedade (62 pontos, mais ou menos cinco), sentimento vivenciado pelas participantes da presente pesquisa, em decorrência do medo da recidiva e dos tratamentos para o câncer de mama, conforme alguns relatos transcritos.

Outro aspecto também trabalhado nesta pesquisa foi a adaptação da Tabela de Fatores e Microfatores, positivos e negativos, à população feminina idosa com câncer de mama, submetida à ablação total (mastectomia) ou parcial (quadrantectomia) da mama (Tabelas 10 a 17), com base nas tabelas construídas inicialmente por Yoshida (1984) com anuência de Simon (1989) e, depois, adaptada por Gandini (1995), para mulheres mastectomizadas por câncer de mama. O refinamento da tabela adaptada por Gandini (1995) aconteceu devido à necessidade de focalizar tanto a faixa etária de mulheres idosas como a inclusão da cirurgia conservadora da mama. Isso foi possível devido às entrevistas clínicas realizadas com as participantes deste estudo.

Na medida em que essa tabela foi sendo adaptada, notamos que há 22 anos Simon (1989) considerou “fumar pouco” microfator positivo (setor Or). Esse fato pode estar relacionado à possibilidade de que nessa época houvesse menos pesquisas, informações e conhecimentos da sociedade científica sobre o real impacto e prejuízo causados pelo uso do cigarro na vida do fumante e daquelas pessoas que com ele convivem.

Na pesquisa de Halperin et al. (2010), qualquer nível de tabagismo encontrado entre os participantes foi associado a direção veicular perigosa, relacionamentos abusivos com o outro, quadro clínico de depressão, pouca prática de exercícios físicos, utilização de serviços de saúde mental e de emergência.

No trabalho de Filho (2004) o autor ressaltou algumas leis existentes para disciplinar o uso do tabaco, como a Lei de nº. 3.868/2002, promulgada pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, que proíbe a prática do fumo dentro de hospitais, clínicas, postos de saúde, laboratórios de análises clínicas, públicos ou privados, que atendam e prestem serviços para o tratamento de saúde física ou psicológica, o que fundamenta a sua classificação como microfator negativo no presente trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa constatamos que a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, em sua primeira proposta de avaliação (EDAO), é uma escala sensível para verificar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações das mulheres idosas com câncer de mama, submetidas à cirurgia mamária, por abranger e avaliar todos os contextos de vida das participantes, ou seja, as relações, afetivas consigo e com os outros, de trabalho, social, cultural e orgânica.

Embora a proposta de redefinição da EDAO (EDAO/R) tenha apresentado falhas quanto à avaliação quantitativa do funcionamento orgânico das mulheres idosas com câncer de mama, participantes da presente pesquisa, a primeira proposta mostrou-se efetiva, sensível e válida para ser aplicada à população em questão.

A forma de avaliação do funcionamento global, utilizando a Avaliação Global do Funcionamento (AGF) precisa ser aperfeiçoada, ponderando em suas faixas de funcionamento, a avaliação da função orgânica, inclusive aquelas com comprometimento e prejuízo. Caso contrário, quando utilizada para alguma população com problemas físicos de saúde e/ou limitadas, inclusive em decorrência do avanço da idade e/ou pelo diagnóstico e tratamento por câncer de mama, a AGF deve ser aplicada, concomitantemente, a outro instrumento que contemple a saúde física, já que interferem direta e significativamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Apesar das limitações apresentadas pela EDAO/R e AGF, estas escalas puderam contribuir para o enriquecimento dos achados e conclusões do presente trabalho.

Hipóteses desconstruídas, expectativas frustradas alteraram o nosso olhar sobre a mulher idosa com câncer de mama. Não foi possível confirmar na nossa amostra vivências caracterizadas por grandes perdas ou grandes realizações, que modificassem a presença dessas mulheres idosas diante da vida. Comum a todas, provavelmente responsável pela longa sobrevida, são a determinação de viver, a valorização das raízes e a realização com os filhos, e/ou familiares. Também foi comum a consciência de limitação, mas em nenhum momento percebemos qualquer sentimento de inutilidade.

No aspecto médico, a sobrevida média de aproximadamente 20 anos das mulheres idosas que foram submetidas a cirurgia mamária antes da fase da velhice (G2), provavelmente, pode ser atribuída ao diagnóstico precoce, à intervenção adequada e à resignação dessas mulheres em se submeterem aos tratamentos necessários, mesmo diante de intenso sofrimento físico e, até mesmo, emocional, agravado pela idade avançada, com exceção Violeta (G2) que apesar de uma sobrevida de 18 anos, verbalizou lentidão por parte do serviço público para a realização de sua cirurgia mamária. Por isso, a prestação de serviço por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma ágil e com qualidade, se torna imprescindível para o atendimento da população principalmente de baixo poder aquisitivo, como as participantes da presente pesquisa.

Como a velhice impõe para a maioria dos idosos uma decadência natural nas funções orgânicas, muitas vezes limitando significativamente a vida ativa dos

idosos, entendemos que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama em mulheres idosas intensificam essa perda, o que as coloca diante de limitações ainda maiores, prejudicando a realização de suas atividades diárias e, quase sempre, a autonomia.

Salientamos a necessidade de investigações sistematizadas sobre os tipos de câncer de mama, em prol de tratamentos mais eficazes e medidas mais adequadas de enfrentamento da doença, por parte dos pacientes e familiares, tais como: comparar o impacto dos diferentes tipos de cirurgia mamária em pacientes de grupos etários distintos; como mulheres, com câncer de mama, em diversas faixas de idade lidam diariamente em suas relações pessoais, atividades laborais, vivências sociais e limitações orgânicas; como esses aspectos repercutem na eficácia adaptativa e qualidade de vida dessas mulheres de grupos etários diversificados; quais as repercussões dos atendimentos psicológicos na qualidade de vida e eficácia adaptativa dessas mulheres com câncer de mama, dentre outras, pois acreditamos que um conhecimento mais aprofundado propicia a implementação de serviços mais adequados e intervenções mais assertivas, realizadas de acordo com as particularidades e reais necessidades de cada população específica, em diferentes fases do desenvolvimento humano, como neste caso as mulheres idosas com câncer de mama.

7 REFERÊNCIAS

- Aas, I. M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*. 9. Obtido em 08 agosto de 2010. Do site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880316/>
- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual. *Revista Brasileira de Medicina*, 63 (9), 477-482. Obtido em 10 fevereiro de 2011. Do site http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=3404&fase=imprime
- Abigail, A., Costa, N. E., & Mendonça, J. M. (2002). Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil (pp. 1077-1082) In: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A.L., Cançado F. A. X., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Abreu, E. & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1),113-31. Obtido em 29 de março 2011. Do site http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf
- Alegrance, F.C., Souza, C.B.,& Mazzei, R,L. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(3),341-351. Obtido em 08 de junho 2011. Do site http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/07
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de*

neuropsiquiatria, 55 (2-b), 421-426. Obtido em 25 de janeiro de 2011. Do site <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>

Alvarenga, M. A. S.; Flores-Mendoza, C. E., & Gontijo, D. F. (2009). Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (4), 258-266. Obtido em 21 de setembro de 2010. Do site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S004720852009000400007&script=sci_arcttext&tlng=en

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; (4. ed.) Texto revisado. Porto Alegre: Artmed.

Barros, A. C. S. D. (2007). Tratamento cirúrgico conservador (pp. 80-97) In: Barros, A. C. S. D. & Buzaid, A. C. *Câncer de mama: tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Dentrix Edição e Design.

Barros, A. C. S. D., Andrade, F. E. & Filassi, J. R. (2007). Tratamento cirúrgico radical (pp. 63-79) In: Barros, A. C. S. D. & Buzaid, A. C. *Câncer de mama: tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Dentrix Edição e Design.

Bensi, C. G., Campos, A. S., Harada, R. M., Oliani, K. L., Ranzatti, R. P., Samano, E. S. T., et al. (2006). Aceitação de quimioterapia por brasileiras com câncer de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(1), 17-22. Obtido em 22 de maio de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v52n1/a16v52n1.pdf>

Brasil (2003). *Estatuto do Idoso e normas correlatas*. Obtido em 25 de janeiro de 2011. Do site http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/sf00012a.pdf

- Brasil (2010). Instituto Nacional do Câncer. *Estimativas para o ano de 2010 do número de casos novos de câncer, por região*. Obtido em 18 de janeiro de 2011. Do site <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>
- Brasil (2011). Organização Mundial de Saúde. Obtido em 29 de março de 2011. Do site http://www.who.int/topics/cronic_diseases/em/
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.
- Carvalho, M. M.(2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Revista Psicologia USP*,13(1), 151-166, Obtido em 15 de maio de 2009. Do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103656420020001000008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Carvalho, C. M. R. G.; Brito, C. M. S.; Nery, I. S.,& Figueiredo, M. L. F. (2009). Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(4), 579-582. Obtido em 20 de outubro de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/14.pdf>
- Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Costa, A. L., Jr. (2001). O desenvolvimento da Psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: ciência e profissão*.21(2), 36-43. Obtido em 16 de maio de 2009. Do site http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414989320010002000005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Couto, M. C. P. P, Novo, R. F., & Koller, S. H. (2009). Relações entre rede de apoio social, bem-estar psicológico e resiliência na velhice. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs) *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. (pp. 27-44). Campinas: Alínea.
- Dias, M. (2005). *Impacto das cirurgias para tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e atividade profissional*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Obtido em 26 de junho de 2010. Do site <http://www.tede.ufsc.br/teses/PSPB0098.pdf>
- Dias, V. V., Brissos, S., Martinez-Arán, A., & Kapczinski, F. (2008). Funcionamento neurocognitivo em doentes bipolares tipo I eutímicos. *Acta Médica Portuguesa*, 21(6), 527-538. Obtido em 23 de setembro de 2010. Do site <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/6/527-538.pdf>
- Famed – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Obtido em 11 de junho de 2011. Do site <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL.html>
- Fayers, P.M., Aaronson, N., Bjordal, K., Curran, D., & Groenvold, M. (1999). EORTC QLQ-C30 Scoring manual (2nd ed.). Brussels: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study group*.
- Feijó, M. C., & Assis, S. G. (2004). O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 157-166. Obtido em 20 de junho de 2010. Do site <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22391.pdf>

- Ferraz, L.T.L. (2006). *O câncer de mama em mulheres envelhescentes e idosas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP. Obtido em 10 de setembro de 2008. Do site <http://www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=158216>
- Ferrans, C.E., & Powers, M.J. (1985) Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Advanced Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Ferreira, M. L. S. M., & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3), 299-304. Obtido em 04 de fevereiro de 2008. Do site <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>
- Filho, F. M. A (2004). A legislação e o fumo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 82 (5), 407-408. Obtido em 28 de junho de 2010. Do site <http://www.scielo.br/pdf/abc/v82n5/20271.pdf>
- Freitas, R., Jr., Ribeiro, L. F. J., Taia L., Kajita D., Fernandes M. V., & Queiroz G. S. (2001). Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 23 (4), 205-208. Obtido em 22 de maio de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n4/11360.pdf>
- Gandini, R.C. (1995). *Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Gandini, R.C. (2008). *Câncer de mama: conseqüências da mastectomia na produtividade*. Relatório técnico de pesquisa aprovado pelo Conselho do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia em março, 2008. Uberlândia, MG.

- Gandini, R.C.(2010). Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. *Revista Temas em Psicologia*, 18 (2), 449- 456. Obtido em 12 de janeiro de 2010. Do site <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a17.pdf>
- Gatti, A. L. (1999). *Escalas de avaliação dos mecanismos de defesa: precisão e validade concorrente*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Goldenberg, J. (2008). Doenças reumáticas nas pessoas idosas: nova realidade, novos desafios. *Revista Einstein*, 6 (Supl 1), 1-3. Obtido em 22 de junho de 2010. Do site <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/768-Einstein%20v6n1%20Suplemento%20pS1-3.pdf>
- Goldman, H. H.; Skodol, A. E., & Lave, T.R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149:1148-1156.
- Halperin, A. C., Smith, S. S., Heiligenstein, E., Brown, D., & Fleming, M. F. (2010) Cigarette smoking and associated health risks among students at five universities. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(2), 96-104. Obtido em 18 de janeiro de 2011. Do site <http://ntr.oxfordjournals.org/content/12/2/96.full.pdf+html>
- 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(2), 184-196. Obtido em 21 de setembro de 2010. Do site <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a10.pdf>

- Kimura, M. (1999). *Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”*, de Ferrans e Powers. Tese Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9 (7), 789-800. Obtido em 15 de março de 2010. Do site <http://www.springerlink.com>
- Kinn, M. G. (2006). *Negros congadeiros e a cidade: costumes e tradições nos lugares e nas redes da congada de Uberlândia-MG*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. Obtido em 12 de março de 2011. Do site <http://www.teses.usp.br>
- Kvanli, A. H. (1988). *Statistics: a computer integrated approach*. United States of America, West Publishing Company.
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23 (3), 327-332. Obtido em 16 de setembro de 2009. Do site http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722007000300012&script=sci_arttext&tlng=pt
- Lima, L. C. V., & Bueno, C. M. L. B. (2009). Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, 2 (2), 273-280, Obtido em 22 de junho de 2010. Do site <http://cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1173/792>
- Lima-Costa, M.F., & Matos, D.L. (2007). Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado

- na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (7), 1665-1673. Obtido em 29 de maio de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/18.pdf>
- Lopes, E. S. L. (2005). Resiliência. In A.L.Neri (Org) *Palavras-chave em gerontologia*. (pp. 178-181). (2 ed.) Campinas: Alínea.
- Maia, D. S. (2001). A Geografia e o estudo dos costumes e das tradições. *Revista Terra Livre*, (16) 71-98. Obtido em 12 de março de 2011. Do site <http://www.agb.org.br>
- Maieski, V. M., & Sarquis, L. M. M. (2007). Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. *Revista Cogitare Enfermagem*, 12(3), 346-352. Obtido em 26 de junho de 2010. Do site <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10031/6890>
- Mallon, L., & Hetta, J. (2002). Detección de la depresión mediante cuestionarios: comparación de una sola pregunta con los datos de la entrevista en una muestra de adultos de edad avanzada. *European Journal of Psychiatry*, 16 (3), 139-148. Obtido em 23 de setembro de 2010. Do site <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n3/original2.pdf>
- Manganiello, A. (2008). *Sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. Obtido em 26 de julho de 2010. Do site http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/2010/Biologia/dissertacoes/2mastectomia.pdf
- Martins, L. C., Filho, C. F., Giglio, A. D. , Munhoes, D. A., Trevizan, L. L. B., Herbst, L. G., et al. (2009). Desempenho profissional ou doméstico das

pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55(2), 158-162. Obtido em 26 de junho de 2010. Do site <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/19.pdf>

Menke, C.H., Biazús J. V., Xavier, N. L., Cavaleiro, J. A., Rabin, E. G., Bittelbrunn, A., & Cericatto, R. (2007). *Rotinas em mastologia* (2 ed). Porto Alegre: Artmed.

Mesquita, R. A. V., & Sayeg M. A. (2002). Políticas públicas de saúde para o Envelhecimento. In: E. V. Freitas, L. Py, AL. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Orgs). *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp.1083-1089). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Molina, L., Dalben, I., & Luca L. A. (2003). Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(2), 185-190. Obtido em 22 de maio de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16215.pdf>

Moraes, N. A. S., & Witter G. P. (2007). Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de Psicologia*, 57(127), 215-238. Obtido em 16 de setembro de 2009. Do site <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v57n127/v57n127a08.pdf>

Novaes, C. O., & Mattos, I. E. (2009). Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Caderno de Saúde Pública*, 25(Supl. 2), 310-320. Obtido em 20 de outubro de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/13.pdf>

Oliveira, A. R. (2005). *Correlação dos principais fatores prognósticos no câncer de mama entre mulheres jovens e idosas atendidas no serviço de mastologia da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis (SC)*. Dissertação de Mestrado,

- Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. Obtido em 20 de outubro de 2009. Do site <http://www.tede.ufsc.br/teses/PMED0104-D.pdf>
- Papalia D. E, Olds S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. (8 ed). (Daniel Bueno, trad). Porto Alegre: Artimed.
- Pellegrino Rosa, I. (1986). *Contribuições para o psicodiagnóstico de mulheres sem experiência do orgasmo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, SP.
- Peres J. F. P.; Mercante. J. P. P., & Nasello, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 131-138. Obtido em 16 de setembro de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a03.pdf>
- Pesce, R. P.; Assis S. G.; Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20 (2), 135-143. Obtido em 16 de setembro de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32 Obtido em 26 de julho de 2010. Do site <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>
- Robb, C., Haley W. E., Balducci L., Extermann M., Perkins E., Small B., & Mortimer J. (2007). Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Critical Reviews in Oncologyhematology*. 62, 84-91.

- Rocha, G. M. A. (2002). *Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada redefinida com pessoas idosas: precisão e validade*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Santos, D. R. & Tambellini, P. (2007). Estadiamento do câncer de mama (p. 26-34) In: Barros, A. C. S. D. & Buzaid, A. C. *Câncer de mama: tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Dentrix Edição e Design.
- Siegel, S (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. (Trad. Alfredo Alves de Farias). São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, p. 350.
- Silva, I. R. (2003). *O impacto das orientações ergonômicas e o tratamento fisioterapêutico na saúde das mulheres pós-cirúrgicas de câncer de mama que retornam ao trabalho*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. Obtido em 26 de junho de 2010. Do site http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/iara_rodrigues.pdf
- Silva, S., Loureiro, J., & Sousa, G. (2004). *Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas*. Trabalho de Licenciatura, Universidade Lusíada do Porto, Porto, Portugal. Obtido em 15 de junho de 2008. Do site <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0053.pdf>
- Silva, M. J., Lopes, M. V. O., Araújo, M. F. M., & Moraes, G. L. A. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 201-206. Obtido em 28 de janeiro de 2011. Do site <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a12v19n2.pdf>
- Silva, V. L., Leal, M. C. C., Marino, J. G., & Marques, A. P. O (2008). Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município

de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1013-1023.

Obtido em 22 de maio de 2009. Do site

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/08.pdf>

Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.

Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47 (107), 85-93.

Sooma, R. (2005). *Estudo da eficácia adaptativa de herdeiros de empresa familiar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo. São Paulo, SP. Obtido em 25 de janeiro de 2011. Do site

[http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=](http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6)

[6](http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6)

Sorj, B., & Guedes, L. E. (2005). Exclusão digital: problemas conceituais, evidências empíricas e políticas públicas. *Revista Novos Estudos – Cebrap*. (72), 101-117. Obtido em 20 de junho de 2010. Do site

<http://www.scielo.br/pdf/nec/n72/a06n72.pdf>

Souto, C. M. R. M., Pessoa, S. M. F., Damasceno, M. M. C., & Araújo, T. L. (2007). Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16(4), 719-726. Obtido em 22 de maio de 2009. Do site

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a17v16n4.pdf>

Souza, M. T. S., & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*. 40 (1), 119-126. Obtido em 16 de setembro de 2009. Do site

<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>

Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes P.B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In A.L.Neri (Org) *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. (pp. 195-228). Campinas: Papyrus.

Van Dijck, J. A. A. M., Verbeek, A. L. M., Beex, L. V. A. M., Hendriks, J. H. C. L., Holland R., Mravunac, M., et al. (1996). Mamographic screening after the age of 65 years: evidence for a reduction in breast cancer mortality. *International Journal of Cancer*. 66, 727-731. Obtido em 29 de maio de 2009. Do site

http://dare.ubn.kun.nl/bitstream/2066/22454/1/22454_.PDF

Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63. Obtido em 28 de agosto de 2008. Do site

http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/REVISA03.pdf

Veras, R. (2007). Fórum: Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10), 2463-2466. Obtido em 22 de maio de 2009. Do site <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf>

Yamamoto, K. & Simon, R. (2006) Eficácia da adaptação de pessoas com hipertensão essencial e uma avaliação com o Teste Estilicrômico. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14 (2), 171-185, Obtido em 08 de fevereiro de 2011. Do site

<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/648/648>

- Yesavage, J. A., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leir, V. O. (1983).
Development and validation of a geriatric depression screening scale: a
preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Yoshida, E. M. P. (1984). *Estudo da precisão e da validade de predição da Escala
Diagnóstica da Adaptação de R. Simon*. São Paulo, Dissertação de Mestrado,
USP.

APÊNDICES

Apêndice A: Tabelas

Tabelas da Relação das Pacientes Idosas Submetidas à Cirurgia da Mama no HC-UFU – período 1999/2009

Tabela 1: Número de Pacientes Idosas no Momento da Cirurgia em 2009

Intervalo da idade em 2009	Intervalo de tempo entre a idade na cirurgia e 2009										
	1 A N O	2 A N O S	3 A N O S	4 A N O S	5 A N O S	6 A N O S	7 A N O S	8 A N O S	9 A N O S	10 A N O S	TOTAL
60-65 anos	5	4	2	1	1	-	-	-	-	-	13
66-70 ANOS	2	-	2	1	1	5	2	4	-	-	17
71-75 ANOS	1	1	-	1	-	1	4	1	2	1	12
76-80 ANOS	1	-	1	-	1	2	1	3	-	-	9
81-85 ANOS	1	-	-	2	-	-	1	3	2	-	9
86-90 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
91-95 ANOS	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	3
TOTAL	11	5	5	5	3	9	9	11	5	1	64

Tabela 2: Número de pacientes com menos de 60 anos no momento da cirurgia e idosas em 2009

Intervalo da idade em 2009	Intervalo de tempo entre a idade na época da cirurgia e em 2009										
	1 A N O	2 A N O S	3 A N O S	4 A N O S	5 A N O S	6 A N O S	7 A N O S	8 A N O S	9 A N O S	10 A N O S	TOTAL
60-65 ANOS	1	1	2	5	2	4	6	6	5	-	32
66-70 ANOS	-	-	-	-	-	-	1	3	5	-	9
71-75 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
76-80 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
81-85 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
86-90 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
91-95 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTAL	1	1	2	5	2	4	7	9	10	0	41

Tabela 3: Total do número de pacientes não-idosas e idosas no momento da cirurgia e idosas em 2009

Intervalo da idade em 2009	Intervalo de tempo entre a idade na época da cirurgia e em 2009										TOTAL
	1 A N O	2 A N O S	3 A N O S	4 A N O S	5 A N O S	6 A N O S	7 A N O S	8 A N O S	9 A N O S	10 A N O S	
60-65 ANOS	6	5	4	6	3	4	6	6	5	-	45
66-70 ANOS	2	-	2	1	1	5	3	7	5	-	26
71-75 ANOS	1	1	-	1	-	1	4	1	2	1	12
76-80 ANOS	1	-	1	-	1	2	1	3	-	-	9
81-85 ANOS	1	-	-	2	-	-	1	3	2	-	9
86-90 ANOS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
91-95 ANOS	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
TOTAL	12	6	7	10	5	13	16	20	15	1	105

Apêndice B:Ficha de Registro

1- Número de identificação para a pesquisadora ()

2-Idade: ()

3-Nível de instrução

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Médio incompleto

() Médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

4- Quantas pessoas moram com você? ()

5-Quando você necessita, você tem pessoas em quem você pode se apoiar?

() não

() sim quem?.....

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa *Eficácia adaptativa de mulheres idosas e em tratamento no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU)* desenvolvida pela mestranda Cíntia de Jesus Silva, orientada pela Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Gandini. O objetivo do trabalho é compreender como os aspectos relacionados às relações afetivas, de trabalho, orgânicas e sociais de mulheres idosas e 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 a vida. Para isso, realizaremos entrevistas que poderão variar de duas a três, com cerca de uma hora cada. Caso você aceite participar desta pesquisa, as entrevistas serão marcadas a partir de sua disponibilidade, as quais poderão acontecer após sua consulta no ambulatório ou em seu domicílio. Caso seja detectada alguma necessidade de atendimento psicológico, será discutida com você a possibilidade de ser encaminhada para uma psicoterapia a ser realizada no Centro de Psicologia - UFU. Ao ser convidada, sua participação não é obrigatória, ou seja, você é quem decidirá pela sua participação ou não, nessa pesquisa. Se você concordar em participar, a você é dado o direito de desistir em qualquer momento do trabalho, podendo ausentar-se sem a necessidade de apresentar justificativas para sua desistência, e assim retirar seu consentimento em qualquer período, sem nenhuma forma de penalização. Diante da desistência, estará garantida a continuidade de todos os tratamentos a que está sendo submetida durante e após a conclusão do trabalho de pesquisa. Você receberá respostas sobre qualquer pergunta e será esclarecida a respeito de quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa mesmo que esta possa afetar seu desejo em continuar participando deste estudo. Você não correrá nenhum tipo de risco. Como benefício poderá compreender sua forma de adaptação, isto é, como você lida com a vida, diante de situações em que não há possibilidades de mudanças e as quais você pode melhorar. Você não será identificada em momento algum e será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com sua privacidade. Se você concordar, as entrevistas poderão ser registradas em um gravador e após a transcrição dos dados o áudio será desgravado. 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 idosas em tratamento no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU). Além disso, serão publicados e divulgados somente em eventos científicos.

Universidade Federal de Uberlândia- UFU / Campus Umuarama - Fone: 34-32182701
CEP. 38400902: - Uberlândia – MINAS GERAIS

Cíntia de Jesus Silva, mestranda do PGPSI, e-mail: jscintia@hotmail.com/fone: 34-32182701 e Dra. Rita de Cássia Gandini - Orientadora (CRP 04/2820)/fone: 34- 32182235
Comitê de Ética em Pesquisa - UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; Telefone: 34-32394531

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: Cíntia de Jesus Silva

Apêndice D: Fichas-síntese

Azaléia (G1)

60 anos de idade; divorciada; ensino médio completo; do lar; submetida à quadrantectomia.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1, 4	1, 2, 4, 5, 9	2, 3, 4, 5, 6, 10	1, 9	2	2	
Pr	1a	1, 2, 5, 7	3, 5, 7, 10b, 11b	3, 4, 6, 7, 9, 15, 16b	2	1	
S-C	2, 5	1	3, 5,	2	2	---	
Or	1, 4, 5	5	1	1 (2x), 2, 3, 5b, 7b, 8, 11a, 12	2	---	
Adaptação					8	3	
AGF							65

Setor e AGF/ F e MF	Σ^* F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	2	5	6	2	2	2	
Pr	1	4	5	7	2	1	
1º Subtotal	3	9	11	9	4	---	
S-C	2	1	2	1	2	---	
2º Subtotal	5	10	13	10	6	---	
Or	3	1	1	9	2	---	
Somatório	8	11	14	19	8	3	
AGF							65

Nota *Símbolo indicando somatório

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa
(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz moderada sem crise grupo III (A-R = 2 pontos, Pr = 2 pontos, S-C = 2 pontos e Or = 2 pontos, totalizando 8 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: () Leve
(X) Moderada
() Severa
() Grave
(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz moderada sem crise, grupo 3 (A-R = 2 pontos e Pr = 1 ponto, totalizando 3 pontos).

Obs. Resultado da EDAO = EDAO/R

Camélia (G1)

79 anos de idade; viúva; paciente analfabeta; recebe pensão do marido (falecido), é aposentada (fonte omitida) e continua trabalhando em casa; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,2, 6	6, 7	2,3, 4,5,6,10	6	3	3	
Pr	1b, 5,3, 5.4	---	2,3,5, 6,9a,9b, 10a, 10b	11, 13,16a, 16c, 17a	2	1	
S-C	2, 5	1	3,4,5,6, 7,	2,9	3	----	
Or	5, 6 (13x)	1,3, 9	1,3,5, 6,11	1,3,5a, 7a,11a	2	----	
Adaptação					10	4	
AGF							80

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	3	2	6	1	3	3	
Pr	3	0	8	5	2	1	
1º Subtotal	6	2	14	6	5	---	
S-C	2	1	5	2	3	---	
2º Subtotal	8	3	19	8	8	---	
Or	14	3	5	5	2	---	
Somatório	22	6	24	13	10	4	
AGF							80

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa
(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz, moderada sem crise, grupo III (A-R = 3 pontos, Pr = 2 pontos, S-C = 3 pontos e Or = 2 pontos, totalizando 10 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: (X) Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz, leve sem crise, grupo 4 (A-R = 3 pontos, Pr = 1 ponto, totalizando 4 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R
AGF = 80 pontos

Dália (G1)

68 anos de idade; solteira; ensino fundamental incompleto; aposentada por invalidez e continua trabalhando em casa; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,6	---	2, 3, 4, 5,	7	1	1	
Pr	1b, 5.2b	3	3, 9b, 10a, 11a	4, 13, 16d	1	0,5	
S-C	1, 2, 5	3	3, 4, 6,7	1,2,3	2	---	
Or	5	1	1,3,6,7	1(2x), 2, 3, 7b,8,1 1a	1	---	
Adaptação					5	1,5	
AGF							50

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	2	0	4	1	1	1	
Pr	2	1	4	3	1	0,5	
1º Subtotal	4	1	8	4	2	---	
S-C	3	1	4	3	2	---	
2º Subtotal	7	2	12	7	4	---	
Or	1	1	4	7	1	---	
Somatório	8	3	16	14	5	1,5	
AGF							50

EDAO

Tipo de Adaptação:

- () Eficaz (X) Não eficaz: () Moderada (X) Severa
() Sem crise (X) Com crise Especificar setor: Or

Adaptação não eficaz severa com crise no setor Or, grupo VI (A-R = 1 ponto, Pr = 1 ponto, S-C = 2 pontos e Or = 1 ponto, totalizando 5 pontos),

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

- () Eficaz (X) Ineficaz: () Leve () Moderada () Severa (X) Grave
() Sem crise (X) Com crise Especificar setor: Or

Adaptação ineficaz grave (A-R = 1 ponto, Pr = 0,5 ponto), com crise, grupo 5-C

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R
AGF = 50 pontos

Hortência (G1)

67 anos de idade (contudo registrada com 69); casada; ensino fundamental completo; do lar; submetida à quadrantectomia.

Setor e AGF / F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1, 4, 6	3	2,3,4,5, 6	6,8a	2	2	
Pr	1b, 8	1	1,2,3,5, 6,7,9b, 10a,10 b,11a	3,4,16c, 16d	3	2	
S-C	4, 5	--	3,4,5,7	2,6	2	---	
Or	1,4,5 , 6 (3x)	2, 8,9	1,3,4,6	1(4x),2, 3,8, 13	2	---	
Adaptação					9	4	
AGF							75

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	3	1	5	2	2	2	
Pr	2	1	10	4	3	2	
1º Subtotal	5	2	15	6	5	---	
S-C	2	0	4	2	2	---	
2º Subtotal	7	2	19	8	7	---	
Or	6	3	4	8	2	---	
Somatório	13	5	23	16	9	4	
AGF							75

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III (A-R: 2; Pr: 3; S-C: 2; Or: 2; totalizando 9 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: (X) Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz leve, sem crise, grupo 2 (A-R:2; Pr:2; totalizando 4 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R
AGF = 75 pontos

Íris (G1)

70 anos de idade; casada (não legalmente); ensino fundamental completo; do lar; submetida à mastectomia radical (com preservação de pele para reconstrução).

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	4,6	---	2,3,4, 5,6	4	3	3	
Pr	1b, 8	1,3	2,3,6, 9a,10 a, 10b, 11a	4, 13, 16b, 16d	1	0,5	
S-C	2	---	3,5,6, 7	2	3	---	
Or	5	1, 6a, 8	1,3,6	1,2,3,4,5a ,7b,8,11b, 12, 14	1	---	
Adaptação					8	3,5	
AGF							60

Setor e AGF / F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	2	0	5	1	3	3	
Pr	2	2	7	4	1	0,5	
1º Subtotal	4	2	12	5	4	---	
S-C	1	0	4	1	3	---	
2º Subtotal	5	2	16	6	7	---	
Or	1	3	3	10	1	---	
Somatório	6	5	19	16	8	3,5	
AGF							60

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: () Moderada (X) Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz, severa, sem crise, grupo V (A-R: 3; Pr:1; S-C: 3; Or: 1; totalizando 8 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: () Leve (X) Moderada () Severa () Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz moderada, sem crise, grupo 3 (A-R:3; Pr: 0,5; totalizando 3,5 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R

AGF = 60 pontos

Jasmim (G1)

79 anos de idade; casada; ensino médio incompleto; aposentada por idade e continua trabalhando em casa; submetida à quadrantectomia.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	4	1,4,5, 6,9	2,5	2,4,5,6, 7,8a	1	1	
Pr	1b, 5.2c	7	3,9b, 10a, 10b, 11b	16c,16 d	2	1	
S-C	1,5	1,3	3,4,7	1,2,3	2	---	
Or	1,4,5 , 6(16 x)	2	1,3,7	1(7x), 3, 7a, 8, 9, 11a	1	---	
Adaptação					6	2	
AGF							51

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1	5	2	6	1	1	
Pr	2	1	4	2	2	1	
1º Subtotal	3	6	6	8	3	---	
S-C	2	2	3	3	2	---	
2º Subtotal	5	8	9	11	5	---	
Or	19	1	3	12	1	---	
Somatório	24	9	12	23	6	2	
AGF							51

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz () Moderada (X) Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz severa, sem crise, grupo V (A-R = 1, Pr = 2, S-C = 2, Or = 1, totalizando 6 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: () Leve () Moderada (X) Severa () Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz severa, sem crise, grupo 4 (A-R = 1, Pr = 1, totalizando 2 pontos).

Obs. Resultado da EDAO = EDAO/R

AGF = 51 pontos

Margarida (G2)

71 anos de idade (porém registrada com 76anos); viúva; semi-analfabeta; aposentada por invalidez e continua trabalhando em casa; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,4,6	4,5,6	2,3,4,5,6,10	8b	2	2	
Pr	1b,5.2b	2,	1,2,3,6,7,9b,10a,10b	7,16c,16d,17b	3	2	
S-C	1,3	1	3,4,6,7	1,2	1	---	
Or	5,6(5x)	1	5,6	1(5x),2,3,4,5a,6,7a,11a	2	---	
Adaptação					8	4	
AGF							55

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	3	3	6	1	2	2	
Pr	2	1	8	4	3	2	
1º Subtotal	5	4	14	5	5	---	
S-C	2	1	4	2	1	---	
2º Subtotal	7	5	18	7	6	---	
Or	6	1	2	12	2	---	
Somatório	13	6	20	19	8	4	
AGF							55

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: () Moderada
(X) Severa

() Sem crise (X) Com crise Especificar setor:Or

Adaptação não eficaz severa, com crise no setor Or, grupo VI (A-R: 2; Pr: 3; S-C: 1; Or: 2; totalizando 8 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: (X) Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

() Sem crise (X) Com crise Especificar setor:Or

Adaptação ineficaz leve, com crise no setor Or, grupo 2-C (A-R:2; Pr:2; totalizando 4 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R

AGF = 55 pontos

Orquídea (G2)

73 anos de idade; viúva (apesar de não ter sido casada legalmente); ensino fundamental incompleto; recebe aposentadoria (fonte omitida) e continua trabalhando em casa; submetida à mastectomia radical.

Sector e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,2,4,6	1,3,6,7	1,2,3,4,5,6,10	9	3	3	
Pr	1b, 5.4	---	1,3,6,9b,10b,11a	3,4,7,11,16c,16d	3	2	
S-C	1,2,4,5	1,2	4,6,7	1,2,9	2	---	
Or	5, 6 (10x)	1,3,5,6b	1,4,5,6,7	1(3x),3,6,11a	2	---	
Adaptação					10	5	
AGF							81

Sector e AGF / F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	4	4	7	1	3	3	
Pr	2	0	6	6	3	2	
1º Subtotal	6	4	13	7	6	---	
S-C	4	2	3	3	2	---	
2º Subtotal	10	6	16	10	8	---	
Or	11	4	5	6	2	---	
Somatório	21	10	21	16	10	5	
AGF							81

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III (A-R: 3; Pr: 3; S-C: 2; Or: 2 ; totalizando 10 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

(X) Eficaz () Ineficaz: () Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação eficaz, sem crise, grupo 1 (A-R: 3; Pr: 2; totalizando 5 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R

AGF = 81 pontos

Petúnia (G2)

66 anos de idade; casada; ensino fundamental completo; do lar; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF / F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,2,4, 6	---	2,3,4, 5,6,7, 10	---	3	3	
Pr	1b, 3, 8	3	1,2,3, 5,6,9a, 10a, 10b, 11a	1, 4,6,1 1,13, 16d	3	2	
S-C	2,5	1,2	1,2,3, 4,5,6, 7	9	3	---	
Or	2,5,6 (2x)	1,8	1,3,4, 5, 6,7,8, 10	1(2x), 3, 12	3	---	
Adaptação					12	5	
AGF							95

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	4	0	7	0	3	3	
Pr	3	1	9	6	3	2	
1º Subtotal	7	1	16	6	6	---	
S-C	2	2	7	1	3	---	
2º Subtotal	9	3	23	7	9	---	
Or	4	2	8	4	3	---	
Somatório	13	5	31	11	12	5	
AGF							95

EDAO

Tipo de Adaptação:

(X) Eficaz () Não eficaz: () Moderada
() Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação eficaz, sem crise, grupo I (A-R: 3; Pr: 3; S-C: 3; Or: 3; totalizando 12 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

(X) Eficaz () Ineficaz: () Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação eficaz, sem crise, grupo 1 (A-R: 3; Pr: 2; totalizando 5 pontos).

Obs. Resultado da EDAO = EDAO/R

AGF = 95 pontos

Rosa (G2)

62 anos de idade (contudo registrada com 69); casada (não legalmente); ensino médio incompleto; recebe pensão do marido (falecido) e ainda trabalha em casa; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF / F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,4,6	1,4,6	2,3,4,5	5,7,8a, 8b	2	2	
Pr	1a, 5.3	---	1,2,3,6, 9b,10a, 10b,11 b	3,4,7	3	2	
S-C	1,2,4, 5	1	4,6,7	2	3	---	
Or	5, 6 (2x)	1,3	4,6	1(5x), 2,3,4, 5a, 8,14	2	---	
Adaptação					10	4	
AGF							80

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	3	3	4	4	2	2	
Pr	2	0	8	3	3	2	
1º Subtotal	5	3	12	7	5	---	
S-C	4	1	3	1	3	---	
2º Subtotal	9	4	15	8	8	---	
Or	3	2	2	11	2	---	
Somatório	12	6	17	19	10	4	
AGF							80

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III (A-R: 2; Pr: 3; S-C: 3; Or: 2; totalizando 10 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Ineficaz: (X) Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz leve, sem crise, grupo 2 (A-R: 2; Pr: 2; totalizando 4 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R
AGF = 80 pontos

Tulipa (G2)

66 anos de idade; solteira; ensino médio completo (magistério); aposentada por invalidez e continua trabalhando em casa; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1	1 (2x), 8	2,3,4,5, 10	4,7	2	2	
Pr	1a, 5.2 b	---	2,3,4,1 1b	6	2	1	
S-C	2,4,5	---	2,3	3	2	---	
Or	4,5	1,2	1,3,4,1 0,11,12	1(8x) , 5a, 8, 9, 11a	2	---	
Adaptação					8	3	
AGF							61

Setor e AGF / F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1	3	5	2	2	2	
Pr	2	0	4	1	2	1	
1º Subtotal	3	3	9	3	4	---	
S-C	3	0	2	1	2	---	
2º Subtotal	6	3	11	4	6	---	
Or	2	2	6	12	2	---	
Somatório	8	5	17	16	8	3	
AGF							61

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz moderada, sem crise, grupo III (A-R = 2, Pr = 2, S-C = 2, Or = 2, totalizando 8 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (x) Ineficaz: () Leve
(x) Moderada
() Severa
() Grave

(x) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação ineficaz moderada, sem crise, grupo 3 (A-R = 2, Pr = 1, totalizando 3 pontos).

Obs. Resultado da EDAO = EDAO/R

AGF = 61 pontos

Violeta (G2)

73 anos de idade; casada; semi-analfabeta; aposentada por invalidez, continua trabalhando em casa; submetida à mastectomia radical.

Setor e AGF/ F, MF e Adequação	F+	F-	MF+	MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	1,2,4,6	1	1,2,3, 4,5,7, 10	7	3	3	
Pr	1a, 5.2b	---	2,3,4, 6,10a, 10b	15,17 b	3	2	
S-C	1	1,3	4, 5,6,7	1, 2	2	---	
Or	2, 4,5,6	1	1, 2,3,5, 6,7,8, 10, 11	1,3,5a , 7a, 14	2	---	
Adaptação					10	5	
AGF							81

Setor e AGF/ F e MF	Σ F+	Σ F-	Σ MF+	Σ MF-	Adequação EDAO	Adequação EDAO/R	AGF pontos
A-R	4	1	7	1	3	3	
Pr	2	0	6	2	3	2	
1º Subtotal	6	1	13	3	6	---	
S-C	1	2	4	2	2	---	
2º Subtotal	7	3	17	5	8	---	
Or	4	1	9	5	2	---	
Somatório	11	4	26	10	10	5	
AGF							81

EDAO

Tipo de Adaptação:

() Eficaz (X) Não eficaz: (X) Moderada
() Severa

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação não eficaz, moderada, sem crise, grupo III (A-R: 3; Pr: 3; S-C: 2; Or: 2; totalizando 10 pontos).

EDAO/R

Tipo de Adaptação:

(X) Eficaz () Ineficaz: () Leve
() Moderada
() Severa
() Grave

(X) Sem crise () Com crise Especificar setor:

Adaptação eficaz, sem crise, grupo 1 (A-R:3; Pr: 2; totalizando 5 pontos).

Obs. Resultado da EDAO $\neq$ EDAO/R

AGF = 81 pontos

ANEXOS

Anexo I Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, p. ex., 45, 68, 72)

- 100 Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.
- 91 Assintomático.
- 90 Sintomas ausentes ou mínimos (p. ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente eficiente, em geral
- 81 satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p. ex., uma discussão ocasional com membros da família).
- 80 Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (p. ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo
- 71 no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., apresenta declínio temporário na escola).
- 70 Alguns sintomas leves (p. ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas
- 61 geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
- 60 Sintomas moderados (p. ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., poucos amigos, conflitos
- 51 com companheiros ou colegas de trabalho).
- 50 Sintomas sérios (p. ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex., nenhum amigo, incapaz de manter
- 41 um emprego).
- 40 Algum prejuízo no teste de realidade ou na comunicação (p. ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento,
- 31 pensamento ou humor (p. ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança freqüentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
- 30 Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (p. ex., ocasionalmente incoerente, age de forma amplamente imprópria,
- 21 preocupação suicida) OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas (p. ex., permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
- 20 Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (p. ex., tentativas de suicídio sem clara intenção de morte; freqüentemente violento; excitação maníaca) OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene
- 11 pessoal (p. ex., suja-se de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (p. ex., ampla incoerência ou mutismo).
- 10 Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (p. ex., violência recorrente) OU incapacidade persistente de manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com claro intento
- 1 de morte.
- 0 Informações inadequadas

Anexo II Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa

Primeiro Parecer



Universidade Federal de 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@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 495/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU 198/09

Projeto Pesquisa: Eficácia adaptativa de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama.

Pesquisador Responsável: Cíntia de Jesus Silva

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, 02 de outubro de 2009.

Prof. 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 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). É papel de o 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.

Segundo Parecer



Universidade Federal de 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@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 733/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO
CEP/UFU 198/09

Projeto de Pesquisa: Eficácia adaptativa de mulheres idosas mastectomizadas por 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 adendo proposto.

A introdução da escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) do DSM IV 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

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 04 de dezembro de 2009.

Prof. 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 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). É papel de o 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.

Terceiro Parecer



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 – Bloco A – Sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 109/11 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
198/09

Projeto Pesquisa: Eficácia adaptativa de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama.

Pesquisador Responsável: Cíntia de Jesus Silva

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do adendo do protocolo de pesquisa proposto.

O adendo do 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.

Data de entrega do relatório final: Abril de 2011.

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, 18 de março de 2011.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Anexo III Autorizações

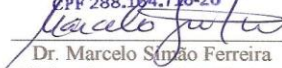
Autorização do Diretor Clínico do Hospital de Clínicas da UFU

Autorização

Autorizamos que o projeto de pesquisa “Eficácia Adaptativa de Mulheres Idosas Mastectomizadas por Câncer de Mama”, que tem como pesquisadora responsável Cíntia de Jesus Silva e orientadora Dra. Rita de Cássia Gandini (CRP 04/2820), cujo objetivo é “Verificar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama atendidas pelo Setor de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia”, tenha acesso ao “Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU)” e utilize este espaço.

Dr. Marcelo Simão Ferreira
Diretor Clínico

CRM/MG nº 15.080
CPF 288.164.716-20



Dr. Marcelo Simão Ferreira
Diretor Clínico do Hospital de Clínicas da UFU
Carimbo do responsável pela Instituição

Uberlândia, 10 de junho de 2009

Autorização do Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Autorização

Autorizamos que o projeto de pesquisa “Eficácia Adaptativa de Mulheres Idosas Mastectomizadas por Câncer de Mama”, que tem como pesquisadora responsável Cíntia de Jesus Silva e orientadora Dra. Rita de Cássia Gandini (CRP 04/2820), cujo objetivo é “Verificar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama atendidas pelo Setor de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia”, tenha acesso e possa utilizar estes espaço, bem como outras dependências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).



Dr. Miguel Hernandes Neto
Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina - UFU
Carimbo do responsável pela Instituição

Uberlândia, 10 de junho de 2009

Autorização do chefe do Setor de Mastologia Maligna solicitada pelo chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Solicitação de Autorização do chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina-UFU

NOME DO PROJETO: Eficácia Adaptativa de Mulheres Idosas Mastectomizadas por Câncer de Mama

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA APLICADA

ORIENTADORA: Profª Drª Rita de Cássia Gandini.

PESQUISADORA: Cíntia de Jesus Silva / fone:(34)3218 2701

email: jscintia@hotmail.com

Uberlândia, junho de 2009

Dr. Miguel Hernandes Neto

Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina-UFU

Senhor chefe,

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia, sob o número de matrícula 100032 e estou desenvolvendo, junto ao Programa de Psico-oncologia na Mastologia, o projeto da pesquisa intitulado "Eficácia Adaptativa de Mulheres Idosas Mastectomizadas por Câncer de Mama", cujo objetivo é "verificar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama atendidas no Setor de Mastologia Maligna do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia".

É esperado que o estudo em questão contribua para a dinamização da relevância do trabalho de psicólogos junto às mulheres que vivenciam o câncer de mama, à medida que se trata de uma doença em que o recebimento do diagnóstico e os tipos de tratamento, como a quimioterapia, a radioterapia e a submissão ao procedimento cirúrgico, são na maioria das vezes *organicamente e psiquicamente dolorosos*.

Diante do exposto, solicito autorização, desse departamento para que eu possa efetuar a pesquisa junto ao serviço de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas de Uberlândia/MG.

Encaminho, em anexo, o Projeto de Pesquisa para maiores esclarecimentos.

Coloco-me a disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

Cíntia de Jesus Silva
Cíntia de Jesus Silva

Solicitado parecer
do chefe de
mastologia
Heinrich
17/06/2009

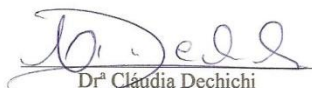
Uberlândia, 10 de junho de 2009.

Deacordo
Deleu
23/06/09

Autorização da coordenação do CENPS

Autorização

Autorizamos que o projeto de pesquisa “Eficácia Adaptativa de Mulheres Idosas Mastectomizadas por Câncer de Mama”, que tem como pesquisadora responsável Cintia de Jesus Silva e orientadora Dra. Rita de Cássia Gandini (CRP 04/2820), cujo objetivo é “Verificar o grau da eficácia adaptativa e respectivas variações de mulheres idosas mastectomizadas por câncer de mama atendidas pelo Setor de Mastologia Maligna do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia”, tenha acesso ao “Centro de Psicologia (CENPS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia” e utilize este espaço.



Dr^a Cláudia Dechichi

Coordenação do CENPS

Carimbo do responsável pela Instituição

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Prof^a Dr^a Cláudia Dechichi
Diretora da Clínica Psicológica

Uberlândia, 10 de junho de 2009

