



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ANA PAULA PEREIRA DE ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DE
MULHERES COM CÂNCER EM QUIMIOTERAPIA**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

ANA PAULA PEREIRA DE ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DE
MULHERES COM CÂNCER EM QUIMIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado na modalidade de monografia ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo.

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A659q Araújo, Ana Paula Pereira de.
Qualidade de vida e capacidade de enfrentamento de mulheres com câncer em quimioterapia [manuscrito] / Ana Paula Pereira de Araújo. - 2016.
46 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo, Departamento de Fisioterapia".

1. Câncer de mama. 2. Quimioterapia. 3. Saúde da mulher.
4. Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 616.994 49

ANA PAULA PEREIRA DE ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DE
MULHERES COM CÂNCER EM QUIMIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado na modalidade de monografia ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 06/10/2016

BANCA EXAMINADORA



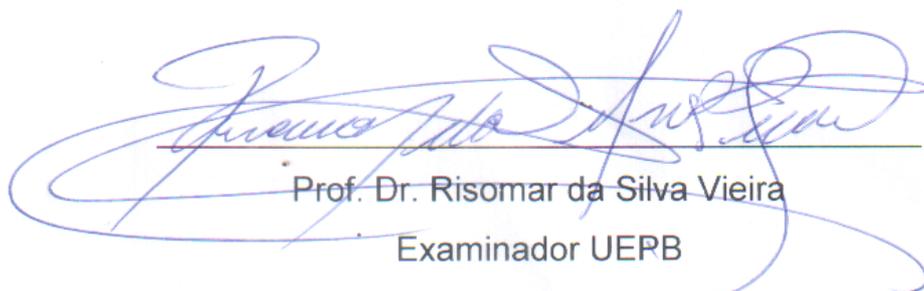
Prof.ª. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo

Orientadora



Prof.ª. Ms. Ketinly Yasmyne Nascimento Martins

Examinadora UEPB



Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira

Examinador UERP

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fonte de vida, amor e proteção, que me deu forças, e me guiou neste caminho até aqui.

Aos meus pais Ademar e Margarida que mesmo com todas as dificuldades lutaram comigo pelo meu sonho.

Ao meu esposo Denis que esteve comigo em todos os momentos, me incentivando nas horas difíceis de desânimo e cansaço.

Aos meus irmãos e sogros que me apoiaram nesta caminhada.

A minha Orientadora Vitória Regina por toda paciência, carinho e compreensão durante orientação, e pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Ao projeto de pesquisa e extensão PET-RAS, que me possibilitou uma vivência maravilhosa, enriquecedora para minha vida profissional e pessoal, permitindo a realização deste trabalho.

As amigas, Leandra, Daniele, Márcia, Aline, Clara, que fizeram parte da minha formação, e mesmo distantes fisicamente continuarão presentes em minhas memórias e meu coração.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O câncer de mama afeta de forma significativa a qualidade de vida da mulher. A identificação dos principais fatores influenciadores no processo de enfrentamento da doença permite uma intervenção “mais humana”, considerando as necessidades da paciente. Assim, o estudo objetiva identificar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro – CG. Como resultado verificou-se que maioria das mulheres possuíam entre 60 e 69 anos (22%), eram casadas (77,8%), católicas (72,2%), com fundamental completo (50%), e haviam realizado cirurgia da mama (83,3%). A estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a com foco na religião. Em relação a qualidade de vida, as mulheres possuíam uma boa percepção de qualidade de vida geral (78,25) . E as mulheres que adotaram com mais intensidade o enfrentamento com foco no problema e na religião tiveram uma boa percepção de qualidade de vida. Desta forma evidencia-se a idade como fator de risco para o câncer de mama, a importância da religiosidade no enfrentamento da doença, e a subjetividade da qualidade de vida, visto que mediante diversos problemas as mulheres relataram boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer de mama. Quimioterapia. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Breast Cancer affects significantly the quality of women's life. The identification of the main factors that influence disease coping process allows a more "human" intervention, considering the patient's needs. So, the study wants to identify the quality of life and women coping strategies with chemotherapy in breast cancer. It's a cross, quantitative research, conducted at the University Hospital Alcides Carneiro - CG. As a result it was found that most women were between 40 and 49 years (22%) were married (77.8%), Catholic (72.2%) with complete primary (50%), and had undergone surgery breast (83.3%). The most useful coping strategy was focused on religion. Regarding quality of life, women had a good perception of overall quality of life (78.25). All the women who have adopted more intensively coping focused on the problem and religion had a good perception of quality of life. This way, there is evidence of age as a risk factor for breast cancer, the importance of religion in coping with the disease, and the subjectivity of the quality of life, since by various problems women reported good quality of life.

Keywords: Breast cancer. Chemotherapy. Quality of life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	OBJETIVO GERAL	8
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1	CÂNCER DE MAMA	10
2.2	QUALIDADE DE VIDA	12
2.3	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	13
3	METODOLOGIA	16
3.1	TIPO DE ESTUDO	16
3.2	LOCAL DA PESQUISA	16
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	16
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	16
3.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	18
3.7	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	18
3.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	18
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31
	ANEXOS	36
	ANEXO A	37
	ANEXO B	39
	ANEXO C	40
	ANEXO D	42

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. No Brasil, em 2014, foram estimados 57.120 casos novos de câncer de mama, e para 2016 são esperados 57.960 novos casos, com um risco estimado de 56,20 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014; INCA, 2016;).

Esta doença além de muito incidente, traz grandes impactos sobre a qualidade de vida da paciente e de sua família, afetando o bem-estar físico, social, familiar, emocional e funcional. Por isso, para compreensão ampla deste problema, devem-se considerar, além da dimensão biológica e epidemiológica, a psicossocial (TAVARES; TRAD, 2010)

O fato de ainda hoje, o diagnóstico do câncer ser percebido por muitos como sendo “uma sentença de morte”, mesmo com o avanço da medicina em relação ao tratamento e com o aumento de informações veiculadas pela mídia, dá um a dimensão do impacto da doença sobre o bem-estar emocional e psicológico das pacientes que ainda têm este pensamento (MAJEWSKI et al., 2012).

O tratamento cirúrgico da doença, seja ele conservador (quadrantectomia, segmenterectomia) ou não conservador (mastectomia radical, e radical modificada), devido a mutilação, afeta principalmente a auto-estima e a auto-imagem da mulher, pois a mama é considerada símbolo da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida da mulher. A quimioterapia, como tratamento adjuvante ou neo-adjuvante, traz inúmeros efeitos colaterais, os quais se relacionam ao fato de não afetarem exclusivamente as células tumorais. Os efeitos mais frequentes incluem mielossupressão, náuseas, vômitos, diarreia e alopecia (RODRIGUES; POLIDORI, 2012; GOMES; SILVA, 2013).

Diante das alterações físicas e emocionais, a capacidade de enfrentamento e resiliência são extremamente importantes para o processo terapêutico. Segundo Folkman 2011 (apud RODRIGUES E POLIDORI, 2012) o enfrentamento é definido como esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo voltados para manejar um acontecimento estressante, fazendo-o compreender quais são os fatores que irão influenciar o resultado final do processo. Em pacientes oncológicos, resiliência é definida como a capacidade de superar e ressignificar positivamente as situações

adversas, manejando a doença e o tratamento ao longo do tempo (JÚNIOR W; ZANINI, 2011).

O conhecimento acerca da qualidade de vida, do processo de enfrentamento, resiliência das mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico é de grande importância para a produção científica. A compreensão destes, e de suas relações, garante uma intervenção “mais humana”, levando-se em conta as reais necessidades das pacientes.

De acordo com Rodrigues; Polidori, 2012, conhecer a capacidade de enfrentamento e resiliência de cada paciente, possibilita o desenvolvimento de ações que pode beneficiar a qualidade de vida, tanto para adesão ao tratamento, quanto para a reabilitação física e emocional. De acordo com Araújo, 2010, fatores como amparo familiar, motivação pessoal e da auto-estima e manutenção de projetos futuros favorecem o processo de adaptação, transformação e fortalecem a capacidade de resiliência.

Neste contexto, a partir de visitas realizadas ao setor de quimioterapia do Hospital Universitário Alcides Carneiro – CG foi possível observar aparentes diferenças no que diz respeito ao bem-estar, à autoestima, formas de enfrentamento e resiliência, entre as diversas mulheres que realizam quimioterapia para tratamento do CA de mama. Além disso, notou-se a ausência de atividades que pudessem auxiliar neste processo de enfrentamento, como atividades para melhora da auto-estima, apoio emocional, ou até mesmo para simples distração durante o tratamento, uma vez que as mesmas tinham apenas acesso a um televisor como forma de “passatempo”.

Assim justifica-se a realização da presente pesquisa, que visa a identificar a qualidade de vida, a capacidade de enfrentamento das e os fatores a ela atrelados, possibilitando posteriores intervenções com atividades educativas, a fim de desmistificar possíveis conceitos negativos acerca do diagnóstico de câncer de mama, como sendo uma “sentença de morte. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo identificar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas usuárias com CA de mama em quimioterapia.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento das usuárias com câncer de mama do setor de quimioterapia de um Hospital Universitário

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico das usuárias com câncer de mama em tratamento quimioterápico;
- Identificar aspectos relativos a qualidade de vida e as formas de enfrentamento psicológico utilizadas pelas usuárias com câncer de mama em tratamento quimioterápico;
- Verificar a relação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas e a percepção da qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo, possuindo capacidade metastásica de se disseminar e atingir diversas áreas do corpo humano (INCA, 2014).

O câncer de mama está incluso neste grupo heterogêneo de doenças, que possui comportamentos totalmente diferentes e específicos, relacionados com as manifestações clínicas e morfológicas, genética e com diferentes respostas terapêuticas (BRASIL, 2013).

A doença é bastante incidente no Brasil, para 2014 foram estimados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2016 são estimados 57.960 novos casos, com um risco estimado de 56,20 a cada 100 mil mulheres, o que demonstra a dimensão do problema. A alta incidência demonstra entre outros fatores a importância da prevenção através da modificação de fatores de risco e do diagnóstico precoce através da observação de sinais e sintomas, do exame das mamas, mamografia e ultrassom mamário (INCA, 2014; INCA, 2016)

Quando se refere à taxa de mortalidade tem-se a doença como a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira representando 15,7% do total de óbitos. Esse padrão é semelhante para as regiões brasileiras, com exceção da região Norte, onde os óbitos por câncer de mama ocupam o segundo lugar, com 12,5% (BRASIL, 2014).

Os principais fatores de risco associados ao câncer de mama são os fatores ligados à idade, a genética e ao sistema endócrino, sendo a idade o mais importante fator. Além destes, outros fatores de risco merecem destaque: menarca precoce (antes de 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos), primeira gravidez aos 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, excesso de peso, ingestão regular de álcool, tabagismo, sedentarismo e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) (BRASIL, 2013).

Dentre os sinais e sintomas do câncer de mama têm-se: aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. Também podem surgir linfonodos palpáveis na axila. Estes são sinais extremamente importantes, que contribuirão para o diagnóstico da doença (BRASIL, 2013).

No entanto o câncer de mama pode ser silencioso, não apresentando sinais e sintomas, sendo importante assim a realização de exames de imagem (mamografia, ultrassom mamário) periodicamente a fim de identificar-se possíveis alterações. No Brasil, a mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos e o exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos é a estratégia recomendada para a detecção precoce da doença em mulheres com risco padrão (INCA, 2014).

Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INCA, 2014).

Quanto à classificação os tipos mais comuns de câncer de mama são o carcinoma ductal invasivo, seguido o carcinoma lobular invasivo que está relacionado ao risco de desenvolvimento de câncer de mama bilateral e também ao câncer de ovário, apresenta grande possibilidade de metástase. Há também a Doença de Paget, relacionada ao câncer de mama, e é caracterizada por um tumor raro que representa 0,5% a 4% das patologias malignas da mama. Tal comprometimento provoca prurido no complexo areolopapilar e apresenta-se inicialmente como um eritema e espessamento cutâneo, evoluindo para uma erosão cutânea eczematoide ou exudativa (BRASIL, 2013).

Em relação à terapêutica, existem duas modalidades de tratamento para o câncer de mama específicos para cada caso. São elas o tratamento local, que se refere a cirurgia e a radioterapia, e o tratamento sistêmico que se refere a quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica. Todas essas modalidades influenciam na qualidade de vida das mulheres e merecem atenção por parte de todos os profissionais de saúde ao longo de todo processo terapêutico (BRASIL, 2014).

No tratamento cirúrgico têm-se como principais procedimentos: a lumpectomia ou mastectomia segmentar, em que se retira o tumor e um pouco do tecido normal ao redor e normalmente alguns dos linfonodos na axila, a mastectomia radical modificada, em que o cirurgião remove a mama, a parte acima dos músculos peitorais e alguns dos linfonodos da axila, a mastectomia total (ou simples), em que se remove a mama inteira, e a mastectomia radical, em que se remove a mama, músculos peitorais e a maioria dos linfonodos inferiores, médios e superiores (SUSAN, 2010).

A radioterapia se caracteriza pela destruição das células tumorais, empregando-se feixes de radiações ionizantes. Este tratamento pode ser utilizado tanto para a cura quanto para controlar a doença maligna quando um tumor não pode ser removido por meios cirúrgicos ou quando a metástase para linfonodos locais está presente, ou pode ser usada de modo Neoadjuvante, com ou sem quimioterapia, para reduzir o tamanho de tumor para capacitar a ressecção cirúrgica (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

A Quimioterapia caracteriza-se pela utilização de antineoplásicos na tentativa e destruir as células tumorais ao interferir as funções celulares, inclusive a replicação. Este tratamento pode ser combinado à cirurgia, à radioterapia ou ambas, visando reduzir o tamanho do tumor no período pré-operatório (Neoadjuvante), para destruir qualquer célula tumoral remanescente no período pós-operatório (adjuvante) ou para tratar algumas formas de leucemia ou linfoma primário. Dentre os efeitos colaterais do tratamento têm-se a mielossupressão, náuseas, vômitos, diarreia e alopecia (RODRIGUES; POLIDORI, 2012; BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Por fim, a hormonioterapia refere-se ao uso de hormônios, que é utilizado no tratamento paliativo de câncer de mama avançado (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Juntamente com o diagnóstico todas essas formas de tratamento causam um impacto na qualidade vida das mulheres, visto que o tratamento acarreta mudanças físicas, psíquicas e emocionais. Há uma mudança nas atividades rotineiras e cotidianas que estão relacionadas às atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais da vida diária, sono e descanso, educação, trabalho, brincadeiras, lazer e participação social (FANGEL et al., 2013).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

De acordo com a OMS a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos objetivos, expectativas, padrões, preocupações (WHOQOL GROUP, 1995).

É um conceito amplo incorporado na complexidade da saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças e relacionamentos pessoais. Esta definição reflete a subjetividade da qualidade de vida, a qual está dentro de um contexto cultural, social e ambiental. Incorpora a percepção que a pessoa tem do *status* de saúde, estilo de vida, satisfação com a vida, estado mental e bem-estar, além de outros aspectos da vida (WHOQOL, 1999).

O termo qualidade de vida refere-se a um amplo espectro de situações relacionadas ao bem-estar psicológico e social. Inclui sensações de satisfação com as atividades sociais, saúde mental e emocional (VIEIRA, et al. 2007; NISSEN et al., 2001).

Devido a sua subjetividade, acredita-se que diversos fatores podem influenciar a qualidade de vida das mulheres, dentre eles as estratégias de enfrentamento utilizadas. De acordo com estratégia de enfrentamento mais utilizada, focada no problema, religião, emoção, ou suporte social, a paciente pode apresentar percepção de uma melhor ou pior qualidade de vida.

Ainda por sua configuração multifatorial, a qualidade de vida proporciona a mensuração do impacto do câncer e de seu tratamento integrando parte da avaliação inicial atualmente proposta para estas pacientes (WHO, 1997).

Assim avaliação da qualidade de vida é um passo importante para uma abordagem mais humanista ao tratamento do câncer, e vem sendo muito utilizado com intuito de avaliar o impacto da doença e do tratamento na vida do paciente e criar indicadores de gravidade e progressão da doença, permitindo o desenvolvimento de estratégias para avaliação dos transtornos orientados para o tratamento e as estratégias de enfrentamento (SANTOS, 2012).

2.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O enfrentamento pode ser definido como um “conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com demandas

específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e que são avaliadas como sobrecarga ou excedentes aos seus recursos pessoais” (FOLKMAN et al., 1986)

Estudiosos propõem uma classificação para as estratégias de enfrentamento em duas grandes categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Ressaltando também as estratégias como busca de suporte social, de informação, e de religião, que podem atuar simultaneamente no processo de enfrentamento de uma única situação (FOLKMAN et al., 2004).

O enfrentamento focalizado no problema se constrói como um esforço da pessoa, no sentido de tentar manejar ou modificar a situação que deu origem ao estresse, para controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Ocorre, então, uma aproximação do estressor, planejando soluções, solucionando-o e reavaliando-o positivamente. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como a confecção de um plano de ação ou a concentração no próximo passo a seguir (FOLKMAN et al., 2004).

O enfrentamento focalizado na emoção é tido como um esforço para a regulação do estado emocional que é originado a partir das situações estressantes; seu objetivo é de modificar o estado emocional da pessoa, seja em um nível somático ou de sentimentos relativos à tensão. Esse tipo de enfrentamento pode constituir-se de atitudes de afastamento ou paliativas, diante da fonte de estresse, tais como o uso de drogas, álcool, descargas emocionais e outras (FOLKMAN et al., 2004).

A escolha sobre qual estratégia de enfrentamento utilizar decorre da avaliação que se faz da situação estressante. É importante destacar que o enfrentamento se trata de um processo dinâmico, em que mais de um tipo de estratégias podem ser usadas durante o processo, se complementando. Uma forma de enfrentamento pode atuar facilitando a outra (SUIT, et al., 2008).

A capacidade de enfrentamento influencia no tratamento do câncer de mama, e leva em conta também a resiliência das pessoas acometidas pela doença o que implica na capacidade de superar e ressignificar positivamente as situações adversas, manejando a doença e o tratamento ao longo do tempo (JÚNIOR W; ZANINI, 2011).

Conhecer a capacidade de enfrentamento e resiliência dos pacientes possibilita o desenvolvimento de ações que envolvem educação em saúde, além de influenciar o nível de adesão ao tratamento, de modo que cada fator, envolvido positivamente no processo de reabilitação, seja um alvo de intervenção da equipe multiprofissional (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no setor oncológico de quimioterapia adulto do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, localizado em Campina Grande – PB, como parte das atividades desenvolvidas no Programa de Educação para o Trabalho – Rede de Atenção à Saúde, PET-RAS-UFCG/UEPB, na linha de Doenças Crônicas, com ênfase ao câncer de mama e colo de útero, no período de março de 2014 a julho de 2015.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra inicial foi composta por 24 mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico no Hospital Universitário Alcides Carneiro, o que correspondia a 100% da população. Após coleta de dados, alguns instrumentos não puderam ser considerados, participando 18 mulheres.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo: mulheres com diagnóstico de câncer de mama, cientes do mesmo, que estavam em tratamento quimioterápico adjuvante ou neoadjuvante contra a doença; maiores de 18 anos.

Foram excluídas aquelas que possuíam algum déficit ou agravamentos que impedem a compreensão das perguntas a serem realizadas durante a coleta de dados.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

questionário estruturado sócio-demográfico (ANEXO A), roteiro para coleta de dados em prontuário (ANEXO B), Questionário da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento de Câncer (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific of Life Questionnaire - EORTC QLQ-C30*) (ANEXO C), módulo específico para pacientes com câncer de mama (EORTC QLQ-BR23) (ANEXO D), , e Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (ANEXO E).

O Questionário da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento de Câncer (EORTC QLQ-C30), validado no Brasil, aborda uma escala de qualidade de vida global, uma escala de sintomas (dispnéia, dor, fadiga, entre outros) e uma escala funcional (que abrange as dimensões físicas, funcionais, cognitivas, emocionais e sociais). As escalas de sintomas e de funcionalidade são do tipo Likert, abordando quatro proposições: 1- não; 2 - pouco; 3 - moderadamente; 4 - muito. A escala de saúde global é baseada na escala Likert com proposições variando de 1 (péssima) a 7 (ótima) (SILVA ; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Os domínios da escala funcional são: qualidade de vida geral (itens 29,30); função física (1, 2, 3, 4, 5); função papel/desempenho (6,7); função cognitiva (20,25); função emocional (21, 22, 23, 24) e função social (26,27). Os três domínios da escala de sintomas são: fadiga (10, 12, 18); dor (9, 19) e náusea/vômito (14, 15). E os seis itens simples: dispnéia (8); insônia (11); perda de apetite (13); constipação (16); diarréia (17) e dificuldade financeira (28). Nesse instrumento, quanto maior for o valor do escore médio apresentado nos domínios função física, emocional, cognitiva e social, melhor é a qualidade de vida. Já na escala de sintomas, quanto maior for o valor do escore médio apresentado, mais intenso é o sintoma; porém, quanto menor o valor do escore médio, menor e a intensidade do sintoma apresentado pela paciente, indicando, desde então, melhor qualidade de vida. (SILVA ; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

O módulo BR-23 investiga a qualidade de vida específica para o câncer de mama. É composto por 23 questões que abordam efeitos colaterais da quimioterapia (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38); sintomas relacionados ao braço (47, 48, 49) e a mama (50, 51, 52, 53), imagem corporal (39, 40, 41, 42), função sexual (44, 45), satisfação sexual (46), queda de cabelo (35), e perspectivas futuras (43) (SILVA ; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

O EMEP é um instrumento validado no Brasil por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), contém 45 itens divididos em quatro estratégias de enfrentamento: enfrentamento focalizado no problema (itens 1-18), enfrentamento focalizado na emoção (itens 19-33), busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (itens 34-40) e busca de suporte social (itens 41-45). As respostas são avaliadas por meio de uma escala ordenada de 5 pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre). Escores mais elevados são indicativos de maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento (SEIDL, TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

A principal estratégia de enfrentamento é identificada a partir da maior média dos escores entre as quatro subescalas. A obtenção da média em cada subescala é obtida dividindo-se o somatório da pontuação alcançada em cada item pela quantidade de itens da subescala em questão, para ao final identificar-se a maior média (SEIDL, TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de questionário sociodemográfico, EMEP, EORTC QLQ-C30, e EORTC QLQ-BR23 foram aplicados através de entrevista para facilitar a compreensão das usuárias e garantir maior esclarecimento acerca das questões, e para não ser necessário excluir usuárias analfabetas, sendo aplicado primeiramente o questionário sociodemográfico, seguido do EMEP, EORTC QLQ-C30, EORTC e por fim realizada a coleta em prontuários através de roteiro.

3.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista para facilitar a compreensão das usuárias e garantir maior esclarecimento acerca das questões, e não excluir usuárias analfabetas, sendo aplicado primeiramente o questionário sociodemográfico, seguido do EMEP, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23 e por fim realizada a coleta em prontuários.

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em banco de dados no Excel versão 2007. Sendo realizada análise descritiva dos dados. As variáveis qualitativas categóricas estão apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e de frequências relativas (percentuais). As variáveis quantitativas foram apresentadas por médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo. Foram adotadas as recomendações de análise previstas nos instrumentos EMEP e EORTC.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que segue a prática de pesquisa com seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado com o protocolo de número 31629014.9.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos dados foi possível traçar um perfil sociodemográfico e clínico, conforme a Tabela 01. No que se refere à idade, a mesma variou de 35 a 77 anos, com média de 53,16 anos (DP=12,47), em termos de porcentagem, maioria das mulheres integrantes da amostra possuem entre 60 e 69 anos (33,3%), sendo que 72,1% pertenciam a faixa etária de 40 a 69 anos, que segundo INCA (2010) é a faixa etária de maior prevalência de câncer de mama feminino. A idade é o mais importante fator de risco para o câncer de mama e as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, onde cerca de quatro em cada cinco casos ocorre, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença (INCA, 2014).

Quanto ao estado civil, observou-se que maioria são casadas (77,8%), (11%) são solteiras, (5,6%) divorciadas e (5,6%) viúva. As mulheres casadas ou que têm uma relação conjugal estável em sua vivência com câncer apresentam uma melhor capacidade de enfrentamento, no entanto sofrem maiores impactos relacionado às cirurgias (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

No contexto familiar, todos os que convivem com a mulher com diagnóstico de câncer de mama e em tratamento quimioterápico, principalmente o marido, sofrem impactos psicológicos, daí a importância dos profissionais de saúde envolvidos nas condutas terapêuticas estarem atentos para a importância dele no enfrentamento do problema, pois em alguns casos o companheiro não possui mecanismos de adaptação e enfrentamento e conseqüentemente não contribui para o tratamento da doença de uma forma geral, podendo vir a trazer conseqüências de ordem afetivas e/ou emocionais (SILVA et al., 2010).

No que diz respeito a escolaridade, de maneira geral foi possível observar um baixo nível entre a maioria (61,2%), visto que 5,6% são iletradas, e 55,6% possuem ensino fundamental. Segundo pesquisas as mulheres com maior nível de escolaridade possuem melhores condicionamentos físico e psicológico, porém algumas vezes esse aspecto pode ser desfavorável, pois, um maior conhecimento da doença, favorece a presença de sentimentos como preocupação, ansiedade e ao estresse (HUGUET et al., 2009; BELL et al., 2010).

No que se refere à religião, ocorreu uma predominância da religião católica com 72,2%, seguida da religião evangélica com 22,2%. Apenas uma das mulheres

relatou não ter religião, sendo que 66,7% são praticantes e 33,3% não praticantes. A religião deve ser considerada um fator importante no enfrentamento do câncer de mama, pois a prática religiosa influencia grandemente na saúde dos pacientes, sendo utilizada como estratégia de enfrentamento, ajudando a reestabelecer o estado físico e psicológico de cada paciente, principalmente em momentos de crise (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Tabela 01. Caracterização da amostra, quanto idade, estado civil, grau de instrução, trabalho, renda e religião (n=18)

VARIÁVEIS	N°	Porcentagem %
IDADE		
30-39 anos	3	16,6%
40-49 anos	4	22,2%
50-59 anos	3	16,6%
60-69 anos	6	33,3%
70-79 anos	2	11,1%
ESTADO CIVIL		
Casada	14	77,8%
Solteira	2	11%
Divorciada	1	5,6%
Viúva	1	5,6%
Relação estável	0	0,0%
GRAU DE INSTRUÇÃO		
Iletrada	1	5,6%
Ensino Fundamental	10	55,6%
Ensino Médio	4	22,2%
Ensino Superior	1	5,6%
Pós Graduação	2	11%
RELIGIÃO		
Católica	13	72,2%
Evangélica	4	22,2%
Não possui	1	5,6%
PRÁTICA DE RELIGIÃO		
Sim	12	66,7%
Não	6	33,3%
TRABALHO		
Sim	0	0%
Não	18	100%
RENDA		
Não renda	1	5,5%
≤1 salário mínimo	9	50%
>1 salário mínimo	8	44,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação à presença de metástase, conforme Tabela 02, foi possível observar que maioria das mulheres apresentavam metástase (50%), 38,9% não possuíam e em 11,1% este fator não pôde ser avaliado.

A presença de metástase é um fator extremamente importante no enfrentamento do câncer de mama, algumas vezes quando se descobre a presença de metástase, a paciente que já se sentia ameaçada, retoma o sentimento de insegurança, de impossibilidade de cura e tais aspectos exercem influência no processo de enfrentamento, podendo ocasionar depressão e ansiedades rigorosas (COSTA; LEITE, 2009).

Tabela 02: Caracterização da amostra quanto à presença de metástase (n=18)

VARIÁVEIS	N°	Porcentagem %
PRESEÇA DE METÁSTASE		
MO ¹	7	38,9%
Mx ²	2	11,1%
M1 ³	9	50%
SEM INFORMAÇÃO	0	0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No que se refere a realização de cirurgia da mama foi possível observar, conforme Tabela 03, que a maioria das mulheres realizaram cirurgia (83,3%), com predominância da mastectomia radical, que foi de 53,3%.

Tabela 03: Caracterização dos pacientes quanto à realização de cirurgias e ao tipo de cirurgia realizada (n=18)

VARIÁVEIS	N°	Porcentagem %
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA		
Sim	15	83,3%
Não	3	16,7%
TIPO DE CIRURGIA		
Mastectomia radical	8	53,3%
Mastectomia radical modificada	1	6,7%
Mastectomia simples	5	33,3%
Tumorectomia	2	13,3%
Linfadenectomia	3	20%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A realização de cirurgia relacionada ao câncer de mama está voltada diretamente para um processo de mutilação, sendo assim influencia na vida das

¹ Ausência de metástase.

² Metástase não pode ser avaliada.

³ Presença de metástase.

pacientes e da maioria das pessoas que estão a sua volta. A retirada da mama como tipo de tratamento gera sentimentos negativos, pois este tipo de cirurgia interfere não só nas relações familiares como nas interpessoais. A sociedade ainda demonstra atos preconceituosos e estigmatizantes, fazendo com que a paciente se isole socialmente, interferindo na capacidade de enfrentamento (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006).

Ao se analisar os dados referentes ao tipo de enfrentamento ou estratégias de *coping* utilizado pelas mulheres diante do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, foi possível observar uma diversificação de estratégias utilizadas. A estratégia mais utilizada foi a de enfrentamento focado na prática religiosa/pensamento fantasioso (4,3), seguido do enfrentamento focado no problema (4,2). Outras estratégias como a busca por suporte social (3,3) e o enfrentamento focalizado na emoção (1,6), também foram identificadas, porém com menores escores (Tabela 04).

Os achados permitiram identificar que, independente das características sociodemográficas, a mulher adota de preferência estratégias de enfrentamento com foco na religião e no problema, seguidas da busca pelo suporte social e a emoção, o que corrobora com os resultados encontrados por Leite et al. (2012).

Escore elevado no enfrentamento com foco no problema estão associados a escores baixos no enfrentamento com foco na emoção. O fato apontou relativa incompatibilidade desses dois tipos de estratégias, pois o enfrentamento ativo voltado ao manejo da situação e a uma nova maneira de perceber o problema, ou seja, o enfrentamento com foco no problema contrapõe-se ao focalizado na emoção (SEIDL, 2005).

Em relação aos itens dentro da estratégia de enfrentamento por práticas religiosas, observou-se que os mais utilizados foram: “Eu me apego a minha fé para superar a situação” (item 34), e “Espero que um milagre aconteça” (item 35), ambos com média de escores de 5 (eu faço isso sempre), (DP=0). E o menos utilizado: “Eu desejaria mudar o que aconteceu comigo (item 37)”, com média de escores de 3,41 (faço isso às vezes), variando de 1 (nunca faço isso) a 5 (eu faço isso sempre), (DP=1,70).

Os resultados encontrados se assemelham ao de estudos realizados por Leite et al. (2012) e Alves (2010). Estes após realizarem pesquisa com 270 e 21 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico respectivamente, observaram

que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram em primeiro lugar o enfrentamento focalizado na religião, seguido pelo focado no problema, busca por suporte social e por fim focado na emoção. A estratégia de enfrentamento com foco na religião tem um papel de relevância no enfrentamento do câncer de mama, pois a crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo são fortes influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis em decorrência da doença (LEITE et al.,2012).

Tabela 04. Utilização das estratégias de enfrentamento (n=18)

TIPO DE ENFRENTAMENTO	MÁX.	MIN.	MEDIA	DESVIO PADRÃO (DP)
Focalizado no problema	4,9	3,5	4,2	0,5
Focalizado na emoção	3,6	1	1,6	0,6
Prática religiosa/pensamento fantasioso	5	3,3	4,3	0,54
Busca por suporte social	4,8	1,8	3,3	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A busca divina é uma opção alternativa, culturalmente marcada nas vidas de pacientes oncológicos. Com a fé religiosa, as pacientes adotam uma postura aparentemente mais forte, que prega o bem, a adoção de atitudes mais humanas e a participação social como formas de ajudar aos outros e a si mesmo. A fé se configura como uma fonte de apoio para o enfrentamento do câncer por partes das pacientes, bem como para que elas possam conseguir suportar os desafios provocados pelos tratamentos, ou até mesmo confortarem-se diante da possibilidade de morte (CAETANO et al., 2009; SALCI; MARCON, 2011)

A utilização do item “Eu me apego a minha fé para superar a situação” pela maioria das mulheres em nosso estudo indica a busca de apoio na fé para ganhar “força” para enfrentar o problema. E o item “Espero que um milagre aconteça” enfatiza a fé como uma ponte para o restabelecimento da saúde, evidenciando que para essas mulheres o controle sobre os acontecimentos nas suas vidas está relacionado a dimensão do divino. O enfrentamento focado no problema representa uma importante estratégia, este pressupõe a aceitação prévia e a aproximação do agente estressor. A utilização desta estratégia entre as mulheres da amostra representa de forma geral a adaptação à doença, o ajustamento à nova realidade, caracterizando uma atitude positiva em relação ao estressor. Esse achado evidencia

respostas adaptativas com melhora da autoestima e autoconceito (LEITE et al., 2012).

A busca por suporte social também é considerada como um fator importante no processo de enfrentamento do câncer de mama. Percebe-se que a mulher com neoplasia de mama necessita do apoio de outras pessoas, sejam familiares, membros da equipe de saúde, ou dos amigos (ALVES, 2010).

Considera-se que a estratégia de busca por suporte social ajuda a aumentar a adaptação da pessoa por meio do manejo da emoção, da orientação afetiva e redução do isolamento, favorecendo a adoção de comportamentos saudáveis, a ampliação das relações sociais, melhorando conseqüentemente, a organização da identidade e da inter-relação (LEITE et al., 2011).

Já a estratégia de enfrentamento focada na emoção, vem sendo apontada em diversos estudos como a menos utilizada por pacientes com câncer de mama, o que coincide com os resultados encontrados na presente pesquisa. Este modo de enfrentamento indica a vivência de emoções negativas a partir do contato com o estressor, sentimentos como raiva, negação, culpa, comportamentos de fuga/esquiva, não estando assim relacionado positivamente com o enfrentamento do câncer de mama (SILVA, 2005; ALVES, 2010; LEITE et al., 2011; LEITE et al., 2012).

Ao se relacionar a idade com tipo de enfrentamento, observou-se que não houve grande diferença nesta variável entre as mulheres que utilizaram com maior intensidade o enfrentamento focado na busca por práticas religiosas/pensamento fantasioso ou focado no problema, a mesma variou respectivamente de 35 a 74 anos, com média de 53,57 e DP=13,6, e de 43 a 63 anos, com média de 54,6 e DP=6,5. O que difere dos resultados encontrados por Seidl et al. (2001) que referiram que pessoas mais velhas utilizam com maior intensidade a estratégia de enfrentamento focalizado na prática religiosa, indicando que pessoas mais jovens parecem lançar mão dessa modalidade de enfrentamento.

No que diz respeito as formas de enfrentamento de acordo com o grau de instrução, foi possível observar que de maneira geral as mulheres com menor grau de instrução (ensino fundamental e médio) tendem a utilizar com maior intensidade o enfrentamento focalizado na prática religiosa, da mesma forma que as mulheres com maior grau de instrução (no caso pós-graduação) tendem a utilizar com maior intensidade o enfrentamento focalizado no problema, conforme Tabela 05. Apenas

uma mulher iletrada utilizou com maior intensidade o enfrentamento focado no problema, e uma com nível superior incompleto utilizou com maior intensidade o enfrentamento focado na prática religiosa.

Leite et al. (2012) apontam que as mulheres com menor grau de instrução tendem a utilizar com maior intensidade a estratégia focada nas práticas religiosas, e as mulheres com maior grau de instrução utilizam com maior intensidade a estratégia focada no problema. Segundo Seidl et al., (2001) quanto menor o nível de escolaridade maior o enfrentamento com base nas práticas religiosas/pensamento fantasioso, da mesma forma pessoas com maior nível de escolaridade tendem a utilizar mais o enfrentamento focado no problema.

Tabela 05. Principal estratégia de enfrentamento de acordo com grau de instrução (n=18)

GRAU DE INSTRUÇÃO	ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO	MÉDIA	DP
Iletrada	Focalizado no problema	5	0
Fundamental	Prática religiosa	4,5	0,45
Médio	Prática religiosa	4,9	0,14
Superior	Prática religiosa	4,6	0
Pós-graduação	Focalizado no problema	4,59	0,41

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Acredita-se que quanto maior nível de escolaridade maior o conhecimento acerca da doença, e melhor o condicionamento físico e psicológico para o enfrentamento do câncer de mama, o que favorece o enfrentamento focalizado no problema (MAKLUF et al., 2006).

No que se refere à qualidade de vida foi possível observar que a pontuação das várias subescalas variaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 100. Ao se analisar a qualidade de vida global pelo QLQ-C30 verificou-se uma boa percepção de qualidade de vida, com um escore médio de 78,25 pontos (DP=23,7), conforme Tabela 6. De acordo com Ferreira (2011) escores iguais ou superiores a 75 pontos para escalas funcionais são considerados como escores de boa qualidade de vida, enquanto que escores inferiores a 75 pontos são considerados como uma qualidade de vida ruim. Estudo nacional mostrou que brasileiras consideram ter uma boa qualidade de vida após o câncer de mama, e relaciona esse fato ao bom relacionamento e apoio familiar, à saúde física, à fé e à valorização da vida (CONDE et al., 2005).

Na escala funcional verificou-se que o mais afetado foi a função papel/desempenho ou limitação funcional, com uma média de 55,6 pontos (DP= 41,8) (Tabela 06). Isso pode estar relacionado ao fato de que maioria das mulheres da amostra (83,3%) realizaram cirurgia para o tratamento do câncer de mama, que pode acarretar diversas comorbidades físicas, como lesões no plexo braquial, neuropatias e limitação de amplitude de movimento do ombro homolateral à mastectomia, comprometendo substancialmente a mobilidade e funcionalidade do membro superior do lado da mama afetada (OLIVEIRA et al., 2010). Em relação a escala de sintomas o mais afetado foi a dificuldade financeira com uma média de 50 pontos (DP= 46,1) (Tabela 06), o que converge com os resultados encontrados por Silva et al., (2010), em seu estudo realizado com 21 pacientes com câncer de mama em quimioterapia no estado do Rio de Janeiro, o sintoma mais pronunciado foi a dificuldade financeira com escore de 50,79 pontos (DP=36,43).

Tabela 06. Qualidade de vida geral, escalas funcionais e sintomas mensurados pelo EORTC QLQ-30 e EORTC BR-23 em mulheres com câncer de mama em quimioterapia (n=18)

QUALIDADE DE VIDA QLQ-C30	MÁX.	MIN.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO (DP)
Qualidade de vida global	100	16,7	78,25	23,7
Função física	100	27	73,12	26,5
Limitação funcional	100	0	55,6	41,8
Função cognitiva	100	0	77,7	26,7
Função emocional	100	0	67,2	30,4
Função social	100	0	74,22	32,36
Fadiga	100	0	34	36,1
Dor	100	0	39,8	34,3
Náuseas/vômitos	50	0	9,3	14,4
Dispnéia	33,3	0	3,7	10,76
Insônia	100	0	27,8	46,1
Perda de apetite	100	0	11,12	28,04
Constipação	100	0	22,2	39,6
Diarréia	100	0	14,81	32,78
Dificuldades financeiras	100	0	50	46,1
QUALIDADE DE VIDA BR-23				
Efeitos colaterais da QT	71,4	4,8	38,1	23,9
Sintomas relacionados ao braço	100	0	28,1	36,6
Sintomas relacionados a mama	91,6	0	20,1	28,4
Imagem corporal	100	0	54	35,8
Função sexual	100	0	26,8	29,2
Satisfação sexual	100	0	31,5	37
Queda de cabelo	100	0	43,6	45,9
Perspectiva futura	100	0	31,66	37,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Este resultado pode estar relacionado ao fato de que após o diagnóstico da doença 100% das mulheres do presente estudo deixaram de trabalhar, sendo que

5,5% não possuem renda, e 50% possuem renda de 1 salário mínimo ou menos. Essa dificuldade traz impactos negativos para a qualidade de vida, uma vez que limita o poder aquisitivo, trazendo, muitas vezes, dificuldades, inclusive, para o sustento básico de alimentação e moradia (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Ao se analisar o módulo específico para o câncer de mama EORTIC BR-23 pode-se observar que o sintoma mais significativo foi a preocupação com queda de cabelo com escore de 43,6 pontos (DP=45,9), e na escala funcional o mais afetado foi a função sexual com escore de 26,8 pontos (DP=29,2), conforme Tabela 06.

De acordo com Caetano et al., (2009) o impacto decorrente da queda de cabelo deve-se a sua ocorrência súbita, e por ser a calvície algo visível exteriormente, o que expõe a doença e altera a autoestima da doente, afetando significativamente a qualidade de vida da mulher.

Segundo Silva et al., (2010) mulheres com companheiro apresentam maior preocupação com a queda de cabelo, o que corrobora com o presente estudo, visto que maioria das mulheres (77,8%) são casadas, o que justifica um maior escore para esta subescala de sintoma.

Em relação à função sexual o presente estudo diverge dos resultados encontrados por Silva et al., (2010). Estes encontraram em sua pesquisa uma média de 40,91 pontos (DP=49,60) para a subescala supracitada, referindo que mulheres com companheiros têm uma melhor função sexual. No presente estudo, maioria das mulheres (77,8%) são casadas, e mesmo assim possuem uma baixa média no que se refere a função sexual com 26,8 pontos (DP=29,2).

Isso pode estar associado ao fato da faixa etária predominante no presente estudo ser superior a encontrada no estudo de Leite et al. (2010), que foi de 60 a 69 anos (33,3%) e 40 a 49 anos (33,3%) e respectivamente.

De acordo com Lopes (1994), com a longevidade ocorre um declínio na função dos ovários, que resulta em diminuição na produção dos hormônios sexuais, ocasionando uma redução qualitativa e quantitativa da resposta sexual, que se acentua com o avançar da idade, influenciando de forma negativa a função sexual da mulher.

Por fim, ao estabelecer a relação entre a variável qualidade de vida geral com as estratégias de enfrentamento, foi possível observar que as mulheres que adotaram com maior intensidade as estratégias de enfrentamento focado no

problema possuíram uma melhor percepção de qualidade de vida geral, seguido das que utilizaram o enfrentamento focalizado na religião.

A média de qualidade de vida geral para as mulheres que utilizaram o enfrentamento focado no problema foi de 82,14 pontos (DP=21,21), e para as que utilizaram o enfrentamento focado na espiritualidade/religiosidade foi de 77,59 pontos (DP=27,56), ambos considerados bons escores de qualidade de vida (>75 pontos) conforme Tabela 07, o que evidencia a importância da utilização destas estratégias de enfrentamento para uma boa percepção de qualidade de vida.

Tabela 07. Qualidade de vida geral de acordo com estratégia de enfrentamento mais utilizada (n=18)

TIPO DE ENFRENTAMENTO	MÉDIA DE QV GERAL	DESVIO PADRÃO (DP)
Focalizado no problema	82,14	21,21
Focalizado na emoção	-	-
Prática religiosa/pensamento fantasioso	77,6	27,56
Busca por suporte social	67	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Uma única mulher que utilizou com maior intensidade a estratégia de enfrentamento focado na busca por suporte social teve uma má percepção de qualidade de vida geral (<75 pontos), com escore médio de 67 pontos (DP=0) (Tabela 07). Nenhuma mulher utilizou com maior intensidade o enfrentamento focado na emoção.

No *coping* centrado no problema, o indivíduo procura resolver a situação buscando informações sobre o evento estressante, avaliando as alternativas de ação que possui para selecionar aquela que acredita ser mais viável, sendo assim extremamente importante para o enfrentamento do câncer e para uma boa percepção de qualidade de vida (LEITE et al., 2012).

A busca pela religião, como estratégia de enfrentamento no ato de orar, bem como dos serviços religiosos podem ajudar na adaptação a esse novo conceito de vida, podendo a mulher passar a ver o diagnóstico como parte de um plano maior, que possui um significado para sua vida e não o definir como um evento aleatório. O papel da fé, como estratégia de enfrentamento, é significativo, pois a crença em Deus tem influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis em decorrência da doença (LEITE et al., 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização da pesquisa, no que diz respeito ao perfil das integrantes foi possível observar a relevância do fator idade como predisponente ao câncer de mama, o que demonstra a importância das políticas preventivas e de diagnóstico precoce para mulheres na faixa etária de maior risco.

No que se refere às estratégias de enfrentamento, verificou-se que há uma variedade de recursos que podem ser utilizados para enfrentar o câncer de mama e seus desdobramentos, evidenciando-se de forma geral, as questões espirituais, uma vez que, a fé e a religião foram apontadas como forças propulsoras para o encorajamento dessas mulheres frente à nova realidade trazida pelo diagnóstico. Tais formas de enfrentamento parecem estar relacionadas a uma boa percepção da qualidade de vida.

A pesquisa apontou também para a relevância do enfrentamento focado no problema, visto que este também parece está relacionado a uma boa percepção da qualidade de vida. Tal aspecto demonstra a importância do fornecimento de informações acerca da doença, seu curso, terapêuticas adotadas e seus impactos, para que assim as mulheres possam aceitar a doença, adequar-se ao tratamento, e potencializar as chances de possuírem uma boa percepção de qualidade de vida.

Por fim, pode-se observar que mesmo com todas as dificuldades associadas ao câncer e à quimioterapia, as mulheres que compuseram o estudo consideraram ter uma boa qualidade de vida geral, o que reflete a complexidade e subjetividade deste aspecto, que incorpora a percepção individual de satisfação com a vida, estado mental e bem estar.

Finalizando as percepções acerca da pesquisa, enquanto mulher, futura profissional da saúde, a convivência com as mulheres com câncer e em tratamento quimioterápico possibilitou perceber a beneficência da fé, da religiosidade como forma de enfrentamento do câncer sobre a qualidade de vida. A crença em um ser superior, no propósito deste ser sobre a vida terrena, na vida após morte, e no milagre. Tal percepção conforta estas mulheres, deixando-as resilientes, otimistas, e esperançosas em um futuro melhor, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. Estresse e estratégias de enfrentamento/coping em mulheres com câncer de mama. Dissertação de mestrado. **Universidade Federal do Ceará. Programa de pós-graduação em enfermagem**. Fortaleza-CE. 2010. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1822>>. Acesso 14 de abril de 2014.

BELL, R.J., et al. Bradbury J. Psychological well-being in a cohort of women with invasive breast cancer nearly 2 years after diagnosis. **Support Care Cancer**. [S.l.], v. 18, n. 8, p. 921- 929, 2010. Disponível em: <http://med.monash.edu.au/sphpm/womenshealth/after-bc-study/published-results.html#psychological-wellbeing>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datapus). **Sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM** - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 17/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de ações de Controle ao Câncer de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude. Acesso em: 17/04/2014.

BRUNNER, SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CAETANO, E. A. et al. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

CONDE, D. M., et al. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. **Breast J**. [S.l.], v. 11, n. 6, p. 425-432, 2005.

COSTA, P; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos paciente oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/355_artigo5.pdf. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

FANGEL, L. M. V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paul Enferm**. [S. l.], v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/15.pdf>. Acesso em: 04 de Maio de 2014.

FERREIRA, D. B. Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama - associação com rede social, apoio social e atividade física. Dissertação de Mestrado. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro. 2011.

FOLKMAN et al. Appraisal, coping, helth status, and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**. [S.l.], v. 50, n. 3, p. 571-579, 1986. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1986-19792-001>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

FOLKMAN et al. Coping: Pitfalls and promise. **Annual Rewiew of Psychology**. [S.l.], v. 55, p. 745-774, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14744233>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

GOMES, N. S; SILVA, S. R. Avaliação da Autoestima de Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 509-516, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a29.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v. 58, n. 4, p. 581-592, 2012.

HOFFMANN, F.S.;MULLER, M.C.; FRASSON, A. L. .Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Revista psicologia,saúde e doenças**. [S.l.], v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862006000200007&script=sci_arttext Acesso em: 05 de agosto de 2014. .

HUGUET , P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. [S.l.], v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. INCA. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf. Acesso em 05 de agosto de 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. INCA. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf. Acesso em 05 de agosto de 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. INCA. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>> Acesso em: 16 de abril de 2014.

JÚNIOR W, P.; ZANINI, D. S. Estratégias de *Coping* em Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [S.l.], v. 27, n. 4, p. 491-497, outubro/dezembro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/13.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2014.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. **REME - Rev. Min. Enferm.** Minas gerais. v 15, n 3, p 394 – 398, jul/set 2011. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2014.

LEITE, F. M. C. et al. Estratégias de enfrentamento e relação com as condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama . **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 211 - 217, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 de abril de 2014.

Lopes GP, Maia M. Sexualidade e envelhecimento. São Paulo: Saraiva; 1994

MAJEWSKI et al. Qualidade de vida em mulheres a mastectomia comparadas com aquelas que se submeteram a cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300017&lang=pt&lng. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

MAKLUF, A.S.D.;DIAS, R.C.;BARRA,A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev.Bras.Cancerol.** [S.l], v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf. Acesso em: 07 de agosto de 2014.

NISSEN et al. Quality of life after breast cancer surgery – a comparison of three surgical procedures. **American Cancer Society**. [S.l.] , v. 91, n. 1, p. 1238-1246, 2001.

OLIVEIRA, M. M. F. et al. Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 133-138, 2010.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) Religioso / Espiritual. **Rev. psiquiatr. clín.** [S.l], v. 34, n. 1 , p. 126-135 , 2007. ISSN 0101-6083. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l], v. 58, n. 4, p. 619 - 627, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2014.

SALCI, M. A; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 20, p. 178-86, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea23.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SANTOS, A. L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer do colo do útero em tratamento radioterapêutico. **Revista brasileira de cancerologia** (MS. INCA. Elaboração, distribuição de informação). Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 507-515, julho/agosto/setembro, 2012.

SEIDL, E. M. F.;TRÓCCOLI, B. T.;ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [S.l], v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SILVA, C. B. ALBUQUERQUE, V; LEITE, J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [S.l.], v. 56, n. 2, p. 227-236, 2010.

SILVA, T. B. C. et al. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 113-119, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a16v44n1.pdf>.
Acesso em: 07 de agosto de 2014.

SILVA, G. Processo de enfrentamento do período pós-tratamento do câncer de mama. Dissertação de mestrado. **Universidade de São Paulo**. Ribeirão Preto - São Paulo. 2005. Disponível em:
http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/.../SilvaG_Dissertacao.pdf. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SUIT et al. Vivência de estigma e enfrentamento em Pessoas que convivem com o HIV . **Psicologia USP**. São Paulo, v. 19, n. 3, p 317-340, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n3/v19n3a04>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SUSAN, G. Komen For the Cure. **Tratamento cirúrgico para o câncer de mama**. [S.l.]. 2010. Disponível em:
http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/translate/Breast%20Surgery-portuguese.pdf. Acesso em 20 de abril de 2015.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B.. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.], v. 15, n. 1, p. 1349-1358, 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700044.
Acesso em: 05 de agosto de 2014.

VIEIRA et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. [S.l.], v.41, n. 2, p. 311-316, 2007.

WHO .World Health Organization. 1997. Program on Mental Health. **Measuring quality of life**.

WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med.** [S.l.], v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

- 1- Nome: _____
- 2- Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
- 3- Cor/raça: () Branca () Parda () Amarela
() Indígena () Negra
- 4- Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada
() Viúva () Relação estável
- 5- Grau de instrução: () Iltrado () Fundamental incompleto
() Fundamental completo () Médio incompleto
() Médio completo () Superior incompleto
() Superior completo () Pós-graduação
- 6- Endereço atual (cidade): _____
- 7- Religião: _____ É praticante? () Sim () Não
- 8- Está trabalhando no momento: () Sim () Não
- 9- Profissão: _____
- 10- Atividade ocupacional (anterior): _____
- 11- Atividade ocupacional (atual): _____
- 12- Renda familiar: () <1SM () 1SM () >1SM () 3SM
- 13- Peso (Kg): _____ Altura(m): _____
- 14- IMC (Kg/m²): _____ () Abaixo do peso () Peso adequado
() Sobrepeso () Obesidade
- 15- Faz ou já fez uso de bebida alcóolica? () Sim () Não
Se sim, tempo de uso: _____
- 16- Faz ou já fez uso de cigarro? () Sim () Não
Se sim, tempo de uso: _____
- 17- Idade da menarca: _____
- 18- Está em menopausa? () Sim () Não
Se sim, com que idade aconteceu: _____
- 19- Faz ou já fez uso de anticoncepcionais orais? () Sim () Não
Se sim, tempo de uso: _____

20-Faz ou já fez terapia de reposição hormonal: () Sim () Não

Se sim, tempo de uso:_____

21-Realizava exames preventivos para o câncer mama regularmente (anualmente)?

() Sim () Não

Se sim, quais: () Exame clínico das mamas () Mamografia

() Ultrassom mamário

22-Possui outra doença? () Sim () Não

Se sim qual(is): _____

23-Possui antecedentes de câncer na família? () Sim () Não

Se sim, qual tipo de câncer, e em que grau de parentesco?_____

ANEXO B

ROTEIRO PARA COLETA DE PRONTUÁRIOS

- 1- Nome: _____
- 2- Data de diagnóstico: ____/____/____
- 3- Tamanho do tumor (CLINTAM) (dados da 1ª consulta médica):
 T0 (sem tumor) T1 (< 2,0 cm)
 T3 (> 5,0 cm) Tis (in situ)
 T2 (> 2,0 e < 5,0) T4 (extensão torácica/pele)
 TX sem informação
- 4- Status dos linfonodos (CLINLFN)
 N0 (ausência de metástases) N1 (meta axilar, homo, móvel)
 N2 sem informação
- 5- Metástase (CLINMETA)
 M0 (ausência de metástase) M1 (presença de metástase)
 MX sem informação
- 6- Estadiamento Clínico (CLINEST)
 0 I II A II B III A
 III B IV sem informação
- 7- Realização de cirurgia: Sim Não
Se sim, tipo: _____ Data: ____/____/____
- 8- Data início de tratamento quimioterápico: ____/____/____
- 9- Tipo de quimioterapia: ajuvante neoadjuvante
- 10-Quimioterápico em uso: _____

ANEXO C

QUALIDADE DE VIDA – EORTC QLQ-C30

Para as questões seguintes considere: 1- não; 2- pouco; 3- moderado; 4- muito

V01	Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços carregar bolsa de compras pesada ou mala?				
V02	Você tem dificuldade quando faz grande caminhada?				
V03	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?				
V04	Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?				
V05	Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?				
	Pergunta: Durante a última semana:				
V06	Tem sido difícil ter atividades de todos os dias?				
V07	Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?				
V08	Você teve falta de ar?				
V09	Você tem tido dor?				
V10	Você precisou repousar?				
V11	Você tem tido problemas para dormir?				
V12	Você tem se sentido fraco(a)?				
V13	Você tem tido falta de apetite?				
V14	Você tem se sentido enjoado (a)?				
V15	Você tem vomitado?				

ANEXO D

QUALIDADE DE VIDA – Módulo BR23

Para as questões seguintes considere: 1- não; 2- pouco; 3- moderado; 4- muito

V31	Sentiu a boca seca				
V32	O que comeu e bebeu teve gosto diferente do normal				
V33	Sentiu os olhos doloridos, irritados ou lacrimejantes				
V34	Teve queda de cabelo				
V35	(Se teve queda de cabelo): A queda de cabelo perturbou você				
V36	Sentiu-se doente ou indisposta				
V37	Sentiu arrepios de calor				
V38	Sentiu dor de cabeça				
V39	Sentiu-se menos bonita devido a doença ou tratamento				
V40	Sentiu-se menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento				
V41	Achou difícil se observar nua				
V42	Sentiu-se insatisfeita com seu corpo				
V43	Sentiu-se preocupada com a sua saúde futura				
	Pergunta: Durante as últimas QUATRO semanas				
V44	Até que ponto sentiu desejo sexual				
V45	Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relação sexual)/(com ou sem relação)				

V46	(Se foi sexualmente ativa): Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?				
	Pergunta: Durante a última semana				
V47	Sentiu dores no braço ou ombro?				
V48	Sentiu seu braço ou sua mão inchados?				
V49	Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço?				
V50	Sentiu dores na área de seu seio doente?				
V51	Sentiu a área de seu seio doente inchada?				
V52	Sentiu a área de seu seio doente demasiada sensível?				
V53	Sentiu problemas de pele na área do seio doente?				

Entrevistado: _____

ANEXO E

ESCALA DE MODO DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes a situações difíceis ou estressantes. Para responder este questionário, pense sobre como você está lidando com o câncer de mama e o tratamento quimioterápico no momento atual. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar as suas preocupações com a doença.

Considere: 1- eu faço um pouco; 2- faço isso as vezes; 3- eu faço isso muito; 4- eu faço isso sempre

1	Eu digo a mim mesma o quanto já consegui					
2	Eu sairei desta experiência melhor do que entrei nela					
3	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o meu problema					
4	Encaro a situação por etapas fazendo uma coisa de cada vez					
5	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
6	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
7	Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente					
8	Eu tento não agir precipitadamente ou seguir minha primeira ideia					
9	Eu fiz um plano de ação para solucionar meu problema e estou o cumprindo					
0	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
1	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida					
2	Eu insisto e luto pelo que eu quero					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir da situação					

4	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
5	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
6	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
7	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
8	Eu tento evitar que os maus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida					
9	Eu culpo os outros					
0	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
1	Desconto em outras pessoas					
2	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
3	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
4	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
5	Eu imagino e tenho desejo sobre as coisas que poderiam acontecer					
6	Eu me culpo					
7	Procuro um culpado para a situação					
8	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema pra mim					
9	Procuro me afastar das pessoas em geral					
0	Descubro quem mais é ou foi responsável					
1	Eu brigo comigo mesma, eu fico falando comigo mesma o que devo fazer					

2	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
3	Eu me recuso a acreditar que isto está acontecendo					
4	Eu me apego na minha fé para superar esta situação					
5	Espero que um milagre aconteça					
6	Pratico mais a religião desde que tenho este problema					
7	Eu desejaria mudar o que aconteceu comigo					
8	Tento esquecer o problema todo					
9	Eu rezo/oro					
0	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
1	Converso com alguém sobre como estou me sentindo					
2	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver meu problema					
3	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
4	Peço conselho para um parente ou amigo que eu respeite					
5	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesma					

Média escores: _____

Tipo de enfrentamento: _____

Entrevistado: _____