

SIGNIFICADO DO CÂNCER DE MAMA NA PERCEPÇÃO DA MULHER: DO SINTOMA AO TRATAMENTO

MEANING OF BREAST CANCER AS PERCEIVED BY WOMEN: FROM SYMPTOM TO TREATMENT

SIGNIFICADO DEL CÁNCER DE MAMA EN LA PERCEPCIÓN DE LA MUJER: DEL SÍNTOMA AL TRATAMIENTO

Luciana Martins da Rosa^I
Vera Radunz^{II}

RESUMO: Estudo qualitativo, realizado em instituição oncológica de Santa Catarina/Brasil, que objetivou conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante. Foram entrevistadas 13 mulheres, de agosto a dezembro de 2010. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo, sustentada pelo referencial Sistema de Cuidados à Saúde. Entre os significados, destacam-se: ansiedade no período do diagnóstico; dificuldade para aceitação da doença e da alteração da imagem; medo da morte; impossibilidade de trabalhar; repadronização dos hábitos. Para a mulher enfrentar o câncer de mama ela necessita de um sistema de saúde que atenda às demandas de cuidados que envolvem a vivência da doença.

Palavras-chave: Enfermagem; neoplasias da mama; emoções; oncologia.

ABSTRACT: This qualitative study was conducted in an oncological institution in Santa Catarina State, Brazil, to ascertain the meaning of breast cancer as perceived by the women concerned in the time interval from symptom to adjuvant therapy. Between August and December 2010, 13 women were interviewed. Data were treated by content analysis with the health care system as the frame of reference. Prominent among the meanings were: anxiety at time of diagnosis; difficulty in accepting the disease and altered image; fear of death; inability to work; and repatterning of habits. For women to face breast cancer, they need a health system capable of meeting the demands for care that arise from the experience of the disease.

Keywords: Nursing; breast neoplasm; emotions; medical oncology.

RESUMEN: Estudio cualitativo, realizado en institución oncológica de Santa Catarina/Brasil, que tuvo por objetivo conocer el significado del cáncer de mama, en la percepción de la mujer, en el intervalo de tiempo entre los síntomas de la enfermedad y la terapia adyuvante. Han sido entrevistadas 13 mujeres entre agosto y diciembre de 2010. Los informes fueron sometidos al análisis de contenido, con el apoyo del referencial adoptado por el Sistema de Cuidado de la Salud. Entre ellos, se destaca: ansiedad en el momento del diagnóstico, dificultad para aceptar la enfermedad y para modificar la imagen, miedo a la muerte, incapacidad para trabajar; mudanza de hábitos. Para la mujer que enfrenta el cáncer de mama, se hace necesario profesionales y un sistema de salud capacitados para atender las demandas de la salud que entrañen el proceso de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermería; neoplasias de la mama; emociones; oncología.

INTRODUÇÃO

A mama é o órgão do corpo feminino que está associado ao prazer e à vida, símbolo de fertilidade, saúde e feminilidade. Quando a mulher descobre o câncer de mama, sua identidade é questionada, tanto com relação à fertilidade como em relação à sexualidade. As modificações corporais são sentidas pela mulher mesmo que não passe pelo processo de mastectomia, porque ela identifica que há algo estranho dentro de seu corpo. Com a possível retirada de

uma ou ambas as mamas, as questões se agravam, porque há uma confrontação real no lugar do que antes era somente simbólico¹.

O tratamento do câncer de mama envolve, basicamente, três etapas que se sobrepõem: o recebimento do diagnóstico, a realização do tratamento e a aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem, com a necessidade de aceitação e convivência com esse novo corpo¹.

^IDoutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Oncológica. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: luciana.m.rosa@ufsc.br

^{II}Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: radunz@ccs.ufsc.br.

O câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher, podendo gerar sentimentos diversos, ameaçar a integridade psicossocial, provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento e apresentando a possibilidade de recorrência da doença e do enfrentamento da própria morte².

A fase de diagnóstico da doença é identificada como um período de extremo estresse. Na fase cirúrgica a mulher se confronta com a perda da mama, com o medo da cirurgia, da mutilação e da morte. A fase pós-cirúrgica é marcada pela ambivalência, sobrevivência à cirurgia e a esperança de estar curada. Mas também há o medo do retorno da doença, o medo de enfrentar a dor, os drenos, os curativos, o medo de enfrentar a possibilidade permanente de um corpo mutilado e, ainda, as preocupações com a feminilidade e com as reações do companheiro frente à mutilação. Sequencialmente, muitas mulheres necessitam realizar a terapêutica quimioterápica, que em geral leva à alopecia e a outros efeitos colaterais^{2,3}.

Todo esse emaranhado de emoções e sentimentos, associado ao número elevado de mulheres acometidas pelo câncer de mama vem exigindo a ampliação da compreensão dos significados da doença na vida das mulheres. Com isso, justifica-se este estudo que objetiva conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante.

REFERENCIAL TEÓRICO

A sustentação teórica foi pautada no Sistema de Cuidados à Saúde⁴ proposto pelo antropólogo Arthur Kleinman.

O Sistema de Cuidados à Saúde esclarece que as escolhas de cuidados à saúde e à doença são pautadas nas experiências de vida, nas interrelações, nos conhecimentos adquiridos e nos fatores que definem o ambiente onde a pessoa está inserida. Esse sistema é composto por três subsistemas que se sobrepõem: subsistema familiar, o grande definidor das escolhas de cuidados, composto por pelos familiares e pessoas mais próximas a convivência familiar; subsistema profissional, composto por todos os profissionais da área da saúde; subsistemas popular, composto por pessoas que interferem nos cuidados à saúde, mas que não são reconhecidas legalmente como profissionais, tais como curandeiros, benzedeiros, manipuladores de ervas⁴.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, realizado em instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina, Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, cenário do estudo, sob o registro 009/2010, e que seguiu os preceitos legais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos⁵.

Foram incluídas no estudo: mulheres realizando terapêutica quimioterápica adjuvante, atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde o diagnóstico da doença e que iniciaram o tratamento com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico I), ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico II). Foram também incluídas, mulheres que iniciaram o tratamento da doença com o esquema terapêutico I ou II, no ano de 2009, com atendimento exclusivo pelo SUS, conforme registros nos prontuários, encontradas com agendamento de seguimento pós-adjuvância, no período do estudo.

A seleção das mulheres realizando quimioterapia adjuvante foi realizada a partir do sistema de agendamento das quimioterapias. Foram abordadas 36 mulheres na Central de Quimioterapia e dessas, oito mulheres atenderam os critérios de inclusão. As exclusões, 28, ocorreram por etapas diagnósticas e/ou terapêuticas terem sido realizadas por meio de recursos financeiros particulares ou por convênios de saúde.

A seleção das mulheres que iniciaram o tratamento no ano de 2009 foi realizada por lista de nomes fornecida pela Divisão de Informática, que totalizou 138 nomes. Após análise dos prontuários somente 24 registraram atendimento exclusivo pelo SUS. Dessas 24 mulheres selecionadas inicialmente, cinco foram encontradas no período do estudo, com agendamento de atendimento no cenário do estudo.

Assim, a amostra totalizou 13 mulheres (oito mulheres realizando quimioterapia adjuvante e cinco em seguimento pós-adjuvância).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2010. A técnica de coleta utilizada foi a entrevista semiestruturada. A pergunta que orientou o desenvolvimento da entrevista foi: o que significou para a senhora o diagnóstico do câncer de mama, na vivência do sintoma da doença ao tratamento? As entrevistas foram gravadas, transcritas e validadas. Para garantir o anonimato cada mulher escolheu um pseudônimo.

A partir das transcrições foi realizada a análise de conteúdo das comunicações⁶. A categorização dos relatos foi realizada pelo agrupamento dos trechos das falas. A partir desses agrupamentos emergiu a categoria: Significados da doença, composta das seguintes subcategorias: ambivalências; mudanças no viver; medos e preocupações; refazendo o viver.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de conteúdo aplicada nas comunicações, obtidas com as 13 entrevistas, o significa-

do do câncer de mama na percepção da mulher foi definido como:

Ambivalência

Até a médica perguntou para mim, sabes o que tens? Eu disse sei. Eu estava tão tranquila que ela achou que eu não estava entendendo [risadas]. (Maria)

[...] eu sempre rezei, sempre pedi a Deus [...] que me dessem muita saúde, para eu trabalhar e criar meus filhos com dignidade. Quando o médico diagnosticou o câncer, eu disse assim: Por que Deus? Se eu pedi tanto para me dares saúde? [...] eu fiquei descrente de tudo. Acreditar em Deus pra quê, se me manda uma doença dessa? Fiquei chocada [...] Voltei, refleti bastante, pedi perdão pelo que eu pensei [...]. (Bárbara)

As falas demonstraram a aceitação e/ou negação do diagnóstico do câncer de mama, a tranquilidade frente ao diagnóstico; a falta de informação sobre a doença e suas consequências, a definição do câncer como uma doença como qualquer outra doença; a necessidade de barganhar a vida e a saúde com Deus.

Analisando os trechos das falas, constatou-se que as mulheres estavam em negação ou aceitação parcial. Aceitar e/ou negar, por si só, representa uma maneira do indivíduo se proteger contra aquilo que traz dor, sofrimento e medo. Envolve o significado que a mulher atribui a essa experiência e é também o reflexo de tantas outras experiências vividas⁷.

A negação da doença, dentro dos estágios psicológicos no enfrentamento do câncer representa a fase em que a pessoa não acredita na informação que está recebendo, sendo uma fase temporária, logo substituída pela aceitação parcial. Nesta fase, ainda é comum uma transição em falar sobre a realidade do assunto, num determinado momento, e de repente negá-lo completamente. Na aceitação, os fatos começam a ser enfrentados com consciência das possibilidades e das limitações⁷.

Quanto à falta de informações sobre a doença e seu prognóstico, observou-se que algumas mulheres sabem que têm câncer de mama e também têm consciência da representação social quanto ao risco de morte decorrente de um diagnóstico de câncer. Mas quando elas olham apenas para sua própria realidade, apegam-se à esperança de vida, considerando que o câncer pode matar, mas o câncer delas não, mesmo que seja um câncer avançado.

O desconhecimento das consequências da doença avançada: a alteração da imagem, alteração motora, alteração da atividade laborativa, alteração das vivências no próprio seio familiar e, principalmente, alteração dos hábitos de vida no decorrer da progressão da doença, só foram pensadas quando instaladas, pois antes eram desconhecidas, não tinham sido esclarecidas pelos profissionais. Os relatos constatam o quanto ainda se faz necessário informar e

educar a mulher e a sociedade sobre câncer, câncer de mama e cuidados à saúde.

E ao barganhar, outro estágio psicológico, a mulher passa a utilizar inconscientemente acordos para que as coisas se restabeleçam. Essa fase representa uma alternativa a mais para viver e para aceitar a doença. Geralmente este movimento volta-se à religiosidade⁷⁻¹⁴.

Mudanças no viver

[...] vou ter que deixar de trabalhar. [...] aposentada ganha um salário mínimo [...] ai meu Deus, a minha filha estudando, ela não trabalha ainda, o filho lá, preso. O que vai ser da minha vida [...] quando o médico me deu a notícia, que eu estava com câncer, caí no desespero. (Cristina)

A reconstrução da mama é a minha prioridade na vida. É muito ruim ficar sem peito, a autoestima cai muito. [...] Reconstruir vai me fazer ficar mais feliz, o seio faz parte do corpo da gente. (Denise)

Todas as mulheres entrevistadas foram submetidas ao esvaziamento axilar e nove mulheres realizavam atividades profissionais/ocupações relacionadas a atividades domésticas. As outras mulheres realizavam atividades de pesca, massagem, atividade de técnica em enfermagem e auxiliar administrativo. Todas estas atividades exigem esforço e movimentos repetitivos, não recomendados para pessoas submetidas ao esvaziamento axilar.

Além das mudanças de ordem profissional, as falas das mulheres apresentaram a dificuldade da mulher em conseguir se olhar no espelho e observar as mudanças físicas decorrentes da terapêutica cirúrgica e quimioterápica; a dificuldade de enfrentamento da ausência da mama diante da dificuldade/impossibilidade de reconstrução da mama via SUS; a presença de linfedema; a necessidade de mudança no estilo de se vestir, na tentativa de esconder as consequências da retirada da mama parcial ou total; a vergonha da aparência física, quando despida na frente dos familiares.

O esvaziamento axilar as impediu de continuar exercendo a profissão até então escolhida, e mesmo diante da orientação de não retornar à atividade laboral pelos profissionais, algumas vivenciaram a dificuldade para conseguir a aposentadoria, incluindo os trâmites normais definidos pelas leis previdenciárias e porque algumas trabalhavam sem registro na carteira profissional. Essa realidade dificulta a subsistência da mulher e de sua família, pois mesmo para aquelas que conseguem se aposentar há uma redução dos rendimentos.

As experiências objetivas e subjetivas vividas com a doença direcionam o enfrentamento das dificuldades. Por outro lado, enfrentar as mudanças físicas exige da mulher com câncer de mama um equilíbrio psicológico, emocional, espiritual, físico e social. Para alcançar esse equilíbrio, há necessidade de

uma reorganização na forma de ver e viver a vida⁴. Junto com isso vem o desejo da reconstrução mamária, tentando minimizar as sequelas do tratamento. No entanto, essas mulheres ainda têm que enfrentar o SUS e seus impedimentos, para obterem esse direito já estabelecido pelo sistema de saúde.

A alteração da estética e da imagem corporal são aspectos inerentes ao câncer de mama, conseqüentemente necessitam ser considerados continuamente na prática profissional, especialmente quando se pensa em um cuidado preocupado com a dimensão psicossocial, que envolve as percepções e os julgamentos da mulher e familiares^{4,8,15-17}.

Orientações quantos aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e às conseqüências dos mesmos por parte da equipe multiprofissional, somadas à abordagem psicológica e à participação das mulheres nos grupos terapêuticos, podem contribuir significativamente para minimizar a alteração da imagem. No entanto, diante dos casos de amputação da mama, a reconstrução mamária, para a maioria das mulheres, representa uma alternativa significativa para a vida da mulher.

Medos e Preocupações

O que mais pesou foram os meus filhos, eu não pensei muito em mim, eu pensei mais neles. O que eu podia fazer para eles não sofrerem tanto. Veio a angústia, e se eu morresse? Porque isto é do ser humano. Porque nós podemos morrer a qualquer momento, ainda mais quando se descobre que se está com uma doença um pouco mais grave. Foi isto que eu mais me preocupei, em deixar eles bem. [...] (Gordelícia)

Os relatos demonstraram a ansiedade de iniciar e de concluir o tratamento o mais rapidamente possível; ansiedade por estar sem tratamento enquanto aguardam os agendamentos e os resultados dos exames diagnósticos; ansiedade quanto ao possível avanço da doença; o medo do enfrentamento da doença; do tratamento; dos efeitos colaterais; das mudanças do dia a dia a serem enfrentadas; de morrer; do diagnóstico de morte prematura; da mutilação decorrente da terapêutica cirúrgica; do prognóstico da doença; da preocupação com os familiares.

Esperar o resultado da investigação diagnóstica constituiu o período de antecipação da situação a ser vivenciada com o início do tratamento³. Atrasos para o diagnóstico aumentam a angústia sentida nessa fase⁹. O período de diagnóstico é considerado como período de ansiedade, estresse e de morbidade psicológica para as mulheres e seus familiares. A ansiedade sentida pode comprometer o pensamento crítico e a habilidade para o processamento das informações¹⁰. Essa tensa etapa começa a apresentar à mulher a falta de saúde (*illness*) e as alterações biofísicas (*disease*) e psicológicas, trazidas pela suspeita ou quase certeza do câncer de mama⁴.

Pensando na qualidade de vida dessas mulheres e pensando em estratégias para redução da ansiedade, ficou evidente que o diagnóstico em curto espaço de tempo colaboraria para redução dos estressores, dos medos e das incertezas. Somada a esse aspecto, a brevidade do início do tratamento representaria uma alternativa imediata para o controle da progressão da doença. Para tanto, seria necessário que as mulheres pudessem se deparar com um sistema de saúde que possibilitasse encaminhamentos entre a baixa, média e alta complexidade, num período de tempo que não comprometesse sua própria existência.

O diagnóstico de câncer acarreta uma série de problemas que ultrapassa os problemas de ordem física, na medida em que se associa à morte, à dor e ao sofrimento. A extensão e a duração desses problemas podem ser fortemente influenciadas pelas estratégias de enfrentamento da doença adotadas pelas mulheres^{4,11} e pela forma como a equipe multiprofissional e o sistema de saúde cuidam dessas mulheres para o controle da doença, o equilíbrio e a reintegração social das mesmas.

Nesse contexto de cuidado, ressalta-se a importância dos grupos de apoio terapêutico na reestruturação da mulher. Eles possibilitam através do diálogo, da problematização, das vivências e das trocas de informações o surgimento de novos aprendizados, dando condições à mulher para entender a doença e suas conseqüências, favorecendo assim a resiliência.

Além de buscar a resiliência, a mulher também procura amenizar os sofrimentos daqueles que lhe são importantes, seus familiares, preparando-os para o que puder vir pela frente. Isso leva esta mulher a buscar saídas de ordem prática e para preparo psicológico das possíveis dores e perdas. Por outro lado, muitas procuram diminuir suas próprias dores, para que as dores nos que ela ama sejam menores.

Essa preocupação é justificada, pois a mulher tem a consciência, mesmo que parcialmente falando, das conseqüências da doença na sua vida e na vida de seus familiares^{4,13}.

Refazendo o viver

Eu me apego bastante ao meu trabalho, no que me dá ânimo para encarar o dia a dia. Se não fosse o meu trabalho [...] (Bárbara)

Esta subcategoria constituiu-se nas falas que declararam: manutenção dos hábitos cotidianos e da atividade laboral; priorização aos hábitos de vida familiar, pela maior valorização dada a este núcleo de relacionamento após o diagnóstico do câncer; repadronização dos hábitos de vida, de acordo com cada etapa vivenciada, a partir do surgimento da doença e das limitações físicas decorrentes da mesma.

A hospitalização e os tratamentos, com normas predeterminadas, limitam a autonomia dessa mulher e o seu direito de ir e vir. Esses aspectos, associados à mutilação da mama, geram um impacto, acarretando uma série de preconceitos e fantasias associadas à doença. As experiências relacionadas ao câncer são sempre negativas, podendo gerar transtornos afetivos e provocar um afunilamento do campo perceptivo, fazendo com que a mulher só veja a doença e suas consequências, reais ou fantasiosas^{4,12}.

Lutar pela manutenção dos hábitos e/ou repadronizar hábitos de vida representa o esforço da mulher em se manter viva e atuante, dentro da família, da sociedade e dentro de si mesma.

A tentativa de refazer o viver representa a adoção de cuidados à saúde e de busca da qualidade de vida, sendo influenciada principalmente pelo subsistema familiar e profissional⁴. No entanto, observa-se nos relatos a descontinuidade das avaliações profissionais analisando e auxiliando estas mulheres a solucionar seus problemas e atender suas necessidades.

CONCLUSÃO

A análise das comunicações obtidas demonstra que a categoria significados do câncer de mama na percepção das mulheres envolve as subcategorias - *ambivalência* entre a aceitação e a negação da doença, a necessidade de barganhar a vida e a saúde com Deus, a falta de informações sobre a doença e suas consequências, as *mudanças no viver* relacionadas à necessidade de troca de atividade profissional ou aposentadoria precoce, às alterações físicas e estéticas. *Medos* relacionados ao tempo do diagnóstico até o início do tratamento, ao avanço da doença, ao enfrentamento da doença, do tratamento e seus efeitos colaterais, às mudanças no cotidiano impostas pela doença e pelas terapêuticas prescritas, à morte, à mutilação e a preocupação com os familiares. As falas das mulheres ainda afirmam que o significado do câncer de mama envolve o *refazer do viver*, isto é, elas priorizam os hábitos de vida familiar, a manutenção, sempre que possível, dos hábitos cotidianos e da atividade laboral, bem como repadronizam os hábitos de vida na busca da manutenção da própria vida e para o bem viver.

Os resultados encontrados favorecem a compreensão quanto ao que é sentido pelas mulheres no vivenciar do câncer de mama, do sintoma da doença ao tratamento, cabendo aos profissionais o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado que colaborem para a aceitação e enfrentamento da doença. Isso envolve o conhecimento, pela mulher, do processo de adoecimento, tratamento e pós-tratamento e também o apoio profissional à mulher, auxiliando-a na adaptação da nova condição de vida e de imagem. Também a adoção de um itinerário terapêutico volta-

do para o bem estar, qualidade de vida, controle da doença, minimizando assim os prejuízos ocasionados pelo câncer de mama à saúde da mulher.

Destaca-se que a agilização para a realização dos exames e de seus resultados na fase de diagnóstico, bem como a agilização da reconstrução mamária podem ser fortes estratégias a serem adotadas para a reestruturação psicológica e sexual da mulher.

Diante dos achados, questiona-se se o sistema de saúde tem se preocupado com o número de profissionais disponíveis para examinar as mulheres nas unidades ambulatoriais, hospitalares e da atenção básica? Como o sistema de saúde tem *olhado* para o tempo que os profissionais dispõem para examinar as mulheres? Esse contato da mulher com a equipe de saúde abre espaço para o diálogo e para o cuidado integral/humano, preconizado dentro da filosofia de atendimento do próprio sistema SUS?

O SUS é uma filosofia de atenção integral, e não apenas uma normativa de procedimentos para atender demandas reprimidas. Mas, na verdade, é isso que está sendo feito, ou pelo menos é o que os profissionais e a sociedade estão enfrentando.

Seguir as diretrizes estabelecidas pela política do SUS é trabalhar para o cuidado mais amplo, ou seja, a essência do cuidado, que vê a mulher e o ser humano em todas as suas dimensões, inserido em um ambiente e contexto que o influencia e vice-versa.

Para concluir, recomenda-se a investigação sobre o significado do câncer de mama incluindo mulheres na fase de tratamento, na remissão imediata da doença, após cinco e dez anos de sobrevivência e na recidiva da doença.

REFERÊNCIAS

1. Vieira CP, Lopes MHB, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev esc enferm USP*. 2007; 41:311-6.
2. Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11:614-21.
3. Poole K, Lyne PA. The cues to diagnosis: describing the monitoring activities of women undergoing diagnostic investigations for breast disease. *J Adv Nurs*. 2000; 31:752-8.
4. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
5. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Por): Edições 70; 2006.
7. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
8. Tavares JSC, Trad LAB. *Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulhe-*

- res mastectomizadas. *Ciênc saúde coletiva*, 2010;15:1349-58.
9. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. *Can J Public Health*. 2004; 95:341-5.
10. O'Mahony M. Women's lived experience of breast biopsy: a phenomenological study. *J Clin Nurs*. 2001; 10:512-20.
11. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13:951-9.
12. Mello ELR, Santos CER. Manual de cirurgia oncológica. São Paulo: Tecmedd Editora; 2006.
13. Caetano EA, Gradin CVC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamentos ao receber o diagnóstico. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:257-61.
14. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:495-500.
15. Silva G, Santos MA. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18:688-95.
16. Blanco Sánchez Rafaela. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm*. 2010; 19(1):24-8.
17. Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncolgy*. [PubMed Online] 2012 [citado em 24 jul 2012]. Jul 9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22777952>.