

Conceito vivido de sobrevivente ao câncer de mama: direcionamentos para cuidados de enfermagem e saúde

*Experienced concept of breast cancer survivors:
directions for nursing and health care*

*Concepto vivido de sobrevivientes de câncer de mama:
orientaciones para la enfermería y la atención en salud*

Suellen Fernanda de Souza Viana^a 

Ívis Emília de Oliveira Souza^b 

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva^c 

Marléa Crescêncio Chagas^b 

Zuleyce Maria Lessa Pacheco^a 

Rômulo Cândido Nogueira do Nascimento^c 

Thaís Vasconcelos Amorim^a 

Como citar este artigo:

Viana SFS, Souza IEO, Paiva ACPC, Chagas MC, Amorim TV, Pacheco ZML, Nascimento RCN. Conceito vivido de sobrevivente ao câncer de mama: direcionamentos para cuidados de enfermagem e saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20220095. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220095>.pt

RESUMO

Objetivo: Desvelar o movimento existencial do ser mulher sobrevivente ao câncer de mama.

Métodos: Qualitativo, fenomenológico, com analítica heideggeriana a partir de 15 entrevistas, entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, em um hospital de ensino mineiro. À construção das Unidades de Significação, seguiram-se momentos metódicos compreensivos.

Resultados: O ser-aí-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama se mostrou na cotidianidade, ocupada na manualidade dos afazeres dentro e fora de casa, movida pela impessoalidade e impropriedade. Desvelou-se o temor da morte, falatório, curiosidade e ambiguidade que a conduziram à decadência, vivenciada no mundo do tratamento e do seguimento, possibilitando ser-com. À angústia que se anunciou fugaz, seguiu-se a decadência que na maior parte das vezes a presença se mantém.

Conclusões: Reforça-se a necessária estruturação de linha de cuidados especializada e interdisciplinar, em que o cuidado centrado na escuta ativa e qualificada abarque a multidimensionalidade, vislumbrando a mulher nos aspectos que permeiam a sobrevivência ao câncer.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Sobreviventes de câncer. Pesquisa qualitativa. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To unveil the existential movement of being a woman survivor of breast cancer. Method: Qualitative, phenomenological, with Heideggerian analytics from 15 interviews, between October 2020 and January 2021 in a teaching hospital in Minas Gerais. The construction of seven Meaning Units was followed by comprehensive methodical moments.

Results: The being-there-woman-survivor-of-breast-cancer showed itself in the ways of being of everyday life, occupied in manuality of tasks inside and outside the home, moved by impersonality and impropriety. The fear of death, gossip, curiosity and ambiguity were revealed that led to decadence, experienced in the world of treatment and follow-up, enabling being-with. The anguish that announced itself fleetingly was followed by the decadence that most of the time the presence remains.

Conclusion: The need to structure a specialized and interdisciplinary line of care is reinforced, in which care centered on active and qualified listening encompasses multidimensionality, envisioning women in aspects that permeate cancer survival.

Keywords: Breast neoplasms. Cancer survivors. Qualitative research. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Develar el movimiento existencial de ser mujer sobreviviente de cáncer de mama.

Métodos: Cualitativa, fenomenológica, con analítica heideggeriana a partir de las entrevistas de 15 mujeres, entre Octubre/2020 a Enero/2021 en un hospital de Minas Gerais. A la construcción de las siete Unidades de Significado le siguieron momentos comprensivos.

Resultados: El ser-ahí-mujer-sobreviviente-de-cáncer-de-mama se manifestó en los modos de ser de la vida cotidiana, ocupada en la manualidad, de que hacer dentro y fuera del hogar, impulsados por la impersonalidad y la impropiedad. Se revelaron el miedo a la muerte, las habladurías, la curiosidad y la ambigüedad que la llevaron a la decadencia, experimentada en el mundo del tratamiento y seguimiento, posibilitando el estar-con. A la angustia que se anunciaba fugazmente le siguió la decadencia que la mayor parte del tiempo permanece la presencia.

Conclusiones: Se refuerza la necesidad de estructurar una línea de atención especializada e interdisciplinaria, en la que la atención centrada en la escucha activa y calificada abarque la multidimensionalidad, vislumbrando a la mujer en los aspectos que permean la supervivencia al cáncer.

Palabras clave: Neoplasias de la mama. Supervivientes de cáncer. Investigación cualitativa. Enfermería.

^a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^c Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Enfermagem. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil, espera-se a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020–2022. Entre esses, 66.280 são de mama, representando 29,7% das doenças oncológicas em mulheres, ou seja, o de maior incidência nesse gênero, sem contar o de pele não melanoma⁽¹⁾.

A sobrevida global de pessoas com câncer de mama varia de 65% a 87% em cinco anos, com alterações em diferentes regiões, frequentemente relacionadas às condições socioeconômicas. Regiões mais desenvolvidas, apesar de incidências maiores, costumam ter melhores taxas de sobrevida⁽²⁾.

A sobrevivência ao câncer de mama é dependente do estágio da doença e possivelmente do intervalo para o início do tratamento, da qualidade da terapêutica instituída e da adesão da paciente ao seguimento, sendo esta suscetíveis a fatores sociais como grau de escolaridade, renda familiar, acesso à informação e ao serviço de saúde⁽³⁾.

A definição dos termos “sobrevivente ao câncer” e “sobrevivência ao câncer” tem sido objeto de amplos debates. O conceito de sobrevivência emergiu da literatura médica como um sinônimo com ênfase no tempo de sobrevida, relacionando-se àquela pessoa que, tendo a sua vida sob risco, está viva cinco anos depois do diagnóstico. O estado de sobrevivência, e, portanto, o *status* de sobrevivente, inicia-se no momento do diagnóstico, quando as pessoas começam a se ajustar ao que vai ser não somente sua existência imediata, mas igualmente seu futuro. Nesse sentido, ser sobrevivente é mais do que uma questão binária, para a qual não é possível colocar fronteiras⁽⁴⁾.

Assim, as repercussões do câncer de mama não se limitam ao momento do diagnóstico e tratamento, passando a fazer parte do cotidiano da mulher desde a suspeita de uma recorrência, perdurando por toda a vida⁽⁵⁾. Embora o “rótulo” de sobrevivente faça parte da sua história pregressa, a cura não pode ser considerada, possibilitando sentimentos de incerteza e medo quanto à recidiva.

A Oncologia é uma área que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, de seguimento e acompanhamento, requerendo dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários⁽⁶⁾, o que coaduna com o conceito ampliado de sobrevivente, vislumbrando o indivíduo em um contexto biopsicossocioespiritual.

A partir disso, torna-se importante repensar o que é necessário para uma melhor assistência a quem sobrevive a essa doença. Apenas o tratamento imediato não é suficiente, visto que a mulher terá que lidar com efeitos e complicações tardias, além de vivenciar inquietações psicossociais

intrínsecas à condição de sobrevivência. No que se refere ao cuidar compreensivo na situação de adoecimento por câncer de mama, acredita-se que a Enfermagem pode caminhar ao encontro de uma assistência que transcenda as orientações técnicas e protocolares e reflita sobre os aspectos subjetivos e essenciais que envolvem a mulher, como sua história de vida, o significado da sobrevivência e como isso implica o seu dia a dia⁽⁷⁾.

Neste plano, a convivência diária na prática clínica com mulheres sobreviventes ao câncer e que expressavam o medo da recidiva, as incertezas quanto ao futuro e os efeitos deletérios de um tratamento invasivo despertou inquietações e indagações sobre como é para a mulher vivenciar a condição de sobrevivente ao câncer de mama, com o objetivo de desvelar o movimento existencial do ser mulher sobrevivente ao câncer de mama.

A fenomenologia no pensar de Martin Heidegger emergiu como possibilidade de referencial teórico, filosófico e metodológico de investigação, já que é na experiência fática da sobrevivência ao câncer de mama — no mundo vivido⁽⁸⁾ — que há possibilidade de compreender para melhor cuidar na perspectiva da integralidade das ações em saúde.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e interpretativa com abordagem fenomenológica fundamentada em Martin Heidegger que possibilitou o mostrar-se da sobrevivente ao câncer de mama como ser em si mesmo, na busca da compreensão das facetas do fenômeno a partir de quem o vivencia⁽⁹⁾. O guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi considerado para a redação científica desta investigação.

A pesquisa foi desenvolvida com mulheres sobreviventes ao câncer de mama em seguimento em um ambulatório de Cirurgia Oncológica e Mastologia de um hospital de ensino, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, no interior de Minas Gerais. Para a captação das participantes, recorreu-se à amostragem por conveniência através do agendamento semanal de pacientes para consultas por meio do sistema eletrônico e de tecnologia desenvolvido para o hospital em questão, sendo realizado um levantamento no prontuário eletrônico de todas as pacientes agendadas de março a dezembro de 2020.

Observou-se o atendimento aos critérios de inclusão de ser maior de 18 anos; ter findado o tratamento para o câncer de mama; e estar em acompanhamento no ambulatório do hospital, bem como aos de exclusão de ser portadora de agravos mentais; ter antecedentes de outro(s) tipo(s) de câncer; e estar em cuidados paliativos. A partir daí, foi

realizado contato telefônico com 38 possíveis participantes com o intuito de apresentar a pesquisadora, explicitar os objetivos do estudo e, diante do aceite e disponibilidade das mesmas, agendar a entrevista para a data e local de preferência. Destas, 19 não atenderam ao telefone, ou o número chamado não existia, duas não aceitaram participar do estudo devido à fragilidade emocional em relatar o assunto, e duas apresentaram recidiva da doença e estavam em tratamento no momento do contato.

Ressalta-se que a pesquisadora responsável pela condução das entrevistas possuía experiência prévia de coleta de dados utilizando esta técnica, fruto do desenvolvimento de pesquisas anteriores na graduação e residência. Além disso, estava familiarizada com o cenário de pesquisa, uma vez que atuava como enfermeira na instituição hospitalar. Entretanto, não foi estabelecido relacionamento prévio entre entrevistadora e participantes na condição de enfermeira e paciente, uma vez que não estavam sendo realizadas consultas de enfermagem no período que compreendeu os critérios de inclusão.

Desse modo, participaram da pesquisa 15 mulheres, as quais foram entrevistadas pela enfermeira, mestrande e primeira autora deste artigo a partir de prévia ambientação no cenário como pesquisadora. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os depoimentos ocorreram em sua maioria no cenário de pesquisa (10), seguido do domicílio (4) e, por fim, em seu próprio local de trabalho (1).

A entrevista fenomenológica, com média de duração de 15 minutos, permeada pela empatia e intersubjetividade entre pesquisadora e depoente, foi a técnica de coleta de dados utilizada com o apoio de um instrumento norteador que continha perguntas para conhecimento da historiografia (caracterização das participantes), perguntas abertas para livre expressão do fenômeno de interesse (Como é seu dia a dia desde que você foi diagnosticada com o câncer de mama? Quais são os significados dessa vivência para você?) e um espaço para registros do diário de campo.

Nesta investigação, não foram realizadas entrevistas de sensibilização. Porém, a cada encontro com as participantes, a pesquisadora recorria à equipe de pesquisa para ajustes de condução necessários ao atendimento do objetivo da investigação.

Para resguardar a identidade das participantes, foi utilizada a identificação por meio de um código alfanumérico representado pela letra "M" (inicial da palavra "mulher"), seguida por um número que corresponde à ordem cronológica dos encontros. Os depoimentos foram gravados em mídia eletrônica e posteriormente transcritos.

A etapa analítica iniciou-se após cada entrevista, quando foram realizadas escutas e leituras repetidas, intencionando mergulhar no vivido e na vivência de cada mulher. O diário

de campo permitiu a emergência da historicidade que, em Heidegger, revela o modo de ser do quem que conta sobre si, permitindo que a ponte ôntico-ontológica seja estabelecida de modo seguro⁽⁸⁻⁹⁾.

Dos depoimentos, foram destacadas as estruturas essenciais, responsivas ao objetivo da pesquisa. A aproximação dos significados permitiu a construção das Unidades de Significação (US) com suficiência de expressões a ponto de considerar o encerramento da etapa de campo, a qual, na fenomenologia, implica alcance do fenômeno em estudo, em que as aproximações dos significados expressos e compreendidos permitem desvelar sentidos da vivência⁽⁸⁾ da mulher sobrevivente ao câncer de mama.

Assim, como exposto por Heidegger, em um primeiro momento metódico, desenvolveu-se a compreensão vaga e mediana, que permanece na instância ôntica, que é a dos fatos. A elaboração do conceito de ser como fio condutor para dimensão ontológica inaugurou o segundo momento metódico, constituindo-se a compreensão interpretativa ou hermenêutica, na instância fenomenal. Sublinha-se que os conceitos do referencial heideggeriano foram operacionalizados a partir da obra *Ser e Tempo*⁽⁸⁾.

Ressalta-se o seguimento dos preceitos éticos recomendados durante todo o desenvolvimento da pesquisa, sendo o deferimento do Comitê de Ética concedido sob CAAE n.º 25992619.6.0000.5133 e parecer de aprovação n.º 3.759.279.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 15 participantes apresentaram idade entre 40 e 80 anos, e o ano do diagnóstico variou de 2009 a 2018. A maioria se declarou casada (10) e com um filho (8). Onze mulheres não estavam em exercício laboral no momento da entrevista.

A análise do movimento existencial da mulher possibilitou a síntese da compreensão expressa pelas participantes, compondo as Unidades de Significação e culminando na expressão do conceito vivido do ser-aí-sobrevivente-ao-câncer-de-mama como: **Levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói... Não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa... Fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter sempre cuidado e ir ao médico. Fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento... Ter apoio, ajuda e força da família e amigos... Ter fé em Deus e se apegar nas orações para vencer e melhorar... Sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte.**

Em vista disso, em seu movimento existencial, o ser-áí se mostrou a partir da facticidade que a condição de sobrevivência impôs nos modos de ser da cotidianidade em que se ocupa na manualidade dos afazeres dentro e fora de casa, buscando **levar a vida normalmente, trabalhar e fazer as coisas em casa, mas não poder fazer mais porque o braço dói:**

[...] eu criei uma rotina para mim, [...] eu comecei a fazer um trabalho de ajudar as outras pessoas, de gravar vídeo, de mandar mensagem de esperança [...] eu não tenho quase tempo nenhum. Que eu já vou pra igreja de manhã, 7 horas da manhã, levanto no horário que eu levantava pra ir trabalhar, ajudo lá, canto os Salmos. Depois, subo pra minha casa, preparo meu almoço, você sabe que as horas passam super rápido? [...]. (M01)

Continua normal, não mudei nada na minha vida. Continuei cozinhando, lavando, passando, levando a filha no colégio. (M07)

A mulher sobrevivente ao câncer de mama se ocupa das coisas, sendo-no-mundo a partir da significância de coisas e de pessoas que pertencem à sua circunvisão, por meio de suas referências significativas (a igreja, a casa, a escola dos filhos, o trabalho do marido), uma vez que “é a partir do mundo que o manual está à mão”⁽⁶⁾.

Como ser-no-mundo é ser-de-possibilidades, o ser-áí-mulher não consegue se ocupar de certas atividades sem sentir dor no braço — o que traz à lembrança o câncer — e a deixa chateada por não poder fazer tudo que fazia:

Até eu tento [cuidar da casa], mas o dia que eu abuso um pouquinho, no caso, torcer roupa, esfregar chão, que nem eu fazia, não posso fazer mais. Igual, tem dia que eu pego e faço, de noite eu já sinto a diferença. Aí a dor aumenta. (M05)

É... eu não faço mais as coisas como fazia antes, de trabalho doméstico, eu não tenho mais aquela liberdade, como eu posso dizer? Não é bem a liberdade. Habilidade. Uma hora o corpo tá ruim, outra hora eu começo a fazer, e o braço começa a doer. Eu não sou canhota, eu fico tentando fazer com a mão esquerda quando eu penso que não, eu estou com a direita. [...] evito de ficar pensando, mas ele me lembra [o câncer], quando meu braço dói [risos]. (M11)

Ah, a única coisa que mudou é meu braço, que eu não posso fazer força mais igual eu fazia, carregar uma sacola porque dói [...]. Incomoda bastante [...] Outro dia mesmo

eu estava com dor e mal consegui segurar um prato. Eu fiquei chateada, de eu não poder fazer as coisas que eu fazia [choro]. (M14)

É por referência à condição existencial da cotidianidade que a privação da potencialidade de ser do *Dasein* deve ser analisada ontologicamente como privação do ser-sadio e onticamente, como padecimento. No padecimento, o homem compara-se consigo mesmo e com os outros em sua potencialidade de ser⁽¹⁰⁾. Assim, o ser-áí mostra-se mais restrita no sentido de ser capaz de responder às exigências da ocupação e da convivência cotidianas pela limitação do braço, sendo que as restrições à sua liberdade ‘tomam’ os modos da impotência, a qual poderia ser prevenida, aliviada e tratada pelos profissionais de saúde. Na presente investigação, não foram mencionadas pelas participantes abordagens prévias dos profissionais em relação à prevenção do linfedema.

Sabe-se que tanto o tratamento cirúrgico com abordagem axilar quanto o radioterápico com a irradiação nessa região poderão ocasionar um bloqueio nos vasos linfáticos ou a compressão por fibroses. Essa complicação ocasiona a sensação de peso no braço homolateral à mama afetada, seguida por alterações das propriedades mecânicas da pele, volume do membro aumentado, alterações sensitivas, predisposição a infecções, rigidez e diminuição na amplitude de movimento, o que determina uma diminuição da função do membro superior⁽⁵⁾.

Atrelados ao linfedema, há ainda outros sinais e sintomas que podem perdurar no período pós-tratamento, como dor, insônia, depressão, ansiedade e outros causadores de comprometimento funcional⁽¹¹⁾. Sobreviventes de câncer de mama normalizam suas dores de variadas formas, tais como um passo necessário no caminho da recuperação, prova da eficácia do tratamento ou mesmo como uma condição permanente com a qual se deve aprender a conviver. Em todas, no entanto, fica patente a necessidade de que essas mulheres devem ser mais bem-informadas, assistidas e escutadas em suas queixas e relatos, uma vez que sintomas como a dor crônica podem comprometer a qualidade de vida⁽¹²⁾.

Ao examinar os efeitos das intervenções de enfermagem baseadas no Modelo de Crenças em Saúde (HBM) em visitas domiciliares em 72 mulheres que receberam radioterapia após cirurgia de mama, evidenciaram-se mudanças positivas no comportamento de prevenção do linfedema, melhora das funções dos membros superiores, redução dos efeitos colaterais, frequência de linfedema e dos custos. Além disso, as intervenções proporcionaram alívio dos sintomas do braço-mama e aumento da qualidade de vida e autoeficácia⁽¹³⁾.

De modo semelhante, um programa de enfermagem baseado em evidências com enfoque em exercício funcional progressivo demonstrou o quanto a estratégia de cuidado pode efetivamente reduzir o linfedema de pacientes após cirurgia de câncer de mama, melhorar a função pós-operatória dos membros superiores e promover a qualidade de vida e a satisfação da enfermagem⁽¹⁴⁾.

Sendo-mulher- sobrevivente que se submeteu à mastectomia como parte da terapêutica para o câncer de mama, a mulher significou **não conseguir se olhar no espelho, se sentir feia, ficar com a autoestima lá embaixo e se incomodar com a roupa**, desvelando-se nos modos de ser da inautenticidade, impessoalidade e impropriedade por não se considerar como ser de possibilidades.

A mulher como presença em decorrência da mastectomia sofre um choque na relação que estabelecia com o próprio corpo. A mutilação alterou negativamente a percepção de si, influenciando o seu modo-de-ser no cotidiano. O vazio deixado pela retirada da mama foi uma situação recorrentemente relatada nos depoimentos, expressa em tom de profunda tristeza. Nesse sentido, a imagem corporal e a autoestima conduzem a mulher a uma sensação de estranheza ao visualizar seu corpo no espelho.

Eu não consigo me olhar no espelho [choro]. É muito difícil. [...] e a sua vida, você só vai perdendo. E isso... ah, mas é só o peito, mas pra mulher é muito difícil. [...] O câncer foi muito ruim, devastou comigo. [...] meu cabelo não caiu. Mas cabelo cresce, a mama não cresce. Eu não encostava a mão [...]. (M04)

Mas... você saber que você vai perder todo o seu cabelo, isso tudo mexe muito com a mulher. A autoestima vai lá embaixo. Minhas unhas ficaram muito pretas. (M09)

Na tentativa de resgatar a autoestima e melhorar a relação da mulher consigo e com os outros, a reconstrução mamária surge como possibilidade revestida de um novo sentido, na publicidade em que todas as mulheres elevam a autoestima com as mamas preservadas. Nesse contexto, a reconstrução mamária permitiu às mulheres aceitarem-se e sentirem-se melhor.

Depois do câncer ficou difícil, porque, quando a gente ia ter intimidade, que colocava a mão, me dava alguma coisa assim, e eu tirava a mão. No momento eu estou com o expansor. Eu não sei se eu vou conseguir colocar a prótese, porque deu rejeição a primeira vez [...]. (M11)
Ah, com o corpo foi um pouquinho difícil porque a parte que eu mais gosto são os meus seios. [...] Então, eu fiquei

um pouco pra baixo, sim. E me aceitei agora, porque eu estou implantada e aí que eu gosto mais ainda. (M10)

Do mesmo modo, constatou-se que os distúrbios da imagem corporal são um importante problema da condição de sobrevivência após o câncer de mama, frequentemente associados a uma variedade de outras preocupações emocionais, físicas e interpessoais, que impactam o relacionamento pessoal e a sexualidade das sobreviventes⁽¹⁵⁾.

Embora as mulheres tenham conquistado seu espaço na sociedade, sua representação ainda está ligada à imagem corporal, gerando constante preocupação e frustração por não atenderem aos padrões culturalmente impostos. Com isso, a possibilidade de remoção dos seios e dos efeitos do tratamento na autoimagem pode ser vivenciada de forma traumática, por estar relacionada à feminilidade, à sexualidade, à sensualidade e ao papel materno⁽¹⁶⁾.

Diferentemente do presente estudo, apontou-se que as preocupações com a imagem corporal são prevalentes entre as mulheres mais jovens, e, de acordo com o tipo de tratamento, elas experimentaram níveis aumentados de sintomas físicos e emocionais, muitas vezes não resolvidos no seguimento, tanto por causa do seu estágio de vida quanto pelos tratamentos associados aos cânceres mais agressivos que acometem esse público⁽¹⁷⁾.

O enfermeiro que presta assistência a mulheres sobreviventes ao câncer de mama já no processo de diagnóstico e tratamento encontra-se em um momento oportuno para realizar uma avaliação minuciosa voltada às questões da imagem corporal e das inquietações relacionadas à sexualidade, antecipando futuros problemas no âmbito relacional e desenvolvendo ações de promoção da saúde, visando à melhora da vivência da sexualidade dessas⁽¹⁰⁾.

As mulheres esperam que os enfermeiros ou médicos iniciem esse assunto por meio de uma conversa particular quando estão sozinhas ou acompanhadas de seus parceiros nas consultas. Esse vínculo pode facilitar o diálogo sobre essas questões e fornecer aos profissionais recursos para auxiliar as sobreviventes no que diz respeito à melhor compreensão do processo terapêutico⁽¹⁷⁾.

Em fazer exames, ficar triste e com medo de morrer ao saber do diagnóstico, mas aceitar e enfrentar... achar que o câncer pode voltar, ter sempre cuidado e ir ao médico, a mulher se mostrou assustada e preocupada por vivenciar um cotidiano permeado por incertezas quanto a trabalho, filhos, sucesso do tratamento e cura, sendo possível desvelar o sentido do temor.

Nesse movimento, o cotidiano da mulher é permeado de sentimentos como o medo do câncer, medo de morrer pelo câncer e medo de ter novamente o câncer. O adoecer

pelo câncer de mama está permeado de informações pré-concebidas associadas à doença, como, por exemplo, a dor, a mutilação, os sofrimentos físico e emocional, além de um prognóstico que pode apontar para a recidiva do câncer.

Eu sou uma pessoa oncológica o resto da vida, que eu vou sempre ter esse cuidado. [...] Nem podia imaginar que meu câncer era um câncer agressivo, com sujeita a metástase para o corpo inteiro. (M01)

[...] a partir do momento que a gente recebe o diagnóstico, vem aquele medo da morte, eu fiz o exame, fiz ultrassom, dei andamento, onde realmente eu descobri que era um câncer agressivo [...]. (M03)

E, quando eu descobri o meu câncer, eu tinha sete meses que eu tinha enterrado a minha mãe falecida com câncer também. [...] a minha pergunta foi, na verdade 'o que eu preciso fazer pra continuar viva?'. Essa foi a minha meta: continuar viva. (M07)

[...] Mas assim, não me sinto tranquila. Tudo o que me acontece eu já acho que é câncer de novo. Dessa vez, nessa consulta de hoje eu estou trazendo uma ressonância que o doutor pediu pra fazer um acompanhamento na mama direita, porque não tinha dado nada até então, aí veio um resultado aqui meio estranho. Eu falei que eu não tenho mais sossego na vida e acho que nem vou ter, não tem como. (M13)

Na pesquisa, compreendeu-se que viver e prosperar como uma sobrevivente demanda contínuos desafios que as pacientes precisam enfrentar. Em paralelo, aponta-se que o medo da recorrência do câncer é uma das maiores necessidades não atendidas no câncer de mama. A partir da identificação deste sentimento, faz-se necessário desenvolver um plano de cuidados que considere intervenções potenciais para gerenciar o temor, tais como estar atento, gerenciar a incerteza, ter uma comunicação paciente-profissional mais eficaz e lidar com o estresse por meio de aconselhamento⁽¹⁸⁾.

Em **fazer o tratamento, ter efeitos colaterais e continuar com o acompanhamento**, a mulher se desvelou no modo de ser do falatório, como compreensão prévia do que são as coisas — compreensão que confere a ilusão de que tudo já se encontra determinado⁽⁸⁾.

Enquanto ser-no-mundo como sobrevivente, essa mulher, “na decadência, já decaiu de si mesma. Mas não decaiu em algo ôntico com o que ela se deparou no curso de seu ser, e sim no mundo que, em si mesmo, pertence ao ser da presença”, ou seja, o mundo do tratamento e do seguimento para o câncer de mama⁽⁸⁾:

[...] Eu tomava os medicamentos direitinho, o Tamoxifeno. Só ele que eu tomava, e ia lá no controle, fazia todos os exames pra levar, examinava também, pra ver se tinha na outra ou então no mesmo lugar. (M06)

E esse seio me deu muito trabalho, foram quase 28 cirurgias no total, de idas e vindas. [...] Esvaziar a axila te dá uma limitação. Tirar o grande dorsal te dá uma limitação de movimento do braço, eu fiz os dois lados. Então assim, eu faço acompanhamento de seis em seis meses. e vai ser para o resto da minha vida. (M07)

E, agora eu fiz um exame de sangue há pouco tempo, o médico suspeita que eu estou com uma síndrome que eu não sei te dizer o nome, isso desenvolve depois que faz o tratamento do câncer. O tratamento me fez muito mal, é muito agressivo [...] Igual eu falei, a gente vai ao médico, eu faço controle, acho que agora eu só tenho ano que vem. (M09)

[...] foram 5 sessões e depois o Herceptin também [...] Agora, uma coisa que eu tive de reação na quimioterapia foi alergia ao antialérgico, isso foi descoberto também durante as quimioterapias. Na hora que colocava o Fenergan, eu ficava vermelhinha, a minha garganta tampava, e tinha que me socorrer rápido. (M13)

Vou no mastologista sempre. Vou na doutora e nada. (M15)

Diante dos textos extraídos, constituintes dos depoimentos, constata-se a necessidade de um suporte educacional em saúde e multidisciplinar a essas mulheres para compreenderem o estado de adoecimento, a fim de auxiliá-las na superação das adversidades (econômicas, sociais, familiares) e capacitá-las para o atendimento de demandas de autocuidado em todas as fases, do diagnóstico ao seguimento, em condição crônica ou livre de doença.

Aparentemente, os primeiros dois anos de seguimento são percebidos como os mais precários de informações e cuidados. Nesse sentido, é fundamental o estabelecimento para toda a população de programas sistematicamente elaborados, implementados e avaliados que englobem e articulem informações sobre as etapas do adoecimento pelo câncer e que gerem habilidades para a tomada de decisões, com consequente melhoria da qualidade de vida e alcance do bem-estar⁽¹⁰⁾.

Em **ter apoio, ajuda e força das pessoas, familiares e amigos**, desvelou-se o ser-com. Após receber o diagnóstico de uma doença marcante e complexa, bem como vivenciar um longo tratamento, o ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama busca, na família, nos amigos, nos médicos e nos

grupos, apoio para os desafios enfrentados no seu cotidiano. De acordo com o pensamento heideggeriano, a experiência de estar-com-o-outro possibilitou enfrentar a doença com mais fortalecimento, levando o ser-aí-mulher a não se sentir sozinha na situação de estar-lançada no mundo com câncer.

Meu marido me acompanhou em tudo. Foi um amigo, foi um companheiro, a gente precisa muito da ajuda da família. Ele comprava cachecol, dizia que eu era linda. Eu tive muito incentivo da família, muito mesmo. (M01)

Eu conversava com muitas irmãs da igreja, aquilo vai passando aquela tranquilidade pra gente, palavras de conforto, de amigos. Aquilo vai te ajudando bastante. (M02)

Mas você começa a conversar com os amigos, a família, dá muita força, minha patroa me deu muita força também. Nossa! Uma benção na minha vida. Deus primeiro, depois minha patroa e meus familiares. (M05)

Pesquisas evidenciaram que as mulheres com companheiros apresentaram maior índice de esperança. O compartilhamento de seus medos e experiências proporcionou uma aproximação com o parceiro e se mostrou um importante fator de enfrentamento e superação da adversidade. Contudo, a diminuição da autoestima com o câncer e seu tratamento pode afetar diretamente as relações conjugais. Dessa forma, para melhores resultados, torna-se fundamental a inclusão do parceiro no plano de cuidados de enfermagem. Deve-se investir na educação em saúde e apoio voltados aos familiares e pacientes, sendo a díade cuidador-paciente considerada como uma unidade de cuidado e assistência^(16,19).

Ademais, os grupos de apoio têm emergido como recurso para a superação do sofrimento, promovendo bem-estar e cuidado diferenciado. São considerados uma forma de conhecer, aceitar e compreender a doença, facilitando a socialização das emoções, ideias e experiências vividas ao longo da árdua jornada de enfrentamento da doença⁽²⁰⁾.

Na perspectiva desta pesquisa, o cuidado integral ao ser-mulher deveria ter focado o atendimento de necessidades sociais e fragilidades emocionais, quando a família não apresentasse recursos para dar conta de supri-las. É necessário ressaltar que tal recomendação é válida principalmente para mulheres menos favorecidas socialmente e que apresentam maior vulnerabilidade à depressão. Assim, evidencia-se que os profissionais de enfermagem precisam estar conscientes do sofrimento emocional vivenciado por essas mulheres, que pode prolongar-se até mesmo alguns anos após o diagnóstico da neoplasia mamária⁽²⁰⁾.

Por outro lado, o ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama compreendeu-se no estar-só, como um modo deficiente de ser-com. Nesse modo de ser, a presença teve relações afetadas pela facticidade do diagnóstico do câncer de mama.

Após a cirurgia não tive ajuda nenhuma. Ninguém para me ajudar, fazer as coisas em casa, sempre tive que me virar sozinha. Quando eu descobri, logo depois veio o divórcio. Então, assim, foi uma luta que eu tive que vencer sozinha, praticamente. (M10)

A vida pessoal não foi tranquila, o casamento acabou. (M11)

Reflete-se que é preciso atentar às especificidades da condição de sobrevivência ao câncer de mama, compreendendo os impactos na vida das mulheres, que são mães e avós e que precisam encarar seus companheiros, familiares e a sociedade, ou, ainda, jovens que veem as suas aspirações de relacionamento e constituição familiar colocadas em dúvida pela sua nova condição de saúde⁽¹⁹⁾.

Em seu movimento existencial, a facticidade da doença se projeta como uma ameaça à existência do ser-mulher, que busca em Deus força para melhorar e alcançar a cura. Por vezes, transferindo a responsabilidade de sua recuperação para a divindade, **tem fé em Deus e se apegua nas orações para vencer e melhorar**, desvelando-se a impessoalidade, no “não ser como modo mais próximo da presença, o modo em que, na maioria das vezes, ela se mantém”⁽⁸⁾.

[...] Eu sei que tem os remédios, Deus deixou isso. Precisei usar? Precisei, mas a espiritualidade ajuda demais pra quem tá passando por esse momento. É uma força interior. [...] Porque você tem onde agarrar. [...] (M01)

Então, assim, além da medicina tradicional, eu estou procurando me tratar espiritualmente. Eu faço barras, reiki, tudo o que é bom, que traz essas coisas positivas. (M03)

Até o padre foi na minha casa, pra você ter uma ideia. Muita gente me ajudou, rezava, mandava oração, pediu. Eu acho que qualquer, assim, pensamento positivo, acho que isso ajuda muito. Te ajuda, pelo menos, a te levantar. Te dar um conforto. (M04)

Graças a Deus, tenho que agradecer muito por ter passado isso [...] porque eu penso assim, se Deus mandou pra mim, é porque eu tinha que melhorar alguma coisa. (M05)

[...] mas a gente vê que tudo isso você supera com fé. Primeiro você tem que ter fé. Fé que você vai sair dessa situação e que você vai ficar bem. (M09)

O ser-mulher-sobrevivente-ao-câncer-de-mama valorizou as orações que fazia sozinha e as que grupos de oração realizavam. Em sua compreensão, a espiritualidade e qualquer pensamento positivo auxiliam a elevar o ânimo e proporcionam conforto espiritual. A visita do padre, o tratamento espiritual e a fé em Deus ajudaram a vencer e melhorar.

A espiritualidade/religiosidade pode mediar conforto e melhora da esperança, sendo uma estratégia positiva para a pessoa em tratamento oncológico. No adoecimento, a fé motiva as mulheres a desenvolverem mecanismos de enfrentamento que permitam sentimentos de tranquilidade e aceitação. Pacientes que realizam práticas espirituais e religiosas podem apresentar fortalecimento das dimensões psíquica e social, minimizando sintomas de ansiedade, depressão, angústia, entre outros^(11,21).

Ao examinar a eficácia da terapia cognitiva baseada em *mindfulness* para ansiedade e depressão, medo de recorrência do câncer, fadiga, bem-estar espiritual e qualidade de vida em pacientes ambulatoriais japonesas com câncer de mama em estágio I-III, evidenciou-se melhora significativa no sofrimento psicológico e bem-estar espiritual perdurando por até quatro semanas após a intervenção⁽¹⁸⁾.

Em **sentir que mudou, viver o hoje, aprender a valorizar e aproveitar mais a vida... entender que pode superar a doença e se sentir mais forte**, a angústia se anunciou fugaz no poder-ser-no-mundo como sobrevivente ao câncer de mama que valoriza a vida e olha mais para si, ou seja, abre-se para o ser-aí em busca de sentido na existência, sendo “propriamente si-mesma na singularidade originária da decisão silenciosa pronta a angustiar-se”⁽⁸⁾.

Então, qualquer coisa que eu sinto, que às vezes eu levo um choque, às vezes uma dor, assim, eu falo ‘isso não é nada, vai dar tudo certo e eu vou ficar boa. Venci uma e vou vencer a outra parte.’ (M02)

[...] agora eu estou mais tranquila. [...] agora eu relaxei mais. Eu sinto a diferença que eu mudei muito depois. Até no meu jeito mesmo de ser com as pessoas, [...] Foi pra melhorar tudo [...]. (M05)

Então assim, eu estou viva, eu estou aqui, então é isso que importa. Menos materialismo. Eu sou menos estressada, menos emburrada, sou mais grata. Eu aprecio o contato humano. (M07)

Eu acho que cada um de nós tem que aproveitar cada momento da vida, porque tudo passa. Agora a gente está aqui, e eu não sei onde eu vou estar daqui a meia hora. (M15)

Entretanto, de-cai no cotidiano no qual, na maior parte das vezes, a presença se mantém:

[...] Lá no princípio, quando você descobre, quando você está no meio do tratamento, a gente passa a dar muito valor a tudo, às coisas da vida, aos prazeres, às alegrias, tudo tem uma intensidade muito maior. De achar tudo essencial. O sol nasce de manhã é lindo, ou estar chovendo também é uma benção, o céu está azul tá lindo, mas, se tem nuvem, também está ótimo. Aí, de repente, você passa a não reparar isso mais. Isso ocorreu no final de 2016, então, digamos que, de 2019 pra cá, parece que a vida já vai entrando no eixo de novo, você volta, assim, ao que era, você não continua dando tanto valor. Parece que cai numa mesmice de novo. (M13)

Corroborando a importância dos achados socioeconômicos em relação ao impacto do câncer, as mulheres com maior vulnerabilidade econômica e educacional demonstraram menor grau de preocupação com a saúde, somando-se a uma visão negativa sobre a experiência de adoecimento. Esses dados reforçam a importância de medidas educativas referentes a esses fatores de risco no período subsequente ao término do tratamento, fase na qual essas mulheres retomam ou adquirem novos comportamentos de risco, como obesidade, sedentarismo e tabagismo⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, a resiliência como capacidade humana de enfrentar e responder de forma positiva às situações com risco aumentado para a saúde é considerada o fator mais importante que deve ser avaliado no momento do diagnóstico do câncer de mama, o que permite a identificação precoce de pacientes que podem precisar de mais apoio psicológico⁽²²⁾. Nesse sentido, apontou-se que modos de enfrentamento, suporte social percebido e resiliência foram preditores de qualidade de vida relacionada à saúde, e que a resiliência foi um mediador significativo entre estilos de enfrentamento, suporte social percebido e qualidade de vida. Com isso, afirma-se que devem ser desenvolvidos programas de intervenção orientados para a resiliência que se concentrem em melhorar o efeito positivo dos estilos de enfrentamento e apoio social percebido em mulheres com câncer de mama⁽²³⁾.

A partir desta compreensão ampliada, intervenções não farmacológicas como musicoterapia, compressas e massagens rítmicas foram associadas ao aumento da resiliência e coerência interna, reforçando a importância do tratamento multimodal⁽²⁴⁾.

Expõe-se como possível limitação para o presente estudo o número de mulheres participantes e o cenário único. Todavia, face à intencionalidade investigativa e ao referencial de sustentação, a compreensão pretendida foi alcançada, constituindo-se achado relevante por permitir a promoção de um cuidado em saúde a partir do ser-aí, considerando as marcas metódicas e a contribuição científica da análise em direção à integralidade da atenção à saúde de mulheres sobreviventes ao câncer de mama.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito vivido da sobrevivência ao câncer de mama permitiu vislumbrar o ser-aí-mulher em sua essência, do ponto de vista fenomenológico, e apontar direcionamentos para o cuidado em saúde e de enfermagem. A hermenêutica revelou que a mulher se mostrou nos modos de ser da cotidianidade em que se ocupa na manualidade dos afazeres dentro e fora de casa, movida pela impessoalidade e impropriedade por não se considerar como ser de possibilidades. O temor da morte após o diagnóstico foi desvelado. O falatório, a curiosidade e a ambiguidade com que se movimentou sendo-no-mundo como sobrevivente conduziram à decadência do acompanhamento da condição de saúde, possibilitando a aproximação de outros entes na solicitude do ser-com. A angústia se anunciou fugaz no poder-ser-no-mundo como sobrevivente ao câncer de mama que valoriza a vida e olha mais para si, entretanto, com o passar do tempo, de-cai no cotidiano em que, na maior parte das vezes, a presença se mantém.

A compreensão analítica permitiu aludir que, embora as depoentes não se encontrem mais em tratamento para o câncer de mama, os seus comportamentos são fundados em lembranças que remetem à trajetória da doença, compreendida pelo medo que estava velado no ser-mulher como modo de disposição.

Assim, o estudo reforça a necessidade da estruturação de uma linha de cuidados especializada e interdisciplinar, em níveis primário, secundário e terciário, curativa e paliativa, fundamentada na identificação precoce, tratamento e reabilitação da dor crônica. O cuidado humanizado na sobrevivência ao câncer deve ser centrado na escuta ativa e qualificada dessas narrativas. Cuidar e tratar essas sobreviventes requer não somente considerações estritamente biológicas ou apenas psíquicas. As questões emocionais, familiares, socioculturais e econômicas também devem ser consideradas de forma integrada.

A despeito dos avanços tecnológicos e do fato de os protocolos terapêuticos para o câncer de mama encontrarem-se cada vez mais aprimorados e bem-estabelecidos, o

tratamento precisa ser acompanhado de elementos que individualizem o cuidado por meio da valorização dos sentimentos e do respeito à forma singular com que cada mulher enfrenta o problema.

Como o enfermeiro é o profissional que presta o cuidado de forma direta à mulher ao longo do tratamento, ele se torna de grande relevância para identificar possíveis impactos no âmbito biopsicossocioespíritual. O olhar desse profissional deve transcender ao momento do tratamento, vislumbrando essa mulher em todos os aspectos que permeiam a sobrevivência ao câncer.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2021 nov 20]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
2. Allemanni C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023-75. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3).
3. Durant LC, Tomadon A, Camboin FF, Silva J, Campos RB, Gozzo TO. Sobrevivência e fatores de risco em mulheres com câncer de mama: a relação do linfedema. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65(1):e-07303. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.303>.
4. Ménoret M. La guérison en cancérologie: une improbable ambition. *Saúde Soc*. 2018;27(3):693-703. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180491>.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 4, de 23 de janeiro de 2018. *Diário Oficial União*. 2018 fev 1 [citado 2022 abr 22];155(23 Seção 1):15-34. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2353094/do1-2018-02-01-portaria-conjunta-n-4-de-23-de-janeiro-de-2018-2353090.
6. Lins FG, Souza SR. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018 [citado 2021 nov 20];12(1):66-74. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22652/25858>.
7. Paiva ACPC, Elias EA, Souza IEO, Moreira MC, Melo MCSC, Amorim TV. Nursing care on the world of life perspective of women who experience lymphedema resulting from the breast cancer treatment. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190176. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0176>.
8. Heidegger M. *Ser e tempo*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2020.
9. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Padoin SMM, Melo RCJ. Operationality of concepts in Heideggerian phenomenological investigation: epistemological reflection on Nursing. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):317-22. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0941>.
10. Nogueira RP. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):259-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100028>.
11. Lopes RLM. *Prevenindo o câncer cérvico-uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher*. Salvador: Ultragraph, 1999.

12. Gomes P, Lima FLT, Santos ATC. Meanings of chronic pain in breast cancer survival. *Rev Bras Cancerol.* 2020;67(1):e-071143. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n1.1143>.
13. Cal A, Bahar Z, Gorken I. Effects of health belief model based nursing interventions offered at home visits on lymphedema prevention in women with breast cancer: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2020;29(13-14):2521-34. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15271>.
14. Zhuang Y, Pan Z, Li M, Liu Z, Zhang Y, Huang Q. The effect of evidence-based nursing program of progressive functional exercise of affected limbs on patients with breast cancer-related lymphoedema. *Am J Transl Res.* 2021 [cited 2021 Nov 20];13(4):3626-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129270/>.
15. Carvalho CMS, Amorim FCM, Silva RTS, Alves VF, Oliveira ADS, Monte NS. Feelings of women diagnosed with breast cancer. *J Nurs UFPE on line.* 2016 [cited 2021 Nov 20];10(11):3942-50. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11476/13323>.
16. Garcia SN, Coelho RCFP, Santos PND, Maftum MA, Mantovani MF, Kalinke LP. Changes in social function and body image in women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. *Acta Sci Health Sci.* 2017;39(1):57-64. doi: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i1.31833>.
17. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer Nurs.* 2016;39(1):E39-E58. doi: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>.
18. Dawson G, Madsen LT, Dains JE. Interventions to manage uncertainty and fear of recurrence in female breast cancer survivors: a review of the literature. *Clin J Oncol Nurs.* 2016;20(6):E155-E161. doi: <https://doi.org/10.1188/16.CJON.E155-E161>.
19. Trescher GP, Amante LN, Rosa LM, Gironi JBR, Varela AIS, Oro J, et al. Needs of women with breast cancer in the pre-operative period. *J Nurs UFPE online.* 2019 [cited 2021 Nov 20];13(5):1288-94. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239229/32227>.
20. Ambrósio DCM, Santos MA. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. *Cien Saude Colet.* 2015;20(3):851-64. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.13482014>.
21. Ferrari CF, Abreu EC, Trigueiro TH, Silva MBGM, Kochla KA, Souza SRRK. Nursing care orientations for women under treatment for breast cancer. *J Nurs UFPE on line.* 2018;12(3):676-83. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a23299p676-683-2018>.
22. Mohlin A, Axelsson U, Bendahl PO, Borrebaeck C, Hegardt C, Johnsson P, et al. Psychological resilience and health-related quality of life in Swedish women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer Manag Res.* 2020;12:12041-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33269004/#:~:text=Conclusion%3A%20Higher%20levels%20of%20psychological,no%20modifying%20factor%20was%20identified>.
23. Zhou K, Ning F, Wang W, Li X. The mediator role of resilience between psychological predictors and health-related quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC Cancer.* 2022;22(1):57. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09177-0>.
24. Oei SL, Thronicke A, Matthes H, Schad F. Evaluation of the effects of integrative non-pharmacological interventions on the internal coherence and resilience of breast cancer patients. *Support Care Cancer.* 2021;29(3):1413-21. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05617-4>.

■ **Agradecimentos:**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

■ **Contribuição de autoria:**

Análise formal: Suellen Fernanda de Souza Viana, Thaís Vasconcelos Amorim.

Conceituação: Suellen Fernanda de Souza Viana.

Curadoria de dados: Suellen Fernanda de Souza Viana, Thaís Vasconcelos Amorim.

Escrita – rascunho original: Suellen Fernanda de Souza Viana, Thaís Vasconcelos Amorim.

Escrita – revisão e edição: Suellen Fernanda de Souza Viana, Thaís Vasconcelos Amorim, Ívis Emília de Oliveira Souza, Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, Marléa Crescêncio Chagas, Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

Investigação: Suellen Fernanda de Souza Viana, Thaís Vasconcelos Amorim.

Metodologia: Suellen Fernanda de Souza Viana, Thaís Vasconcelos Amorim.

Supervisão: Thaís Vasconcelos Amorim.

Validação: Ívis Emília de Oliveira Souza, Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva, Marléa Crescêncio Chagas, Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

Visualização: Rômulo Cândido Nogueira do Nascimento.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Fátima Denise Padilha Baran

E-mail: fatima_enfermagem@yahoo.com.br

Recebido: 17.05.2022

Aprovado: 05.08.2022

Editor associado:

Helena Becker Issi

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti