

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS POR
MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM USO
DE TAMOXIFENO**

VITÓRIA
2008

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS POR
MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM USO
DE TAMOXIFENO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo - Centro de Ciências da Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim

VITÓRIA
2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

L533E Leite, Franciéle Marabotti Costa, 1980-
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS POR MULHERES COM DIAGNÓSTICO
DE CÂNCER DE MAMA EM USO DE TAMOXIFENO / FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE. –
2008.
130 f. : il.

ORIENTADORA: MARIA HELENA COSTA AMORIM.
DISSERTAÇÃO (MESTRADO) – UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO,
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.

1. MAMAS – CÂNCER. 2. ADAPTABILIDADE (PSICOLOGIA). 3. TAMOXIFENO. I.
AMORIM, MARIA HELENA COSTA. II. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO.
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. III. TÍTULO.

CDU: 614

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO VIVENCIADAS POR MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM USO DE TAMOXIFENO

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo - Centro de Ciências da Saúde como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Saúde.

Aprovada em 07 de novembro de 2008.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^o. Dr^o.Esdras Guerreiro Vasconcellos
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Núcleo de Pesquisa Psicossomática e Psicologia Hospitalar
1^o Examinador

Prof^a Dr^a Denise Silveira de Castro
Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva – UFES
2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Angélica Espinosa Barbosa
Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva – UFES
Suplente - Interna

Prof^a Dr^a Gláucia Rodrigues de Abreu
Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em
Ciências Fisiológicas – UFES
Suplente - Externa

Ao meu marido e companheiro, **Esmeraldo**, pelo amor, cuidado e compreensão durante todos os momentos, inclusive nos momentos de ausência impostos nestes dois anos.

À minha mãe, **Kleem**, pelo amor e por sempre acreditar nos meus sonhos e incentivar a minha caminhada mesmo diante dos contextos impostos pela vida. E principalmente pela esperança de um novo amanhã.

Ao meu pai, **Domingos**, que me guiou ao encontro da enfermagem, que sempre torceu por mim, sempre vibrou com minhas conquistas, e sei que mesmo inconsciente sente o quanto é importante este momento. Pai saiba que em ti busquei força para continuar caminhando.

A minha irmã, **Fernanda**, pelo carinho, amizade e colaboração em todos os momentos.

A minha avó, **Joana**, pelo amor e dedicação incondicional.

A minha sogra, **Avany**, pelo carinho e torcida permanente.

As tias, **Fânia** e **Eliane**, pelo carinho e risadas freqüentes e aos meus amados primos, **Lucas**, **João Pedro**, **Felipe** e **João Vitor**, crianças abençoadas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, pela força e luz que propiciou para que conseguisse atingir meu objetivo, e por ter me dado a graça de conhecer e conviver com pessoas de grande valor, as quais cito a seguir.

A **Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)** e ao **Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGASC)** onde pude atingir meu primeiro objetivo, me graduar enfermeira, e hoje busco mais uma vitória me formar Mestre em Saúde Coletiva.

À Professora **Dr^a Maria Helena Costa Amorim**, minha orientadora, pelos preciosos conhecimentos a mim concedidos, pela paciência, e confiança depositada, desde os tempos da graduação, acompanhando a minha trajetória acadêmica e profissional. E acima de tudo pela amizade e o apoio durante os momentos de dificuldade.

À Professora **Dr^a Denise Silveira de Castro**, pela amizade e paciência ao me transmitir seus valiosos conhecimentos. Pela contribuição na execução deste trabalho, e claro pelos valiosos conselhos e apoio durante toda a jornada.

Ao **Prof^o Dr^o Esdras Guerreiro de Vasconcellos** pelo intercâmbio de idéias, sugestões e discussões construtivas que foram delineadas durante a qualificação.

A **prof^a Dr^a Gláucia Rodrigues de Abreu** pelas contribuições valiosas por ocasião do exame de qualificação.

A Professora **Dr^a Eliana Zandonade**, pela valiosa contribuição e assessoria na construção do estudo.

A todos os **professores do PPGASC**, pela competência, pelo o nível de qualidade do curso e por todo conhecimento propiciado.

A **Maíra** pela amizade, carinho, sensibilidade e contribuição nesta etapa de minha vida

A amiga **Ariana, Claudia Reossi e Paula Cristina** pelo carinho e valiosa amizade. E acima de tudo por partilharmos juntas esse momento único em nossas vidas.

As Professoras e amigas **Carolina Salles, Renata Santos de Souza, Rita Casagrande e Márcia Valéria de Souza**, pelo apoio e amizade e pelos constantes momentos de estudos para juntas atingirmos nossos objetivos.

A todos os colegas e professores da Faculdade Brasileira - UNIVIX, em especial às professoras **Ana Pizolato e Nilcéia Dadalto**, pelo incentivo a minha formação.

Ao estatístico, **Fabiano José Pereira de Oliveira**, por sempre estar disposto a contribuir e pela assessoria no tratamento estatístico dos dados.

Aos **funcionários do PPGASC**, pela disponibilidade e presteza nas informações.

Aos **colegas de turma** pela troca de conhecimento e experiências e pela amizade.

Ao **Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC)** por propiciar a coleta de dados, em especial aos funcionários, **Cely e Kátia**, sempre dispostas a contribuir para o desenvolvimento da pesquisa.

Em especial às **mulheres Mastectomizadas**, que sempre estiveram dispostas a contribuir para a construção deste estudo.

E finalmente a todos que de alguma forma contribuíram para esta dissertação e que não estão aqui citados.

Muito obrigada!

“ Nossa vida é essencialmente um contínuo processo de adaptação e podemos dizer que o segredo da saúde e da felicidade reside na nossa capacidade de ajustamento às condições deste mundo.”

Bauk D. A. (1985)

LEITE, Franciéle Marabotti Costa. **Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer mama em uso de tamoxifeno**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Vitória:PPGASC/UFES, 2008. p.130.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim.

RESUMO

A neoplasia mamária gera na mulher um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que tem como objetivo desencadear estratégias de enfrentamento a fim de lidar com as demandas internas e externas. Por ser um processo dinâmico e exigir respostas em cada fase da doença torna-se fundamental que a mulher adquira habilidades de enfrentamento para lidar com o contexto estressante da doença. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivos: identificar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno e examinar a relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e ginecológicas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de caráter quantitativo. Foram entrevistadas 270 mulheres atendidas no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES. Para coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista com registro em formulário, Escala de Modo de Enfrentamento de Problema e instrumento de classificação econômica (ABEP). A variável estadiamento foi obtida tendo como fonte o prontuário. Os dados foram analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) versão 13.0 – (2004). Os resultados demonstram que a estratégia de enfrentamento focado no problema é a mais utilizada pelas mulheres e as variáveis idade, escolaridade, local de residência, renda familiar, PREMMA, efeitos colaterais quanto ao uso do tamoxifeno, classe econômica, tipo de tratamento, fase de início do tratamento e estadiamento influenciam quanto ao tipo de estratégia de enfrentamento utilizada uma vez que apresentaram significância estatística ($p < 0,0001$). Verificou-se que aspectos sócio-demográficos e clínicos podem influenciar no tipo de estratégia predominantemente utilizada pela mulher, visto que os mesmos podem ser fatores estressores percebidos no dia-a-dia.

Palavras-chave: Neoplasia de mama, Adaptação, Tamoxifeno.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa. **Coping strategies experienced by women diagnosed with breast cancer and using tamoxifen.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Vitória:PPGASC/UFES, 2008. p.130.

ABSTRAT

Mammary neoplasia triggers in women a broad set of cognitive and behavioral responses that focus on developing coping strategies to deal with internal and external demands. Being a dynamic process and by demanding responses at each stage of disease, it becomes fundamental that women acquire coping abilities to confront the stressful context of the disease. The present study aimed to identify strategies used by women diagnosed with breast cancer and in use of tamoxifen and to examine the relationship between different types of coping and sociodemographic, clinical and gynecological variables. This is a descriptive, cross sectional, quantitative study carried out at Hospital Santa Rita de Cássia's ambulatory in Vitória/ES with a sample of 270 women. Data collection used interviews registered in formularies, a scale to measure strategies of coping and an instrument to determine socioeconomic status (ABEP). Stage of disease was collect from patient's hospital files. All data was analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 13.0 (2004). Results show the strategy of coping focused on the problem as the most commonly used by women; the following variables presented statistic association (p -value <0.0001) with the definition of the type of coping strategy used: age, education level, place of residency, family income, PREMMA, tamoxifen's collateral effects, socioeconomic status, type of treatment and disease stage. Therefore, sociodemographic and clinical aspects can exert influence on women's predominantly used coping strategies since they can be perceived as day to day stress factors

Key-Words: Breast Neoplasms; Adaptation; Tamoxifen.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

AFECC – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

EMEP – Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas

EMESCAM – Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia

ES – Espírito Santo

HSRC – Hospital Santa Rita de Cássia

SHBG - Globulina Carreadora de Hormônios Sexuais

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

PREMMA – Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas

SPSS – Pacote Estatístico de Ciências Sociais

TMX – Tamoxifeno

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estratégias de enfrentamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set.2008.....	51
Figura 2 -	Estratégias de enfrentamento segundo faixa etária das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	53
Figura 3 -	Estratégias de enfrentamento segundo situação conjugal das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	56
Figura 4 -	Estratégias de enfrentamento segundo escolaridade das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco-HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	59
Figura 5 -	Estratégias de enfrentamento segundo religião das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	62
Figura 6 -	Estratégias de enfrentamento segundo local de residência das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	64
Figura 7 -	Estratégias de enfrentamento segundo renda familiar das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	67
Figura 8 -	Estratégias de enfrentamento segundo participação no PREMMA das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	70
Figura 9 -	Estratégias de enfrentamento segundo aparecimento de efeito colateral nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	72
Figura 10 -	Estratégias de enfrentamento segundo tratamentos realizados nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	75
Figura 11 -	Estratégias de enfrentamento segundo tipo de cirurgia nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	78

LISTA DE FIGURAS

- Figura 12 - Estratégias de enfrentamento segundo tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008..... 80
- Figura 13- Estratégias de enfrentamento segundo fase de início do tratamento nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008..... 83
- Figura 14 - Estratégias de enfrentamento segundo classe econômica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008..... 86
- Figura 15 - Estratégias de enfrentamento segundo estadiamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008..... 89
- Figura 16 - Estratégias de enfrentamento segundo tempo em uso de tamoxifeno de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/ AFECC. Vitória, mai. a set. 2008..... 92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização geral das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	47
Tabela 2 -	Caracterização clínico-ginecológica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	49
Tabela 3 -	Estadiamento no diagnóstico de câncer de mama das mulheres em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	50
Tabela 4 -	Estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco - HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	52
Tabela 5 -	Estratégias de enfrentamento segundo faixa etária das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	54
Tabela 6 -	Estratégias de enfrentamento segundo estado conjugal da amostra de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	57
Tabela 7 -	Estratégias de enfrentamento segundo escolaridade das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	60
Tabela 8 -	Estratégias de enfrentamento segundo religião das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	63
Tabela 9 -	Estratégias de enfrentamento segundo local de residência da amostra de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	65
Tabela 10 -	Estratégias de enfrentamento segundo renda familiar das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	68
Tabela 11 -	Estratégias de enfrentamento segundo participação no PREMMA das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	71
Tabela 12 -	Estratégias de enfrentamento segundo aparecimento de efeito colateral nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 13 -	Estratégias de enfrentamento segundo tratamentos realizados nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	76
Tabela 14 -	Estratégias de enfrentamento segundo tipo de cirurgia nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	79
Tabela 15 -	Estratégias de enfrentamento segundo tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	81
Tabela 16 -	Estratégias de enfrentamento segundo fase de início do tratamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	84
Tabela 17 -	Estratégias de enfrentamento segundo classe econômica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	87
Tabela 18 -	Estratégias de enfrentamento segundo estadiamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	89
Tabela 19 -	Estratégias de enfrentamento segundo tempo em uso de tamoxifeno das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.....	93

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	18
1.2	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA.....	20
1.3	O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	21
1.3.1	O tratamento com tamoxifeno	22
1.4	A MULHER E O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA.....	23
1.5	MECANISMOS DE COPING/ENFRENTAMENTO.....	24
1.5.1	Estratégias de enfrentamento e a mulher com câncer	27
1.6	OBJETIVOS.....	29
2	MÉTODO	30
2.1	TIPO DE ESTUDO	31
2.2	LOCAL DO ESTUDO	31
2.3	POPULAÇÃO	31
2.3.1	Amostra	31
2.3.2	Critérios de inclusão das mulheres na amostra	33
2.3.3	Critérios de exclusão das mulheres na amostra	33
2.3.4	Processo de Amostragem	33
2.4	VARIÁVEIS DE CONTROLE	33
2.4.1	Idade	33
2.4.2	Escolaridade	34
2.4.3	Estado conjugal	35
2.4.4	Religião	35
2.4.5	Classe econômica e renda familiar	36
2.4.6	Local de Procedência	37
2.4.7	Tempo em uso de tamoxifeno, tempo de diagnóstico, tratamentos realizados e tempo decorrido após tratamento loco-regional e quimioterapia	38
2.4.8	Estadiamento	39
2.4.9	Fase reprodutiva ou não reprodutiva do início de tratamento e efeitos colaterais quanto ao uso do tamoxifeno	40

SUMÁRIO

2.4.10	Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas – PREMMA	41
2.5	INSTRUMENTOS DE MEDIDA	41
2.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	43
2.7	ASPECTOS ÉTICOS	44
2.8	TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	44
3	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
5	CONCLUSÃO	105
6	SUGESTÕES	107
7	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	119
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	121
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	123
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	126
	ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.....	127
	ANEXO C – ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP.....	128

1. INTRODUÇÃO

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Durante a graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), realizei estágio curricular e extracurricular no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), localizado no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), onde, durante as reuniões, eram feitos exercícios, curativos, orientações e, complementarmente, era dada à mulher mastectomizada a oportunidade de externar seus sentimentos. A partir deste contato fui identificando-me com essas mulheres, com suas incertezas, medos, tristezas, enfim com a forma singular de encarar a doença; assim, desenvolvi a minha primeira pesquisa, o meu trabalho de conclusão de curso de graduação, sobre o tema: Câncer de Mama e Álcool; a partir daí era dado início ao meu interesse em pesquisa, em especial a respeito de mulheres acometidas por esta neoplasia.

Após concluir o curso de enfermagem, em todas as experiências profissionais que tive, a assistência à mulher permanecia presente, através dos programas de planejamento familiar, prevenção do câncer de mama e colo do útero, ou seja, a mulher continuou sendo o foco de minha atenção. Em 2005 prestei um concurso para professora substituta na UFES e retornei ao ambiente acadêmico, na qualidade de professora da disciplina Saúde da Mulher e tive a possibilidade de, novamente, estar em contato com as mulheres mastectomizadas, o que me instigou a continuar a pesquisar sobre o assunto. Assim, ao concluir o curso de especialização em Saúde da Família realizei uma pesquisa sobre o rastreamento do câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família.

O mestrado surgiu como oportunidade de incrementar minha atividade profissional de docente, bem como contemplar meu interesse na realização da pesquisa. Quando encaminhei a carta de intenção do processo seletivo do Mestrado em Saúde Coletiva da UFES, não me restavam dúvidas de que continuaria a pesquisar o câncer de mama, a neoplasia que mais acomete as mulheres.

O diagnóstico e o tratamento deste tipo de câncer levam a mulher a vivenciar sentimentos de medo, tristeza, aceitação, negação, questionamentos e dúvidas. Neste sentido a mulher com câncer de mama que está em tratamento tende a ficar mais sensível e vulnerável a estímulos que o mesmo provoca, o que influencia muitas vezes de forma negativa a sua adaptação (MELO, 2002).

Um dos tipos de tratamento do câncer de mama é a hormonioterapia, que consiste no tratamento com hormônio, entre eles o tamoxifeno. Este fármaco é um modulador seletivo de ação antiestrogênica, por se ligar ao receptor de estrogênio no tecido mamário, e assim impedir de forma competitiva a ação do estrogênio neste tecido (OLIVEIRA, 2006). O uso do tamoxifeno apresenta-se para muitas mulheres como prolongado e com efeitos indesejáveis; assim, apesar de se terem informações sobre o uso do tamoxifeno, não se conhecem as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento com este fármaco.

Diante do exposto, é a neoplasia mamária uma doença de grande relevância na saúde pública e geradora de alterações biopsicossociais, além das implicações das terapias. O presente estudo visa investigar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer constitui um grave problema de saúde pública, não apenas em países em desenvolvimento, como o Brasil, mas também em países desenvolvidos, como os Estados Unidos. Toda essa situação se deve à dificuldade de prevenção primária levando assim a um aumento significativo da incidência e mortalidade (GEBRIM, 2006).

Fonseca (1995) observou que, em 1950, as mortes dividiam-se em 14,2% relacionadas doenças cardíacas; 5,7% a cânceres e 35,9% a doenças parasitárias. No fim da década de 80, houve uma alteração desses percentuais, respectivamente para 32,4%, 12,6% e 6%. O aumento do câncer vem representando significativa participação nas taxas de mortalidade. O câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, sendo uma das grandes preocupações na saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 de casos novos de câncer de mama em todo mundo, o que faz com que seja o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres. Segundo dados do Registro de Câncer de Base Populacional, na década de 90, este tumor foi o mais freqüente no país (BRASIL, 2004).

Além do índice elevado entre as mulheres, a neoplasia mamária constitui a primeira causa de óbito, por neoplasia, nesta população, apresentando um aumento percentual em sua taxa de mortalidade de mais de 80% em pouco mais de duas décadas, visto que em 1979 a taxa de mortalidade era de 5,77 por 100.000 mulheres, passando em 2000 para 9,74 (BRASIL, 2002).

O Brasil está entre os países com a maior incidência de casos de câncer de mama em todo mundo. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimavam que em uma população feminina de 93 milhões, ocorreriam 48.930 casos em 2006, com incidência de 52 casos a cada 100 mil mulheres. No Espírito Santo (ES) a estimativa era de 44,17 casos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2005). Para o ano de

2008 são esperados 49.400 novos casos de câncer de mama, com incidência de 50,71 sendo que no ES a estimativa é de 45,85 para cada 100.000 mulheres, continuando o câncer de mama a representar a neoplasia mais freqüente entre as mulheres (BRASIL, 2007).

Apesar de grande parte das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença apresentar um prognóstico otimista, o diagnóstico do câncer de mama tem um forte impacto biopsicossocial na mulher e seus familiares. A experiência do câncer envolve diferentes momentos com significados distintos e implicações em seu contexto social e pessoal.

1.3 O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

As modalidades terapêuticas para a neoplasia mamária atualmente disponíveis são a cirurgia e a radioterapia para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico. O tipo de cirurgia a ser realizada dependerá do estadiamento clínico e o tipo histológico, podendo ser do tipo conservadora - ressecção de um segmento da mama (quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares, ou linfonodo sentinela ou não-conservadora, ou seja, mastectomia (BRASIL, 2004).

Quando o tumor apresenta-se com diâmetro inferior a dois centímetros e margens cirúrgicas livres de comprometimento pode ser realizada ressecção segmentar da mama (cirurgia conservadora) seguida de radioterapia complementar. Já em situações onde o tumor é extenso e não é possível assegurar a obtenção de margens livres, indicam-se as cirurgias não conservadoras da mama, seguidas ou não de reconstrução mamária (BRASIL, 2004).

A radioterapia consiste no emprego de raios ionizantes ou partículas de alta energia; é um tratamento localizado usado isoladamente ou associado a outros tratamentos como a cirurgia e/ou quimioterapia. O objetivo deste tipo de tratamento é destruição

das células remanescentes, devendo ser realizada após a cirurgia, ou antes do procedimento cirúrgico, a fim de reduzir o tamanho do tumor (OTTO, 2002).

O tratamento quimioterápico consta no uso de substâncias citotóxicas, que têm por objetivo controlar e diminuir o tamanho do tumor antes da cirurgia ou radioterapia, e prevenir metástase e reincidência (OTTO, 2002). Para aquelas que apresentarem receptores hormonais positivos, a hormonioterapia, também está recomendada. Para aquelas pacientes com risco baixo de recorrência do câncer de mama deve-se usar Tamoxifeno (TMX), por cinco anos. Já naquelas com risco elevado, o tratamento será condicionado à avaliação dos seguintes focos: responsividade aos hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal, bem como nos casos de contra-indicação para uso dessa medicação; sugere-se inibidor de aromatase como terapia adjuvante somente em mulheres na pós-menopausa e com tumores positivos para receptores hormonais (BRASIL, 2004).

1.3.1 O tratamento com tamoxifeno

A manipulação endócrina tem-se apresentado como um foco importante no tratamento do câncer de mama. O tamoxifeno é o fármaco mais comumente utilizado e o seu mecanismo de ação decorre de sua capacidade de se ligar especificamente aos receptores estrogênicos presentes em algumas células tumorais, impedindo de forma competitiva a ação do estrogênio neste tecido (MATHIAS, 2005). Além de impedir a ação do estrogênio no tecido mamário, age sobre os focos de crescimento, propiciando, também o aumento da globulina carreadora de hormônios sexuais (SHBG) com conseqüente diminuição dos estrogênios livres (OLIVEIRA, 2006).

Em 1998, a instituição americana *Food and Drug Administration* aprovou o uso de tamoxifeno para a profilaxia do carcinoma em mulheres de alto risco. Essa resolução baseou-se nos resultados de um estudo americano denominado NSABP P-1 (*National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study*), que concluiu que o uso de tamoxifeno por cinco anos diminuía o risco de câncer de mama em mulheres

de alto risco, independentemente da faixa etária, pois a partir deste período passa a ser agonista tendo um efeito contrário (FISHER, 2000).

O uso de tamoxifeno vem demonstrando aumento do intervalo livre da doença, aumento da sobrevida e a redução da incidência de eventos de câncer na mama contralateral (EBCTC, 1998). O efeito estrogênico total ou parcial deste fármaco, bem como a ação antagonista, dependerá do tecido-alvo e da espécie que será estudada. Esta droga é bem tolerada pelas usuárias; menos de 5% das mulheres interrompem a terapia, por conta dos efeitos colaterais, dentre os quais os mais observados são: fogachos (15%), náuseas e vômitos (10%), alterações menstruais, nervosismo, depressão, aumento de peso, tromboembolismo e alterações visuais (catarata e retinopatia), endometriais (pólipos, carcinoma e hiperplasia) e hepáticas (FACINA, 2003).

Existem evidências de que após a menopausa, o tamoxifeno contribui para o aumento da densidade óssea, diminuição dos níveis séricos de colesterol e maior incidência de câncer do endométrio; entretanto, em mulheres na pré-menopausa, a ação antiestrogênica do tamoxifeno demonstrou perda de massa óssea e ausência significativa no colesterol sérico (POWLES, 1996). Maxine L. Stead, não encontrou evidências de que o tamoxifeno traga efeitos negativos para a função sexual (THORS, 2001), no entanto Berglund (2001) mostra que mulheres tratadas com tamoxifeno sofrem de sintomas relacionados à disfunção sexual.

1.4 A MULHER E O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

A revelação do diagnóstico do câncer de mama gera sentimentos e atitudes que refletem um grau de incertezas, quanto ao viver com a doença e seu tratamento, visto que o câncer de mama é uma doença que carrega consigo o estigma de dor, sofrimento e morte, sendo ainda mais temida por associar-se a perda de uma parte do corpo que em nossa cultura é muito valorizada e significativa, uma parte da identidade feminina (REGIS, 2005).

Infelizmente ainda não é possível a prevenção primária desta neoplasia, logo qualquer mulher pode vir a desenvolver o câncer de mama. A descoberta do diagnóstico marca o início de um processo de desencadeamento de reações emocionais fortes, já que o câncer atinge a mulher no contexto biopsicossocial, levando à mesma a uma nova condição, na qual é necessário adaptar-se a essa nova imagem de seu corpo.

A percepção das mulheres sobre o câncer de mama possibilita pré-concepções e a elaboração de novos conceitos sobre esta doença. O estigma do câncer de mama e o medo da doença levam muitas mulheres a descreverem esta neoplasia com outros nomes e este medo acaba ocasionando a perda do equilíbrio, da saúde e do self (FUNGHETTO e cols, 2003).

De acordo com Silva e Mamede (1998), o medo está presente em todas as fases do processo de adoecer. Entretanto Ferreira (1993) ressalta que algumas mulheres, frente ao câncer de mama, podem apresentar um comportamento contraditório de aceitação da doença, enquanto que para outras mulheres, segundo Coberllini (2001), a negação é como uma defesa, devido ao medo de se enfrentar a doença e até mesmo pelo medo da morte.

1.5 MECANISMOS DE *COPING*-ENFRENTAMENTO

A vida das pessoas está mesclada por situações adversas e favoráveis, sendo que a maioria interioriza melhor as situações adversas do que as favoráveis. As situações adversas quando não enfrentadas adequadamente, podem gerar no indivíduo situações de ansiedade e depressão, que na maioria das vezes desencadeiam doenças (TRENTINI, 2005).

Assim, na tentativa de processar estas situações estressoras, busca-se adaptar às circunstâncias estressantes por meio da interação entre o organismo e o ambiente o que equivale ao *coping*, que vem sendo traduzido como “enfrentamento”,

“ajustamento”. Tal conceito centraliza-se nos acontecimentos ao longo da vida das pessoas, e refere-se às perdas, dificuldades, fatos inesperados, tragédias, ajustando-se ao seu impacto (ZAKIR, 2003).

Para Lazarus; Folkman (1984) qualquer empenho em se lidar com o estressor é uma resposta de *coping* independente do sucesso ou fracasso. De acordo com esses autores o *coping* constitui um processo de mudanças cognitivas e esforços comportamentais para manusear demandas externas e/ou internas que são avaliadas com os recursos de cada indivíduo. Esta definição enfatiza a noção de enfrentamento como processo, portanto o enfrentamento não pode ser visto como uma resposta única dada por uma pessoa ou ação única em um determinado momento, mas deve ser compreendido como um conjunto de respostas, que ocorre ao longo de um período, durante o qual o ambiente e a pessoa se influenciam mutuamente. Por ser um processo dinâmico, este se modifica com as avaliações e reavaliações feitas constantemente sobre o evento. No que diz respeito às suas funções, Lazarus; Folkman (1984) o classificam em *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção.

As funções do *coping* permitem alterar as relações indivíduo – ambiente através do controle da situação geradora do estresse (quando centrado no problema) ou modular a resposta emocional (quando centrado na emoção). O enfrentamento centrado no problema se dirige à situações de possível mudança, enquanto que o *coping* centrado na emoção está associado a situações imutáveis. Assim, neste modelo, as estratégias de *coping* são ações decisórias, sejam orgânicas ou não, que emitem uma resposta ao agente estressor (LAZARUS; FOLKMAN 1984).

Logo, o enfrentamento consiste nas respostas que surgem a partir de situações estressoras e tem a função de modificar o contexto onde as respostas de estresse estão eliciadas. Portanto a resposta de *coping* pode afetar o estresse, bem como a interação entre o estresse, e suas estratégias de *coping* envolvem processos intensos e longos que dependerão da resposta individual às várias situações vivenciadas (ZAKIR, 2003).

Seidl e cols. (2001) apontam Folkman e Lazarus, como os dois principais pesquisadores interessados no desenvolvimento teórico e empírico do conceito de enfrentamento. Estes autores criaram o instrumento *Ways of Coping Checklist - WCC*, em 1980, que concebe o enfrentamento como respostas a estressores específicos. O instrumento tinha 68 itens, contendo itens que representavam estratégias voltadas para o problema e estratégias focalizadas na emoção. A resposta aos itens era do tipo sim ou não. Em 1986 foi realizada uma revisão por Folkman e colss. (1986) que levou à elaboração do *Ways of Coping Questionnaire Revised - WOCQ-R*, composto por oito focos: confrontação, distanciamento, autocontrole, busca de suporte social, aceitação de responsabilidade, evitação-fuga, planificação de soluções e reavaliação positiva. Assim, as duas grandes categorias - foco no problema e na emoção - desdobraram-se em diferentes focos representando funções: alguns indicando uma ação direta em relação ao estressor (confrontação e planificação de soluções) ou de afastamento e de inibição da ação em relação ao estressor (distanciamento e evitação-fuga).

Inúmeras iniciativas vêm sendo desenvolvidas a fim de se mensurar as estratégias de enfrentamento. No Brasil algumas iniciativas merecem ser mencionadas, como a Escala Modos de Enfrentar Problemas (EMEP), que foi concebida com base no modelo interativo do estresse e conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora (SEIDL, 2001). É de se esperar que a sua estrutura focal também decorra de algumas das características culturais refletidas nesse processo interativo. A possibilidade de replicação de algumas das dimensões originais, e/ou acréscimo de outras dimensões, passa a ser parte fundamental tanto da adaptação da escala quanto da investigação da natureza dos modos de enfrentamento no nosso ambiente cultural, em geral, e para populações específicas, em particular.

Sendo assim, a interação entre determinantes circunstanciais ou ambientais com as variáveis pessoais, pode ter efeito no controle sobre o comportamento das pessoas. A percepção de controle, a avaliação das situações como passíveis de mudança por ação da própria pessoa, implicam na seleção das respostas de *coping*, visto que ao se perceber incapaz de agir sobre o estressor, poderá utilizar estratégias

compatíveis com sua incapacidade. Esse tipo de estratégia seria utilizado no *coping* centrado na emoção, enquanto que no *coping* centrado no problema a pessoa reage com razoável grau de controle sobre os problemas (ZAKIR, 2003). Logo, a avaliação feita pela pessoa de sua interação com o contexto em que está inserida passa a ser fundamental para compreendermos as estratégias de enfrentamento vivenciadas.

1.5.1 Estratégias de enfrentamento e a mulher com câncer

A mulher com câncer de mama durante o decorrer da doença, ou seja, desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e até a reincidência ou cura da doença, vivencia diversas estratégias de enfrentamento. Estas estratégias, enquanto processo, incluem um esforço contínuo de ir e vir, desde a confrontação até as conseqüências da neoplasia; quando este processo se completa de forma satisfatória, este ciclo ocorre com menor freqüência, praticamente desaparecendo, indicando que o indivíduo lidou adequadamente com a situação (GIMENES, 2000).

De acordo com Morris, Greer e White (1977) o tempo transcorrido desde a cirurgia parece ter um efeito significativo na adaptação da mulher à doença. Estes estudiosos verificaram que depois de três meses de cirurgia 46% das mulheres mastectomizadas já não se sentiam estressadas, enquanto que um ano após este percentual aumentou para 70%. Jamilson, Wellisch e Pasnau (1978) observaram que o momento emocionalmente mais difícil vivenciado pela mulher é a descoberta do tumor; já Maguire (1976) investigou o ajustamento psicossocial da mulher nos quatro primeiros meses após a mastectomia, enquanto Gimenes (2000) buscou identificar como a mulher mastectomizada lida com o estresse nas diferentes fases da doença, diagnóstico, tratamento e alta médica, no primeiro ano após a mastectomia. Dessa forma, estes estudos confirmam que o enfrentamento da doença é um processo dinâmico que muda de acordo com as circunstâncias e avaliação contínua da pessoa.

Diante das pesquisas já desenvolvidas acerca das estratégias de enfrentamento vivenciadas pela mulher com câncer de mama e da minha experiência profissional

com mulheres com câncer de mama, em todas as fases da doença, em especial durante o período de hormonioterapia, cujo tratamento apresenta-se para muitas mulheres como prolongado e com efeitos indesejáveis, algumas questões têm emergido, constituindo-se em uma fonte de interesse para realização deste estudo, dentre elas: quais as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno? As variáveis como idade, escolaridade, situação conjugal, religião, classe econômica, renda familiar, local de procedência, tempo em uso de tamoxifeno, aparecimento de efeito colateral após o uso do tamoxifeno, tempo de diagnóstico, tratamentos realizados, tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia, estadiamento e fase reprodutiva no início do tratamento do câncer de mama, influenciam na Estratégia de enfrentamento utilizadas pela mulher?

1.6 OBJETIVOS

- Identificar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno;
- Examinar a relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e ginecológicas.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo na abordagem quantitativa. Segundo Tobar & Yalour (2001):

“A pesquisa descritiva é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve” (TOBAR; YALOUR, p.69, 2001).

2.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), criado e mantido pela Associação Feminina de Ensino e Combate ao Câncer (AFECC). Esta instituição está localizada na cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo, e é um hospital de referência estadual em oncologia, com atendimento ambulatorial e internação nas diversas especialidades.

2.3 POPULAÇÃO

Mulheres em hormonioterapia com tamoxifeno, com diagnóstico de câncer de mama, atendidas no ambulatório Ylza Bianco no HSRC/AFECC.

2.3.1 Amostra

A amostra foi composta por 270 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas à cirurgia, em hormonioterapia com tamoxifeno, atendidas no ambulatório do HSRC, que foram submetidas aos instrumentos de coleta de dados, após assinado o termo consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Para o cálculo da amostra foi utilizada a fórmula de tamanho de amostra para estimar proporção (foco no problema igual a 30%), com população finita de (N=1080), precisão desejada de 5%, e nível de significância de 5% (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Utilizando essas informações, o tamanho da amostra foi dado por:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2}^2) \cdot (p) \cdot (1-p)}{d^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (α).

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria estudada.

q = 1 – p.

d = margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

Os valores de p e q foram obtidos através de amostra piloto, onde foi encontrada uma proporção de 0,3333 de mulheres que utilizavam a estratégia de enfrentamento focalizada no problema, e de 0,6666 que utilizavam a estratégia de enfrentamento buscando realizar práticas religiosas.

2.3.2 Critérios de Inclusão das Mulheres na Amostra

- Ter o diagnóstico de câncer de mama;
- Estar em tratamento com tamoxifeno;
- Ter sido submetida a cirurgia;
- Ser atendida no Ambulatório do HSRC.

2.3.3 Critérios de exclusão das Mulheres na Amostra

- Não apresentar qualquer tipo de psicose aparente, deficiência mental ou quadro de demência, que pudesse prejudicar a entrevista com a pesquisadora. Caso fossem Identificadas estas alterações durante a entrevista, a confirmação ocorreria por meio do prontuário da paciente.

2.3.4 Processo de Amostragem

Foi realizada por conveniência, visto que o Sistema de Registro do Hospital Santa Rita de Cássia possui apenas os dados até o ano de 2006, sendo assim a população de mulheres em uso de tamoxifeno com até 02 anos de tratamento seriam excluídas em caso de amostragem aleatória.

2.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

2.4.1 Idade

A incidência do câncer de mama é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (BRASIL, 2006).

De acordo com Seidl (2001), pessoas mais velhas utilizam mais estratégias de enfrentamento com foco no problema, enquanto que os mais jovens parecem utilizar mais o foco na emoção.

A avaliação da amostra neste estudo foi semelhante à escala adotada por Paiva e cols. (2002):

- 31 até 40 anos
- 41 até 50 anos
- 51 até 60 anos
- 61 a 70 anos
- 71 ou mais

2.4.2 Escolaridade

De acordo com Seidl (2005a), pessoas com menos escolaridade utilizam mais freqüentemente o enfrentamento focalizado na emoção, bem como as práticas religiosas.

Seguindo os critérios de Marabotti (2003), a avaliação da amostra neste estudo foi na seguinte escala:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

2.4.3 Situação Conjugal

O câncer de mama e seu tratamento afetam não só a mulher, mas também o seu parceiro, no que se refere à comunicação, relacionamento sexual, identidade e papel (MAHONEY, J.M.O; CARROLL, A.R., 1997); já Grandstaff (1976) refere a ocorrência de melhoras em alguns relacionamentos conjugais devido a aproximação, a fim de oportunizar o enfrentamento da doença. Estudo realizado por Seidl e Cols (2005b), indica que pessoas que vivem com parceiros apresentam médias mais elevadas em relação ao suporte social.

Seguindo os critérios de Panzini (2007a), neste estudo foi utilizada a seguinte escala de medida:

- Solteira
- Casada/vive como casada
- Divorciada
- Separada
- Viúva
- Outros

2.4.4 Religião

A religião constitui uma importante fonte de suporte e integração social (Siegel, 2001). Em estudo realizado por Siegel e Cols. (2005c) observou-se que a estratégia de enfrentamento com foco na religião era a principal estratégia utilizada por cuidadores.

Seguindo os critérios de Panzini (2007a), neste estudo foi utilizada a seguinte escala de medida:

- Católica
- Espírita
- Sem religião, mas espiritualizado
- Evangélica
- Duas ou mais religiões simultâneas
- Ateu/Agnóstico
- Outras

2.4.5 Classe Econômica e Renda Familiar

De acordo com Holzacker (2007), a baixa escolaridade está associada à população de baixa renda; sabe-se que mulheres e pessoas com menos escolaridade utilizam mais frequentemente o enfrentamento focalizado na emoção, bem como as práticas religiosas (SEIDL, 2005a).

Foi utilizada a classificação econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), uma escala exclusivamente de classes econômicas:

- Classe Econômica A
- Classe Econômica B
- Classe Econômica C
- Classe Econômica D
- Classe Econômica E

Para avaliar a variável renda familiar foi utilizada a seguinte escala de medida:

- 1 | 2 salários mínimos
- 2 | 3 salários mínimos
- 3 | 4 salários mínimos
- 4 salários mínimos ou mais
- Não referiu
- Não sabe

2.4.6 Local de Procedência

De acordo com o IBGE (2000), área urbana corresponde às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. Já a área rural abrange toda a área situada fora desses limites. Este critério é, também, utilizado na classificação da população urbana e rural. Em estudo realizado por Silva (2005a), verificou-se que os participantes que viviam em área rural apresentavam menor nível de escolaridade, quando comparados com os que viviam em área urbana. Seidl (2005a), afirma que mulheres e pessoas com menos escolaridade utilizam mais freqüentemente o enfrentamento focalizado na emoção, bem como as práticas religiosas.

Dessa forma, foi utilizada a seguinte escala para a medida da variável:

- Urbano
- Rural

2.4.7 Tempo em uso de tamoxifeno, Tempo de diagnóstico, Tratamentos Realizados e Tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia.

Para Maluf (2005) a mulher com câncer de mama passa por diversos conflitos, e que não terminam com a cirurgia, mas que vão além com os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Esta neoplasia é um estressor ambiental e psicofísico, a mulher com câncer de mama, durante o decorrer da doença, ou seja, desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e até a reincidência ou cura da doença, vivencia diversas estratégias de enfrentamento (GIMENES, 2000). Dessa forma buscou-se trabalhar, neste item, com as variáveis.

A avaliação da variável *tempo em uso de tamoxifeno* foi feita da seguinte forma:

- < 1 ano
- 1 | 2 anos
- 2 | 3 anos
- 3 | 4 anos
- 4 | 5 anos
- 5 anos ou mais

Na variável *tempo de diagnóstico* foi questionado à mulher o período em que ela recebeu o diagnóstico médico de câncer de mama;

No que se refere à variável *tratamentos realizados*, foi utilizada a mesma escala de Silva (2005b):

- Cirurgia: Mastectomia conservadora ou total
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Hormonioterapia.

Para a variável *tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia* foram utilizados os mesmos parâmetros de Ramos (2005):

- < 1 ano
- 1 - 2 anos
- 2 | 3 anos
- 3 | 4 anos
- 4 | 5 anos
- 5anos ou mais

2.4.8 Estadiamento

Foi utilizado o sistema TNM, para a avaliação do estágio da doença das mulheres mastectomizadas, sendo que o levantamento desta variável será realizado pela busca ativa nos prontuários (BRASIL, 2004).

- Estadio I – Quando o tumor tem até dois centímetros sem qualquer evidência de ter se espalhado pelos linfonodos;
- Estadio II – Inclui tumor de até dois centímetros, mas com envolvimento de linfonodos ou então, um tumor primário de até cinco (5) centímetros sem metástase;
- Estadio III – Quando o tumor tem mais de cinco centímetros e há envolvimento dos linfonodos da axila da mama afetada;
- Estadio IV – Quando existem metástases distantes, como no fígado, ossos, pulmão, pele ou outras partes do corpo.

2.4.9 Fase reprodutiva ou não reprodutiva da mulher no início do tratamento com tamoxifeno e aparecimento de efeito colateral após o uso de tamoxifeno.

O climatério pode ser definido como o período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher. É o esgotamento dos folículos ovarianos que culmina com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais, enquanto que o período total reprodutivo da mulher é denominado menacme. Apesar das controvérsias entre o surgimento de sintomatologias por meio da carência estrogênica ou fatores psicossociais, sabe-se que nesta fase de transição ou na fase de menopausa surgem sintomas vasomotores, humor depressivo, emocional e instabilidade emocional, entre outros (SILVEIRA, 2007). A idade média para a ocorrência da menopausa gira em torno de 48,6 anos (HALBE, 2002), fase de maior aparecimento de câncer de mama entre as mulheres, visto que esta neoplasia de mama atinge principalmente mulheres após o 50 anos de idade; entretanto, cerca de 25% dos casos ocorrem em mulheres pré-menopáusicas, ou seja, mulheres que enfrentam uma menopausa conseqüente ao tratamento quimioterápico, hormonal e cirúrgico (SPRITZER, 2007). Dessa forma, diante do câncer de mama, que provoca alteração biopsicossocial (SEGAL, 1994), a mulher ainda apresenta sintomatologias associadas à menopausa previamente presente ao diagnóstico ou induzida pelo uso de hormônio.

Para a variável *fase reprodutiva ou não reprodutiva* da mulher no início do tratamento com tamoxifeno foram utilizados os seguintes parâmetros:

- Menopausa
- Climatério
- Menacme

Já para a variável *aparecimento de efeito colateral após o uso de tamoxifeno*, neste estudo foi utilizada a seguinte escala de medida:

- Fogachos
- Náuseas e vômitos
- Alterações menstruais
- Aumento de peso
- Alterações visuais
- Alterações intestinais
- Alterações endometriais e hepáticas.
- Constipação
- Dor
- Outros

2.4.10 Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas - PREMMA

O PREMMA, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim, funciona no Hospital Santa Rita de Cássia e oferece atendimento multiprofissional às mulheres com diagnóstico de câncer de mama no pré, pós-operatório e em todo decorrer da doença. Neste estudo foi questionado à mulher se ela participa do programa.

2.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para levantamento das variáveis sócio-demográfica: *idade, escolaridade, situação conjugal, religião, renda familiar e local de residência* foi utilizada a técnica de entrevista com registro e formulário (APÊNDICE B).

Quanto às variáveis clínico-ginecológico: tempo em uso de tamoxifeno, tempo de diagnóstico, tratamentos realizados, tempo decorrido após tratamento loco- regional e quimioterapia, estadiamento, fase reprodutiva ou não reprodutiva no início do

tratamento e efeito colateral após o uso de tamoxifeno também foi utilizada a técnica de entrevista com registro e formulário (APÊNDICE C).

A variável *classe econômica* foi medida através da classificação econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ANEXO B), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” (ABEP, 2003).

Para identificar as estratégias de enfrentamento de problemas foi utilizada a escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (*Emep*). Segundo *Seidl (2001)* esse instrumento foi criado por Vitalino e colaboradores em 1985 e em 1997 foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Gimenes e Queiros. Seidl, Trócolsi e Zanon (2001) validaram o instrumento por meio de análise fatorial em uma população brasileira composta por pessoas da população em geral e pessoas acometidas por doenças crônicas. A consistência interna dos fatores foi analisada pelo *Alpha de Cronbach*, mantendo-se apenas os itens com carga fatorial superior a 0,35. Essa escala foi concebida com base no modelo interativo do estresse e conceitua enfrentamento como conjunto de respostas dadas para determinada situação estressora. A EMEP (ANEXO C) é composta de 45 itens, distribuídos em quatro focos:

- **Enfrentamento focalizado no problema (*Alpha de cronbach = 0,84*)** – Apresenta 18 itens que englobam estratégias comportamentais que representam aproximação em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo ou solução, como também estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e a ressignificação do problema;
- **Enfrentamento focalizado na emoção (*Alpha de cronbach = 0,81*)** – composta por 15 itens que incluem estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autculpabilização e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema;

- **Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (*Alpha de cronbach = 0,74*)** – contém 07 itens que abarcam comportamentos religiosos e/ou pensamentos fantasiosos como modos de enfrentamento e manejo do estressor;
- **Busca de suporte social (*Alpha de cronbach = 0,70*)** – composta por 5 itens, representa a procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema.

As respostas são avaliadas através de uma escala ordenada de 5 pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre). Escores mais elevado são indicativos da maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento.

Ainda na EMEP, visando conhecer outras estratégias vivenciadas pelas mulheres e que não são contempladas no instrumento, é apresentada a seguinte questão “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa situação?” As respostas colhidas, neste estudo, terão caráter ilustrativo.

A variável estadiamento foi obtida tendo como fonte o prontuário de cada mulher.

2.6 – PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados for realizada no período de maio a setembro de 2008. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa em dias de consultas médicas, quando estavam realizando algum tipo de procedimento no Hospital Santa Rita ou ainda durante as buscas da medicação, constituindo assim uma amostra por conveniência.

Após a orientação e especificação quanto aos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), foram aplicados de forma individual os formulários sócio demográfico, clínico e ginecológico, bem como o instrumento do EMEP; apesar de este ser auto-aplicável, nesta população, em específico, por já existir estudo (MARABOTTI, 2003) que demonstra haver um grande número de mulheres com baixo nível de instrução, optou-se pela aplicação do instrumento pelo pesquisador, a fim de não excluir as analfabetas da pesquisa.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de ética e Pesquisa da EMESCAM, onde foi avaliada e aprovada a sua realização (ANEXO A). Vale ressaltar que não foi encaminhado ao Comitê da UFES, pois neste período o mesmo encontrava-se em fase de reestruturação.

2.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Foi utilizado o SPSS – Social Package Statistical Science – Versão 13.0 – 2004, para análise estatística de frequência, média, mediana e desvio padrão. Entre os escores do EMEP e as variáveis sociodemográficas, clínica e ginecológica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon.

Consideraram-se resultados com diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05, isto é, indicando que as duas variáveis diferem em suas distribuições.

Os testes não paramétricos têm diversas vantagens sobre os métodos paramétricos; uma delas é que não incorporam as suposições restritivas características dos testes paramétricos, nem exigem que as populações sejam normalmente distribuídas. Os

testes não paramétricos, em geral, exigem apenas que a variável em estudo seja ordenável (FLETCHER; FLETCHER, 2006).

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1. Caracterização geral das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Característica</i>	<i>Número</i>	<i>Percentual</i>
Faixa etária		
31 -- 40 anos	18	6,7
41 -- 50 anos	88	32,6
51 -- 60 anos	90	33,3
61 -- 70 anos	51	18,9
71 anos ou mais	23	8,5
Estado civil		
Solteira	40	14,8
Casada/vive como casada	172	63,7
Divorciada/Separada	27	10,0
Viúva	31	11,5
Grau de instrução		
Analfabeto	22	8,1
Fundamental incompleto	96	35,6
Fundamental completo	40	14,9
Médio completo	80	29,6
Superior completo	32	11,9
Religião		
Católica	149	55,2
Espírita	7	2,6
Sem religião, mas espiritualizado	8	3,0
Evangélica	104	38,5
Duas ou mais religiões simultâneas	2	0,7
Local de residência		
Urbano	222	82,2
Rural	48	17,8
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	71	26,3
1 -- 2 salários mínimos	69	25,6
2 -- 3 salários mínimos	50	18,5
3 -- 4 salários mínimos	33	12,2
4 salários mínimos ou mais	47	17,4
Participa do PREMMA		
Sim	75	27,8
Não	195	72,2
Classe econômica		
Classe B	16	5,9
Classe C	71	26,3
Classe D	129	47,8
Classe E	54	20,0
TOTAL	270	100,0

Na Tabela 1 são apresentados os dados de caracterização geral da amostra estudada. Observa-se que a maioria (**65,9%**), das mulheres encontra-se na faixa etária de 41 a 60 anos, e um menor número das entrevistadas nas faixas etárias de 31 a 40 anos e 71 anos ou mais, representando **6,7%** e **8,5%**, respectivamente. Cerca de **64%**, são casadas ou vive como casada, **35,6%** possuem o ensino fundamental incompleto, **55,2%**, referem ser católicas e apenas **3%** não têm religião, mas se dizem espiritualizadas. Quanto à procedência, **82,2%** das mulheres

estudadas são da área urbana, e cerca de **52%** possuem renda familiar inferior a 02 salários mínimos. No que se refere à participação no Programa de Reabilitação para as Mulheres Mastecomizadas – PREMMA observa-se um maior percentual (**72,2%**) de mulheres que não participam. Quanto à classe econômica, **47,8%** das entrevistadas pertencem à classe D.

Tabela 2. Caracterização clínico-ginecológica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Característica</i>	<i>Número</i>	<i>Percentual</i>
Tempo de uso Tamoxifeno		
Menos de 1 ano	81	30,0
1 -- 2 anos	52	19,3
2 -- 3 anos	50	18,5
3 -- 4 anos	40	14,8
4 anos ou mais	47	17,4
Efeito colateral após o uso do Tamoxifeno		
Sim	233	86,3
Não	37	13,7
Quais efeitos colaterais		
Fogachos	165	61,1
Náuseas e vômitos	72	26,7
Alterações menstruais	41	15,2
Aumento de peso	130	48,1
Alterações visuais	90	33,3
Alterações endométricas e hepáticas	41	15,2
Constipação	42	15,6
Dor	20	7,4
Diarréia	4	1,5
Leucorréia	5	1,9
Pele seca	22	8,1
Boca seca	33	12,2
Tempo de diagnóstico		
Menos de 1 ano	21	7,8
1 -- 2 anos	57	21,1
2 -- 3 anos	49	18,1
3 -- 4 anos	53	19,6
4 -- 5 anos	54	20,0
5 anos ou mais	36	13,3
Tratamentos realizados		
Cirurgia e hormonioterapia	22	8,1
Cirurgia, radioterapia e hormonioterapia	43	15,9
Cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia	35	13,0
Todos	170	63,0
Tipo de cirurgia		
Conservadora	147	54,4
Total	123	45,6
Tempo decorrido após tratamento loco-regional e quimioterapia		
<1 ano	68	25,2
1 -- 2 anos	62	23,0
2 -- 3 anos	49	18,1
3 -- 4 anos	40	14,8
4 anos ou mais	51	18,9
Fase no início do tratamento		
Menopausa	151	55,9
Climatério/ Pré-menopausa	126	46,7
Enfrentamento mais presente		
Práticas religiosas	117	43,3
Busca de suporte social	18	6,7
Focalizado na emoção	2	0,7
Focalizado no problema	133	49,3
TOTAL	270	100,00

A Tabela 2 ilustra os dados de caracterização clínico-ginecológica. Verifica-se que **30%** das mulheres fazem uso do tamoxifeno há um ano, **87%** apresentaram efeitos colaterais, dos quais os mais freqüentes os fogachos (**61,1%**) e o aumento de peso (**48,1%**). Quanto ao tempo de diagnóstico do câncer de mama, (**21,1%**) das mulheres têm igual ou maior que um ano e menor que dois anos. Com relação ao tipo de tratamento, **63,33%** da amostra foram submetidas aos quatro tipos: radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e cirurgia, sendo que das cirurgias realizadas, **54,4%** foram do tipo conservadora.

No que se refere ao tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia, constata-se que cerca de **48%** das mulheres têm menos de 02 anos, e quando questionadas sobre a fase reprodutiva no início de tratamento do câncer, **53,3%** das mulheres afirmaram estar na menopausa.

Apresenta-se também nesta Tabela, a Estratégia de Enfrentamento mais freqüentemente utilizada pelas mulheres. Identifica-se o uso predominante da estratégia de enfrentamento com foco no problema (**49,3%**), seguido das práticas religiosas (**43,3%**); já a estratégia de enfrentamento com busca de suporte social foi pouco presente (**6,7%**), assim como a focalização na emoção que praticamente não é utilizada (**0,7%**).

Tabela 3. Estadiamento no diagnóstico de câncer de mama das mulheres em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco –AFECC/HSRC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Estadiamento</i>	<i>Número</i>	<i>Percentual</i>
Estádio I	69	25,6
Estádio II	141	52,2
Estádio III	55	20,4
Estádio IV	5	1,9
TOTAL	270	100,0

A Tabela 3 mostra os dados referentes ao estadiamento das mulheres estudadas. Observa-se que cerca de **78%** das mulheres encontram-se no estágio I e II, enquanto que o estágio IV apresentou-se menos freqüente (**1,9%**).

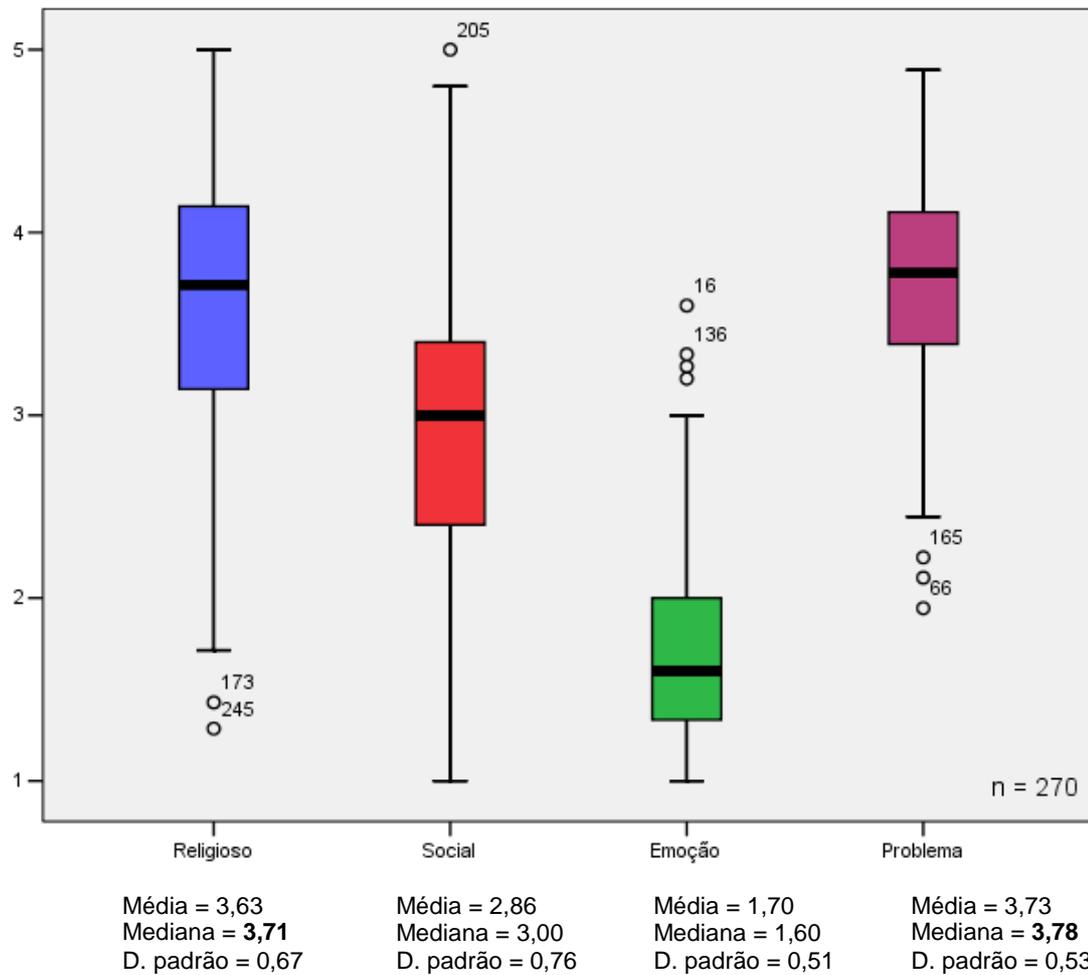


Figura 1. Estratégias de enfrentamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Yza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 1 demonstra as medidas de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno. Constata-se que a estratégia com maior mediana é o **foco no problema (3,78)**, apresentando, entretanto, valor próximo da estratégia de enfrentamento focalizado na **religião**, que se apresentou com mediana de **(3,71)**, ou seja, as estratégias de foco no **problema** e nas práticas **religiosas** são as mais utilizadas pelas mulheres. Nota-se também que a estratégia de enfrentamento de busca de **suporte social** e foco na **emoção**, tiveram medianas de menor valor, **(3,00)** e **(1,60)**, respectivamente.

Tabela 4. Estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Teste de Wilcoxon</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Religioso x Social	3,63 x 3,00	0,67 x 0,76	0,000
Religioso x Emoção	3,63 x 1,60	0,67 x 0,51	0,000
Problema x Religioso	3,78 x 3,63	0,53 x 0,67	0,049
Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,76 x 0,51	0,000
Problema x Social	3,78 x 3,00	0,53 x 0,76	0,000
Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,53 x 0,51	0,000

Observa-se na Tabela 4 a comparação entre as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres. A **religião** comparada com a busca de **suporte social** e a **religião** comparada com o foco na **emoção**, foi altamente significativa (**p=0,000**), ou seja, a **religião** é a mais comumente utilizada pelas mulheres com câncer de mama do que a busca de **suporte social** e **emoção**. Quando comparamos o foco no **problema** com a **religião**, também houve significância estatística (**p<0,05**), ou seja, a estratégia de enfrentamento com **foco no problema** é mais utilizada pelas mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno que as **práticas religiosas**. A relação da estratégia de busca de **suporte social** com a **emoção** também se mostra altamente significativa (**p=0,000**), demonstrando ser o **suporte social** mais usado como estratégia de enfrentamento do que a **emoção**. Da mesma forma, ao comparar a estratégia de enfrentamento focalizado no **problema** com a busca de **suporte social** e o foco no **problema** com a **emoção** (**p=0,000**), observa-se a maior utilização do enfrentamento com foco no **problema**.

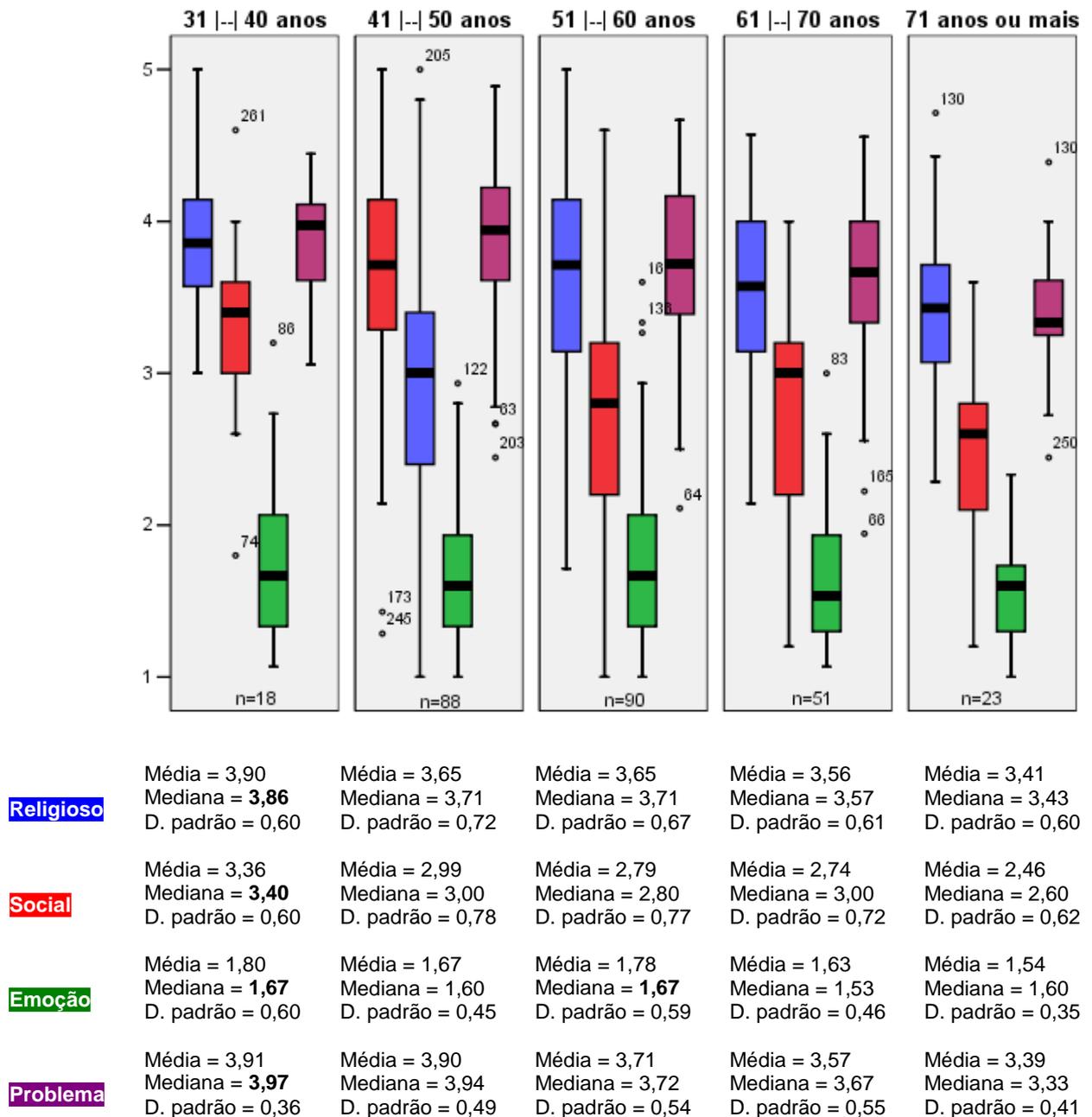


Figura 2. Estratégias de enfrentamento segundo faixa etária das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 2 demonstra a relação entre as estratégias de enfrentamento e a faixa etária das mulheres acometidas pelo câncer de mama, em uso de tamoxifeno. Consta-se que a estratégia de busca pelas práticas **religiosas, suporte social e foco no problema**, apresentaram maiores medianas respectivamente, **(3,86)**, **(3,40)** e **(3,97)**, na faixa etária de 31 a 40 anos, já a estratégia de foco na **emoção** teve a maior mediana **(1,67)**, no grupo de mulheres de 31 a 40 anos e 51 a 60 anos. Em

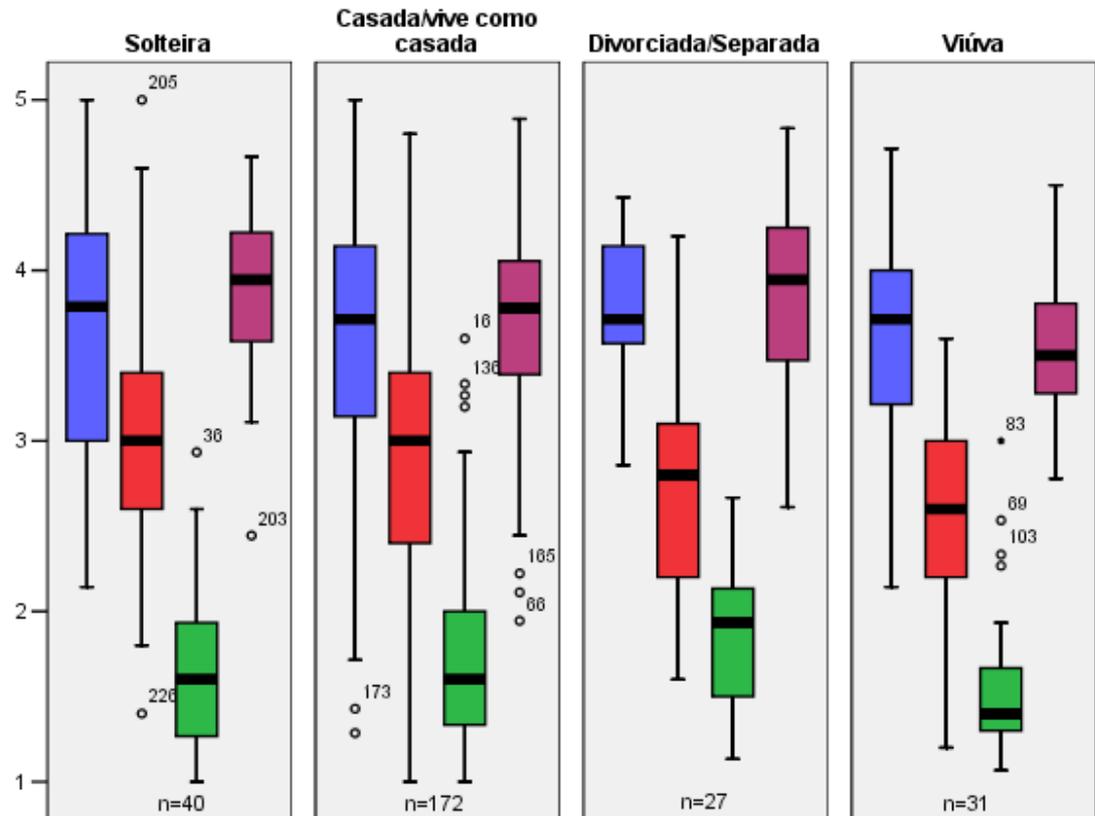
todas as faixas estudadas há uma predominância das estratégias de enfrentamento **religioso** e no **problema**.

Tabela 5. **Estratégias de enfrentamento** segundo **faixa etária** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Faixa etária</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
31 -- 40 anos	Religioso x Social	3,86 x 3,40	0,60 x 0,60	0,006
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,67	0,60 x 0,60	0,000
	Problema x Religioso	3,97 x 3,86	0,36 x 0,60	0,811
	Social x Emoção	3,40 x 1,67	0,60 x 0,60	0,000
	Problema x Social	3,97 x 3,40	0,36 x 0,60	0,004
	Problema x Emoção	3,97 x 1,67	0,36 x 0,60	0,000
41 -- 50 anos	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,72 x 0,78	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,72 x 0,45	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,71	0,49 x 0,72	0,011
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,78 x 0,45	0,000
	Problema x Social	3,94 x 3,00	0,49 x 0,78	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,60	0,49 x 0,45	0,000
51 -- 60 anos	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,67 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,67	0,67 x 0,59	0,000
	Problema x Religioso	3,72 x 3,71	0,54 x 0,67	0,593
	Social x Emoção	2,80 x 1,67	0,77 x 0,59	0,000
	Problema x Social	3,72 x 2,80	0,54 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,72 x 1,67	0,54 x 0,59	0,000
61 -- 70 anos	Religioso x Social	3,57 x 3,00	0,61 x 0,72	0,000
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,53	0,61 x 0,46	0,000
	Problema x Religioso	3,67 x 3,57	0,55 x 0,61	0,815
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,72 x 0,46	0,000
	Problema x Social	3,67 x 3,00	0,55 x 0,72	0,000
	Problema x Emoção	3,67 x 1,53	0,55 x 0,46	0,000
71 anos ou mais	Religioso x Social	3,43 x 2,60	0,60 x 0,62	0,000
	Religioso x Emoção	3,43 x 1,60	0,60 x 0,35	0,000
	Religioso x Problema	3,43 x 3,33	0,60 x 0,41	0,939
	Social x Emoção	2,60 x 1,60	0,62 x 0,35	0,000
	Problema x Social	3,33 x 2,60	0,41 x 0,62	0,000
	Problema x Emoção	3,33 x 1,60	0,41 x 0,35	0,000

Na Tabela 5 identificam-se as diferentes estratégias de enfrentamento segundo a faixa etária. Ao comparar o enfrentamento **religioso** com a busca de **suporte social** e o **religioso** com a **emoção**, houve diferença altamente significativa, (**p=0,00**), em todas as faixas etárias, ou seja, a mulher independentemente da idade utiliza mais a **religião** do que a **busca de suporte social** e **emoção**. Na comparação do **foco no problema** com a **religião**, houve significância estatística (**p<0,01**) apenas no grupo de mulheres de 41 a 50 anos, identificando que neste grupo há maior utilização do **foco no problema** do que na **religião**, mas nos outros grupos etários não se pode afirmar que a mulher focaliza mais no **problema** do que na **religião**, pois não houve

diferença estatística ($p > 0,05$) entre o **problema** e a **religião**. Ao relacionar a busca de **suporte social** com a **emoção**, houve diferença estatisticamente significativa, $p = 0,000$, em todas as faixas etárias, ou seja, a mulher independentemente da idade utiliza mais a estratégia de enfrentamento com busca no **suporte social** do que na **emoção**. O enfrentamento focalizado no **problema** comparado com o **suporte social** e **foco no problema** com **emoção**, também houve diferença altamente significativa, $p = 0,000$, ou seja, a mulher independentemente da sua idade, busca principalmente a estratégia de **enfrentamento no problema** do que a **busca de suporte social** ou a **emoção**.



Religioso	Média=	3,68	Média=	3,62	Média=	3,77	Média=	3,51
	Mediana=	3,79	Mediana=	3,71	Mediana=	3,71	Mediana=	3,71
	D. padrão=	0,73	D. padrão=	0,69	D. padrão=	0,45	D. padrão=	0,66
Social	Média=	3,08	Média=	2,88	Média=	2,73	Média=	2,55
	Mediana=	3,00	Mediana=	3,00	Mediana=	2,80	Mediana=	2,60
	D. padrão=	0,76	D. padrão=	0,78	D. padrão=	0,76	D. padrão=	0,60
Emoção	Média=	1,65	Média=	1,71	Média=	1,84	Média=	1,57
	Mediana=	1,60	Mediana=	1,60	Mediana=	1,93	Mediana=	1,40
	D. padrão=	0,48	D. padrão=	0,53	D. padrão=	0,45	D. padrão=	0,45
Problema	Média=	3,90	Média=	3,71	Média=	3,80	Média=	3,54
	Mediana=	3,94	Mediana=	3,78	Mediana=	3,94	Mediana=	3,50
	D. padrão=	0,46	D. padrão=	0,54	D. padrão=	0,57	D. padrão=	0,43

Figura 3. Estratégias de enfrentamento segundo situação conjugal das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Yiza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Os resultados na Figura 3 identificam a relação entre o enfrentamento e a situação conjugal. As estratégias de enfrentamento com foco na **religião** com maior mediana (**3,79**) encontram-se no grupo de mulheres solteiras, já a busca de **suporte social** teve maior mediana (**3,00**) no grupo de mulheres solteiras e casadas. Entretanto o enfrentamento com foco na **emoção** (**1,93**) foi mais utilizada pelo grupo de mulheres

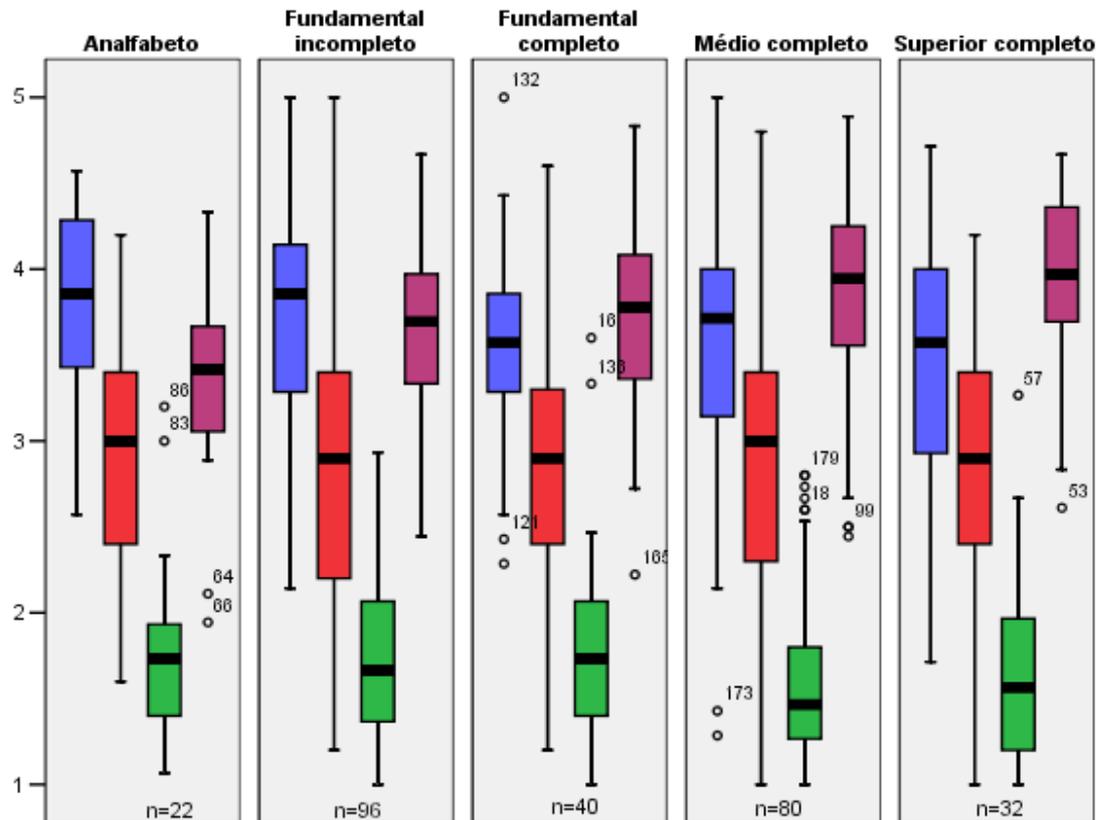
divorciadas e separadas, enquanto que as maiores medianas referentes à estratégia de enfrentamento de busca de **suporte social (3,00)** estão no grupo das solteiras e casadas ou que vivem como casadas. **O foco no problema** também apresentou maior mediana (**3,94**) no grupo das solteiras e divorciadas/separadas.

Tabela 6. Estratégias de enfrentamento segundo **situação conjugal** da amostra de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Situação conjugal</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Solteira	Religioso x Social	3,79 x 3,00	0,73 x 0,76	0,001
	Religioso x Emoção	3,79 x 1,60	0,73 x 0,48	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,79	0,46 x 0,73	0,116
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,76 x 0,48	0,000
	Problema x Social	3,94 x 3,00	0,46 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,60	0,46 x 0,48	0,000
Casada/vive como casada	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,69 x 0,78	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,69 x 0,53	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,54 x 0,69	0,154
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,78 x 0,53	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,54 x 0,78	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,54 x 0,53	0,000
Divorciada/separada	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,45 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,93	0,45 x 0,45	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,71	0,57 x 0,45	0,517
	Social x Emoção	2,80 x 1,93	0,76 x 0,45	0,000
	Problema x Social	3,94 x 2,80	0,57 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,93	0,57 x 0,45	0,000
Viúva	Religioso x Social	3,71 x 2,60	0,66 x 0,60	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,40	0,66 x 0,45	0,000
	Problema x Religioso	3,71 x 3,50	0,66 x 0,43	0,992
	Social x Emoção	2,60 x 1,40	0,60 x 0,45	0,000
	Problema x Social	3,50 x 2,60	0,43 x 0,43	0,000
	Problema x Emoção	3,50 x 1,40	0,43 x 0,45	0,000

Na Tabela 6 são apresentadas as diferentes estratégias de enfrentamento segundo a situação conjugal. Nota-se que ao comparar o enfrentamento **religioso** com a busca de **suporte social** e o **religioso** com a **emoção** houve diferença estatisticamente significativa em todos os grupos, (**p=0,001**), ou seja, independentemente do estado conjugal a mulher utiliza mais as **práticas religiosas** do que a busca de **suporte social** ou a **emoção**. Compara-se também o enfrentamento **com foco no problema** com a **religião**: não houve diferença significativa, **p>0,05**, em todos os grupos; dessa forma, não há como inferir se a situação conjugal influencia na utilização da **religião** ou o foco no **problema**.

Ao examinar a relação o foco na busca pelo **suporte social** com a **emoção** observa-se que houve diferença altamente significativa **p=0,000**, ou seja, independentemente da situação conjugal as mulheres utilizam mais a estratégia de enfrentamento de busca de **suporte social** do que a **emoção**. Quanto à relação do foco no **problema** com o **suporte social** e **foco no problema** com a **emoção**, houve diferença significante **p=0,000**, dessa forma a mulher utiliza mais o **foco no problema** que a busca de **suporte social** e na **emoção**.



Religioso	Média=	3,83	Média=	3,75	Média=	3,58	Média=	3,54	Média=	3,44
	Mediana=	3,86	Mediana=	3,86	Mediana=	3,57	Mediana=	3,71	Mediana=	3,57
	D.padrão=	0,62	D.padrão=	0,61	D.padrão=	0,57	D.padrão=	0,75	D.padrão=	0,72
Social	Média=	2,91	Média=	2,82	Média=	2,87	Média=	2,85	Média=	2,92
	Mediana=	3,00	Mediana=	2,90	Mediana=	2,90	Mediana=	3,00	Mediana=	2,90
	D.padrão=	0,73	D.padrão=	0,79	D.padrão=	0,73	D.padrão=	0,77	D.padrão=	0,77
Emoção	Média=	1,77	Média=	1,75	Média=	1,77	Média=	1,60	Média=	1,65
	Mediana=	1,73	Mediana=	1,67	Mediana=	1,73	Mediana=	1,47	Mediana=	1,57
	D.padrão=	0,56	D.padrão=	0,49	D.padrão=	0,56	D.padrão=	0,47	D.padrão=	0,54
Problema	Média=	3,35	Média=	3,64	Média=	3,71	Média=	3,86	Média=	3,96
	Mediana=	3,42	Mediana=	3,69	Mediana=	3,78	Mediana=	3,94	Mediana=	3,97
	D.padrão=	0,56	D.padrão=	0,46	D.padrão=	0,53	D.padrão=	0,53	D.padrão=	0,52

Figura 4. Estratégias de enfrentamento segundo escolaridade das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Yiza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Na Figura 4 podemos identificar que as maiores medianas (**3,86**) das estratégias de enfrentamento **religioso** são utilizadas pelas mulheres analfabetas e com nível fundamental incompleto. Entretanto as estratégias de enfrentamento com foco no **problema** apresentaram a maior mediana (**3,97**) em mulheres com nível superior. Quanto às estratégias de enfrentamento com foco no **suporte social** os maiores valores da mediana (**3,0**) encontram-se no grupo de mulheres analfabetas e com

ensino médio completo, enquanto o foco na **emoção (1,73)** foi mais utilizado por mulheres analfabetas e com ensino fundamental.

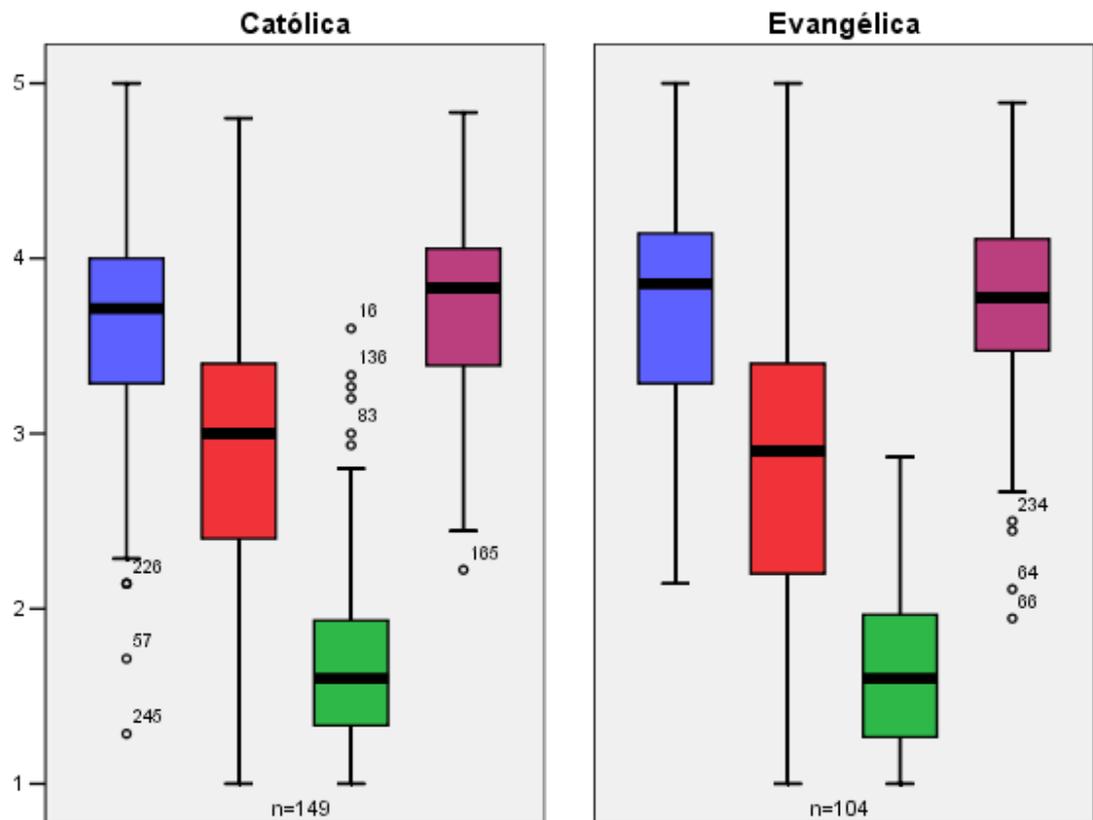
Tabela 7. **Estratégias de enfrentamento** segundo **escolaridade** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Escolaridade</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Analfabeto	Religioso x Social	3,86 x 3,00	0,62 x 0,73	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,73	0,62 x 0,56	0,000
	Religioso x Problema	3,86 x 3,42	0,62 x 0,56	0,015
	Social x Emoção	3,00 x 1,73	0,73 x 0,56	0,000
	Problema x Social	3,42 x 3,00	0,56 x 0,73	0,016
	Problema x Emoção	3,42 x 1,73	0,56 x 0,56	0,000
Fundamental incompleto	Religioso x Social	3,86 x 2,90	0,61 x 0,79	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,67	0,61 x 0,49	0,000
	Religioso x Problema	3,86 x 3,69	0,61 x 0,46	0,076
	Social x Emoção	2,90 x 1,67	0,79 x 0,49	0,000
	Problema x Social	3,69 x 2,90	0,46 x 0,79	0,000
	Problema x Emoção	3,69 x 1,67	0,46 x 0,49	0,000
Fundamental completo	Religioso x Social	3,57 x 2,90	0,57 x 0,73	0,000
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,73	0,57 x 0,56	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,57	0,53 x 0,57	0,310
	Social x Emoção	2,90 x 1,73	0,73 x 0,56	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,90	0,53 x 0,73	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,73	0,53 x 0,56	0,000
Médio completo	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,75 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,47	0,75 x 0,47	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,71	0,53 x 0,75	0,001
	Social x Emoção	3,00 x 1,47	0,77 x 0,47	0,000
	Problema x Social	3,94 x 3,00	0,53 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,47	0,53 x 0,47	0,000
Superior completo	Religioso x Social	3,57 x 2,90	0,72 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,57	0,72 x 0,54	0,000
	Problema x Religioso	3,97 x 3,57	0,52 x 0,72	0,000
	Social x Emoção	2,90 x 1,57	0,77 x 0,54	0,000
	Problema x Social	3,97 x 2,90	0,52 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,97 x 1,57	0,52 x 0,54	0,000

A Tabela 7 compara as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres segundo a escolaridade. Pode-se observar que ao relacionar as estratégias de enfrentamento com foco **religioso** com o **social**, e **foco religioso** com a **emoção**, houve diferença estatística, **p=0,000**, ou seja, independentemente do grau de escolaridade a mulher utiliza mais as estratégias de enfrentamento **religioso** do que a busca de **suporte social e o foco na emoção**. Ao relacionar o **foco religioso** com o **problema**, há diferença significativa (**p=0,000**) no grupo de mulheres analfabetas, mas não foi significativo (**p>0,05**) no grupo de mulheres com ensino fundamental incompleto, assim podemos afirmar que mulheres analfabetas utilizam mais a **religião** do que o foco no **problema**, entretanto as mulheres com ensino

fundamental utilizam ambas as estratégias não tendo como inferir qual é utilizada com mais frequência. Quanto à comparação entre o foco no **problema** e a **religião** no grupo de mulheres com ensino fundamental completo não houve significância, $p > 0,05$, ou seja, a mulher com ensino fundamental completo vivencia tanto as estratégias de enfrentamento no **problema** quanto na **religião**, não sendo possível inferir qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada. Entretanto, esta mesma relação no grupo de mulheres com ensino médio e superior completo mostrou-se altamente significativa, ou seja, $p = 0,000$, mulheres com mais escolaridade utilizam mais a estratégia de enfrentamento com **foco no problema** do que nas **práticas religiosas**. Ao avaliar a relação do foco na busca pelo **suporte social** com a **emoção** observa-se que houve diferença altamente significativa $p = 0,000$, ou seja, independentemente do nível de escolaridade das mulheres elas utilizam mais a estratégia de enfrentamento de busca de **suporte social** do que a **emoção**.

Quanto à relação do **foco no problema** e de busca de **suporte social** e **foco no problema** e **emoção social**, houve significância estatística, $p = 0,000$, ou seja, a mulher utiliza mais o **foco no problema** do que a estratégia de enfrentamento de busca de **suporte social** e **emoção**.



Religioso	Média= 3,58	Média= 3,73
	Mediana= 3,71	Mediana= 3,86
	D. padrão= 0,65	D. padrão= 0,66
Social	Média= 2,88	Média= 2,84
	Mediana= 3,00	Mediana= 2,90
	D. padrão= 0,73	D. padrão= 0,79
Emoção	Média= 1,71	Média= 1,67
	Mediana= 1,60	Mediana= 1,60
	D. padrão= 0,53	D. padrão= 0,48
Problema	Média= 3,71	Média= 3,77
	Mediana= 3,83	Mediana= 3,78
	D. padrão= 0,53	D. padrão= 0,53

Figura 5. Estratégias de enfrentamento segundo religião das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Os resultados na Figura 5 apontam que a maior mediana da estratégia de enfrentamento com foco na **religião (3,86)**, foi encontrado no grupo de mulheres evangélicas, já as maiores medianas para busca de **suporte social (3,00)** e o **foco no problema (3,83)** foram encontradas no grupo de mulheres católicas. Quanto ao foco na **emoção**, a mediana foi **1,60**, semelhante em ambos os grupos.

Evidencia-se, uma predominância na amostra estudada do enfrentamento no **problema e religião**.

Tabela 8. **Estratégias de enfrentamento** segundo **religião** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

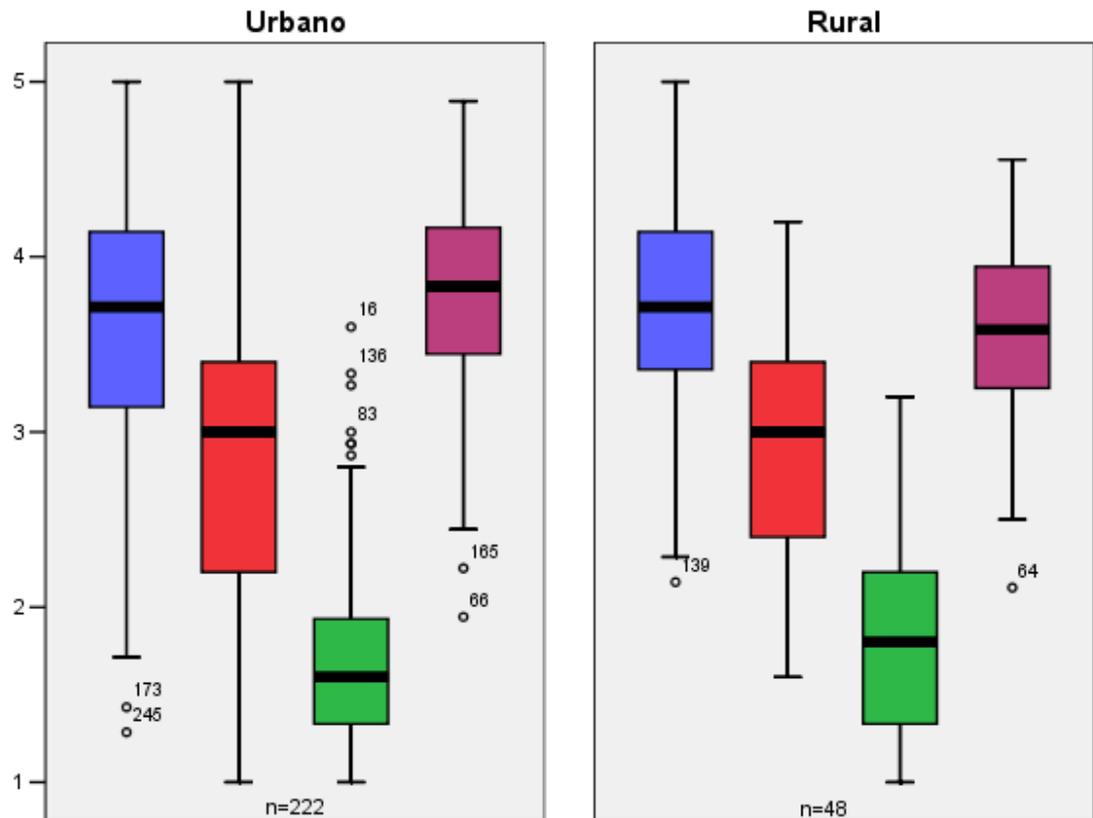
<i>Religião</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Católica	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,65 x 0,73	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,65 x 0,53	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,53 x 0,65	0,103
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,73 x 0,53	0,000
	Problema x Social	3,83 x 3,00	0,53 x 0,73	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,60	0,53 x 0,53	0,000
Evangélica	Religioso x Social	3,86 x 2,90	0,66 x 0,79	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,60	0,66 x 0,48	0,000
	Religioso x Problema	3,86 x 3,78	0,66 x 0,53	0,421
	Social x Emoção	2,90 x 1,60	0,79 x 0,48	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,90	0,53 x 0,79	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,53 x 0,48	0,000

Na Tabela 8 encontram-se as estratégias de enfrentamento segundo a religião.

Na comparação do foco **religioso** com a busca de **suporte social** e o **religioso** comparado com a **emoção** verifica-se em ambos os grupos significância altamente significativa (**p=0,000**), ou seja, as mulheres católicas e evangélicas utilizam mais frequentemente as **práticas religiosas** como estratégia de enfrentamento do que o **suporte social** ou a **emoção**. Ao correlacionar o **problema** com a **religião**, não houve diferença altamente significativa, **p>0,05**, sendo assim, não há como inferir se mulheres católicas e evangélicas utilizam mais frequentemente as **práticas religiosas** como estratégia de enfrentamento do que o foco no **problema**. Quando comparado o foco **Social** e a **emoção**, apresentou significância estatística, (**p=0,000**), ou seja, em ambas as religiões (católica e evangélica) utiliza-se mais a busca de **suporte social** do que o foco na **emoção**. Quanto à relação entre o **problema** e a busca de **suporte social** e o **problema** e o enfrentamento na **emoção**, houve diferença significativa, **p=0,000**, ou seja, as mulheres católicas e evangélicas utilizam mais freqüentemente o foco no **problema** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**.

Diante disso, observamos uma maior utilização por parte das mulheres católicas e evangélicas das estratégias de enfrentamento com foco no **problema** e nas **práticas**

religiosas, não sendo possível inferir qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada, visto que a relação dessas variáveis não foi estatisticamente significativa, $p>0,05$.



	Urbano	Rural
Religioso	Média= 3,61 Mediana= 3,71 D. padrão= 0,67	Média= 3,71 Mediana= 3,71 D. padrão= 0,66
Social	Média= 2,84 Mediana= 3,00 D. padrão= 0,77	Média= 2,94 Mediana= 3,00 D. padrão= 0,71
Emoção	Média= 1,67 Mediana= 1,60 D. padrão= 0,50	Média= 1,83 Mediana= 1,80 D. padrão= 0,55
Problema	Média= 3,77 Mediana= 3,83 D. padrão= 0,52	Média= 3,53 Mediana= 3,58 D. padrão= 0,52

Figura 6. Estratégias de enfrentamento segundo local de residência das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Yza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 6 revela as estratégias de enfrentamento segundo local de residência das mulheres. Notam-se medianas semelhantes no foco **religioso (3,71)** e **suporte**

social (3,00) em ambos os grupos. As maiores medianas (**1,80**) e (**3,83**) das estratégias de enfrentamento com foco na **emoção** e no **problema** foram encontrados no grupo de mulheres que vivem em área rural e urbana, respectivamente.

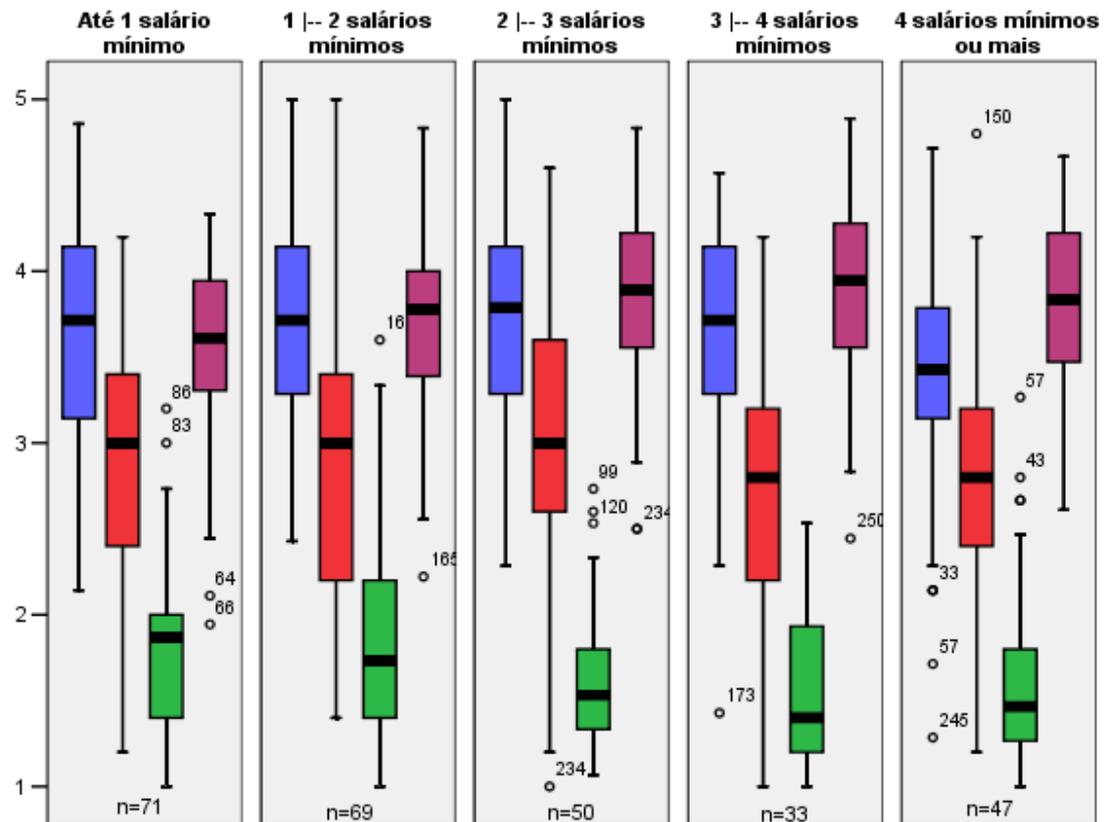
Tabela 9. Estratégias de enfrentamento segundo **local de residência** da amostra de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Local de residência</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Urbano	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,67 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,67 x 0,50	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,52 x 0,67	0,003
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,77 x 0,50	0,000
	Problema x Social	3,83 x 3,00	0,52 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,60	0,52 x 0,50	0,000
Rural	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,66 x 0,71	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,80	0,66 x 0,55	0,000
	Religioso x Problema	3,71 x 3,58	0,66 x 0,52	0,057
	Social x Emoção	3,00 x 1,80	0,55 x 0,52	0,000
	Problema x Social	3,58 x 3,00	0,52 x 0,55	0,000
	Problema x Emoção	3,58 x 1,80	0,52 x 0,52	0,000

A Tabela 9 apresenta a relação entre as estratégias de enfrentamento e o local de residência. Pode-se observar que ao correlacionar as estratégias de com foco **religioso** e **social** e o **foco religioso** com a **emoção** houve significância estatística, **p=0,000**, ou seja, tanto a mulher que vive na área urbana, quanto a que vive em área rural utiliza mais as estratégias de enfrentamento **religioso** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**. Quanto à relação entre o foco no **problema** e a **religião** no grupo de mulheres residentes do meio urbano houve significância, **p=0,000**, ou seja, a mulher que mora na área urbana vivencia mais as estratégias de enfrentamento com foco no **problema** do que na **religião**, já esta relação no grupo de mulheres que vivem no meio rural não foi significativa, **p>0,05**, não sendo possível inferir qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada.

Ao relacionar o foco de **suporte social** com a **emoção** houve significância estatística (**p=0,000**), ou seja, as mulheres da área urbana e rural utilizam mais freqüentemente o **suporte social** do que a **emoção**, como estratégia de enfrentamento de problemas. A relação entre o foco no **problema** e a busca de **suporte social** e **entre o problema e a emoção**, apresentou-se altamente

significativa ($p=0,000$), ou seja, a mulher que vive no interior e em área urbana utilizam mais frequentemente o foco no **problema** do que o **suporte social e a emoção**. Sendo assim, as mulheres do meio urbano vivenciam mais as estratégias de enfrentamento com foco no **problema**, enquanto as que vivem no meio rural utilizam mais o enfrentamento com foco no **problema e práticas religiosas**, não sendo possível especificar a princípio qual dessas duas estratégias é mais utilizada, visto que não houve significância estatística $p>0,05$.



	Até 1 salário mínimo (n=71)	1 - 2 salários mínimos (n=69)	2 - 3 salários mínimos (n=50)	3 - 4 salários mínimos (n=33)	4 salários mínimos ou mais (n=47)
Religioso	Média= 3,66 Mediana= 3,71 D.padrão= 0,63	Média= 3,74 Mediana= 3,71 D.padrão= 0,61	Média= 3,71 Mediana= 3,79 D.padrão= 0,66	Média= 3,61 Mediana= 3,71 D.padrão= 0,76	Média= 3,36 Mediana= 3,43 D.padrão= 0,71
Social	Média= 2,85 Mediana= 3,00 D.padrão= 0,65	Média= 2,87 Mediana= 3,00 D.padrão= 0,83	Média= 2,97 Mediana= 3,00 D.padrão= 0,82	Média= 2,75 Mediana= 2,80 D.padrão= 0,78	Média= 2,81 Mediana= 2,80 D.padrão= 0,76
Emoção	Média= 1,77 Mediana= 1,87 D.padrão= 0,47	Média= 1,82 Mediana= 1,73 D.padrão= 0,60	Média= 1,61 Mediana= 1,53 D.padrão= 0,40	Média= 1,55 Mediana= 1,40 D.padrão= 0,46	Média= 1,61 Mediana= 1,47 D.padrão= 0,52
Problema	Média= 3,55 Mediana= 3,61 D.padrão= 0,51	Média= 3,69 Mediana= 3,78 D.padrão= 0,50	Média= 3,83 Mediana= 3,89 D.padrão= 0,53	Média= 3,94 Mediana= 3,94 D.padrão= 0,54	Média= 3,80 Mediana= 3,83 D.padrão= 0,52

Figura 7. Estratégias de enfrentamento segundo renda familiar das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Yiza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 7 ilustra as estratégias de enfrentamento segundo renda familiar, observa-se que as maiores medianas (**3,79**) das estratégias de enfrentamento com foco na **religião** foi no grupo de mulheres que ganha de 02 a 03 salários mínimos, já a maior mediana (**3,00**) da busca de **suporte social** foi encontrada nas mulheres que tem renda familiar de até 03 salários mínimos. Quanto ao foco na **emoção**, a maior

mediana (**1,87**), encontra-se no grupo de mulheres com renda até 01 salário mínimo, já o enfrentamento com foco no **problema** teve maior mediana (**3,94**) entre as mulheres com renda entre 3 a 4 salários mínimos.

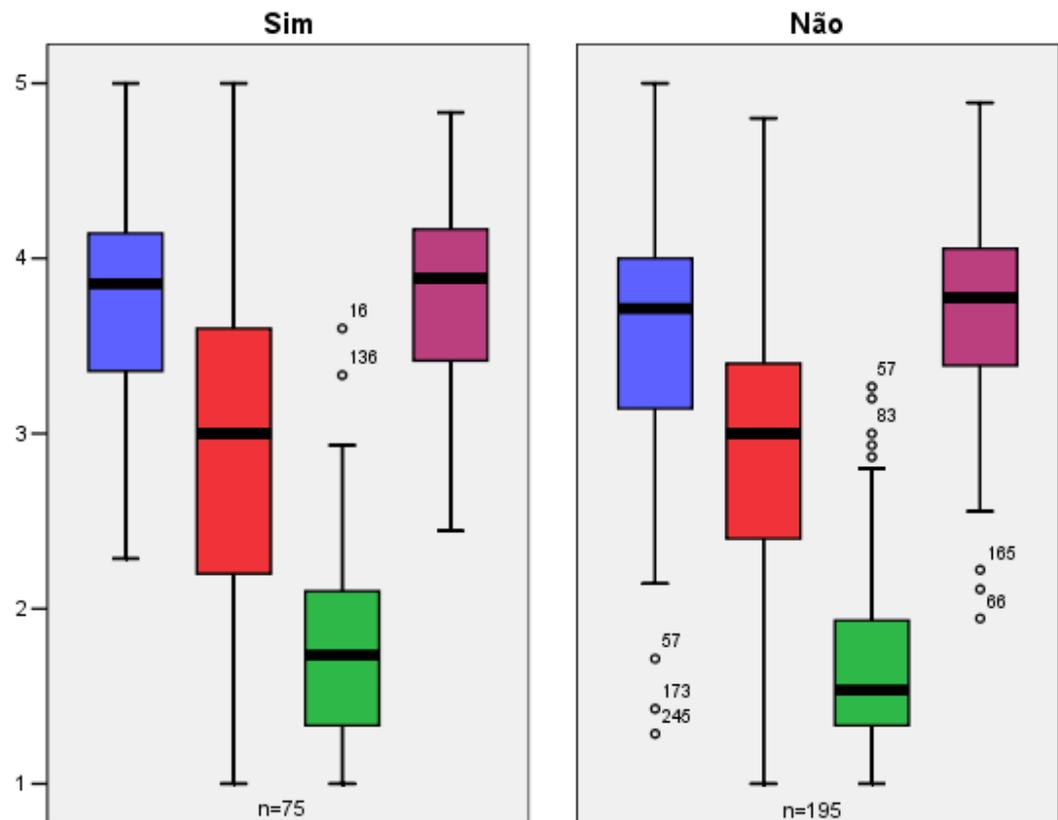
Tabela 10. **Estratégias de enfrentamento** segundo **renda familiar** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Renda familiar</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Até 1 salário mínimo	Religioso x Social	3,66 x 3,00	0,63 x 0,65	0,000
	Religioso x Emoção	3,66 x 1,87	0,63 x 0,47	0,000
	Religioso x Problema	3,66 x 3,61	0,63 x 0,51	0,620
	Social x Emoção	3,00 x 1,87	0,65 x 0,47	0,000
	Problema x Social	3,61 x 3,00	0,51 x 0,65	0,000
	Problema x Emoção	3,61 x 1,87	0,51 x 0,47	0,000
1 -- 2 salários mínimos	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,61 x 0,83	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,73	0,61 x 0,60	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,50 x 0,61	0,304
	Social x Emoção	3,00 x 1,73	0,83 x 0,60	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,50 x 0,83	0,000
2 -- 3 salários mínimos	Problema x Emoção	3,78 x 1,73	0,50 x 0,60	0,000
	Religioso x Social	3,79 x 3,00	0,66 x 0,82	0,000
	Religioso x Emoção	3,79 x 1,53	0,66 x 0,40	0,000
	Problema x Religioso	3,89 x 3,79	0,53 x 0,66	0,251
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,82 x 0,40	0,000
3 -- 4 salários mínimos	Problema x Social	3,89 x 3,00	0,53 x 0,82	0,000
	Problema x Emoção	3,89 x 1,53	0,53 x 0,40	0,000
	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,76 x 0,78	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,40	0,76 x 0,46	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,71	0,54 x 0,76	0,033
4 salários mínimos ou mais	Social x Emoção	2,80 x 1,40	0,78 x 0,46	0,000
	Problema x Social	3,94 x 2,80	0,54 x 0,78	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,40	0,54 x 0,46	0,000
	Religioso x Social	3,43 x 2,80	0,71 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,43 x 1,47	0,71 x 0,52	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,43	0,52 x 0,71	0,001
	Social x Emoção	2,80 x 1,47	0,76 x 0,52	0,000
	Problema x Social	3,83 x 2,80	0,52 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,47	0,52 x 0,52	0,000

Os dados da Tabela 10 apresentam a relação entre as estratégias de enfrentamento segundo renda familiar. Ao comparar as estratégias de enfrentamento **religioso** com a busca de suporte **social**, e o foco **religioso** com o foco na **emoção**, há diferença altamente significativa, (**p=0,000**), ou seja, a mulher utiliza mais a estratégia com foco na **religião** do que no **social** ou **emoção** independentemente da renda familiar. Quanto à relação entre o foco **problema** e o **religioso**, no grupo de mulheres que tem renda familiar inferior a 03 salários mínimos, observa-se que não houve diferença estatística, **p>0,05**, não sendo possível no momento inferir qual dessas

duas estratégias é mais comumente utilizada por este grupo; entretanto, ao cruzarmos o **problema** com o **religioso** no grupo de mulheres que tem renda familiar acima de três salários mínimos, houve diferença muito significativa, ($p=0,000$), logo, a mulher com câncer de mama em uso de tamoxifeno que tem renda familiar de três salários mínimos ou mais utiliza mais estratégias de enfrentamento focalizada no **problema**.

A relação do enfrentamento **social** e a **emoção**, foi muito significativa ($p=0,000$), ou seja, em todos os grupos, as mulheres utilizam mais o suporte **social** que a **emoção**. Quando comparado o foco no **problema** com o **social** e o **foco no problema** com a **emoção**, também foi extremamente significativo ($p=0,000$), a mulher focaliza mais no **problema** que na **busca de suporte social** e **emoção**, independentemente da renda familiar.



	Média=	Mediana=	D. padrão=	Média=	Mediana=	D. padrão=
Religioso	3,75	3,86	0,61	3,59	3,71	0,69
Social	2,95	3,00	0,81	2,82	3,00	0,74
Emoção	1,80	1,73	0,57	1,66	1,53	0,48
Problema	3,77	3,89	0,56	3,72	3,78	0,52

Figura 8. Estratégias de enfrentamento segundo PREMMA das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

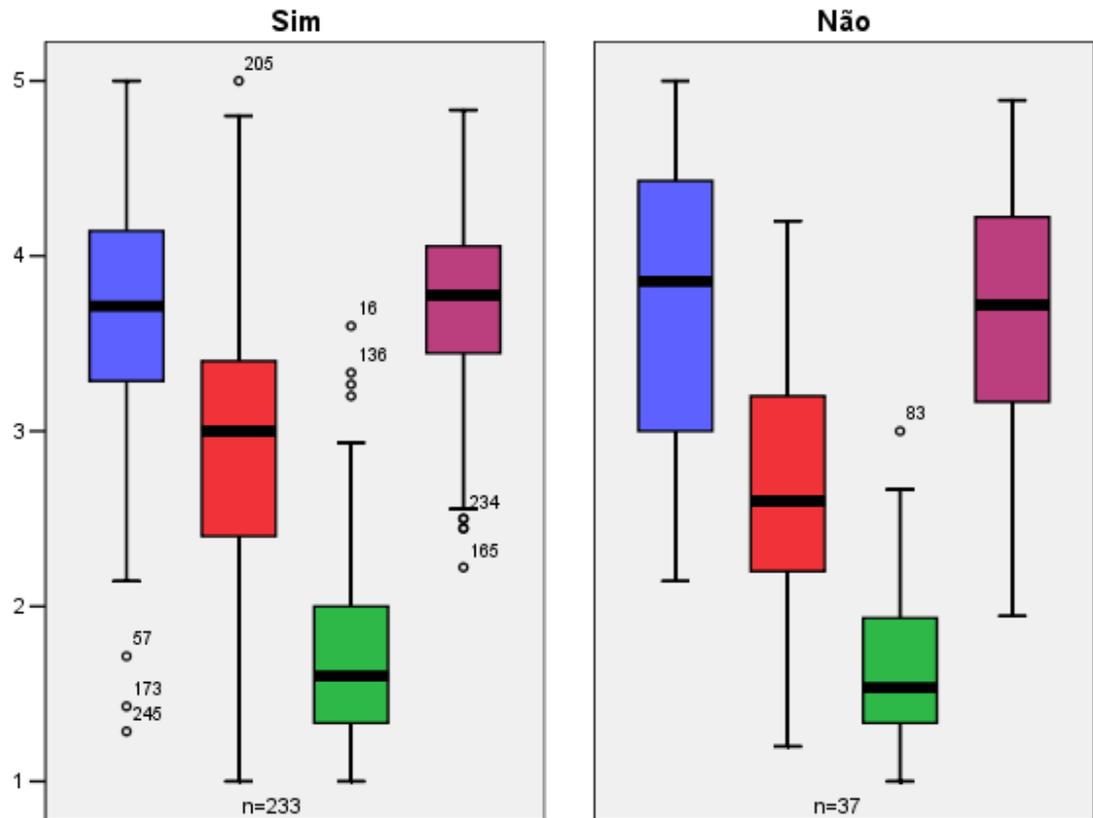
Os dados da Figura 8 ilustram as estratégias de enfrentamento segundo o PREMMA. Observa-se que as maiores medianas (**3,86**), (**1,73**) e (**3,89**) das estratégias de enfrentamento com foco na **religião**, **emoção** e foco no **problema** são maiores no grupo participante do PREMMA. Já o **suporte social**, apresentou mediana semelhante (**3,00**) em ambos os grupos.

Tabela 11. **Estratégias de enfrentamento** segundo **PREMMA** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Participação no Premma</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Sim	Religioso x Social	3,86 x 3,00	0,61 x 0,81	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,73	0,61 x 0,57	0,000
	Problema x Religioso	3,89 x 3,86	0,56 x 0,61	0,981
	Social x Emoção	3,00 x 1,73	0,81 x 0,57	0,000
	Problema x Social	3,89 x 3,00	0,56 x 0,81	0,000
	Problema x Emoção	3,89 x 1,73	0,56 x 0,57	0,000
Não	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,69 x 0,74	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,69 x 0,48	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,52 x 0,69	0,028
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,74 x 0,48	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,52 x 0,74	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,53	0,52 x 0,48	0,000

A Tabela 11 demonstra as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres segundo o PREMMA. Verifica-se que ao comparar o enfrentamento **religioso** e o **suporte social**, e o enfrentamento **religioso** e a **emoção** foi altamente significativa, ($p=0,000$), ou seja, tanto as mulheres que participam do PREMMA, quanto as que não participam, têm utilizado mais o enfrentamento **religioso** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**. Já quando se examina a relação entre as estratégias de enfrentamento focalizada no **problema** e na **religião**, não houve significância estatística ($p>0,05$), no grupo que participa do PREMMA, ou seja, as mulheres que participam do programa utilizam as estratégias de enfrentamento com foco na **religião** e no **problema**, não podendo se afirmar qual dessas duas estratégias é mais utilizada. Entretanto, no grupo que não participa, ao relacionar o foco **problema** com **religião**, o resultado foi muito significativo ($p=0,000$). Dessa forma, as mulheres que não participam do PREMMA vivenciam mais as estratégias de enfrentamento com foco no problema do que nas práticas religiosas. Na relação do **suporte social** com a **emoção**, observou-se significância estatística ($p=0,000$), ou seja, tanto as mulheres participam como as que não participam focalizam mais na busca de **suporte social** que na **emoção**. Quando se faz a relação do foco no **problema e suporte social**, e do **foco no problema e emoção**, observa-se uma relação altamente significativa ($p=0,000$), logo, verifica-se que as mulheres que participam do PREMMA e as que não participam utilizam mais o foco no **problema** do que o

suporte social e a emoção, apresentando-se esta relação altamente significativa. ($p < 0,001$).



	Média=		Média=
Religioso	3,62		3,71
	Mediana=	3,71	3,86
	D. padrão=	0,65	0,82
Social	Média=	2,88	Média=
	Mediana=	3,00	2,73
	D. padrão=	0,76	0,78
Emoção	Média=	1,70	Média=
	Mediana=	1,60	1,66
	D. padrão=	0,51	0,49
Problema	Média=	3,74	Média=
	Mediana=	3,78	3,65
	D. padrão=	0,50	0,69

Figura 9. Estratégias de enfrentamento segundo aparecimento de efeito colateral nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 9 aponta as estratégias de enfrentamento segundo aparecimento de efeito colateral pelo uso do tamoxifeno. Verifica-se que as maiores medianas (**3,86**) da estratégia de enfrentamento com foco **religioso**, foram encontradas no grupo de

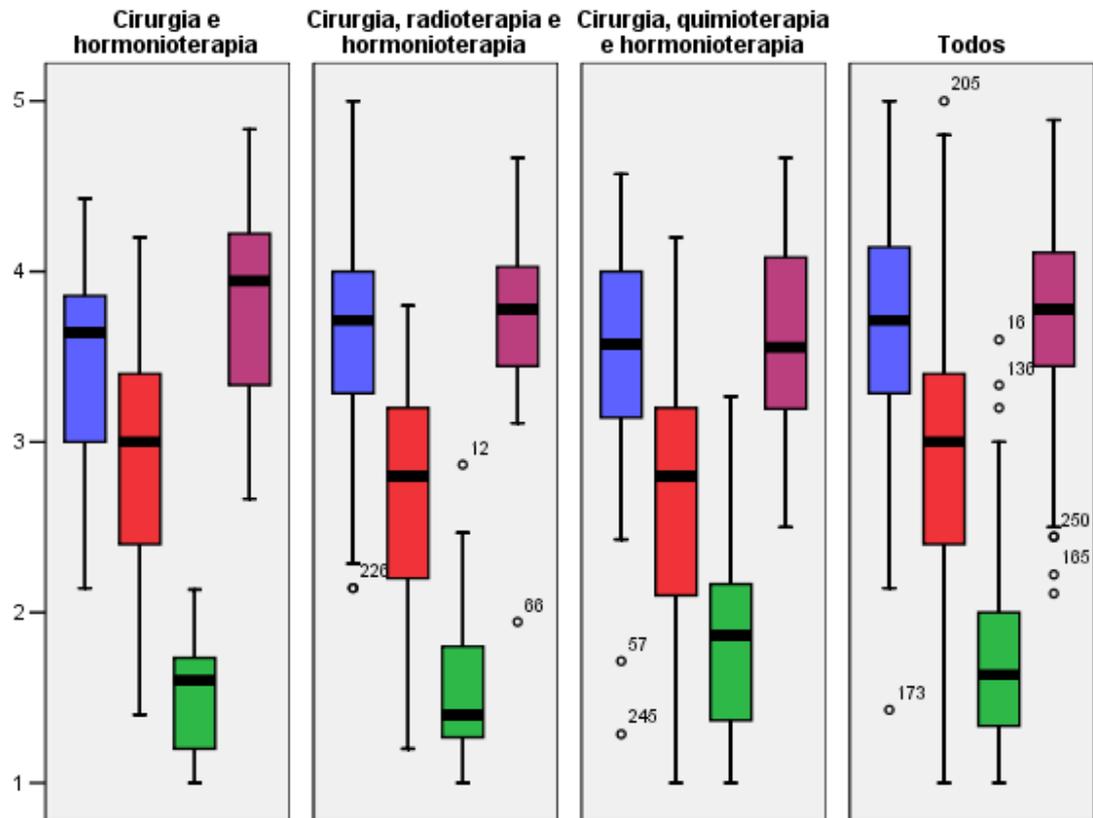
mulheres que não apresentaram efeitos colaterais com o uso da medicação. Já as estratégias de busca por **suporte social (3,00)**, **emoção (1,60)** e foco no **problema (3,78)** foram utilizados pelas mulheres que apresentaram efeitos colaterais.

Tabela 12. **Estratégias de enfrentamento** segundo **aparecimento de efeito colateral** nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Aparecimento de efeito colateral	Testes	Mediana	Desvio-padrão	p-valor
Sim	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,65 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,65 x 0,51	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,50 x 0,65	0,981
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,76 x 0,51	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,50 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,50 x 0,51	0,000
Não	Religioso x Social	3,86 x 2,60	0,82 x 0,78	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,53	0,82 x 0,49	0,000
	Religioso x Problema	3,86 x 3,72	0,82 x 0,69	0,028
	Social x Emoção	2,60 x 1,53	0,78 x 0,49	0,000
	Problema x Social	3,72 x 2,60	0,69 x 0,78	0,000
	Problema x Emoção	3,72 x 1,53	0,69 x 0,49	0,000

Os dados da Tabela 12 identificam a comparação entre as estratégias de enfrentamento segundo o uso de tamoxifeno e o aparecimento de algum efeito colateral. Nota-se que quando cruzamos as estratégias de enfrentamento **religioso** com a busca de suporte **social**, e o foco **religioso** com o foco na **emoção**, há diferença altamente significativa, ($p=0,000$), ou seja, a mulher que teve algum efeito colateral utiliza mais freqüentemente a estratégia de foco nas práticas **religiosas**, do que o suporte **social** ou foco na **emoção**. Quanto a relação entre o foco **problema** e o **religioso**, no grupo de mulheres que apresentaram algum efeito colateral, observa-se que não houve diferença estatística, $p>0,05$, não sendo possível no momento especificar qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada pela mulher, entretanto sabe-se que a mesma faz uso da duas estratégias de enfrentamento: a busca pela **religião** e o foco no **problema**. Já a relação entre a **religião** e o **foco no problema** no grupo de mulheres que não apresentaram efeitos colaterais, foi altamente significativa ($p=0,000$), ou seja, a mulher com câncer de mama em uso de tamoxifeno que não apresentou algum efeito colateral enfrenta mais focalizada na **religião**.

Ao comparar o enfrentamento **social** e a **emoção**, observa-se que **p=0,000**, ou seja, em ambos os grupos, as mulheres utilizam mais o suporte **social** que a **emoção**. Quando comparada o foco no **problema** com o **social** e o **foco no problema** com a **emoção**, também foi significativo (**p=0,000**), a mulher focaliza mais no **problema** que na **busca de suporte social** e **emoção**, independentemente se apresenta ou não efeitos colaterais.



Religioso	Média= 3,49 Mediana= 3,64 D.padrão= 0,59	Média= 3,53 Mediana= 3,71 D.padrão= 0,69	Média= 3,49 Mediana= 3,57 D.padrão= 0,74	Média= 3,70 Mediana= 3,71 D.padrão= 0,66
Social	Média= 2,86 Mediana= 3,00 D.padrão= 0,76	Média= 2,68 Mediana= 2,80 D.padrão= 0,71	Média= 2,71 Mediana= 2,80 D.padrão= 0,82	Média= 2,93 Mediana= 3,00 D.padrão= 0,76
Emoção	Média= 1,51 Mediana= 1,60 D.padrão= 0,34	Média= 1,55 Mediana= 1,40 D.padrão= 0,43	Média= 1,84 Mediana= 1,87 D.padrão= 0,61	Média= 1,73 Mediana= 1,63 D.padrão= 0,51
Problema	Média= 3,80 Mediana= 3,94 D.padrão= 0,58	Média= 3,74 Mediana= 3,78 D.padrão= 0,47	Média= 3,59 Mediana= 3,56 D.padrão= 0,58	Média= 3,75 Mediana= 3,78 D.padrão= 0,53

Figura 10. Estratégias de enfrentamento segundo tratamentos realizados nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Os dados na Figura 10 evidenciam a maior mediana (**3,71**) da estratégia de enfrentamento com foco **religioso** encontrada no grupo de mulheres que realizaram todos os tipos de tratamentos, bem como grupo que realizou cirurgia, radioterapia e está fazendo uso de hormônio. Para o suporte **social** foi encontrada a maior mediana (**3,00**), no grupo de mulheres que realizaram cirurgia e estão em hormonioterapia e no grupo de mulheres que foram submetidas a todos os

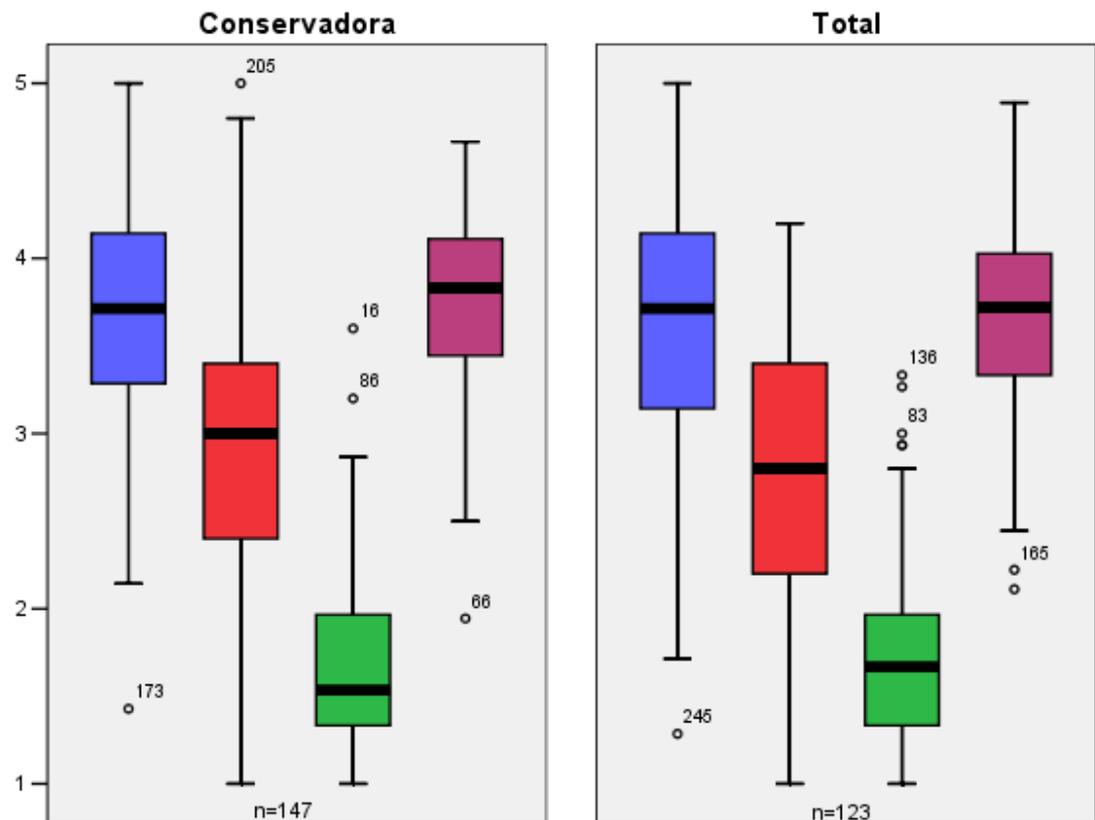
tratamentos. Com relação à estratégia de foco na **emoção**, a maior mediana (**1,87**) foi do grupo de mulheres que realizaram cirurgia, quimioterapia e estão tomando tamoxifeno, enquanto que o foco no **problema** teve a maior mediana (**3,94**), no grupo que fez cirurgia, e está em hormonioterapia.

Tabela 13. **Estratégias de enfrentamento** segundo **tratamentos realizados** nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Tratamentos realizados</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Cirurgia e hormonioterapia	Religioso x Social	3,64 x 3,00	0,59 x 0,76	0,002
	Religioso x Emoção	3,64 x 1,60	0,59 x 0,34	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,64	0,58 x 0,59	0,030
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,76 x 0,34	0,000
	Problema x Social	3,94 x 3,00	0,58 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,60	0,58 x 0,34	0,000
Cirurgia, radioterapia e hormonioterapia	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,69 x 0,71	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,40	0,69 x 0,43	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,47 x 0,69	0,099
	Social x Emoção	2,80 x 1,40	0,71 x 0,43	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,80	0,47 x 0,71	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,40	0,47 x 0,43	0,000
Cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia	Religioso x Social	3,57 x 2,80	0,74 x 0,82	0,000
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,87	0,74 x 0,61	0,000
	Religioso x Problema	3,57 x 3,56	0,74 x 0,58	0,646
	Social x Emoção	2,80 x 1,87	0,82 x 0,61	0,000
	Problema x Social	3,56 x 2,80	0,58 x 0,82	0,000
	Problema x Emoção	3,56 x 1,87	0,58 x 0,61	0,000
Todos os tratamentos	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,66 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,63	0,66 x 0,51	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,53 x 0,66	0,476
	Social x Emoção	3,00 x 1,63	0,76 x 0,51	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,53 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,63	0,53 x 0,51	0,000

A Tabela13 aponta as correlações entre as estratégias de enfrentamento segundo os tratamentos realizados pelas mulheres. Verifica-se que a estratégia de enfrentamento **religioso** relacionada com a busca de suporte **social**, e o foco **religioso** com o foco na **emoção**, há diferença altamente significativa, (**p=0,000**), ou seja, a mulher independentemente do tratamento a que foi submetida utiliza mais freqüentemente a estratégia de foco nas práticas **religiosas**, do que o suporte **social** ou foco na **emoção**. Quanto à relação entre o foco **problema** e o **religioso**, no grupo de mulheres que realizaram apenas a cirurgia e agora estão em uso de tamoxifeno, houve diferença estatística significativa, (**p=0,000**), ou seja, esse grupo de mulheres utiliza mais o foco no problema que a religião como estratégia de

enfrentamento, entretanto esta mesma relação não foi significativa ($p < 0,05$) nos demais grupos, não sendo possível no momento especificar qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada pela mulher; entretanto, sabe-se que a mesma faz uso das duas estratégias de enfrentamento: a busca pela **religião** e o foco no **problema**. Ao examinar a relação do foco **social** e a **emoção**, observa-se que foi significativa ($p = 0,000$), ou seja, em todos os grupos, as mulheres utilizam mais o suporte **social** que a **emoção**. Quando comparado o foco no **problema** com o **social** e o **foco no problema** com a **emoção**, também foi significativa ($p = 0,000$), a mulher focaliza mais no **problema** que na **busca de suporte social** e **emoção**, independentemente se apresenta ou não efeitos colaterais.



	Média=	Mediana=	D. padrão=	Média=	Mediana=	D. padrão=
Religioso	3,65	3,71	0,68	3,61	3,71	0,66
Social	2,93	3,00	0,77	2,76	2,80	0,75
Emoção	1,67	1,53	0,50	1,73	1,67	0,52
Problema	3,78	3,83	0,50	3,68	3,72	0,56

Figura 11. Estratégias de enfrentamento segundo tipo de cirurgia nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 11 ilustra as medidas de estratégias de enfrentamento segundo tipo de cirurgia na amostra estudada. Observamos que as maiores medianas (**3,71**), das estratégias de enfrentamento com foco na **religião** são semelhantes no grupo de mulheres que foram submetidas à cirurgia conservadora e total. Já a busca de **suporte social** e o **problema**, respectivamente, (**3,00**) e (**3,83**) são encontradas no

grupo de mulheres submetidas a cirurgia conservadora, enquanto que as mulheres que fizeram a cirurgia do tipo total apresentaram maior mediana (**1,67**) na **emoção**.

Tabela 14. **Estratégias de enfrentamento** segundo **tipo de cirurgia** nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Tipo de cirurgia</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Conservadora	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,68 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,68 x 0,50	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,50 x 0,68	0,063
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,77 x 0,50	0,000
	Problema x Social	3,83 x 3,00	0,50 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,53	0,50 x 0,50	0,000
Total	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,66 x 0,75	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,67	0,66 x 0,52	0,000
	Problema x Religioso	3,72 x 3,71	0,56 x 0,66	0,375
	Social x Emoção	2,80 x 1,67	0,75 x 0,52	0,000
	Problema x Social	3,72 x 2,80	0,56 x 0,75	0,000
	Problema x Emoção	3,72 x 1,67	0,56 x 0,52	0,000

A Tabela 14 compara as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres segundo o tipo de cirurgia. Observa-se que a relação entre o enfrentamento **religioso** e o **suporte social**, e o **religioso e a emoção** foi significativa, (**p=0,000**), ou seja, tanto as mulheres que realizaram cirurgia de retirada conservadora ou total da mama, têm utilizado mais o enfrentamento **religioso** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**. Ao relacionar o **problema** com a **religião**, não houve significância estatística (**p>0,05**), ou seja, ambos os grupos utilizam as estratégias de enfrentamento com foco na **religião** e no **problema**, não podendo se afirmar qual dessas duas estratégias é mais utilizada. Com relação ao **suporte social** e a **emoção**, observou-se significância estatística (**p=0,000**), ou seja, as mulheres focalizam mais na busca de **suporte social** que na **emoção**. Da mesma forma quando relacionamos o **problema** com o **suporte social**, e o **problema com a emoção** essa relação apresenta-se altamente significativa (**p=0,000**), logo, os dois grupos utilizam mais o foco no **problema** do que a busca de **suporte social** e **emoção**.

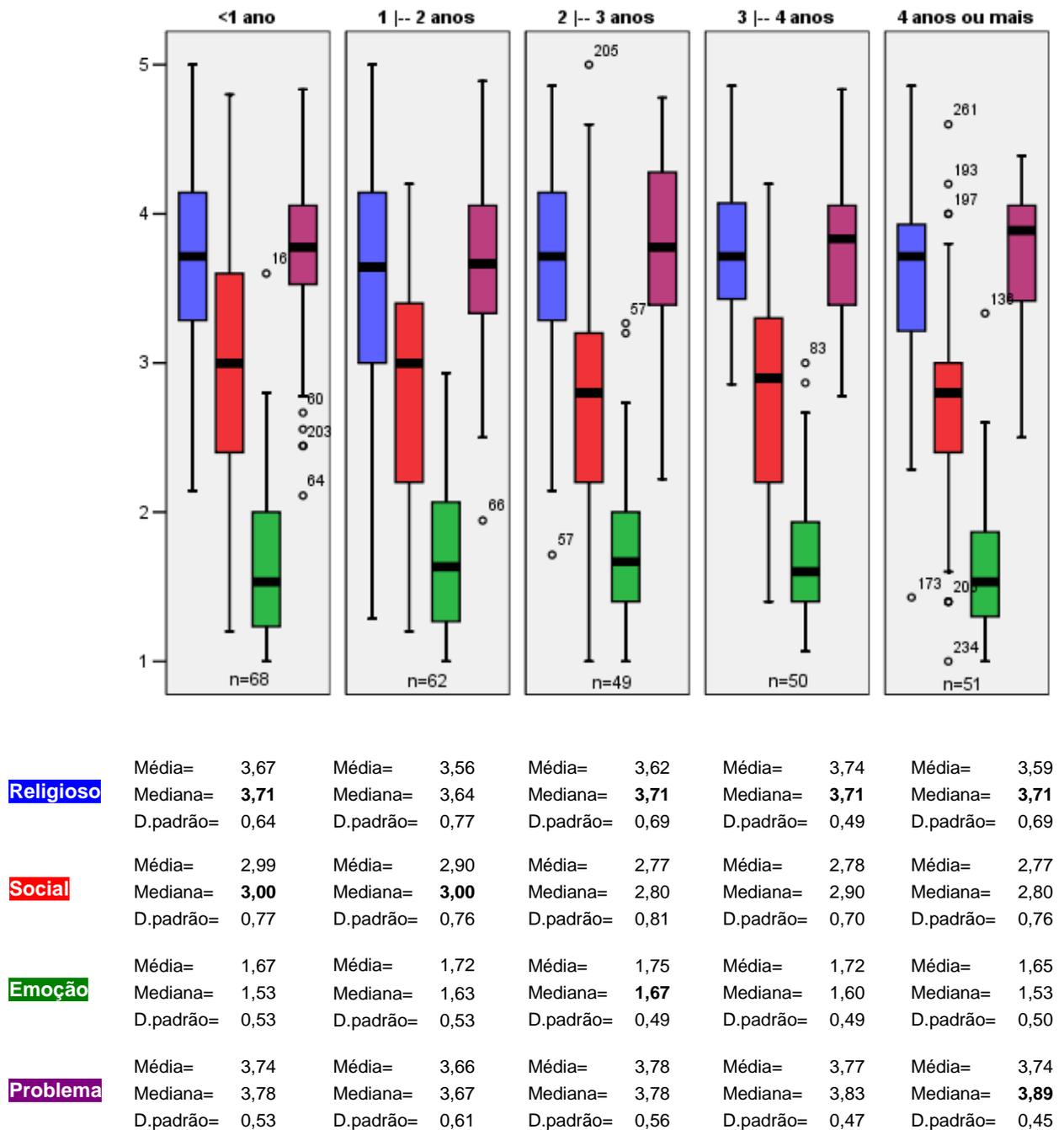


Figura 12. Estratégias de enfrentamento segundo tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Os dados da Figura 12 demonstram as estratégias de enfrentamento segundo tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia na amostra estudada. Observa-se que as maiores medianas das estratégias de enfrentamento com foco **religioso (3,71)** são semelhantes em praticamente todos os grupos exceto

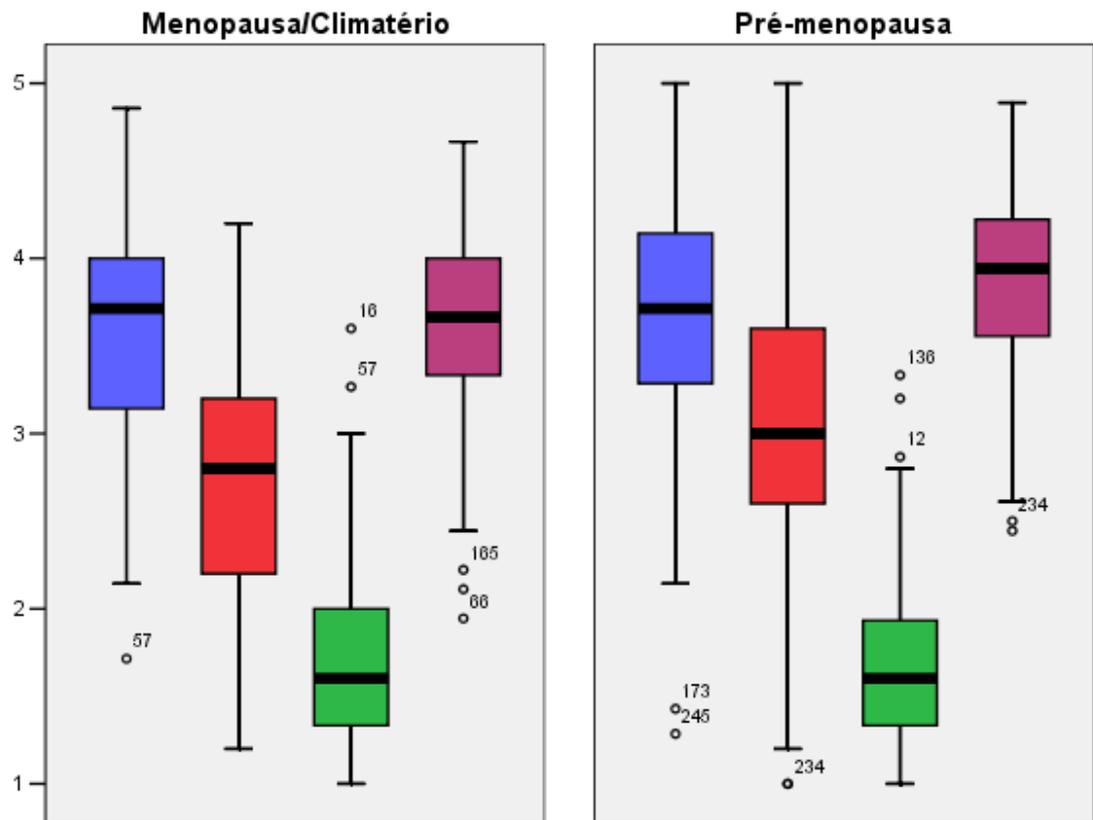
em mulheres com mais de 01 ano menos de 02. Já a busca de suporte **social** apresentou as maiores medianas (**3,00**) no grupo de mulheres com menos de 2 anos de tratamento. Quanto ao suporte social as mulheres com dois anos e menos de três, tiveram a maior mediana (**1,67**), enquanto que o foco no **problema** teve maior mediana (**3,89**) no grupo com 04 anos ou mais de tratamento localregional ou quimioterápico.

Tabela 15. **Estratégias de enfrentamento** segundo **tempo decorrido após o tratamento localregional e quimioterapia** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Tempo decorrido</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
<1 ano	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,64 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,64 x 0,53	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,53 x 0,64	0,325
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,77 x 0,53	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,53 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,53	0,53 x 0,53	0,000
1 -- 2 anos	Religioso x Social	3,64 x 3,00	0,77 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,64 x 1,63	0,77 x 0,53	0,000
	Problema x Religioso	3,67 x 3,64	0,61 x 0,77	0,547
	Social x Emoção	3,00 x 1,63	0,76 x 0,53	0,000
	Problema x Social	3,67 x 3,00	0,61 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,67 x 1,63	0,61 x 0,53	0,000
2 -- 3 anos	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,69 x 0,81	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,67	0,69 x 0,49	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,56 x 0,69	0,299
	Social x Emoção	2,80 x 1,67	0,81 x 0,49	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,80	0,56 x 0,81	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,67	0,56 x 0,49	0,000
3 -- 4 anos	Religioso x Social	3,71 x 2,90	0,49 x 0,70	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,49 x 0,49	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,47 x 0,49	0,440
	Social x Emoção	2,90 x 1,60	0,70 x 0,49	0,000
	Problema x Social	3,83 x 2,90	0,47 x 0,70	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,60	0,47 x 0,49	0,000
4 anos ou mais	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,69 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,69 x 0,50	0,000
	Problema x Religioso	3,89 x 3,71	0,45 x 0,69	0,218
	Social x Emoção	2,80 x 1,53	0,76 x 0,50	0,000
	Problema x Social	3,89 x 2,80	0,45 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,89 x 1,53	0,45 x 0,50	0,000

Na Tabela 15 encontram-se as relações do foco **religioso** com a busca de **suporte social** e o **religioso** com a **emoção**; verifica-se significância altamente significativa

($p=0,000$), ou seja, em todos os grupos de mulheres, independentemente do tempo transcorrido após o tratamento locorregional e quimioterápico, são utilizadas mais frequentemente as **práticas religiosas** como estratégia de enfrentamento do que o **suporte social** ou a **emoção**. Na relação do **problema** com a **religião**, não houve diferença altamente significativa, $p>0,05$, sendo assim, não há como inferir se essas mulheres utilizam mais frequentemente as **práticas religiosas** como estratégia de enfrentamento ou o foco no **problema**. Já a relação entre o foco **Social** e a **emoção** apresentou significância estatística, ($p=0,000$), ou seja, independente do tempo as mulheres buscam mais o **suporte social** do que o foco na **emoção**. Quanto à relação entre o **problema** e a busca de **suporte social** e o **problema** e o enfrentamento na **emoção**, houve diferença significativa, $p=0,000$, ou seja, as mulheres independentemente do tempo transcorrido após o tratamento locorregional e quimioterápico, utilizam mais frequentemente o foco no **problema** como estratégia de enfrentamento do que a busca de **suporte social** e a **emoção**.



	Média=	3,58	Média=	3,69
Religioso	Mediana=	3,71	Mediana=	3,71
	D. padrão=	0,64	D. padrão=	0,71
	Média=	2,72	Média=	3,04
Social	Mediana=	2,80	Mediana=	3,00
	D. padrão=	0,71	D. padrão=	0,79
	Média=	1,70	Média=	1,70
Emoção	Mediana=	1,60	Mediana=	1,60
	D. padrão=	0,52	D. padrão=	0,50
	Média=	3,62	Média=	3,87
Problema	Mediana=	3,67	Mediana=	3,94
	D. padrão=	0,53	D. padrão=	0,50

Figura 13. Estratégias de enfrentamento segundo fase de início do tratamento nas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

Observam-se na Figura 13 os dados referentes às estratégias de enfrentamento segundo a fase em que a mulher iniciou o tratamento. Os resultados demonstram que as maiores medianas (**3,71**) da estratégia de enfrentamento focalizadas na **religião** foram semelhantes em ambos os grupos, enquanto que a busca de **suporte**

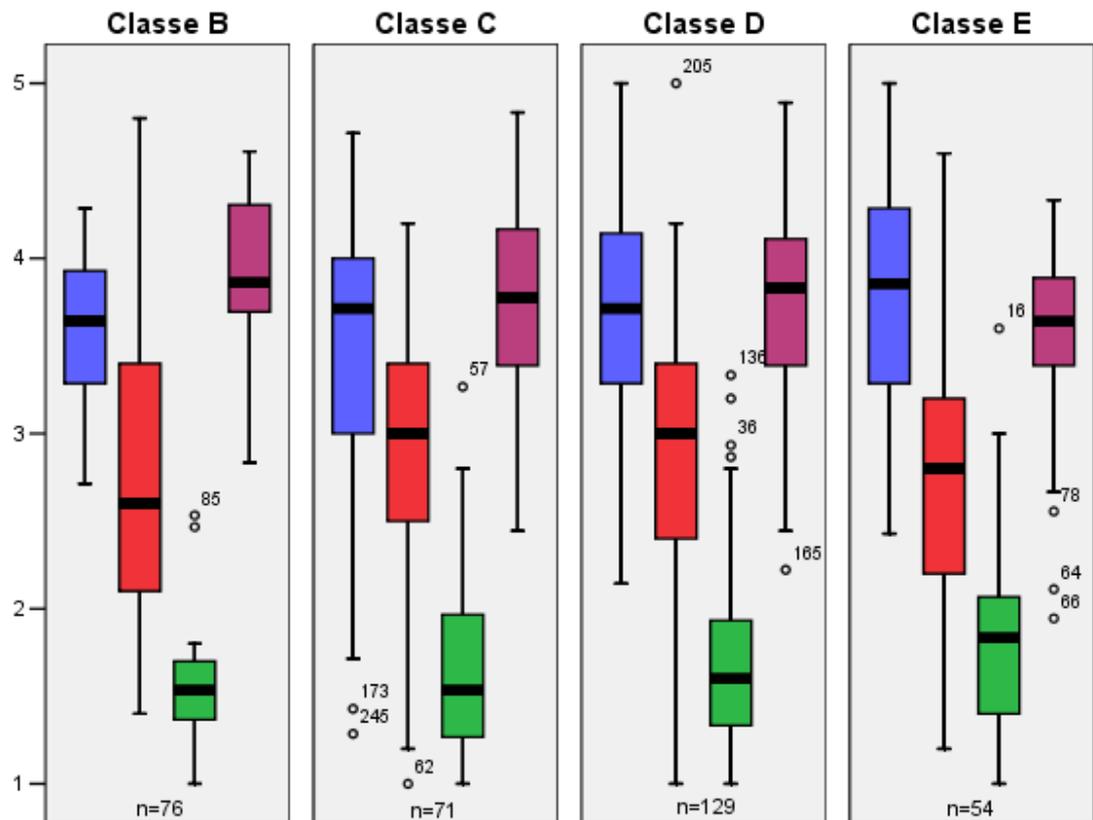
social teve maior mediana (**3,00**) no grupo de mulheres na menacme, já o foco na **emoção** apresentou mediana semelhante em ambos os grupos (**1,60**). A maior mediana (**3,94**) do foco no **problema** encontra-se no grupo de mulheres na menacme.

Tabela 16. Estratégias de enfrentamento segundo **fase de início do tratamento** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco –AFECC/HSRC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Fase de início do tratamento</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Menopausa/Climatério	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,64 x 0,71	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,64 x 0,52	0,000
	Religioso x Problema	3,71 x 3,67	0,64 x 0,53	0,439
	Social x Emoção	2,80 x 1,60	0,71 x 0,52	0,000
	Problema x Social	3,67 x 2,80	0,53 x 0,71	0,000
	Problema x Emoção	3,67 x 1,60	0,53 x 0,52	0,000
Pré- menopausa (Menacme)	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,71 x 0,79	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,71 x 0,50	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,71	0,50 x 0,71	0,035
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,79 x 0,50	0,000
	Problema x Social	3,94 x 3,00	0,50 x 0,79	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,60	0,50 x 0,50	0,000

A Tabela 16 apresenta a relação entre as estratégias de enfrentamento vivenciadas pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno e a fase de início do tratamento do câncer. Verifica-se que ao se relacionarem as estratégias de foco **religioso** e **social**, e o **religioso** com a **emoção**, houve significância estatística, **p=0,000**, ou seja, a mulher que iniciou o tratamento na menopausa ou na menacme utiliza mais as estratégias de enfrentamento **religioso** do que a busca de **suporte social** ou **emoção**. Da mesma forma ao se relacionar o foco **religioso** com o **problema**, no grupo de mulheres na menopausa/climatério, não houve diferença significativa (**p>0,05**), ou seja, não se pode afirmar qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada pelas mulheres que iniciam o tratamento na menopausa/climatério, se o foco na religião ou no problema. Quanto à relação entre o foco no **problema** e a **religião** no grupo de mulheres na menacme houve significância, (**p=0,000**), ou seja, a mulher na menacme vivencia mais as estratégias de enfrentamento no **problema** do que a busca de práticas religiosas. Ao relacionar-se o foco de **suporte social** com a **emoção** houve significância estatística

($p=0,000$), ou seja, as mulheres independentemente da fase de início de tratamento utilizam mais o **suporte social** do que a **emoção**, como estratégia de enfrentamento de problemas. A relação entre o **problema** e a busca de **suporte social** e o foco no **problema** e a **emoção**, apresentou-se altamente significativa ($p=0,000$), ou seja, as mulheres menopausadas, no climatério e na menacme fazem mais uso do foco no **problema** do que a busca de **suporte social e emoção**.



Religioso	Média=	3,61	Média=	3,48	Média=	3,66	Média=	3,77
	Mediana=	3,64	Mediana=	3,71	Mediana=	3,71	Mediana=	3,86
	D. padrão=	0,42	D. padrão=	0,76	D. padrão=	0,66	D. padrão=	0,61
Social	Média=	2,81	Média=	2,89	Média=	2,87	Média=	2,79
	Mediana=	2,60	Mediana=	3,00	Mediana=	3,00	Mediana=	2,80
	D. padrão=	1,02	D. padrão=	0,76	D. padrão=	0,73	D. padrão=	0,77
Emoção	Média=	1,59	Média=	1,69	Média=	1,68	Média=	1,78
	Mediana=	1,53	Mediana=	1,53	Mediana=	1,60	Mediana=	1,83
	D. padrão=	0,41	D. padrão=	0,52	D. padrão=	0,50	D. padrão=	0,55
Problema	Média=	3,94	Média=	3,73	Média=	3,77	Média=	3,58
	Mediana=	3,86	Mediana=	3,78	Mediana=	3,83	Mediana=	3,64
	D. padrão=	0,46	D. padrão=	0,56	D. padrão=	0,52	D. padrão=	0,51

Figura 14. Estratégias de enfrentamento segundo classe econômica das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 14 aponta as estratégias de enfrentamento segundo a classe econômica. Os dados mostram que a maior mediana (**3,86**) da estratégia de enfrentamento com foco na religião encontra-se no grupo de mulheres pertencentes à classe E. Já a busca de suporte social apresentou medianas semelhantes (**3,0**) nos grupos de

mulheres da classe C e D. Quanto à estratégia de enfrentamento na emoção foi encontrada a maior mediana (**1,83**) na classe E, e o foco no problema (**3,86**) na classe B.

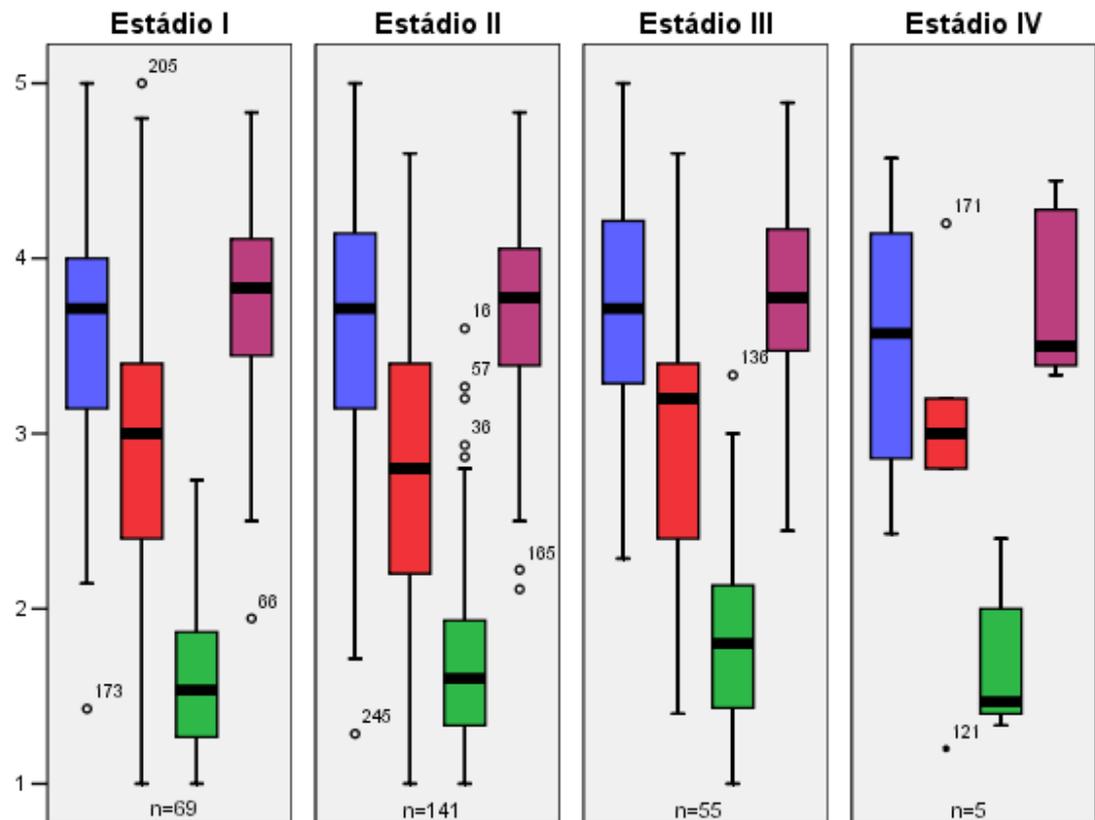
Tabela 17. **Estratégias de enfrentamento** segundo **classe econômica** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Classe econômica</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Classe B	Religioso x Social	3,64 x 2,60	0,42 x 1,02	0,007
	Religioso x Emoção	3,64 x 1,53	0,42 x 0,41	0,000
	Problema x Religioso	3,86 x 3,64	0,46 x 0,42	0,032
	Social x Emoção	2,60 x 1,53	1,02 x 0,41	0,001
	Problema x Social	3,86 x 2,60	0,46 x 1,02	0,001
	Problema x Emoção	3,86 x 1,53	0,46 x 0,41	0,000
Classe C	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,76 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,76 x 0,52	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,56 x 0,76	0,066
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,76 x 0,52	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,56 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,53	0,56 x 0,52	0,000
Classe D	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,66 x 0,73	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,66 x 0,50	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,52 x 0,66	0,105
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,73 x 0,50	0,000
	Problema x Social	3,83 x 3,00	0,52 x 0,73	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,60	0,52 x 0,50	0,000
Classe E	Religioso x Social	3,86 x 2,80	0,61 x 0,77	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,83	0,61 x 0,55	0,000
	Religioso x Problema	3,86 x 3,64	0,61 x 0,51	0,152
	Social x Emoção	2,80 x 1,83	0,77 x 0,55	0,000
	Problema x Social	3,64 x 2,80	0,51 x 0,77	0,000
	Problema x Emoção	3,64 x 1,83	0,51 x 0,55	0,000

A Tabela 17 compara as estratégias de enfrentamento segundo a classe econômica. Ao se relacionar as estratégias de foco **religioso** e **social** e o **religioso** com a **emoção**, observa-se que houve diferença altamente significância, ($p < 0,05$), ou seja, a mulher independentemente da sua classe econômica utiliza mais as estratégias de enfrentamento **religioso** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**. Já na relação entre o **problema** e o **religioso** houve diferença estatística ($p < 0,05$) no grupo de mulheres da classe econômica B, mas o mesmo não aconteceu nas classes C e D; dessa forma, as mulheres da classe B utilizam mais as estratégias com foco no **problema**, enquanto que no grupo de mulheres da classe C e D, não se pode afirmar se este grupo utiliza mais o foco na **religião** ou foco no **problema**. No

grupo de mulheres da classe E, ao relacionarmos a **religião** com o **problema**, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Ao relacionarmos o **suporte social** com a **emoção**, houve significância estatística ($p < 0,00$), ou seja, as mulheres nas classes B, C, D e E utilizam mais frequentemente as estratégias de busca de suporte social do que a emoção. Já a relação entre o foco no **problema** e o **suporte social**, e entre o **problema** e a **emoção**, apresentou-se muito significativa ($p = 0,000$), ou seja, as mulheres da classe B, C, D e E, utilizam mais as estratégias de enfrentamento com foco no **problema** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**.



Religioso	Média=	3,55	Média=	3,64	Média=	3,71	Média=	3,51
	Mediana=	3,71	Mediana=	3,71	Mediana=	3,71	Mediana=	3,57
	D. padrão=	0,75	D. padrão=	0,64	D. padrão=	0,63	D. padrão=	0,88
Social	Média=	2,87	Média=	2,82	Média=	2,93	Média=	2,88
	Mediana=	3,00	Mediana=	2,80	Mediana=	3,20	Mediana=	3,00
	D. padrão=	0,80	D. padrão=	0,76	D. padrão=	0,72	D. padrão=	1,08
Emoção	Média=	1,58	Média=	1,71	Média=	1,71	Média=	1,72
	Mediana=	1,53	Mediana=	1,60	Mediana=	1,80	Mediana=	1,47
	D. padrão=	0,41	D. padrão=	0,54	D. padrão=	0,54	D. padrão=	0,46
Problema	Média=	3,75	Média=	3,70	Média=	3,77	Média=	3,79
	Mediana=	3,83	Mediana=	3,78	Mediana=	3,78	Mediana=	3,50
	D. padrão=	0,57	D. padrão=	0,52	D. padrão=	0,52	D. padrão=	0,53

Figura 15. Estratégias de enfrentamento segundo estadiamento das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Yiza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

A Figura 15 ilustra as estratégias de enfrentamento segundo o estadiamento. Observa-se que a maior mediana (**3,71**) do foco no **religioso** é semelhante nos estádios I, II e III. A busca de **suporte social** e **emoção** apresentaram maiores medianas (**3,20**) e (**1,80**), respectivamente, no grupo de mulheres no estágio III. No

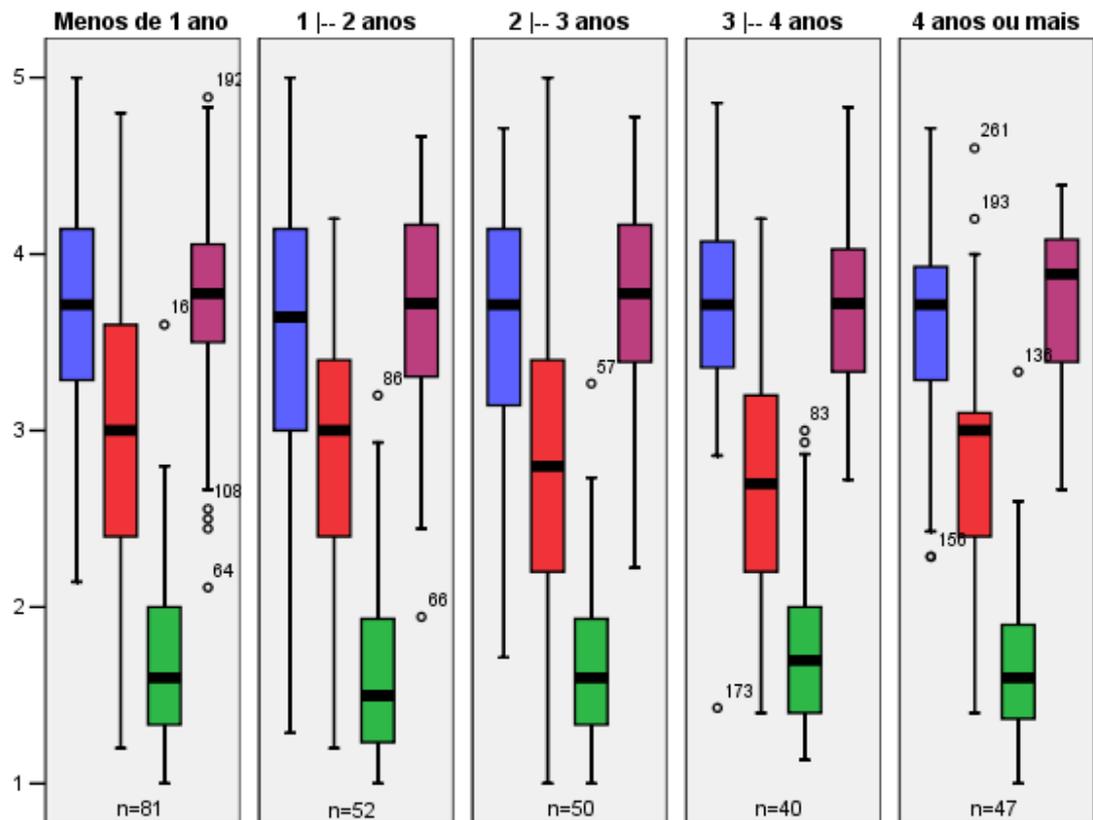
que se refere à estratégia de enfrentamento no **problema** foi encontrada maior mediana (**3,83**) no estágio I.

Tabela 18. **Estratégias de enfrentamento** segundo **estadiamento** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Estadiamento</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Estádio I	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,75 x 0,80	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,75 x 0,41	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,57 x 0,75	0,043
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,80 x 0,41	0,000
	Problema x Social	3,83 x 3,00	0,57 x 0,80	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,53	0,57 x 0,41	0,000
Estádio II	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,64 x 0,76	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,64 x 0,54	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,52 x 0,64	0,427
	Social x Emoção	2,80 x 1,60	0,76 x 0,54	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,80	0,52 x 0,76	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,52 x 0,54	0,000
Estádio III	Religioso x Social	3,71 x 3,20	0,63 x 0,72	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,80	0,63 x 0,54	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,52 x 0,63	0,600
	Social x Emoção	3,20 x 1,80	0,72 x 0,54	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,20	0,52 x 0,72	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,80	0,52 x 0,54	0,000
Estádio IV	Religioso x Social	3,57 x 3,00	0,88 x 1,08	0,104
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,47	0,88 x 0,46	0,043
	Religioso x Problema	3,57 x 3,50	0,88 x 0,53	0,500
	Social x Emoção	3,00 x 1,47	1,08 x 0,46	0,080
	Problema x Social	3,50 x 3,00	0,53 x 1,08	0,043
	Problema x Emoção	3,50 x 1,47	0,53 x 0,46	0,043

Os dados da Tabela 18 comparam as estratégias de enfrentamento segundo o estadiamento. Nota-se que, quando relacionamos as estratégias de enfrentamento **religioso** com a busca de suporte **social**, há diferença significativa, (**p=0,000**) no grupos de mulheres que apresentaram estadiamentos I, II e III, ou seja, elas utilizam mais as estratégia de foco nas práticas **religiosas**, do que o suporte **social**, já no grupo de estágio IV não houve significância (**p>0,05**); entretanto, ao examinar a relação entre o foco **religioso** e **emoção** houve significância estatística (**p=0,000**) em todos os grupos. Quanto à comparação entre o foco **problema** e o **religioso**, houve significância estatística (**p=0,000**) no grupo de mulheres no estágio I, ou seja, esse grupo utiliza mais o foco no **problema** que a **religião**; no entanto, nos demais grupos não foi significativo (**p>0,05**), não sendo possível no momento especificar qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada por essas mulheres. A

relação entre o **Social** e o **foco na emoção** foi significativo ($p=0,000$) no grupo com estádios I,II e III, contudo não houve significância ($p>0,05$) nas mulheres com estágio IV. Já o problema relacionado ao suporte social e a emoção apresentou significância estatística ($p=0,000$) em todos os grupos, ou seja, a mulher independentemente do estadiamento do câncer utiliza mais as estratégias de enfrentamento com foco no **problema** do que a busca de **suporte social** e a **emoção**.



	Menos de 1 ano	1 - 2 anos	2 - 3 anos	3 - 4 anos	4 anos ou mais
Religioso	Média = 3,69 Mediana = 3,71 D. padrão = 0,65	Média = 3,53 Mediana = 3,64 D. padrão = 0,78	Média = 3,60 Mediana = 3,71 D. padrão = 0,69	Média = 3,68 Mediana = 3,71 D. padrão = 0,63	Média = 3,64 Mediana = 3,71 D. padrão = 0,59
Social	Média = 2,98 Mediana = 3,00 D. padrão = 0,78	Média = 2,87 Mediana = 3,00 D. padrão = 0,75	Média = 2,83 Mediana = 2,80 D. padrão = 0,83	Média = 2,68 Mediana = 2,70 D. padrão = 0,68	Média = 2,82 Mediana = 3,00 D. padrão = 0,73
Emoção	Média = 1,71 Mediana = 1,60 D. padrão = 0,53	Média = 1,63 Mediana = 1,50 D. padrão = 0,51	Média = 1,69 Mediana = 1,60 D. padrão = 0,48	Média = 1,79 Mediana = 1,70 D. padrão = 0,53	Média = 1,69 Mediana = 1,60 D. padrão = 0,51
Problema	Média = 3,75 Mediana = 3,78 D. padrão = 0,54	Média = 3,70 Mediana = 3,72 D. padrão = 0,61	Média = 3,74 Mediana = 3,78 D. padrão = 0,54	Média = 3,69 Mediana = 3,72 D. padrão = 0,50	Média = 3,75 Mediana = 3,89 D. padrão = 0,44

Figura 16. Estratégias de enfrentamento segundo tempo em uso de tamoxifeno de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFEC. Vitória, mai. a set. 2008.

Os dados da Figura 16 demonstram as estratégias de enfrentamento segundo tempo em uso de tamoxifeno. Observa-se que as maiores medianas das estratégias de enfrentamento com foco **religioso (3,71)** são semelhantes em praticamente todos os grupos, exceto em mulheres com mais de 01 ano e menos de 02. Já a busca de suporte **social (3,00)** apresentou as maiores medianas no grupo de mulheres com

menos de 2 anos de tratamento e 4 anos ou mais. Quanto ao suporte social, as mulheres com dois anos e menos de três, tiveram a maior mediana (**1,70**), enquanto que o foco no **problema** teve maior mediana (**3,89**) no grupo com 04 anos ou mais de uso de tamoxifeno.

Tabela 19. **Estratégias de enfrentamento** segundo **tempo em uso de tamoxifeno** das mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco – HSRC/AFECC. Vitória, mai. a set. 2008.

<i>Tempo de uso</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>p-valor</i>
Menos de 1 ano	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,65 x 0,78	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,65 x 0,53	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,54 x 0,65	0,402
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,78 x 0,53	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,54 x 0,78	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,54 x 0,53	0,000
1 -- 2 anos	Religioso x Social	3,64 x 3,00	0,78 x 0,75	0,000
	Religioso x Emoção	3,64 x 1,50	0,78 x 0,51	0,000
	Problema x Religioso	3,72 x 3,64	0,61 x 0,78	0,172
	Social x Emoção	3,00 x 1,50	0,75 x 0,51	0,000
	Problema x Social	3,72 x 3,00	0,61 x 0,75	0,000
	Problema x Emoção	3,72 x 1,50	0,61 x 0,51	0,000
2 -- 3 anos	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,69 x 0,83	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,69 x 0,48	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,54 x 0,69	0,308
	Social x Emoção	2,80 x 1,60	0,83 x 0,48	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,80	0,54 x 0,83	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,54 x 0,48	0,000
3 -- 4 anos	Religioso x Social	3,71 x 2,70	0,63 x 0,68	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,70	0,63 x 0,53	0,000
	Problema x Religioso	3,72 x 3,71	0,50 x 0,63	0,809
	Social x Emoção	2,70 x 1,70	0,68 x 0,53	0,000
	Problema x Social	3,72 x 2,70	0,50 x 0,68	0,000
	Problema x Emoção	3,72 x 1,70	0,50 x 0,53	0,000
4 anos ou mais	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,59 x 0,73	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,59 x 0,51	0,000
	Problema x Religioso	3,89 x 3,71	0,44 x 0,59	0,443
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,73 x 0,51	0,000
	Problema x Social	3,89 x 3,00	0,44 x 0,73	0,000
	Problema x Emoção	3,89 x 1,60	0,44 x 0,51	0,000

Na Tabela 19 encontram-se as relações do foco **religioso** com a busca de **suporte social** e o **religioso** com a **emoção**. Verifica-se significância altamente significativa (**p=0,000**), ou seja, em todos os grupos de mulheres, independentemente do tempo

em uso de tamoxifeno, são utilizadas mais frequentemente as **práticas religiosas** como estratégia de enfrentamento do que o **suporte social** ou a **emoção**. Na relação do **problema** com a **religião**, não houve diferença altamente significativa, $p > 0,05$, sendo assim, não há como inferir se essas mulheres utilizam mais frequentemente as **práticas religiosas** como estratégia de enfrentamento ou o foco no **problema**. Já a relação entre o foco **Social** e a **emoção** apresentou significância estatística, ($p = 0,000$), ou seja, independentemente do tempo, a mulher busca mais o **suporte social** do que o foco na **emoção**. Quanto à relação entre o **problema** e a busca de **suporte social** e o **problema** e o enfrentamento na **emoção**, houve diferença significativa, $p = 0,000$, ou seja, a mulher utiliza mais frequentemente o foco no **problema** como estratégia de enfrentamento do que a busca de **suporte social** e a **emoção**.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo Identificar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno e examinar a relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis sócio-demográficas, clínicas e ginecológicas.

A caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo revelou predominância da faixa etária de 41-60 anos, indo ao encontro dos achados de outras pesquisas (LEAL, 2002; BRITO, 2004; INCA, 2007; OLYMPIO, 2008), que demonstram que, embora tenha se observado um aumento mundial da neoplasia mamária na faixa etária jovem, este tipo de câncer preferencialmente acomete mulheres após a quarta década. Com relação à situação conjugal, a maioria das mulheres é casada ou vivem com parceiros corroborando estudos realizados (MARABOTTI, 2003; BRITO, 2004; SILVA, 2005b).

No que se refere à escolaridade, a maior parte possui ensino fundamental incompleto, semelhantemente a estudos realizados (AMORIM, 1999; LEITE, 2003). Entretanto, vale ressaltar que **8,1%** das mulheres são analfabetas; os dados do IBGE (2007) apontam que 10% das pessoas de 15 anos ou mais são analfabetas, que 90% desses analfabetos encontram-se na faixa etária que recai sobre os idosos, sendo que do total de analfabetos, 40,1% são pessoas acima de 60 anos de idade, e o maior percentual de analfabetos entre 40 e 59 anos. Quanto ao maior número das participantes serem de procedência urbana, pesquisas (FOSSA, 2002; IBGE, 2004) afirmam que a maior parte da população vive em área urbana.

Outra característica relevante é a religião. Observa-se que houve predomínio da religião católica, dados coerentes, visto que, apesar do retrocesso da religião na década de 90, o catolicismo continua sendo a religião mais prevalente. Um dado interessante é o baixo percentual de pessoas sem religião (**3%**), correspondendo quase à metade em nível de Brasil, que corresponde a 5,1% (REUTERS, 2007). Esse achado pode estar relacionado ao fato de a religião ter uma função facilitadora no acesso à busca de suporte e integração social (SIEGEL e col, 2001), bem como, em caso de doenças crônicas, as pessoas costumarem recorrer à religião como forma de suporte emocional (ELLISON, 1994).

É necessário ponderar a predominância no estudo de mulheres da classe econômica **D** e renda familiar inferior a dois salários mínimos. Ferreira (2005) aponta que 50,3% da população economicamente ativa têm renda inferior a dois salários mínimos. Segundo este autor, quanto mais pobre a família, mais se exige de seus componentes independentemente da idade e sexo.

A maioria das participantes queixou-se de efeitos colaterais quanto ao uso do tamoxifeno e dentre os principais estão os fogachos; pesquisas (BERNARDES, 1998; FACCINA, 2003; INAKURA, 2004) citam esse efeito colateral como presente ao se fazer uso hormônio. Em estudo realizado por Fenlon e Rogers (2007) as participantes relataram que os fogachos afetam o corpo e todos os aspectos da vida da mulher, incluindo dormir, situações sociais, relacionamentos íntimos, e capacidade para o trabalho. Para esses autores o câncer de mama e a menopausa simultaneamente tornam mais difíceis o enfrentamento por parte das mulheres. Dessa forma, as técnicas cognitivas comportamentais podem aumentar o senso de controle e contribuir para o enfrentamento durante os fogachos.

Há vários tratamentos para o câncer de mama. Na amostra do presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres foi submetida a três tipos de tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Esse dado corrobora com estudo realizado por Brito e cols. (2005) ao verificarem que a maioria das mulheres com câncer de mama era submetida a tratamento local (cirurgia e radioterapia) e tratamento sistêmico (quimioterapia).

Quanto ao estadiamento, observa-se uma predominância de mulheres no estágio I e II, cerca de **78%**. Brito (2005) em seu estudo intitulado *assistência oncológica pelo SUS à mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro*, demonstra que 70,6% das mulheres com plano de saúde são diagnosticadas no estágio I e II, enquanto que nos Centros de Alta Complexidade Oncológica (CACON) esse achado foi de 46,4%, enquanto Trufeli (2008) destaca que (42,4%) de mulheres são diagnosticadas no estágio II. Makluf e cols (2006) afirmam que em nosso país a maioria dos casos de câncer de mama são diagnosticados nos estágios mais avançados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos estadiamentos. Para Thuler e Mendonça (2005) o estágio avançado da neoplasia mamária diminui a chance de sobrevida, compromete os resultados de tratamento e conseqüentemente

a perda da qualidade de vida. Dessa forma, verificamos que a maioria das mulheres com câncer de mama em uso de tamoxifeno atendidas no Hospital Santa Rita foram diagnosticadas precocemente (estadio I e II), o que favorece um melhor prognóstico.

Ao relacionarmos as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres, houve diferença altamente significativa (**p=0,000**) demonstrando que a estratégia cognitiva de enfrentamento mais utilizado pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno é o foco no problema, seguido das práticas religiosas, busca de suporte social e a emoção. Pesquisas realizadas (GIMENES, 2000; SEIDL, 2001; SEIDL, 2005a; BORCSICK, 2006; FARIAS, 2006), apontam médias mais elevadas no foco no problema e menor na emoção quando o estressor é a saúde. Santos (2007) em pesquisa intitulada Estresse e Estratégias de Enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde constatou que o grupo de pessoas sem estresse utilizava com mais frequência o foco no problema. Schimidt (2007) observou que as mães de crianças autistas utilizavam mais o foco no problema, ou seja, essas mulheres buscavam agir diretamente sobre o estressor, a fim de modificar suas características, demonstrando capacidade de lidar com as circunstâncias estressoras surgidas no cotidiano, seja no convívio familiar ou no ambiente social mais amplo.

A maior utilização da estratégia de enfrentamento com foco no problema demonstra que as mulheres estudadas apresentam uma maior aproximação e aceitação do problema através da aquisição, resgate e manutenção da força. Refere uma postura de apego à vida e busca da saúde, onde conhecer e aproximar-se do estressor facilita o planejamento para o seu enfrentamento (GIMENES, 2000). Marco (2007) complementa sugerindo que as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres com câncer de mama estão sendo eficazes, visto que as pacientes referem possibilidade de cura, aumento da vontade de viver e de aproveitar a vida.

Por outro lado, a menor utilização da estratégia de enfrentamento com foco na emoção pode indicar um aspecto positivo, visto que o foco na emoção, de acordo com as questões da Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas, aponta para um comportamento de esquiva, negação, auto-culpa, culpabilização do outro (SEIDL, 2001).

As duas principais estratégias de enfrentamento, foco no problema e religião, podem ser claramente observadas nos relatos das mulheres durante a entrevista semi-estruturada, apresentados a seguir:

“Depois de passar por essa experiência tento viver o presente, busco me tratar, pois não se sabe o que vem por aí. Você luta para viver bem, melhor. Sempre confiando em Deus que me dá o suporte” (47).

“Tendo fé em Deus e força” (58).

“Coloco minha saúde em primeiro lugar, participo da comunidade. Procuo ser mais feliz, aproveitando o tempo ao máximo, me permito mais tempo, antes pensava no trabalho apenas. Sinto que a vida me deu mais uma chance” (65).

“Enfrento com a cabeça erguida, comecei a fazer vários exames que antes não fazia” (122).

“Tenho fé, esperança, para que a doença não volte, mas se voltar vou lutar novamente. Tenho vontade de viver”(164).

“Sempre busco a Deus e sigo todo o tratamento, faço exercício no bairro” (205).

A estratégia de busca por suporte social também é apontada pelas participantes:

“Reunir com os amigos e viajar” (198).

“Apoio dos amigos e família e muita fé” (214).

“Apoio de toda família” (253).

“Só oração e ajuda dos familiares. Sigo as orientações médicas” (124).

A comparação das estratégias de enfrentamento segundo a faixa etária revelou que mulheres com idade entre 41 a 50 anos focalizam mais no problema ($p=0,000$), enquanto os demais grupos etários utilizam tanto o foco no problema e práticas religiosas, não se podendo afirmar qual dessas estratégias é mais utilizada, ($p>0,05$). Da mesma forma, podemos afirmar que independentemente da faixa etária da mulher, as estratégias menos utilizadas pela mulher correspondem ao suporte social e emoção. Esses dados vão de encontro aos achados por Seidl (2001) que afirma que pessoas mais jovens focalizam na emoção enquanto que pessoas mais velhas fazem uso mais da estratégia de enfrentamento com foco no problema.

Quanto à situação conjugal, apesar de pesquisas indicarem que viver com parceiro ou ser casada favorece a busca de suporte social (SEIDL, 2005b), este estudo demonstrou que independentemente da situação conjugal a mulher utiliza como principais estratégias de enfrentamento as práticas religiosas e o foco no problema, não sendo possível inferir qual dessas duas estratégias é mais predominante ($p > 0,05$). Vale ressaltar que após o foco no problema/religião, a busca de suporte social é mais freqüente, seguido da emoção, em todos os grupos de mulheres que vivem ou não com parceiro.

Pesquisas realizadas (SEIDL, 2001; SEIDL, 2005a; SEIDL, 2005b) evidenciam que pessoas com menos escolaridade utilizam mais práticas religiosas; dado semelhante foi encontrado neste estudo que demonstra que a escolaridade influencia na estratégia de enfrentamento, já que mulheres analfabetas utilizam mais o foco na religião ($p = 0,000$), enquanto mulheres com nível médio completo e superior focalizam mais no problema ($p = 0,000$).

Já a relação da religião com a estratégia de enfrentamento mostrou que a mulher independentemente do tipo de religião que possui ou mesmo se a mulher não tem religião, ela utiliza como principal modo de enfrentamento o foco no problema e práticas religiosas, não havendo diferença estatística entre estas duas estratégias; dessa forma não podemos inferir qual é mais comumente usada. Panzini (2007a), em estudo sobre o *coping* religioso/espiritual destaca que o *coping* religioso pode constituir uma ajuda ou obstáculo ao processo de enfrentamento, já que pode apresentar padrão positivo como, por exemplo, a busca de apoio espiritual e a redefinição benevolente do estressor, ou negativo, quando dúvidas são geradas sobre a influência do poder de Deus para interferir na situação estressora, delegando ao mesmo a resolução do problema. Seidl e cols (2005c), afirma que a busca da religiosidade acontece em situações percebidas como incontroláveis, como uma doença crônica grave, cujo tratamento é complexo.

No que se refere ao local de residência, constata-se que mulheres que residem em área urbana focalizam mais no problema. Este dado pode estar associado ao grau de escolaridade da mulher, já que segundo dados do IBGE (2007), a área urbana possui maior nível de escolaridade, apresentando em área rural uma taxa de analfabetismo três vezes maior que no meio urbano.

No grupo de mulheres que pertencem à classe B e têm renda familiar igual ou superior a três salários mínimos, houve maior utilização da estratégia de enfrentamento com foco no problema e menor na emoção. Dados do IBGE (2007) afirmam que quanto mais anos de estudo maiores são as chances de estar formalmente empregado, bem como melhor a renda. Da mesma forma Holzacker (2007) refere que a escolaridade é diretamente proporcional à classe econômica.

Dessa forma, podemos inferir que mulheres de classe B e com renda superior a três salários mínimos, possuem menos dificuldades financeiras e apresentam maior escolaridade, utilizando mais frequentemente o foco no problema. Sawel (1997) afirma que dificuldade sócio-econômica pode gerar um maior número de estressores que repercute de forma negativa sobre o bem-estar psicológico, levando a mulher a um afastamento do estressor (doença), dificultando as habilidades de enfrentamento.

O PREMMA é um grupo onde a mulher tem a oportunidade de receber cuidados e orientações interdisciplinares, além de ser um espaço que oportuniza a mulher a partilhar, conhecer outras mulheres que como ela vivencia o câncer de mama, nas diferentes fases da doença. Resende (2006) afirma que a busca de suporte social ajuda a aumentar a adaptação da pessoa por meio do manejo da emoção, da orientação afetiva e redução do isolamento. Andrade (2002) complementa pontuando que o suporte social favorece o comportamento da saúde assim como as relações sociais, melhorando a organização da identidade e da inter-relação. Verifica-se que as mulheres que não participam do PREMMA vivenciam mais as estratégias de enfrentamento com foco no problema ($p=0,000$), enquanto as que participam focalizam tanto no problema quanto religião ($p>0,05$). Para Silva (2005b) as mulheres que buscam focalizar nas estratégias de enfrentamento com foco no problema não buscam ativamente o suporte emocional.

O câncer de mama traz consigo repercussões psicológicas associadas ao adoecer, afetando o ajustamento psicossocial e prejudica a qualidade de vida da mulher acometida. Sendo assim, o planejamento terapêutico da paciente com câncer deve incluir um conjunto de cuidados, assim como a reabilitação, com principal objetivo de melhoria da qualidade de vida (ROSSI, 2003).

A relação entre as estratégias de enfrentamento e a presença ou não de efeitos colaterais pelo uso do tamoxifeno, identificou que mulheres que não apresentaram efeitos colaterais utilizaram predominantemente o foco nas práticas religiosas. Pesquisas realizadas (GUIMARAES, 2007; PAZZINI, 2007b), afirmam que a religiosidade/espiritualidade tem forte impacto sobre a saúde física e mental.

Quanto aos tratamentos realizados, a maioria das mulheres foi submetida a cirurgia e tratamentos complementares como radioterapia e quimioterapia. Observou-se que as mulheres em uso de tamoxifeno submetidas apenas a cirurgia focalizam mais no problema ($p=0,000$); já as que foram submetidas aos demais tratamentos utilizam predominantemente o foco no problema e a religião ($p>0,05$) não sendo possível determinar qual dessas duas estratégias normalmente é mais utilizada. A mulher submetida a outros tratamentos além da cirurgia, além da perda da mama, realiza o tratamento complementar que muitas vezes impõe a mulher perda de cabelo, perda de fertilidade, entre outros efeitos colaterais, e fragiliza ainda mais a mulher (WANDERLEY, 1994; ROSSI, 2003). Isso pode justificar o foco no problema e a busca da religião no grupo de mulheres submetidas além da cirurgia aos tratamentos complementares, já que a religião tem um papel importante como fonte de suporte e integração social (SIEGEL e cols., 2001).

O tipo de cirurgia relacionado à estratégia de enfrentamento mostra uma predominância da utilização do foco no problema e religião, não sendo possível afirmar qual é mais comumente utilizada ($p>0,05$), seguida da busca de suporte social e emoção. De acordo Conhen (2000) mulheres submetidas a cirurgia conservadora apresentam menor co-morbidade psicológica do que as pacientes submetidas a cirurgia radical. Em estudo realizado por Orval e cols. (1998), verificou-se que mais da metade das mulheres com idade inferior a 50 anos, que era submetida à mastectomia radical, apresentavam um alto nível de sofrimento, quando comparadas às mulheres submetidas à cirurgia conservadora. Dessa forma, a não significância ($p>0,05$) entre o foco no problema e religião poderia se justificar devido ao acometimento total ou parcial da perda da mama e de aspectos femininos e expor a paciente a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta (CANTINELLI, 2006) além da

influência dos aspectos religiosos como auxiliares na cura e tratamento de doenças (FARIAS, 2006).

O tempo decorrido após o tratamento loco-regional e o tempo em uso de tamoxifeno comparado às estratégias de enfrentamento mostram maior uso do foco no problema e religião ($p > 0,05$), não sendo possível definir qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada, seguida da busca de suporte social e emoção. Apesar de Gimenes (2000) afirmar que a mulher com câncer de mama durante o decorrer da doença, ou seja, desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e até a reincidência ou cura da doença, vivencia diversas estratégias de enfrentamento, não foi observado mudança quanto à prevalência dos focos mais utilizados, foco no problema e religião, que permaneceram sendo os mais prevalentes independentemente do tempo de tratamento loco-regional, quimioterápico e tempo em uso de tamoxifeno.

No que se refere à fase de início de tratamento com tamoxifeno, verificamos que mulheres na menopausa/climatério vivenciam mais as estratégias com foco no problema e religião ($p > 0,05$); já as mulheres na menacme buscam predominantemente o enfrentamento com foco no problema ($p = 0,000$). Mulheres na menacme muitas vezes podem entrar em menopausa prematura durante o tratamento inicial do câncer de mama, com conseqüente perda da capacidade de ter filhos e início da sintomatologia de menopausa. Vasconcelos (1992) aponta que a avaliação cognitiva redimensiona a experiência vivenciada. Observa-se que apesar dos efeitos devastadores produzidos pelo tratamento, as mulheres possuem uma postura de aproximação, aceitação e planejamento de estratégias de enfrentamento com foco no agente estressor, ou seja, foco no problema.

Quanto ao estadiamento, as mulheres diagnosticadas no estágio I utilizam mais frequentemente as estratégias com foco no problema, ($p = 0,000$), enquanto que as demais mulheres diagnosticadas nos estágios II e III focalizam mais na religião e no problema; já as que possuem estadiamento IV não apresentaram nenhuma estratégia predominante. Trufeli e cols. (2008) afirmam que o estadiamento da doença é um fator importante na instituição do tratamento. Os estágios III e IV são os estágios mais avançados da doença, podendo representar um mau prognóstico (MAKLUF, 2006). Abreu e Koifman (2002) complementam afirmando que o tamanho

do tumor no momento do diagnóstico é um fator determinante na indicação do tratamento conservador. Sendo assim a mulher diagnosticada em estágio avançado tem menos chance de sobrevida, o tratamento é comprometido e a mesma apresenta menor qualidade de vida (THULER; MENDONÇA, 2005). Dessa forma mulheres em estágio mais avançado, podem ser submetidas a uma gama maior de tratamentos, que acarretam efeitos físicos e danos ao organismo seja pelo tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico, bem como os sentimentos com relação a alterações da imagem corporal, o que pode explicar a busca por diferentes estratégias de enfrentamento, não havendo a predominância de um foco.

5. CONCLUSÃO

A partir dos objetivos propostos e resultados apresentados concluímos que:

- Como estratégias de enfrentamento foram mais utilizadas aquelas com o foco no problema, seguida das práticas religiosas, busca de suporte social e emoção.
- As variáveis sócio-demográficas, clínicas e ginecológicas apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as seguintes estratégias:
 - Religião e a busca de suporte social;
 - Religião e a emoção;
 - Busca de suporte social e a emoção;
 - Foco no problema e a busca de suporte social;
 - Foco no problema e a emoção.
- A estratégia de enfrentamento com foco no problema foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) nos seguintes grupos:
 - Faixa etária de 41 a 50 anos;
 - Nas que possuem ensino médio ou superior completo;
 - Submetidas apenas a cirurgia;
 - Diagnosticadas no estágio I;
 - Procedentes de área urbana;
 - Renda familiar igual ou superior a 03 salários mínimos;
 - Classe Econômica B;
 - Início do tratamento do câncer de mama na menacme;
 - Não participam do PREMMA.
- A estratégia de enfrentamento com foco na religião foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) nos seguintes grupos:
 - Analfabetas;
 - Mulheres que não apresentaram efeitos colaterais quanto ao uso do tamoxifeno.

6. SUGESTÕES

Os resultados desta pesquisa levam a propor as seguintes sugestões:

- O desenvolvimento de pesquisa de caráter longitudinal junto a estas mulheres, de tal forma que possibilite a investigação das modificações ou permanência das estratégias de enfrentamento ao longo do tempo;
- Treinamento e capacitação dos profissionais, visto a importância de escutar a mulher neste momento que ela vivencia o processo de adaptação à doença e ao meio externo. Sendo assim, o profissional deve ser capaz de atender e compreender as demandas da mulher, a fim de proporcionar uma recuperação mais rápida dessas mulheres;
- Reestruturação dos serviços de saúde para atender às novas demandas psicossociais que possam surgir no decorrer da doença, visando à integralidade e melhor assistência.

5- REFERÊNCIAS

ABREU, E. KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n.1, p.113-31, 2002.

AMORIM, M.H.C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia do câncer de mama**. 1999.142f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio Social redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**. 2003. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. Acesso em: 05 de fev de 2008.

BERGLUND, G. BOLUND, C. et al. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: A prospective randomized study. **J. Clin. Onc.**, v.19, p.2788-96, 2001.

BERNARDES JR, J. R. M. de, et al . Estudo da atividade hormonal de mulheres tratadas com tamoxifeno no menacme. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 11 2008.

BORCSIK, S.P.L. **Avaliação da ansiedade e do enfrentamento de executivos em situação de desemprego**. 2006. 63 f. dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, 2006.

BRADLEY CJ, GIVEN CW, ROBERTS C. Race, socioeconomic status, and breast cancer treatment and survival. **J Natl Cancer Inst.**, v.94, n.7. p.:490-6. 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por Câncer no Brasil 1979-1999**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: Documento de Consenso. Inca, abril, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/> . Acesso: 06 jul. de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/> . Acesso: 18 fev. de 2008.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Public care for breast cancer women in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php> . Acesso em: 11 Oct 2008.

BRITO, N. M.B.; KABACZNIK, A.; COSTA, A. N.; BARDIER, A. M. O.; SILVA, D. S; COQUEIRO, R B. Perfil epidemiológico das pacientes com neoplasia maligna de mama atendidas no Hospital Ofir Loyola. **Rev. para. Méd.**; Vol.18, n.3, p. 49-54, 2004.

CANTINELLI, F. e cols. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. psiquiatr. clín.** , São Paulo, v. 33, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 18 2008.

COBERLLINI, V. L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor desconhecido. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v. 22, n. 1, 2001.

COHEN L, HACK TF, MOOR C, KATZ J, GOSS PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in woman after breast cancer treatment. **Ann Surg Oncol.**, 2000; v. 7, n.6, p:427-34.

ELLISON, C. G. (1994). Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. In J. S. Levin (Ed.), **Religion in aging and health** (pp. 78-12).

FACINA, Gil et al . Effects of different tamoxifen doses on mammary epithelium proliferation. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 18 Feb 2008.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 15 2008.

FENLON, D. R. *PhD, RGN; ROGERS, A. E.* The Experience of Hot Flushes After Breast Cancer. **Cancer Nursing**. Vol. 30, n.4, pg19-26, 2007.

FERREIRA, J.C. **Trabalho Infantil e a Luta contra a Miséria**. OIT, [s.d] 2005. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/> Acesso em: 12 de out. 2008.

FERREIRA, M. S. L. M. A mulher mastectomizada e suas preocupações: experiências de um trabalho multiprofissional. **Revista de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia** (Goiás: Editorial Moreira Júnior), v. 8, n.6, 1993.

FISHER, B.; POWLES, T.J.; PRITCHARD, K.J. Tamoxifen for the prevention of breast cancer. **Eur J Cancer**. V. 36, p. 142-150, 2000.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. **Estresse, appraisal, and coping**. Nova York: Springer, 1984.

FONSECA, L. A. M. , 1995. A evolução das doenças neoplásicas. In: **Velhos e novos males da saúde no Brasil** (C. A. Monteiro, org.) São Paulo: Editora Hucitec.

FOSSA, M.G.R.; FRANÇA, M.C. **Uma Avaliação dos Critérios de Classificação da População Urbana e Rural**, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/>. Acesso em: 12 de outubro.

FUNGHETTO, S.S.; TERRA, M.G.; WOLFF, L.R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 5, 2003.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A. Breast cancer screening in Brazil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 25 Nov 2007.

GIANOTTI, I. A.; et al. Correlação entre diagnóstico por imagem e histologia de lesões não palpáveis de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n.1, p.87-90. 2001.

GIMENES, Maria da Glória G.(org). **A mulher e o câncer**. São Paulo, Editoria Livro Pleno, 2000.

GROUP, EBCTC. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. 133 randomised trials involving 31,000 recurrences and 24,000 deaths among 75,000 women. **Lancet**, v.339, p. 1-15, 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> Acesso em: 05 fev 2008.

GUIMARAES, H.P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. psiquiatr. clín.** , São Paulo. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 15 de out. 2008.

HALBE, H. W. et al. Epidemiologia do climatério. **Revista Sinopse de Ginecologia e obstetrícia**, n.2, p.36-39, 2002. Disponível em: http://www.drcarlos.med.br/epid_climat.html Acesso em: 11 mar 2008.

HOLZHACKER, D. O.; BALBACHEVSKY, E. Classe ideologia e política: uma interpretação dos resultados das eleições de 2002 e 2006. **Rev Opinião Pública**, Campinas, vol. 13, nº 2, Novembro, 2007, p.283-306. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 07 Set. 2008.

IBGE. **Censo Demográfico de 2000**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas.cdruldefcult.asp> Acesso em: 12 de set. 2008.

IBGE. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD: Síntese de indicadores 2007**. Rio de Janeiro, 2007.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**: microdados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Índices de Preços, 2004.

IWAKURA, M. S.; FONTES, R. **Uso do tamoxifeno no tratamento da tireoidite de Riedel: relato de um caso**. Arq Bras Endocrinol Metab, Dec. 2004, vol.48, no.6, p.903-908. ISSN 0004-2730.

JAMISON, K.; WELLISCH, D.; PASNAU, R. Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. **American Journal of psychiatry**.135, 432-436, 1978.

LEAL, C. S.; SANTOS, K.R.R.A.; NUNESMAIA, H.G.S. Características epidemiológicas do câncer de mama no Estado do Paraíba. **Rev. Bras. Mast.**, v.12, n.12, 2002. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/> Acesso em: 12 de out. 2008.

MARABOTTI, F; COMÉRIO, T. **Levantamento no programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas - Premma - sobre o uso de álcool**. 2003. 63 p. Monografia – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

MAGUIRE, P. Psychiatric problems after mastectomy. In P.C. Brand & P.A. Van Keep. Breast cancer: Psychological aspects of early detection and treatment. **Baltimore**: University Park Press, 1976.

MAHONEY, J.M.O.; CARROLL, A.R. The Impact of Breast Cancer and Its Treatment on Marital Functioning. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 4, n. 4, 1997.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n.1, 49-58.

MALUF, M. F.M.; MORI, L. J.; BARROS, A. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n.2 p. 149-154, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/> Acesso em: 18 ago. 2007.

MARCO, G. M. **Mulheres com câncer de mama na meia idade: enfrentamento e auto-avaliação de saúde**. 2007. 144 p. Dissertação apresentada a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MATHIAS, C. O impacto do diagnóstico e tratamento do câncer de mama na função sexual. **Rev. Prática Hospitalar**. Ano. 07, n.41, 2005. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/>. Acesso em: 05 fev. 2008.

MELO, E. M.; ARAÚJO, T. L.; OLIVEIRA, T. C.; ALMEIDA, D. T. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na

perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 48, p. 21-28, 2002. Disponível em : <http://www.inca.gov.br/> Acesso em: 18 ago. 2007.

MORRIS, T.; GREER, H. S.; WHITE, P. Psychological and social adjustment to mastectomy: a two year follow-up study. **Cancer**. 40, 2381-2387, 1977.

OLIVEIRA, V.; ALDRIGHI, J. M.; RINALDI, J. F. Quimioprevenção do câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v. 52, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 18 Fev 2008.

OLYMPPIO, P.C.A.P. **Níveis de imunoglobulina A salivar, ansiedade, estresse e depressão de mulheres mastectomizadas em uso de tamoxifeno**.122f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2008.

ORVAL, M.; MAUNSELL, E.; DESCHENES, L.; BRIS-SON, J. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. **Câncer**, 1998; v.83, n.10, p.:2130-8.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso Editores. 2002.

PAIVA, C.E. e cols. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. **Rev Bras Cancerologia**, v.48, n.2. p.231-237, 2002.

PANZINI, R.G; BANDEIRA, D.R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE1): Elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2007a.

PANZINI, R.G; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P.A; Qualidade de vida e religiosidade. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007b.

PARGAMENT, K. I., SMITH, B. W., KOENIG, H. G.; PEREZ, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 1, 710-724, 1998.

POWLES, T.J. KANIS, J. A et al. Effect of tamoxifeno on bone mineral density measured by dual-energy x-ray absorptiometry in healthy premenopausal and postmenopausal women. **J. Clin. Oncol.**, v. 14, p. 78-84, 1996.

Proporção de católicos no Brasil pára de cair. **Reuters on line**. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: http://www4.fgv.br/cps/simulador/site_religioes2/Clippings/jc291.pdf . Acesso em: 20 de jun. 2008.

RAMOS, A.S.; PATRÃO, I. Imagem corporal da mulher com câncer de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. **Análise psicológica**. v.3, p.295-304, 2005.

REGIS, M.F.S.; SIMÕES, S.M.F. Diagnóstico de Câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Rev. Eletrônica de enfermagem**, v.

07, p. 81-86, 2005. Disponível em : www.fen.ufg.br/revista.htm Acesso em: 01 jun. 2007.

RESENDE, M. C.; BONES, V. M.; SOUZA, I. S.; GUIMARÃES, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicologia para América Latina**, 5, 2006, Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br>. Acesso em: 10 de out. 2008.

ROSSI, L.; SANTOS, M. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p.32-31, 2003.

SANTOS, A.F.; ALVES JUNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicol. Reflex. Crit.** , Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 15 de out 2008.

SCHMIDT, C.; DELL'AGLIO, D.D.; BOSA, C.A. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. **Psicol. Reflex. Crit.** , Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 15 de out. 2008.

SEGAL, M. S. (1984). **Desfazendo mitos**. São Paulo: Ágora.

SEIDL, E.M.F.; TROCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C.. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 24 abril 2007.

SEIDL, E.M.F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 29 maio 2007.

SEIDL, E.M.F.; TROCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Maringá, v. 18, n. 2, p.188-195, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 14 maio 2007.

SEIDL, E. e cols . Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.** , Brasília, v. 21, n. 3, 2005c. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.com.br> Acesso em: 15 de out. 2007.

SIEGEL, K., ANDERMAN, S. J. & SCHRIMSHAW, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, 16, 631-653.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da, MARTINEZ, Alessandra. Diferença em nível de estresse em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. **Psicol. Estud.**, Campinas, v. 22, n. 1, 2005a.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama**. 2005b. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005b.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a Mastectomia**. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal. Ceará.1998.

SILVEIRA, I.L. da. e cols. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.9, n.8, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 07 setembro 2008.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística Médica**. 2. ed. Minas Gerais: COOPMED, 2002.

SOWELL, R. L., SEALS, B. F., MONEYHAM, L., DEMI, A., COHEN, L. & BRAKE, S. (1997). Quality of life in infected women in the south-eastern United States. **AIDS Care**, 9, 501-512

SPRITZER, P.M.; WENDER, M.C.O. Hormone therapy in menopause: when not to use. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 51, n. 7, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 17 Fev 2008.

THORS, C.L.; JACOBSEN, P.B. Sexual functioning in breast cancer survivors. **Cancer control.**, V.8,p.. 442-48, 2001. Disponível em: <http://www.moffitt.org/moffittapps/ccj/v8n5/pdf/442.pdf> Acesso em: 03 de Fev 2008.

THULER, L.C.S.; MENDONCA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 15 de set. 2008.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. **Como Fazer Teses em saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, 2001.

TRENTINI, M.; SILVA, SHVALLE M.L. Enfrentamento situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Jan-Fev; v.13, n.1, 2005.

TRUFELLI, D.C.; MIRANDA, V.C.; SANTOS, M.B.B. et al. Analysis of delays in diagnosis and treatment of breast cancer patients at a public hospital. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.54, n.1, p.72-76. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 15 de set. 2008.

VASCONCELLOS, E.G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, L. **Psicologia e odontologia uma abordagem integradora**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1992. cap 2, p.25-35.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy, 1994. p. 95-101.

ZAKIR, N. S. (2003). Mecanismos de coping. In M. E. N. Lipp (Ed.), **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínica**. p. 93-98. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Franciéle Marabotti Costa Leite, sou enfermeira e aluna do curso de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva – UFES. Sou pesquisadora-responsável de um estudo que tem por objetivo identificar as estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. A partir desse conhecimento, teremos condições de traçar estratégias de intervenção com a finalidade de ajudá-las neste processo.

A orientadora da pesquisa é a Prof^a Dr^a Maria Helena Costa Amorim, enfermeira e professora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Para realização da pesquisa estamos solicitando a colaboração de todas as mulheres atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia que tiveram o diagnóstico de câncer de mama e faz uso de tamoxifeno. Você faz parte deste grupo que pretendemos avaliar e gostaríamos de poder contar com sua colaboração.

Para participar deste estudo você deve estar ciente de que:

- 1) Sua participação é voluntária e uma recusa não trará prejuízo no seu atendimento.
- 2) Você não será identificada no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido.
- 3) As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos.
- 4) Caso aceite, você será primeiramente entrevistada, em uma sala reservada, e responderá as questões sobre sua vida pessoal, familiar, social e sobre o adoecimento e tratamento.
- 5) A entrevista será realizada em um único encontro e durará cerca de 1 hora. A última pergunta a ser realizada, será gravada para que possamos ter a certeza de que nada do que você disse foi esquecido.
- 6) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo.
- 7) Você é livre para desistir da participação no trabalho a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer prejuízo.

Caso você queira falar comigo, meu telefone é (27) 3227-0263/9989-6503. Meu endereço é: Rua Manoel Messias dos Santos, 159, Maruípe, Vitória/ES.

Se quiser entrar em contato com a pesquisadora-orientadora, ela pode ser encontrada em sua sala, no Departamento de Enfermagem da UFES, em horário comercial (fone 3335-7280).

Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____
_____ Tel: _____, aceito participar desse estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo para meu atendimento.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Vitória, _____ de _____ de 2008.

Assinatura da Participante: _____

Assinatura do pesquisador/responsável _____

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DADOS DE CARACTERIZAÇÃO GERAL DA CLIENTE

Nº no estudo: _____

MV: _____

Nº do prontuário: _____

1-Faixa etária:

- 31 até 40 anos
- 41 até 50 anos
- 51 até 60 anos
- 61 a 70 anos
- 71 ou mais

2- Situação Conjugal:

- Solteira
- Casada/vive como casada
- Divorciada
- Separada
- Viúva
- outros

3- Escolaridade

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

4- Religião

- Católica
- Espirita
- Sem religião mas espiritualizado
- Evangélica
- Duas ou mais religiões simultâneas
- Ateu/Agnóstico
- Outra: _____

5 - Local de residência: () urbano () rural

6 – Renda familiar

- () 1 | 2 salários mínimos
- () 2 | 3 salários mínimos
- () 3 | 4 salários mínimos
- () 4 salários mínimos
- () Não referiu
- () Não sabe

7 - Participa do premissa

- () SIM
- () NÃO

APÊNDICE C

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-GINECOLÓGICA DA CLIENTE

Nº no estudo: _____

MV: _____

Nº do prontuário: _____

1- Tempo de uso do tamoxifeno:

- <1 ano
- 1 | 2 anos
- 2 | 3 anos
- 3 | 4 anos
- 4 | 5 anos
- 5 anos

2- Aparecimento de efeito colateral após o uso de tamoxifeno

- Sim Não

Se afirmativo. Quais

- Fogachos
- Náuseas e vômitos
- Alterações menstruais
- Aumento de peso
- Alterações visuais
- Alterações endometriais e hepáticas.
- Outros _____

3- Tempo de diagnóstico: _____

4-Tratamentos realizados

- Cirurgia
 - Conservadora
 - Total

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Hormonioterapia

5 – Tempo decorrido após o tratamento loco-regional e quimioterapia

- <1 ano
- 1 | 2 anos
- 2 | 3 anos
- 3 | 4 anos
- 4 | 5 anos
- > 5anos

6- Estadiamento – () I () II () III () IV

7 - Quando iniciou o tratamento para o câncer estava em que fase:

() Menopausa () Climatério () Menacme

ANEXOS

EMESCAM

A extensão do conhecimento

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "**Estratégias de Enfrentamento Vivenciadas por Mulheres com Diagnostico de Câncer de Mama em Uso de Tamoxifeno**", cadastrado com o Nº **037/2008**, do pesquisador responsável "**Maria Helena Costa Amorim**", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 28/04/2008.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de 28/04/2009, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 28 de Abril de 2008.

Dr. Elisardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

Prof. Dr. Elisardo Corral Vasquez



Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - CEP: 29045-402
Tel.: (27) 3334-3510 • www.emescam.br

ANEXO B

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	3
Superior completo	5

Cortes do critério Brasil

CLASSE	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30- 34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

ANEXO C

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP

NOME: _____ **Data:** ___/___/___

As pessoas reagem a diferentes formas a situações difíceis e estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

		1 Nunca	2 Um pouco	3 às Vezes	4 muito	5 sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuro um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselhos a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8	Eu rezo/oro					
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesma; eu fico falando comigo mesma o que deve fazer.					
13	Desconto em outras pessoas.					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas a minha vida					
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão					

	de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe esse problema para mim					
23	Eu me sento mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Eu estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral					
35	Eu imagino e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei desta experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesma o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para					

	resolver o meu problema e o estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema					

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?
