

SIGNIFICADO DO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MAMÁRIA: COMPREENSÃO FENOMENOLÓGICA DE MULHERES

MEANING OF DIAGNOSIS OF BREAST NEOPLASMS: PHENOMENOLOGICAL UNDERSTANDING OF WOMEN

SIGNIFICADO DE DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS DE MAMA: LA COMPRESIÓN FENOMENOLÓGICA DE MUJERES

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva¹
 Anna Maria de Oliveira Salimena²
 Ívis Emília de Oliveira Souza³
 Maria Carmen Simões Cardoso de Melo⁴

O diagnóstico de câncer de mama institui um período de transformações na vida da mulher, de modo que o enfrentamento se diferencia conforme as singularidades que envolvem o ser humano. Objetivou-se compreender o significado do diagnóstico de câncer de mama para a mulher que vivencia a doença. Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa e abordagem fenomenológica apoiada em Martin Heidegger. Participaram 12 mulheres na fase de seguimento após tratamento de câncer de mama, acompanhadas em hospital oncológico de um município da Zona da Mata, interior de Minas Gerais, por meio de entrevista aberta. Os resultados apontaram emoção, medo, rejeição do diagnóstico ou conformismo da mulher diante da nova realidade. A mulher se anuncia na inautenticidade, desvelando impropriedade para a morte, pavor e horror. Concluiu-se que se evidencia a presença de um cuidado libertador, que aponte a mulher como protagonista de sua história e o profissional de enfermagem como facilitador nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da mama. Enfermagem. Saúde da mulher. Diagnóstico.

The diagnosis of breast cancer establishes a period of transformation in women's lives, and how they cope differs according to singularities involving the human being. This study aimed to understand the significance of breast cancer diagnosis for women who experience the disease. A descriptive research, of a qualitative nature and phenomenological approach, in accordance with Martin Heidegger. With the participation of 12 women in follow-up after treatment for breast cancer, attending an oncology hospital in a city in the Zona da Mata Region, in Minas Gerais, through open interviews. The results indicate emotion, fear and rejection to diagnosis or conformity in the face of the new reality. The woman announces in inauthenticity, unveiling impropriety-to-death, dread and horror. The data evidences the urgency of a liberating care pinpointing women as the protagonist of her story and the nursing professional as a facilitator in this process.

KEY WORDS: Breast neoplasms. Nursing. Women's health. Diagnosis.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ). luandyjf@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação. annasalimena@terra.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da UFRJ. ivis@superig.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFJF. melomc@gmail.com

El diagnóstico de cáncer de mama establece un período de transformación en la vida de las mujeres y, su enfrentamiento se difiere de acuerdo a las singularidades que envuelven el ser humano. Se objetivó comprender el significado del diagnóstico de cáncer de mama para la mujer que vivencian la enfermedad. Pesquisa descriptiva, de naturaleza cualitativa y enfoque fenomenológico apoyado en Martin Heidegger. Participaron 12 mujeres en la fase de seguimiento después del tratamiento para cáncer de mama, asistidas en un hospital de oncología de un municipio de la Zona da Mata, interior de Minas Gerais (MG), a través de entrevistas abiertas. Los resultados muestran la emoción, el miedo, el rechazo del diagnóstico, la conformidad de la mujer delante de la nueva realidad. La mujer se anuncia en la inautenticidad, desvelando impropiedad para la muerte, pavor y horror. Los datos evidencian la urgencia de una atención libertadora que señale la mujer como protagonista de su historia y el profesional de enfermería como facilitador en este proceso.

PALABRAS-CLAVE: Neoplasias de la mama. Enfermería. Salud de la mujer. Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Estimativas do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2014 evidenciam o câncer de mama como o terceiro tipo de neoplasia mais incidente na população brasileira, atrás apenas do câncer de pele não melanoma e de próstata (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2014).

O câncer de mama apresenta-se como o segundo mais frequente no Brasil e no mundo entre as mulheres, e os principais fatores de risco estão associados ao envelhecimento como causa principal e à vida reprodutiva como: menarca precoce, primigesta acima de 30 anos, nulípara, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Apesar de sua alta incidência, quando diagnosticado precocemente, com lesão apresentando menos de dois centímetros de diâmetro, a possibilidade de um bom prognóstico é razoavelmente maior (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2011). Entretanto, a reação da mulher ao receber o diagnóstico é permeada de sentimentos de medo e angústia.

A vida da mulher altera-se permanentemente e é fundamental que os profissionais conscientizem-se e planejem uma assistência adequada para cada fase da doença. Sentimentos de angústia, preocupação e medo permeiam o momento, além da negação e da necessidade do apoio familiar (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

A possibilidade de conviver com a mama amputada é um dano à autoimagem potencializada

pela carga cultural de sensualidade, sexualidade e maternidade que o órgão feminino representa, favorecendo, conseqüentemente, ao desequilíbrio psicológico e emocional (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008). Antes mesmo de realizar a intervenção cirúrgica, surgem diversas dúvidas, anseios, medo do desconhecido e da morte, o que está atrelado quase sempre à falta de informação (ALVES et al., 2010).

Estar disponível para estabelecer o vínculo e auxiliar no enfrentamento demanda sensibilidade e comprometimento da equipe de enfermagem no cotidiano do cuidado. Portanto, pensar apenas na tecnologia dura, que traz inovações importantíssimas para a ciência e auxilia no prolongamento da vida, é muito deficiente, pois o ser-mulher necessita de algo que vai além da técnica e dos procedimentos. Carece de um olhar, de apoio, atenção, zelo, carinho e que seja percebida não como uma pessoa que têm câncer de mama, mas como um ser de possibilidades.

A principal essência do trabalho da enfermagem é a prestação do cuidado em saúde ao ser humano, que ultrapassa o cuidado físico e perpassa pela dimensão biopsicossocioespiritual (SALIMENA et al., 2013). Sendo assim, o momento do diagnóstico é permeado por sentimentos e emoções próprios de cada ser humano com suas singularidades e modos de vida. Ao encontro dessa reflexão, surgiram inquietações sobre como a mulher se sente ao receber o diagnóstico. Qual foi o significado da doença? Como foi dado o diagnóstico?

Nesse contexto, este estudo justifica-se por sua contribuição para o cotidiano da equipe de enfermagem, ao permitir reflexão baseada nas peculiaridades que envolvem o ser-com-câncer-de-mama no momento do diagnóstico, em sua dimensão ontológica, e oferecer subsídios para uma abordagem adequada à mulher, principalmente no que tangencia a Atenção Primária, tendo em vista que, com base nas ações de prevenção e detecção precoce e posterior referencialização para a Atenção Secundária, é possível acompanhar essa mulher durante todo o período da doença.

Assim, estabeleceu-se como objetivo compreender o significado do diagnóstico de câncer de mama para a mulher que vivencia a doença. Em busca de abarcar as faces desse fenômeno, com base na vivência de um ser que está lançado no mundo e que possui características singulares que o torna único, optou-se por utilizar como referencial a abordagem fenomenológica de Martin Heidegger como uma possibilidade de encontro com o outro.

REFERENCIAL FILOSÓFICO E METODOLÓGICO DE MARTIN HEIDEGGER

A fenomenologia surgiu no início do século XX, na Alemanha, com o filósofo Edmund Husserl influenciado por pensadores como Platão, Descartes e Brentano. Martin Heidegger, discípulo de Husserl, iniciou seu percurso acadêmico na Faculdade de Teologia da Universidade de Friburgo, em 1909, e os caminhos da vida levaram-no a aproximar-se da filosofia (HEIDEGGER, 2009).

Segundo Heidegger (2009, p. 121), a fenomenologia é “[...] todo mostrar o ente tal como ele se mostra em si mesmo”. É a busca por aquilo que ainda não foi revelado e só é possível acessar através do ser que o vivenciou. Dirige-se, assim, para os significados atribuídos pelo sujeito, de maneira a apreender as singularidades em cada vivido, caminhando-se para uma compreensão existencial (HEIDEGGER, 2012).

Para esse filósofo, “ser” é a presença, o manifesto, o percebido, o compreendido e o conhecido para o humano, para “o ser-aí”, também denominado em alemão como *Dasein*. Portanto, o homem é *Dasein* e está lançado no mundo. E, sendo pre-sença, é estar aí e se torna sendo no mundo, o que se compreende como um ser de possibilidades (HEIDEGGER, 2012).

METODOLOGIA

Este estudo de natureza qualitativa buscou dar voz à mulher que vivencia o câncer de mama, ancorado na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger. O ambiente de investigação foi um hospital de referência no atendimento oncológico, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, no interior de Minas Gerais. Sob o Parecer n. 183.405/2013, o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, seguindo os preceitos éticos da Resolução n. 466/12 (BRASIL, 2012).

A etapa de campo ocorreu nos meses de março e abril de 2013, com 12 mulheres participantes, na fase de seguimento após tratamento de câncer de mama, escolhidas aleatoriamente, tendo como critérios de inclusão: pertencer à faixa etária de 18 até 60 anos, estar na fase de seguimento terapêutico após o tratamento para o câncer de mama, residir no município e possuir capacidade cognitiva.

Para o recrutamento, foi necessário acesso aos prontuários antes da consulta médica para perscrutar quais eram portadoras de neoplasia mamária e atendiam aos critérios de inclusão. Para isso, utilizou-se o caderno de agendamento das consultas, que contém as datas de retorno ao médico e o nome completo das pacientes. Com os nomes já selecionados, assim que as mulheres chegavam à instituição para a consulta médica de seguimento eram convidadas a participar da pesquisa. Após o aceite, procedia-se à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Das 12 participantes, cinco tinham idade entre 40 e 49 anos e sete entre 50 e 60 anos; oito

afirmaram ser casadas, uma divorciada, uma viúva, uma solteira e uma união estável. No concernente à escolaridade, nove declararam não ter concluído o ensino fundamental, uma referiu tê-lo concluído, uma finalizou o ensino médio e uma teve mais tempo de estudo, concluindo o ensino superior.

Com relação à religião, seis mulheres declararam-se católicas, quatro evangélicas e duas afirmaram não possuir religião. A data do diagnóstico da doença variou entre os anos de 2005 e 2012, sendo uma em 2005, quatro em 2009, duas em 2010, quatro em 2011 e uma em 2012.

Considerando a importância de oferecer um ambiente acolhedor, seguro e privado, reservou-se o auditório para condução das entrevistas. Em busca de garantir o anonimato, foi assegurado o uso de codinomes de flores das espécies mais conhecidas, escolhidos pelas depoentes (Girassol, Azaleia, Rosa amarela, Rosa vermelha, Alecrim, Margarida, Violeta, Tulipa, Lírio, Rosa branca, Orquídea, Crisântemo).

Mediada pela empatia, procedeu-se à entrevista fenomenológica por meio de um formulário não estruturado, com a caracterização das participantes e as seguintes questões norteadoras: Como foi para você se descobrir com câncer de mama? Como foi vivenciar esse momento? Os depoimentos foram gravados em mídia eletrônica, a fim de que a conversa fosse transcrita de maneira fidedigna.

Seguindo o referencial de Heidegger (2012), o diário de campo foi empregado para registrar as expressões não verbais, tendo em vista que a linguagem não se resume às palavras proferidas, mas inclui também a “escuta” e o “silêncio”.

A compreensão heideggeriana, como visto, consiste em duas etapas metódicas: a compreensão vaga e mediana, na qual os significados são apreendidos nas falas das depoentes; e a hermenêutica, que buscará interpretar os sentidos e desvelar o fenômeno (PAULA et al., 2012). Assim, com exposto por Heidegger (2012), em um primeiro momento, desenvolve-se a compreensão factual, que permanece na instância ôntica dos fatos, mas o fenômeno ainda não foi desvelado. Já em um segundo momento,

constitui-se a possibilidade de maior apreensão do problema-do-ser.

O encontro entre a pesquisadora e o ser-mulher possibilitou, inicialmente, emergir a compreensão do significado, aquilo que se mostra prontamente. Na dimensão ôntica do vivido, na qual os fatos se configuram, foi possível apreender os pensamentos e sentimentos que se mostraram através de gestos, pausas, choro e do próprio depoimento. Nesse primeiro momento, analisou-se o que foi anunciado pelas manifestações que velavam o fenômeno, conhecido como compreensão vaga e mediana.

Nessa etapa, foram realizadas releituras e consulta ao diário de campo, visando procurar os significados nos depoimentos, as estruturas essenciais e, assim, agrupar os recortes das falas que apresentam similaridades, na intenção de compor a unidade de significação (US). Após a separação e elucidação do significado, foi elaborado o *caput* da unidade, o enunciado que caracteriza a US.

RESULTADOS

A US “Aceitar a doença é difícil, assim nega o tratamento e esconde de outras pessoas, entretanto, não é uma sentença de morte” emergiu da vivência da mulher, em que foram evidenciados emoção, medo, rejeição do diagnóstico ou conformismo diante da nova realidade, como apresentado:

“No começo, foi doloroso aceitar, não queria que ninguém soubesse [...] não queria contar para meu marido [...] medo de me abandonar [...] o médico [...] falou assim: Ó, só daqui um ano! Corri na assistente social [...] e pedi socorro [chora] [...]” (Girassol).

“[...] chorava à toa [...] não queria atender telefone, não queria falar com ninguém.” (Azaleia).

“[...] é muito difícil a gente aceitar; parecia que abria um buraco [...] pior coisa na cabeça da gente [...] chorei muito, desabafei, não

queria aceitar de jeito nenhum e não queria nem fazer o tratamento.” (Rosa Vermelha).

“[...] falei: não doutora, eu quero tirar esse caroço! [...] fiquei apavorada, porque não tenho ninguém aqui [...] Eu e meu filho, meu marido [...] ele me deixou [chora].” (Alecrim).

“[...] levei aquele choque [...] ela falou: Não! Pode parar [dá risada]! [...] você ainda é nova [...] vamos seguir em frente! [...] não estava esperando [...] a médica falou: é nódulo, não desanime, não é só você que está passando por esse processo, eu tenho que dar o diagnóstico [...] vou ter que tirar e tudo [...]” (Margarida).

“Não estava [...] sendo sentenciada à morte [...] é só uma doença, uma coisa que pode, pôde ser tratada a tempo [...] Quando ele [o médico] veio dar a notícia [...] foi querendo falar com parente meu [...] não, o senhor fala comigo! Eu é que vou ter que fazer [...] o tratamento, é eu que estou passando por isso, eu que tenho que ficar sabendo de tudo!” (Violeta).

“[...] ela [médica] foi muito clara comigo [...] fiquei... confiando em Deus [...] me matar eu não posso [...] ficar mais nervosa ainda vai piorar [...] já que vou ter que passar pela cirurgia, então vamos lá!” (Rosa Branca).

Em um segundo momento metódico, na compreensão interpretativa ou hermenêutica, facetas do fenômeno são desveladas pelo ser-aí-mulher com câncer de mama. Ao se encontrar na *inautenticidade*, no modo de ser do impessoal próprio do cotidiano, ela não assume para si a possibilidade de *estar-com* câncer de mama. Assim como tenta escapar da condição de ser lançada no mundo para o seu fim, revelando a *impropriedade-para-a-morte*. Modalidades do temor, como o *pavor* e o *horror* emergem como sentidos no pronunciamento das mulheres.

Anuncia-se a *ocupação* do médico em revelar o diagnóstico.

DISCUSSÃO

A mulher rememora o momento do diagnóstico e expressa seu vivido. Reviver o dia em que foi diagnosticada com câncer de mama gera grande comoção, evidenciada por choro, falas incompletas e inquietudes. Algumas suprimem a palavra câncer ou utilizam outros termos para denominá-la, como “a doença” e “o nódulo”.

A linguagem constitui uma ferramenta primordial para que o homem expresse o seu ser através das manifestações, é

[...] o pronunciamento do discurso. Como um ente intramundano, essa totalidade de palavras em que e como tal o discurso possui seu próprio ser “mundano”, pode ser encontrada à maneira de um manual. Nesse caso, a linguagem pode ser estilhaçada em coisas-palavras simplesmente dadas. Existencialmente, o discurso é linguagem porque aquele ente, cuja abertura se articula em significações, possui o modo de ser-lançado-no-mundo, dependente de um mundo. (HEIDEGGER, 2012, p. 219).

A confirmação do diagnóstico pode causar grande impacto emocional e a convivência com a doença pode ocasionar mudanças na vida dessa mulher e na maneira de ver o mundo (ALBARELLO et al., 2012).

Aceitar a doença e conversar sobre o assunto foi difícil. Relataram que a reação foi de choro, de negação do diagnóstico, desejo de retirar logo o “caroço”, distanciamento das pessoas e recusa em fazer o tratamento. A negação, uma forma de defesa contra aquilo que se mostra ameaçador, é empregada em situações de dificuldade, o que explica o surgimento desse sentimento com grande intensidade nas mulheres com câncer de mama (REGIS; SIMÕES, 2005).

A doença apresenta-se desde uma ameaça à vida que um dia teve a finitude do ser-aí. Ao ter medo, o ser-mulher deixa-se afetar e assim põe em liberdade o ameaçador. “Somente um ente para o qual seu ser está em jogo esse ser pode atemorizar-se” (HEIDEGGER, 2012, p. 403).

No modo de ser da *impessoalidade*, o temor da doença e da morte fica evidente na expressão facial e no choro incontido ao lembrar o

vivido. A mulher experimenta o *pavor*, que é algo conhecido, que se encontrava na proximidade e se abateu sobre o ser-no-mundo. A doença, as modalidades de tratamento e seus efeitos colaterais, como a queda de cabelos principalmente, são conhecidos da mulher, já ouviu falar. Ao se encontrar na *inautenticidade*, no modo de ser do impessoal próprio do cotidiano, ela não assume para si a possibilidade de estar-com-câncer-de-mama.

A morte como a *possibilidade* de toda a *impossibilidade* nunca foi vivenciada pelo ser-mulher, mas se constituiu como experiência por meio da finitude do outro. Assim, após a descoberta da doença, a possibilidade de não mais poder-ser desvela outra modalidade do temor, o *horror*. O medo é de algo que não se conhece, “[...] tem o caráter de algo puro e totalmente insólito” (HEIDEGGER, 2012, p. 405).

A palavra câncer traz um estigma muito forte na sociedade e, ao estar-com câncer de mama, o constrangimento é ainda maior decorrente do tratamento instituído, que abala a imagem corporal e traz repercussões no convívio social (REGIS; SIMÕES, 2005). A confirmação do diagnóstico pode desencadear um sofrimento psicológico acentuado na mulher, o que tende muitas vezes a afetar seu universo de relações, levando-a, até mesmo, a se afastar daqueles que a cercam (MENEZES; SCHULTZ; PERES, 2012).

O homem é o único ente capaz de escolher a si próprio, de escolher seu modo de se posicionar frente ao mundo (COSTA, 2010). O ente pode mostrar-se de diversas maneiras, segundo seu modo de acesso. Sua existência, que, para Heidegger (2012), não significa aquilo que se encontra no mundo, mas o que verdadeiramente emerge, pode ser autêntica ou inautêntica.

Ao anunciar o diagnóstico, o médico trata a mulher com quem está falando do mesmo modo que trata todas as outras que se encontram na mesma situação; volta-se para o ente e não para o ser. Afirma que o “hospital está cheio de casos semelhantes” e até mesmo coíbe a expressão de sentimentos pelo ser que se mostra ao receber a notícia do câncer de mama. A ocupação em revelar o resultado o faz pensar que a família é

mais importante para a situação do que a própria mulher envolvida e cogita a possibilidade de conversar primeiro com algum familiar.

Com base na filosofia de Heidegger (2012), pode-se dizer que o cuidado substitutivo do médico retira a “preocupação” da mulher, ocupando o seu lugar na ocupação. É como retirar a outra do seu lugar, afastá-la para regressar posteriormente e receber como algo terminado e disponível, conduzindo o outro para a dominação e a dependência.

A dominação é evidenciada quando a mulher refere gostar da maneira como o profissional se posicionou ao declarar o diagnóstico. Lançada no cotidiano, no modo de ser da *impropriedade*, sente-se confortável em ser considerada como todas as outras pessoas que enfrentam a doença, de tal maneira que se entende a partir do “mundo” e do público.

Retira-se dela o projeto de “[...] poder-ser seu-si-mesmo e a entrega à disposição de a-gente” (HEIDEGGER, 2012, p. 539). Os médicos dificultam o movimento da mulher de assimilação e aceitação da doença, optam por condicioná-la a perceber como algo comum a outras pessoas e não levam em conta o significado individual e a representação para cada ser em sua singularidade. Dessa forma, ela é percebida como um ser-aí-com-todos no mundo, desvelando-se na inautenticidade.

A inautenticidade refere-se ao modo de ser da ocupação impessoal, em que o ser evita toda a responsabilidade pessoal, aceitando as opiniões e normas que vêm da massa, na qual o homem se entende com base no que ele não é e permite que outra existência estabeleça o modo como deve existir no mundo. Assim, ele é dominado pelo *fatalório*, *ambiguidade* e *curiosidade*, determinando o próprio modo de ser da *de-cadência* (DUARTE; ROCHA, 2011; FRANÇA; RIBEIRO, 2006).

Uma mulher revive o abandono do companheiro após saber a situação de saúde dela. Muito emocionada, expressa o pânico que isso causou, sentindo-se sozinha com um filho para cuidar. A sensação de medo de ser rejeitada pelo parceiro também permeia esse momento.

As histórias que escuta revelam a não aceitação do parceiro, o que determina a insegurança em lhe comunicar a doença.

O ser-mulher horroriza-se com a possibilidade de morrer e deixar o filho e outros familiares. Dessa forma, nega o tratamento com horror de morrer ou o busca na intenção de sobreviver. Assim, foge da condição de ser lançada no mundo para o seu fim, desvelando-se no escape decadente e cotidiano da morte, e mostra-se como um *ser-para-a-morte* impróprio (HEIDEGGER, 2012).

Ao encontrar-se em um casamento bem-estruturado, o apoio social diminui os efeitos do estresse. No entanto, a perda de um parceiro exacerba o estresse, tendo efeitos prejudiciais ao bom funcionamento orgânico (GONÇALVES; ARRAIS; FERNANDES, 2007). O fato de se sentirem aceitas auxilia muito esse processo. A segurança e o apoio abrem caminho para que possam restabelecer sua autoconfiança e autoestima. Ao estar-com sua feminilidade e sexualidade abaladas, ter a certeza de poder contar com a ajuda e dedicação do seu companheiro constitui um aspecto facilitador para a superação da doença (SANTOS; TAVARES; REIS, 2012).

A preocupação das mulheres com os filhos torna-se importante para o enfrentamento, pois a necessidade de acalotá-los e vê-los encaminhados na vida faz com que pensem que precisam se cuidar para direcionar o futuro deles (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Algumas depoentes expressaram que não se deixaram abater e não ficaram depressivas diante do diagnóstico. Percebem que não é uma sentença de morte e que o nervosismo só poderia piorar. Acreditam que continuar a vida da mesma forma que antes da doença ajuda na recuperação. Ao descobrirem-se sendo-com essa neoplasia, vislumbram que apenas Deus poderia fazer algo e que, sem a ajuda Dele, não seria possível.

Estudo semelhante evidencia que algumas pessoas conseguem perceber a necessidade de enfrentar o problema. Assim, a cura passa a ser a principal meta, que poderia ser alcançada de várias formas: seja por meio da religiosidade, seja

pelo avanço da ciência (SALIMENA et al., 2013). Algumas mulheres aceitam a doença e o tratamento ao presumir que assim acabariam com o problema, configurando-se em uma oportunidade de curar-se e enfrentar a morte (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Em alguns momentos, o ser-mulher percebe-se como ser-de-possibilidades diante da facticidade de estar-com-câncer-de-mama. Percebe que ainda existe vida e, por isso, precisa se projetar e aprender a viver nessa nova circunstância.

O apoio espiritual pode apresentar-se como uma espécie de corresponsabilidade entre a mulher e Deus, mas esta não deixa de assumir uma postura ativa diante das dificuldades. Já em outras situações, a responsabilidade pela cura é transferida a Deus, como se a mulher estivesse impedida de colaborar com o próprio tratamento (MENEZES; SCHULTZ; PERES, 2012).

A doença projeta-se como uma ameaça à vida e a mulher busca força em Deus para alcançar a cura e a reabilitação. Transfere a responsabilidade da sua recuperação para a divindade, desvelando impessoalidade e *de-cadência*. No momento em que a *pre-sença* exige uma decisão, ela escapa (HEIDEGGER, 2012).

Na etapa inicial desse processo, as atitudes de enfrentamento podem variar de uma aceitação mais passiva, posicionando-se por meio do conformismo, à aceitação ativa, com uma postura de não entrega em relação à doença, com espírito de luta (MENEZES; SCHULTZ; PERES, 2012).

Para o filósofo Martin Heidegger (2012), a morte revela-se como a possibilidade mais própria, incondicionada e insuperável. Nessa perspectiva, quando o ser é movido pela inautenticidade, “[...] o homem fica impossibilitado de realizar uma eclosão da consciência de sua finitude, não consegue vislumbrar a sua temporalidade como aquela a qual a morte pode surpreender, interrompendo sua existência e, com isso, todas as outras possibilidades” (DUARTE; NAVES, 2010, p. 79).

A filosofia heideggeriana possibilita a construção de um novo pensar o homem, de quem os profissionais de enfermagem se propõem a cuidar. Esse homem que está lançado na

facticidade e no cotidiano com suas singularidades, valores e crenças requer um cuidado libertador e autêntico, que lhe possibilite a abertura para uma vida autêntica. Não basta apenas realizar os procedimentos técnicos e dizer que é cuidado; percebe-se que o cuidado vai muito além. É aproximar-se do outro e compreendê-lo como ser de possibilidades, o que permitirá dar maior sentido às suas atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o significado do diagnóstico de câncer de mama na vivência da mulher, fundado na fenomenologia heideggeriana, permite adentrar em uma busca existencial pelo sentido do ser, o ser-mulher-com-câncer de mama que está lançado na facticidade e constitui-se como um ser-de-possibilidades. Apreender esse fenômeno apoiado nas significações expressas contribui para que essa problemática seja vislumbrada não apenas em sua dimensão biológica, mas também nas repercussões que ultrapassam a fragilidade que envolve o corpo físico.

Destaca-se a necessidade de compreender que a vivência do tratamento é singular e cada mulher precisa do seu tempo. Nesse ínterim, cabe ao profissional de enfermagem realizar acompanhamento individualizado, para assegurar a assistência diferenciada e humanizada. Cabe também a sensibilização de outros profissionais da saúde, que precisam melhor se preparar para lidar com os sentimentos expressos por essas mulheres, e oferecer-lhes a liberdade de se manifestarem e se mostrarem naquele momento. O impacto do diagnóstico pode desencadear diversas reações, e o profissional é parte integrante desse processo de descoberta.

Conclui-se que se evidencia a premência de um cuidado libertador, que aponte a mulher como protagonista de sua história e o profissional de enfermagem como o facilitador nesse processo, acessando o ser que existe antes mesmo do diagnóstico de câncer de mama. A disponibilidade de *estar-com* constitui uma ferramenta valiosa para o enfrentamento do câncer.

REFERÊNCIAS

- ALBARELLO, Renata et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. *Rev. enferm.*, Frederico Westphalen, RS, v. 8, n. 8, p. 31-41, 2012.
- ALVES, Pricilla C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- CAETANO, Edilaine A.; GRADIM, Clícia V.C.; SANTOS, Lana Ermelinda S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009.
- COSTA, Poliana E. Inautenticidade e finitude em Heidegger. *Saberes*, Natal, v. 3, n. esp., p. 151-159, 2010.
- DUARTE, Marianne R.; ROCHA, Silvana S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. *Cogitare enferm.*, Paraná, v. 16, n. 2, p. 361-364, 2011.
- DUARTE, Rodrigo; NAVES, Gilzane. O ser-para-a-morte em Heidegger. *Rev. da Católica*, Uberlândia, v. 2, n. 4, p. 64-82, 2010.
- FABBRO, Márcia Regina C.; MONTRONE, Aida Victoria G.; SANTOS, Silvana dos. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 532-537, 2008.
- FRANÇA, Karen Milla de A.; RIBEIRO, Glória Maria F. A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger. *Existência e Arte*, São João Del Rei, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2006.
- GONÇALVES, Sônia Regina O.S.; ARRAIS, Fátima Maria A.; FERNANDES, Ana Fátima C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 9-17, 2007.
- HEIDEGGER, Martin. *Meu caminho na fenomenologia*. Tradução Ana Falcato. Covilhã: LusoSofia, 2009.
- _____. *Ser e tempo*. Tradução de Fausto Castilho. Campinas: Unicamp; Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa 2014*: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

_____. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.oncocir.com.br/wp-content/uploads/2013/01/Programa-Nacional-de-Controle-do-Cancer-de-Mama.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

MENEZES, Natália N.T.; SCHULTZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 17, n. 2, p. 233-240, 2012.

PAULA, Cristiane C. et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 984-989, 2012.

REGIS, Marlene de Fátima S.; SIMÕES, Sonia Mara F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Rev. eletr. enf.*, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005.

SALIMENA, Anna Maria de O. et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. *Cogitare enferm.*, Paraná, v. 18, n. 1, p. 142-147, 2013.

SANTOS, Letícia R.; TAVARES, Gláucia B.; REIS, Paula Elaine D. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. *Esc. Anna Nery rev. enferm.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 459-465, 2012.

SILVA, Shirley de S.; AQUINO, Thiago Antônio A.; SANTOS, Roberta M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-89, 2008.

Submetido: 8/10/2014

Aceito: 20/1/2015