UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

NIRÃ DOS SANTOS VALENTIM

Psicoterapia Breve Operacionalizada em mulheres com câncer de mama

São Paulo
2015

NIRÃ DOS SANTOS VALENTIM

Psicoterapia Breve Operacionalizada em mulheres com câncer de mama
(Versão Original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Kayoko Yamamoto

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Valentim, Nirã dos Santos.

Psicoterapia breve operacionalizada em mulheres com câncer de mama / Nirã dos Santos Valentim; orientadora Kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2015.

120 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Neoplasias mamárias 2. Desamparo 3. Psicoterapia breve
4. PBO 5. EDAO I. Título.

RC261

VALENTIM, NIRÃ DOS SANTOS. **Psicoterapia Breve Operacionalizada em mulheres com câncer de mama.** Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta tese às mulheres que enfrentaram um câncer de mama e, mesmo diante do medo e do sofrimento, vivenciaram o renascimento de si mesmas.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas especiais estiveram comigo durante a construção desta pesquisa de doutorado. A todos, o meu mais sincero agradecimento:

Às participantes da pesquisa, que corajosamente aceitaram o desafio de caminhar por sua própria subjetividade, e por suas dores, permitindo que eu as acompanhasse nesse caminho;

À minha orientadora, Kayoko Yamamoto, por me acompanhar – desde o mestrado – e acolher a ideia inicial de um projeto de doutorado num momento delicado de minha vida, e por confiar em minhas reflexões e trabalho científico;

Ao professor Ryad Simon, por idealizar e desenvolver um método de psicoterapia breve – Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) – que permite a psicoterapeutas e pesquisadores, como eu (e como tantos outros), oferecer ajuda psicológica urgente a muitas pessoas em seu sofrimento psíquico;

À supervisora, Sueli Rossini, pelo respeito à minha identidade clínica e por ajudar-me a decifrar, com empatia, a realidade psíquica de cada uma das participantes deste estudo com carinho e interesse por suas histórias e sofrimento;

À coordenadora do Serviço de Psicologia Hospitalar da cidade onde desenvolvi a pesquisa, Rosely Perrone, que abriu as portas da Oncologia para minha pesquisa com generosidade e disponibilidade;

Ao Dr. Valter de Oliveira, coordenador da Oncologia da cidade onde desenvolvi a pesquisa, por seu respeito e acolhimento;

À equipe da Oncologia, por seu interesse e disponibilidade em me ajudar, às assistentes sociais, Araceli e Margarida, e à enfermeira Albertina, que me forneceu esclarecimentos importantes sobre os tratamentos oncológicos disponíveis, bem como de seus possíveis efeitos colaterais nas pacientes;

Às professoras Maria Abigail de Souza e Eliana Herzberg, com as quais tive a oportunidade de realizar meu estágio PAE, e que generosamente compartilharam seus conhecimentos comigo;

Aos professores do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), com quem aprendi tanto durante as disciplinas das quais participei, o que certamente impactou esta produção acadêmica;

Aos funcionários da secretaria do Programa de Psicologia Clínica do IPUSP, especialmente Claudia Rocha, que sempre esteve disponível para responder às minhas (muitas) dúvidas sobre questões administrativas envolvidas neste processo;

À CAPES pelo apoio financeiro a esta pesquisa;

À Maria Luiza Jovanovic, que fez a revisão desta tese com tanto cuidado e empenho;

Ao meu marido, Nilton Valentim, companheiro de uma vida, parceiro de tantas situações, que com seu amor e cuidado me possibilitou acreditar em meu “renascimento” e à minha filha, Beatriz Valentim (por quem certamente tudo vale a pena!), que apesar de minha ausência em tantos momentos, esteve torcendo por esta pesquisa e me incentivando com orgulho. Em ambos, certamente, está a minha força;

Aos meus pais, Ildo e Rosa, que sempre acreditaram na minha capacidade de me reinventar e recomeçar;

Ao meu “anjo da guarda” – minha irmã Fátima –, e a meu cunhado, José Roberto, que continuam comigo, ao meu lado, com muito carinho em qualquer situação;

À minha “amiga irmã”, Sandra Cavalcanti, por estar comigo nos momentos difíceis e nas vitórias, por seu apoio e amizade sincera.

*Para isso fomos feitos:
Para lembrar e ser lembrados
Para chorar e fazer chorar
Para enterrar os nossos mortos —
Por isso temos braços longos para os adeuses
Mãos para colher o que foi dado
Dedos para cavar a terra.
Assim será nossa vida:
Uma tarde sempre a esquecer
Uma estrela a se apagar na treva
Um caminho entre dois túmulos —
Por isso precisamos velar
Falar baixo, pisar leve, ver
A noite dormir em silêncio.
Não há muito que dizer:
Uma canção sobre um berço
Um verso, talvez, de amor
Uma prece por quem se vai —
Mas que essa hora não esqueça
E por ela os nossos corações
Se deixem, graves e simples.
Pois para isso fomos feitos:
Para a esperança no milagre
Para a participação da poesia
Para ver a face da morte —
De repente nunca mais esperaremos...
Hoje a noite é jovem; da morte, apenas
Nascemos, imensamente.
(Poema de Natal, Vinicius de Moraes)*

RESUMO

O câncer de mama tem motivado pesquisas de avaliação e intervenção psicológica pelos altos índices de mulheres acometidas pela doença, por ser o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e também responsável pelo maior número de mortes. As pacientes com câncer de mama enfrentam o sofrimento psíquico com o diagnóstico e as vicissitudes do tratamento oncológico, necessitando de ajuda psicológica urgente. Definiu-se como objetivo geral desta pesquisa investigar os efeitos terapêuticos da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) no atendimento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento oncológico. Como objetivos específicos este estudo pretende averiguar os efeitos da técnica da PBO nas situações-problema localizadas nos setores adaptativos e verificar a eficiência da PBO nas situações de crise adaptativa. A pesquisa foi delineada pelo método misto e as participantes foram 17 mulheres, com idade entre 30 e 65 anos, que estavam em tratamento num ambulatório de oncologia do Grande ABC Paulista. Os instrumentos utilizados foram: entrevista clínica preventiva; Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) para avaliação da adaptação, antes e após a intervenção psicológica breve e no *follow-up*; e a PBO. Os resultados mostraram na avaliação inicial que 17,5% das participantes estavam com adaptação ineficaz grave (grupo 5), 53% estavam com adaptação ineficaz severa (grupo 4), 17,5% com adaptação ineficaz moderada (grupo 3) e 13% com adaptação ineficaz leve (grupo 2), sendo que 41,2% estavam em crise adaptativa por perda; o setor Orgânico foi o mais comprometido, seguido do Afetivo-Relacional com soluções pouquíssimo adequadas. A situação-problema da maior parte das participantes estava relacionada ao câncer de mama, o que na compreensão psicodinâmica mostrou-se associada ao intenso desamparo egóico diante do adoecimento e tratamento oncológico. Na avaliação adaptativa final e *follow-up*, 82,4% das participantes apresentaram evolução de grupo adaptativo. Concluímos que a PBO se mostrou eficiente em todas as idades, estado civil, escolaridade, tempo de diagnóstico, fase de tratamento oncológico e tipo de cirurgia (mastectomia radical ou parcial) e a técnica da interpretação teorizada mostrou-se eficiente para a solução das situações-problema e da crise adaptativa por perda. A motivação, a aliança terapêutica e a transferência positiva foram fundamentais para as participantes no aproveitamento das sessões.

Palavras-chave: Câncer de mama. Desamparo. Psicoterapia breve. PBO. EDAO.

ABSTRACT

Breast cancer has motivated research of evaluation and psychological intervention by the high rates of women affected by the disease, because it is the second most common cancer among women worldwide and also responsible for more deaths. Patients with breast cancer face the psychological suffering with diagnosis and the events of cancer treatment, requiring urgent psychological help. Thus this research had as a general objective investigate the therapeutic effects of *Brief Psychotherapy Operationalized (PBO)* in the care of women diagnosed with breast cancer and cancer treatment. And the specific objectives were to investigate the effects of *PBO*'s technique in *problem-situations* located in *adaptive sectors* and verify the efficiency of the *PBO* in situations of *adaptive crisis*. The research was outlined by the mixed method and the participants were 17 women aged 30 to 65, who were being treated in an oncology outpatient's clinic in São Paulo. The instruments used were: preventive clinical interview, *Adaptative Operational Diagnostic Scale (EDAO)* for evaluation of adaptation before and after the brief psychological intervention and follow-up; and the *PBO*. The results showed in the initial evaluation that 17,5% of participants were in ineffective adaptation serious (group 5), 53% were in ineffective adaptation severe, 17,5% ineffective adaptation moderate and 13% ineffective adaptation light, whereas 41,2% were in the adaptative crisis by loss; the Organic sector was the most committed, followed by the Affective-Relational with solutions very little adequate. The problem-situation of most participants was related to breast cancer, which in psychodynamic understanding was associated to the intense helplessness ego in the face of illness and cancer treatment. In the final adaptive evaluation and follow-up, 82,4% of participants presented evolution of adaptive group. We concluded that the *PBO* was efficient at all ages, marital status, scholary, time of diagnosis, cancer treatment stage and type of surgery (radical and partial mastectomy) and the technique of interpretation theorized proved efficient for the solution of problem- situations and adaptive crisis by loss. The motivation, the therapeutic alliance and positive transference were crucial for the participants in harnessing of the sessions.

Keywords: Breast cancer. Helplessness. Brief Psychotherapy. PBO. EDAO.

RESUMÉ

Le cancer du sein est en train de motiver des recherches d'évaluation avec l'appui psychologique, à cause du haut indice de femmes touchées par cette maladie, pour être le deuxième type de cancer plus commun parmi les femmes dans le monde et, aussi, le responsable du plus grand nombre de décès. Les patientes, qui ont le cancer du sein, affrontent un malaise psychique après le diagnostic, et, la nécessité d'un traitement oncologique, alors, il faut qu'elles se soumettent à une aide psychologique d'urgence. L'objectif général de cette recherche a été défini comme rechercher les effets thérapeutiques de la Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) quand on soigne des femmes diagnostiquées de cancer du sein et, qui suivent un traitement oncologique. Et comme objectifs spécifiques: avérer les effets de la technique de la POB dans les situations-problèmes situées dans les secteurs adaptatifs et vérifier l'efficacité de la POB dans les situations de crise adaptative. La recherche a été développée par la méthode mixte et les participantes étaient 17 femmes, âgées de 30 à 65 ans, qui étaient en traitement ambulatoire d'oncologie dans le Grande ABC Paulista. Les instruments utilisés ont été: une entrevue clinique préventive; Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EAOD) afin d'évaluer l'adaptation, avant l'intervention psychologique rapide, après et dans le follow-up; et la POB. Les résultats ont montré dans l'évaluation initiale que 17,5% des participantes étaient avec adaptation inefficace grave (groupe 5), 53% étaient avec adaptation inefficace sévère (groupe 4), 17,5% avec adaptation inefficace modérée (groupe 3) et 13% avec adaptation inefficace légère (groupe 2), étant donné que 41,2% étaient en crise adaptative pour perte; le secteur Organique a été le plus compromettant suivi par celui du Affectif-Relationnel avec des solutions très peu adéquates. La situation-problème de la plupart des participantes était attachée au cancer du sein, ce que dans la compréhension psychodynamique s'est montré associé à l'intense manque de protection de l'ego face à la maladie et au traitement oncologique. Dans l'évaluation adaptative finale et follow-up, 82,4% des participantes ont présenté une évolution de groupe adaptatif. On a conclu que la PBO s'est montrée efficace dans tous les âges, état civil, scolarité, temps de diagnostic, durée de traitement oncologique et type de chirurgie (mastectomie radicale ou partielle) et la technique de l'interprétation théoriser s'est montrée efficace pour la solution des situations-problème et de la crise adaptative pour perte. La motivation, l'alliance thérapeutique et le transfert positif ont été fondamentaux au profit des séances par les participantes.

Mots-clés: Cancer du sein. Manque de protection. Psychothérapie brève. PBO. EDAO:

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Correlação dos diferenciais dos fatores internos (constitucionais) (x) e fatores externos (ambientais) y	38
Quadro 1 – Dados sociodemográficos	50
Quadro 2 – Análise quantitativa dos dados sociodemográficos.	51
Quadro 3 – Dados referentes ao diagnóstico e tratamento oncológico	53
Quadro 4 – Análise quantitativa dos dados do diagnóstico e tratamento	54
Quadro 5 – Avaliação adaptativa antes da PBO	56
Quadro 6 – Evolução adaptativa depois da PBO	59
Quadro 7 – Evolução adaptativa no <i>follow-up</i>	60
Quadro 8 – Evolução de grupo adaptativo.	61
Quadro 9 – Evolução adaptativa dos setores A-R e Pr	63
Quadro 10 – Evolução adaptativa dos setores Or e S-C.....	64
Quadro 11 – Apresentação da PBO no G2.	75
Quadro 12 – Apresentação da PBO no G3	77
Quadro 13 – Apresentação da PBO no G4.	80
Quadro 14 – Apresentação da PBO no G5	87
Figura 2 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G2 (sendo X constitucional e y ambiental).....	89
Figura 3 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G3 (sendo X constitucional e y ambiental).....	90
Figura 4 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G4 (sendo X constitucional e y ambiental).....	91
Figura 5 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G4 (sendo X constitucional e y ambiental).....	92
Figura 6 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G5 (sendo X constitucional e y ambiental).....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Fatores ambientais
Ad	Adequadas (soluções)
A-R	Afetivo-Relacional (setor adaptativo)
C	Fatores constitucionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EDAO	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
f/d	Fatores defensivos
f/e	Fatores externos
f/t	Fatores tensionais
f/Oi	Fatores objetivos
f/Or	Fatores orgânicos
G	Grupo adaptativo
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
G3	Grupo 3
G4	Grupo 4
G5	Grupo 5
HU/USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesão por esforços repetitivos
Or	Orgânico (setor adaptativo)
PBO	Psicoterapia Breve Operacionalizada
PA	Pouco adequadas (soluções)
PqA	Pouquíssimo adequadas (soluções)
Pr	Produtividade (setor adaptativo)
PST	<i>Problem-solving therapy</i>
S-C	Sociocultural (setor adaptativo)
s/p	Situação-problema
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	15
2.1 O Câncer de Mama	15
2.1.1 Aspectos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama	16
2.2 Considerações sobre o Adoecimento	21
2.3 A Psicoterapia Breve	25
2.3.1 A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)	28
2.3.1.1 Breve histórico.....	28
2.3.1.2 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).....	29
2.3.1.3 O método da PBO	30
2.4 Intervenções Breves no Contexto Oncológico.....	40
3 MATERIAL E MÉTODO	44
3.1 Método	44
3.2 Participantes do Estudo	44
3.3 Local	45
3.4 Instrumentos	45
3.5 Procedimento	46
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.1 Participantes da Pesquisa	50
4.2 Diagnóstico Adaptativo e Evolução Adaptativa	55
4.3 O Processo Psicoterapêutico	65
4.3.1 Planejamento	67
4.3.2 Motivação	68
4.3.3 Setores adaptativos	69
4.3.4 Exame das situações-problema	71
4.3.5 Interpretação teorizada.....	73
4.3.6 Desenvolvimento da PBO	74
4.3.7 Prognóstico adaptativo	88
4.4 Considerações sobre o Adoecimento por Câncer de Mama, Adaptação e Evolução Adaptativa.....	93
4.4.1 Idade no diagnóstico e tratamento	93
4.4.2 Tempo de diagnóstico	96
4.5 Considerações sobre o Tratamento do Câncer de Mama, Adaptação e Evolução Adaptativa.....	97
5 CONCLUSÕES	105
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama tem sido objeto de estudo de diversas disciplinas na área da saúde e especialmente na Psicologia tem motivado pesquisas de avaliação e intervenção psicológica. Isso porque se apresentam altos índices de mulheres acometidas pela doença – segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo todo – sendo responsável pelo maior número de mortes.

Diante dessa realidade, o diagnóstico causa grande impacto, pois ainda é acompanhado pelo estigma da morte, apesar da evolução dos medicamentos e dos tratamentos e da possibilidade do diagnóstico precoce, que vem sendo estimulado em campanhas preventivas, auxiliando as chances de sobrevivência das pacientes.

É fato que as pacientes diagnosticadas com câncer de mama enfrentam ainda as dificuldades advindas do tratamento oncológico: o incômodo e limitações causados pela mastectomia e linfadenectomia (esvaziamento axilar), os efeitos colaterais da quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Tais dificuldades precisam ser consideradas, pois causam deterioração física e cognitiva, o que interfere na aceitação do adoecimento. Outro aspecto é que, além da saúde, outras perdas importantes são deflagradas. Perdas que estão diretamente relacionadas aos aspectos da feminilidade e que intensificam o sofrimento psíquico.

A perda da saúde, o estigma da morte, as sequelas da linfadenectomia e a perda da mama – símbolo de feminilidade e sensualidade para a mulher – geram sentimentos de ansiedade, desesperança e depressão que precisam de pronto auxílio psicológico devido à gravidade deste quadro, à necessidade de adesão ao tratamento médico e à readaptação às mudanças que o tratamento do câncer provoca na vida pessoal e produtiva.

Compreendemos que (além da depressão, da ansiedade e dos baixos níveis de qualidade de vida encontrados em pesquisas nacionais e internacionais) nas pacientes com câncer de mama há um processo de sofrimento intenso, subjetivo e individual, que não pode ser apenas “rotulado”, mas que precisa ser legitimado.

Nesse contexto, considerou-se que uma intervenção psicológica, com um método de psicoterapia breve, poderia propiciar atendimento psicológico às mulheres com câncer de mama, cuja demanda é de ajuda psicológica urgente e

específica, já que se trata de uma doença grave, com riscos reais para a vida das pacientes e com perdas que recebem significados psicológicos profundos.

Esta pesquisa buscou verificar a possibilidade de utilização da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) como método de intervenção breve psicodinâmica, utilizando o diagnóstico adaptativo através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), que analisa no material clínico relatado em entrevistas clínicas as soluções das situações-problema nos setores adaptativos. A PBO utiliza-se de técnicas específicas no método psicoterápico – interpretação teorizada e interpretação cotransferencial – baseadas na Teoria da Adaptação e na teoria psicanalítica.

A hipótese levantada é que o método da PBO poderia contribuir para a prevenção em nível secundário, quando a doença já foi diagnosticada, e, em nível terciário, na reabilitação das mulheres mastectomizadas, e em qualquer momento que houver uma crise adaptativa. A contribuição seria para a melhor adaptação de mulheres que precisam conviver com a aceitação da doença, com um tratamento desgastante do ponto de vista físico e psicológico e, ainda, com as sequelas do tratamento.

Dessa forma, definiu-se como objetivo geral desta pesquisa: investigar os efeitos terapêuticos da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) no atendimento a mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento oncológico. E por objetivos específicos: 1) averiguar os efeitos da técnica da PBO nas situações-problema localizadas nos setores adaptativos; 2) verificar a eficiência da PBO nas situações de crise adaptativa.

Apresentaremos a revisão de literatura sobre o tema tomando como ponto de partida as pesquisas sobre câncer de mama no mundo e algumas considerações sobre o adoecimento; em seguida, um breve histórico da psicoterapia breve e a teoria do método da PBO utilizado neste estudo, seguido das intervenções breves realizadas no contexto da oncologia.

A pesquisa foi delineada como um método misto e serão apresentados os resultados de 17 mulheres que foram atendidas em PBO durante o período de outubro de 2012 a julho de 2014, num ambulatório de oncologia de um complexo hospitalar municipal de cidade do Grande ABC Paulista. Os resultados do diagnóstico adaptativo e psicodinâmico, bem como da intervenção em psicoterapia breve serão apresentados, portanto, numa abordagem quantitativa e qualitativa.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2.1 O câncer de Mama

O diagnóstico de câncer de mama é fonte de grande angústia para as mulheres que o recebem por estar associado ao medo da morte e mutilação. E os números contribuem para essa forma de pensar: em 2014 o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (BRASIL, 2014a) estimou o surgimento de 57.120 casos de câncer de mama no Brasil em 2014 e 2015, o que corresponde a aproximadamente 30% do total de mulheres acometidas por todos os tipos de câncer.

Quanto à taxa de mortalidade, o dado mais atualizado para o Brasil, refere-se à estimativa do INCA, de que 13.591 mulheres morreriam da doença em 2012. No mundo, a estimativa foi de 1.670.000 casos de câncer de mama e dentre eles foram estimadas 520.000 mortes. Vale ressaltar que o câncer de mama é aquele que apresenta a maior taxa de morte no mundo se comparado a todos os tipos de cânceres. Nos países em desenvolvimento, é a maior causa de morte por câncer e, nos países desenvolvidos, é a segunda causa de morte por câncer. (BRASIL, 2014a; 2014b).

A incidência do câncer de mama é mais comum após os 50 anos de idade; “quatro em cada cinco casos” surgem nessa idade, sendo mais raros antes dos 35 anos. Entretanto para a detecção precoce são recomendados exames de mamografia anuais às mulheres com idade a partir dos 40 anos, porque, muito provavelmente, as taxas de mortalidade no Brasil sejam altas devido ao fato da doença ser detectada em estágios avançados. (BRASIL, 2014a, p. 35).

As causas do câncer de mama são multifatoriais. A mudança no papel feminino nos tempos atuais intensificou as atribuições da mulher, acumulando o trabalho fora de casa aos cuidados com a família, gerando entre outras situações: o atraso na primeira gravidez que cada vez mais tem ocorrido após os 30 anos; uso de anticoncepcional por um longo período de tempo; a nuliparidade e a dieta rica em gorduras, que parecem estar associados à incidência do câncer de mama. Outros fatores, tais como, a menarca precoce, a menopausa tardia, a reposição hormonal também estão associados ao câncer de mama, que é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, e o mais frequente entre as mulheres, conforme citado

anteriormente. (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; BIFULCO; FERNANDES JR.; BARBOZA, 2010).

O estresse, a poluição, a má alimentação, o sedentarismo são fatores de risco que somados a fatores genéticos podem estar relacionados ao aumento dos casos de câncer de mama nos dias atuais. “A amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer”. (BRASIL, 2009, p. 29). No entanto, como os fatores de risco são múltiplos, com ação diferente em cada organismo, a prevenção primária do câncer de mama torna-se de difícil efetivação. (BIFULCO; FERNANDES JR.; BARBOZA, 2010).

Embora, atualmente, o tratamento do câncer de mama abranja cada vez mais mulheres e apresente resultados muito favoráveis, a notícia do diagnóstico provoca o medo da morte, e o sofrimento advindo das diversas reações ao tratamento. Os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, a mastectomia radical ou parcial, a linfadenectomia axilar, a perda funcional, alterações físicas e psicológicas causam a necessidade de adaptação a essa situação transformadora para a mulher, podendo provocar uma crise adaptativa por perda (SIMON, 1989; 2005) e demanda auxílio psicológico urgente para abrandar esse sofrimento.

2.1.1 Aspectos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama

Há algumas décadas, era comum que o paciente de câncer não fosse informado sobre sua doença. O diagnóstico era dado, na maior parte dos casos, apenas à família, como se a doença pudesse se agravar ou o doente pudesse sucumbir ao ouvir a palavra “câncer”, pela forte associação à morte e à mutilação. O câncer era uma doença com poucas possibilidades de cura, pois os sintomas, muitas vezes, eram conhecidos apenas quando a doença já estava avançada. (SONTAG, 1984).

Atualmente, embora com o avanço dos tratamentos, sabe-se que o diagnóstico ainda mostra-se como um dos momentos mais difíceis para quem enfrenta o câncer, pois o medo da morte evoca sofrimento e reavaliação da própria vida. (BORGES et al., 2006). Para Sontag (1984) há um estigma envolvendo a

doença, mesmo nos dias atuais, o temor de que não se pode sobreviver a um câncer. Isso acaba se confirmando diante do número de pacientes que, diagnosticados tardiamente, acabam de fato morrendo.

Cantinelli et al. (2006), em uma revisão de literatura, apontam que a depressão é duas vezes mais comum em mulheres com câncer de mama e mais comum no primeiro ano de diagnóstico, do que em mulheres sem o diagnóstico.

Fatores psíquicos, sociais, culturais e religiosos interferem de modo significativo na maneira com a qual a mulher irá lidar com o diagnóstico. Os resultados de uma pesquisa mostraram que 32% das mulheres relataram ter apresentado uma reação de angústia; 28% buscaram a religião e 4% utilizaram o mecanismo de negação. Sobre os efeitos do câncer ou do tratamento, entre as mulheres pesquisadas, 24% informaram prejuízo nas atividades ocupacionais, 20% prejuízos nas atividades sociais/lazer e 20% referiram terem sofrido preconceito e discriminação das pessoas. (LOBO et al., 2006, p. 10-11).

Pode-se perceber que o momento do diagnóstico de câncer evoca uma ameaça à integridade física da mulher, sendo de difícil aceitação, mobilizando sentimentos de tristeza e depressão, e muitas vezes, a crença de que está sendo castigada e/ou punida. Esses sentimentos intensificam-se por tratar-se de uma parte do corpo muito valorizada e um dos aspectos pelos quais a identidade feminina é definida. (PINTO, A.; GIOIA-MARTINS, 2006; LOBO et al., 2006; RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Em relação à idade, Avis, Crawford e Manuel (2005) avaliaram um maior risco de diminuição da qualidade de vida em mulheres mais jovens (com menos de 50 anos), mesmo naquelas com mais de três anos de diagnóstico. Algumas preocupações mostraram-se comuns a essas mulheres: imagem corporal e sexualidade; menopausa prematura interferindo na fertilidade; as questões da própria sobrevivência, para aquelas que tinham filhos mais novos; como também a carreira e o trabalho.

Para Santos et al. (2008), a aceitação do diagnóstico pode facilitar que a mulher se adapte ao tratamento e aos efeitos colaterais, proporcionando novas formas de manejo da situação. Os autores citados descrevem que o apoio, principalmente do companheiro, pode auxiliar nesse processo de aceitação, melhorando os níveis de qualidade de vida da mulher.

Quanto ao tratamento, Matthews e Cook (2009) avaliaram o bem-estar de mulheres durante a fase de radioterapia, considerando que os sintomas físicos de fadiga e desconforto cutâneo aparecem a partir de três semanas até o final do tratamento. Os níveis de otimismo foram identificados como influenciadores das metas de saúde física e psicológica, e o comportamento de perseverar na busca desses objetivos após o diagnóstico e o tratamento do câncer. Concluem que a realização de avaliação psicossocial pode facilitar a identificação precoce e a intervenção para as mulheres que estão em risco de angústia durante e após o tratamento do câncer e recomendam que futuras pesquisas possam analisar a relação entre o otimismo e o suporte social.

Ganz (2008) avaliou, em sua revisão de literatura, o impacto do tratamento do câncer de mama especificamente nos aspectos psicológicos e sociais das pacientes. O autor argumenta que, embora a mulher atualmente receba maiores informações sobre seu diagnóstico e tratamento, podendo participar mais ativamente desse processo do que há algumas décadas, o adoecimento por câncer evoca estresse, mudanças na imagem corporal e sexualidade, medo de recidivas e efeitos colaterais físicos importantes com a quimioterapia adjuvante. Os efeitos colaterais desse tipo de quimioterapia no câncer de mama foram considerados, no estudo de Machado e Sawada (2008), como fadiga, dor, náuseas, vômitos e insônia, efeitos que são aumentados após três meses de tratamento quimioterápico e que interferem em sua qualidade de vida, com prejuízo das funções física, cognitiva e social.

Outros dados também mostraram diminuição nos níveis de qualidade de vida durante o tratamento da quimioterapia, com alterações de peso, náuseas e vômitos, cansaço, perda de cabelos. As mulheres submetidas à mastectomia radical apresentaram comprometimento da qualidade de vida, devido à perda da mama e problemas com a imagem corporal, bem como incômodo para realizar algumas atividades, principalmente após a linfadenectomia – retirada de linfonodos (gânglios) com metástase nas axilas –, o que pode gerar linfedema (inchaço) no braço. (CANTINELLI et al., 2006).

Os ideais de beleza exigidos atualmente também foram abordados por Loyola e González (2007), influenciando a imagem corporal da mulher mastectomizada. Quando possível, a reconstrução da mama ou a mastectomia parcial atuam na preservação da autoestima feminina. Em sua pesquisa, os autores referidos estudaram o impacto da perda de cabelo – efeito da quimioterapia – e da

perda do seio na autoimagem e autoestima das mulheres, relacionando-os diretamente ao comprometimento da sexualidade e do medo de ser abandonada pelo companheiro.

Há divergências, porém, entre os estudos. Mesmo nos casos de mastectomia parcial pode haver um comprometimento, como mostra um estudo de Freitas-Silva et al. (2010) e Dupont et al. (2007), que realizaram uma comparação entre mulheres submetidas à mastectomia parcial e à mastectomia radical e não encontraram diferenças significativas nos níveis de qualidade de vida entre os grupos pesquisados. No segundo estudo, os autores não encontraram diferenças, ainda, na vivência da sexualidade entre as pacientes de ambas as cirurgias. Um estudo mais recente de avaliação psicológica comparando mulheres com mastectomia radical e parcial também não encontrou níveis significativos de diferenciação em relação à autoestima, satisfação corporal e desconforto no braço, embora tenha aparecido maior comprometimento nas mulheres com cirurgia radical. (RINCÓN et al., 2012).

Nesse mesmo estudo, na comparação entre mulheres mastectomizadas e aquelas que haviam realizado a cirurgia de reconstrução da mama após a mastectomia, o segundo grupo mostrou melhores níveis de autoestima, imagem corporal e qualidade de vida. No grupo com mastectomia radical e linfadenectomia apareceu sintomatologia secundária (após a cirurgia) mais intensa no braço operado e menor desejo sexual. O estudo também aponta que entre as mastectomizadas com maior tempo de diagnóstico e cirurgia diminuía a preocupação com o futuro e os sintomas secundários aos tratamentos médicos, o que permitiu concluir que quanto maior o tempo decorrido de diagnóstico e cirurgia, melhor a qualidade de vida e a autoestima, considerando que estavam também há mais tempo sem quimioterapia e radioterapia. Entretanto, o tempo não se mostrou influente na insatisfação com os efeitos estéticos da mastectomia. (RINCÓN et al., 2012).

Em um estudo com mulheres mastectomizadas, Pinto e Gioia-Martins (2006) encontraram sentimentos de desespero e medo da morte relacionados ao diagnóstico de câncer. Sentimentos de incapacidade, pouca confiança em si e desamparo em relação ao meio apareceram relacionados à mastectomia. A autoestima e a autoimagem mostraram-se prejudicadas, interferindo de forma negativa nos relacionamentos afetivos e na sexualidade. Os autores declaram que a dificuldade principal para a mulher mastectomizada está associada às significações

ligadas à mama, as quais estão relacionadas intimamente à sexualidade feminina e à função materna da amamentação. Além disso, os autores estudaram a importância do apoio familiar tanto no momento do diagnóstico, quanto no período de tratamento do câncer.

A hormonioterapia – realizada por grande parte das pacientes após a mastectomia e quimioterapia visando à diminuição do risco de metástases – tem sido considerada de grande importância no aumento da sobrevivência da mulher, entretanto também ocasiona efeitos colaterais importantes, como dores no corpo e fadiga, decorrentes da diminuição das taxas hormonais, o que acaba por agravar as dificuldades sexuais, trazendo como consequência problemas no relacionamento com o companheiro. (KÖHLER et al., 2010). Dupont et al. (2007) consideram que a hormonioterapia, como medicação oral diária, torna-se um lembrete constante da doença para a mulher, o que aumenta sua consciência da possibilidade de recidivas, uma maior percepção do risco que pode levá-las a buscarem apoio psicológico.

Gandini (2010) realizou um estudo com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) com 30 mulheres mastectomizadas, dando especial atenção aos setores adaptativos, produtividade e orgânico. Encontrou dados significantes de correlação entre os setores: quanto menos adequado mostrava-se o setor orgânico, menos adequado mostrava-se também o setor produtividade. Concluiu que os efeitos do tratamento do câncer, a mastectomia, a linfadenectomia e a quimioterapia, dificultavam o retorno da mulher ao trabalho. Expectativas advindas da própria mulher e de sua chefia dificultavam a continuidade da mulher no trabalho, para aquelas que conseguiam retornar à sua atividade laboral. Por essa razão, Silva e Santos (2008) afirmam que os cuidados com a reabilitação da paciente de câncer de mama, após o estresse vivenciado com o diagnóstico e os efeitos físicos e psicológicos do tratamento, devem ser observados.

Trata-se de um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da mulher acometida pelo câncer de mama, com o objetivo de tratar ou atenuar as incapacidades causadas pela doença e/ou seu tratamento, tendo em vista promover sua reintegração social e qualidade de sobrevivência. Segundo tal concepção, a reabilitação está associada a um conceito ampliado de saúde, que incorpora o bem-estar biopsicossocial e espiritual. (SILVA; SANTOS, 2008, p. 562).

Carvalho (2002, p. 7) argumenta que alguns aspectos podem ser percebidos no momento do diagnóstico, ou durante o tratamento e precisam ser

considerados no atendimento psicológico a essas mulheres. A autora aponta para os aspectos relacionados à “problemática intrapsíquica”: ansiedade, depressão, medo, raiva, desespero, sensação de perda. Entre os aspectos relacionados à “problemática social” encontram-se: isolamento, mudança de papéis, perda de autonomia e controle. E nos aspectos relacionados à “problemática relacionada ao câncer” estão: mutilações, dor, efeitos colaterais entre outros. Esse panorama, para a autora, mostra um importante campo de trabalho que necessita da valorização do psicólogo que atue em todo o processo de tratamento do paciente com câncer.

Soares e Lobo (2007) fazem uma reflexão sobre a importância da psicanálise no contexto hospitalar, atuando na compreensão da singularidade do sujeito que adoece. O narcisismo é abordado diante da urgência estética nos tempos atuais, sendo a perda do seio sentida como uma falta que nem sempre pode ser comunicada. O silêncio, muitas vezes, é usado como tamponamento da angústia por parte de pacientes e familiares, evidenciando o sofrimento, a dor e o preconceito.

Nesse contexto, estudos mostram a importância da presença e atuação do psicólogo em todas as fases da doença. Faz-se urgente, então, o atendimento psicológico da mulher com câncer, tanto na ocasião do diagnóstico, como antes e depois da mastectomia e no pós-operatório para que os efeitos do tratamento na sua qualidade de vida sejam acompanhados. (STALIANO; ARAÚJO, 2009; RINCÓN et al., 2012).

Compreender a importância da interação entre aspectos físicos e psicológicos no tratamento do paciente com câncer e dos aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento torna-se fundamental para o psico-oncologista e a equipe de saúde que lida com essa demanda, pois essa interação auxilia a lidar com o estigma da doença e a melhorar a adesão ao tratamento. O apoio à família torna-se também de grande importância, pois contribui com a diminuição de sua angústia, favorecendo a disponibilidade dos cuidados que poderão oferecer ao paciente. (CARVALHO, 2002; VEIT; CARVALHO, 2008).

2.2 Considerações sobre o Adoecimento

Laplanche e Pontalis (1988) abordam, nas considerações que fazem sobre o narcisismo em Freud, que o ego se desenvolve como unidade psíquica a partir da constituição do esquema corporal na identificação com o outro. Sabemos que esse processo é acompanhado pela percepção de si mesmo e pelas representações que transformam o corpo real em psíquico. Um ego inicialmente corporal que recebe os primeiros investimentos da mãe para sua sobrevivência, mas não só isso. Na relação entre o somático e o psíquico, o corpo real pode ser reconhecido com características singulares que o instaura no status do humano e que recebe representações psíquicas de prazer e dor, de satisfação e de sofrimento, preenchendo-o de significados. (FERNANDES, 2011).

Enquanto o esquema corporal especifica o ponto de contato do indivíduo com o mundo real, caracterizando-o como ser humano identificado com sua espécie, a imagem corporal será constituída na relação dinâmica “narcísica e inter-relacional” e no registro inconsciente da história singular do indivíduo, com significados próprios. (DOLTO, 2012, p.15).

O amor por si mesmo, nessa compreensão, acontece sob o olhar do outro, o investimento libidinal da figura materna. É preciso que a mãe reviva seu próprio narcisismo e transforme-o direcionando para o objeto amado – o bebê – para que esse desenvolva condições de amar-se; e, mais tarde, possa envolver-se libidinalmente com o outro objeto, proporcionando o desenvolvimento do ego. O investimento em si próprio, no entanto, não pode ser abandonado, porque nenhum investimento objetual pode ultrapassá-lo. (GREEN, 1988).

Costa (1984) faz uma distinção, a partir de Freud, entre a noção de ego e de corpo, afirmando que estes ocupam espaços diferentes: “a libido investida no corpo só é narcísica porque, antes, estava investida no EU” (p.168). Ama-se em si mesmo aquilo que é amado pelo outro, mas não é só por prazer que o investimento narcísico acontecerá no corpo, pois este corpo também pode ser fonte de dor e sofrimento.

No processo de doença há um retorno narcísico da libido para o ego do indivíduo que se caracteriza como fonte de todo seu interesse e enquanto durar o sofrimento do corpo não será possível investi-la em outro objeto, havendo um desinteresse pelo mundo externo. (FREUD, 1914b). Talvez pudéssemos pensar a doença como um “susto”, uma “ameaça à vida”, aproximando-a do que Freud (1920, p. 42) descreveu como trauma. Teríamos, então, a compulsão à repetição, como nos

“sonhos de ansiedade”, de pessoas que sofreram traumas e que repetem a situação traumática, não a priori para satisfação de desejo e para obtenção de prazer, como em outros sonhos, mas pela necessidade de controle do estímulo, com o objetivo de desenvolver a ansiedade que teria sido necessária para evitar a neurose traumática, que teria protegido o indivíduo da ruptura de sua proteção contra esse estímulo.

O desprazer específico do sofrimento físico provavelmente resulta de que o escudo protetor tenha sido atravessado numa área limitada. Dá-se então um fluxo contínuo de excitações desde a parte da periferia relacionada até o aparelho central da mente, tal como normalmente surgiria apenas desde o interior do aparelho [...] A energia catéxica é convocada de todos os lados para fornecer catexias suficientemente altas de energia nos arredores da ruptura. Uma ‘anticatexia’ em grande escala é estabelecida, em cujo benefício todos os outros sistemas psíquicos são empobrecidos, de maneira que as funções psíquicas remanescentes são grandemente paralisadas ou reduzidas. (FREUD, 1920, p. 40).

Diante de um perigo real, como a doença, o ego age como na melancolia; sente-se desamparado, sem forças e incapaz de proteger-se da realidade, tal qual se sentiu no nascimento e com a separação da mãe, abandonando o investimento libidinal narcísico e sucumbindo ao medo da morte. (FREUD, 1923).

Do ponto de vista adaptativo, quando o indivíduo está gravemente doente ou sofre mutilações, ocorre uma pressão do instinto de morte no setor Orgânico, o que influencia diretamente o setor Afetivo-Relacional, provocando sentimentos de depressão, culpa e angústias persecutórias. (SIMON, 2005). De acordo com Klein (1970) o medo do aniquilamento surge do investimento da pulsão de morte contra o organismo, sendo a causa da ansiedade persecutória, intensificada pelas experiências externas dolorosas.

Perceber-se gravemente doente, portanto, coloca o indivíduo diante do que é inominável, do não representado. Freud (1915) afirma que não há representação da morte no inconsciente, pois lá, há a onipotência e sensação de eternidade, fazendo com que haja um convencimento da própria imortalidade.

A qualquer um que nos desse ouvidos nos mostrávamos, naturalmente, preparados para sustentar que a morte era o resultado necessário da vida, que cada um deve à natureza uma morte e deve esperar pagar a dívida - em suma, que a morte era natural, inegável e inevitável. Na realidade, contudo, estávamos habituados a nos comportar como se fosse diferente. Revelávamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. Tentávamos silenciá-la [...] De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. (FREUD, 1915, p.172).

Green (1988) estuda essa questão em Freud, entendendo que a morte sempre foi uma presença em todas as sociedades e gerações, e que a evolução do pós-guerra, na medicina, tecnologia, entre outras áreas, pode ter provocado uma fantasia onipotente de adiá-la ou rejeitá-la. Em sua reflexão sobre a ideia do “duplo” em Freud (1919) – no qual aborda que há dois aspectos do ego, um que se reconhece mortal e outro que aceita a ideia da imortalidade –, mostra a possibilidade de compreender a fantasia da imortalidade residindo no ego inconsciente e que a parte consciente do ego, que recebe influências da realidade, sabe-se mortal, mas na relação com seu duplo, narcisicamente recusa-se a morrer.

O adoecimento por câncer, no entanto, aproxima o indivíduo de uma difícil realidade, fazendo-o pensar efetivamente sobre a própria morte, sobre o fim de sua existência, como se ela se concretizasse diante dele, tomasse forma e assumisse um tempo para acontecer. Bromberg (1995, p.185) afirma que para o paciente oncológico “a ameaça de morte é uma presença latente, um fantasma [...] e, algumas vezes, uma intuição.”

Nos casos de câncer de mama, a mulher diagnosticada esforça-se para dar significado à doença, colocando-a fora de si, como que inocentando seu corpo, numa tentativa de não culpabilidade, mas também com um sentimento de estranhamento de si mesma, como se o ego estivesse prisioneiro do corpo que se mostra fonte de dor e sofrimento. (MILEO, 2006).

Desse modo, a experiência da dor, nessas mulheres, está tanto no corpo biológico – local onde a doença e o procedimento invasivo acontecem – quanto no campo subjetivo da representação psíquica. Dar voz ao corpo/sujeito é falar da dor sentida com a perda do seio, vivida no corpo, mas que ameaça a autonomia do eu. Uma perda narcísica vivida no esquema e na imagem corporal e que interfere nos investimentos libidinais e na construção de novas representações. (ZECCHIN, 2004).

A luta que se estabelece desenvolve-se entre a satisfação e a renúncia das satisfações libidinais que sustentam o Eu. Os sacrifícios com que consentiu, parecem-lhe desprezíveis frente ao sentimento de orgulho que tira disto. Sabemos por inúmeros exemplos que este Ideal do Eu pode mostrar uma intransigência que acua o Eu nos limites do que está em condições de suportar. (GREEN, 1988, p. 145).

A mulher com câncer de mama está às voltas com a ruptura do ideal de ego e vivencia os aspectos sociais e narcísicos da falta em seu corpo. Há uma mudança real no esquema corporal pela mutilação da mama, pela falta do cabelo, pela mudança corpórea, mas há também a necessidade de novas representações para esse corpo ambivalente: amado e temido. (VALENTIM; YAMAMOTO, 2013).

Para Tamburrino (2011), a retirada da mama, além de extirpar o câncer do corpo da mulher, também é vivenciada como um luto por essa parte do corpo que recebe tantas significações do feminino. Mas, outros lutos também podem ocorrer, de acordo com a autora, no momento em que a equipe médica diminui o cuidado com a saúde da paciente, quando os tratamentos terminam e há o desinvestimento narcísico do médico na paciente (representativo do investimento materno), momento em que a própria paciente precisa desinvestir da doença.

2.3 A Psicoterapia Breve

As psicoterapias breves surgiram num contexto de necessidade de atendimento a um grande número de pacientes com demandas emergenciais, não apenas centradas nos consultórios, mas em contextos institucionais, como os hospitais e instituições sociais. Havia uma preocupação com questões sociais importantes, mas com escasso número de profissionais para atender essa população, além dos poucos recursos de políticas públicas de saúde para essa área. (FIORINI, 1978; WOLBERG, 1979).

Além disso, começou a surgir um movimento do próprio paciente em busca de ajuda psicológica para seu sofrimento, que, aliado aos poucos recursos financeiros e ao pouco tempo para investir num tratamento de longo prazo, fez com que a técnica breve passasse a ser mais procurada. (LEMGRUBER, 1984; SIMON, 1989).

Para alguns autores, Freud é considerado o precursor da psicoterapia breve, por ter inicialmente atendido seus pacientes em apenas algumas semanas ou meses. (LEMGRUBER, 1984; YOSHIDA, 1990). O próprio Freud (1919) faz uma reflexão sobre o alcance limitado do atendimento psicanalítico, tendo em vista o reduzido número de profissionais e o tempo alongado, fazendo com que se

atendesse um número restrito de pacientes. Freud recomenda, então, que no futuro as populações mais pobres possam ser tratadas, aproveitando os recursos psicanalíticos, contudo, de forma adaptada para essa demanda para que “[...] a aplicação em larga escala de nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta [...]”. (FREUD, 1919, p. 181).

Muitas críticas, porém, foram realizadas pelos próprios psicanalistas a essa modalidade de psicoterapia em relação aos resultados e ao pouco aprofundamento da técnica, considerando-a superficial. Em relação às críticas, Malan (1981, p. 11) comenta que a psicoterapia de longa duração promovia filas de pacientes que, ao não serem ajudados, tornavam-se “desadaptados crônicos”. Para Yoshida (1990), não se trata, no entanto, de valorizar uma técnica em detrimento da outra, mas reconhecer as peculiaridades e aplicações de cada uma.

Alguns aspectos dessa modalidade de psicoterapia são intensamente discutidos, como: a necessidade do método estar firmemente embasado numa teoria que o fundamente, embora alguns utilizem recursos mais ecléticos; a realização de pesquisas que comprovem os benefícios de sua utilização; a importância da formação do terapeuta, que tendo a experiência de atuação em psicoterapias de longo prazo estaria mais capacitado para atuar em tratamentos breves. (FIORINI, 1978; WOLBERG, 1979; BELLAK; SMALL, 1980; MALAN, 1981; YOSHIDA, 2013).

Sobre a técnica, discute-se alguns aspectos primordiais, tais como: a necessidade de uma postura essencialmente ativa do terapeuta, não esperando que o *insight* aconteça, mas promovendo-o e elegendo um foco que direcione o seu trabalho; a indicação do atendimento não só a pacientes em crise ou em situações emergenciais, mas também a pacientes que não estejam nessa situação, o que mostra a preocupação com a questão da seleção do paciente para a psicoterapia breve; a importância do trabalho terapêutico também em relação aos sentimentos advindos no momento da alta do tratamento. (FIORINI, 1978; WOLBERG, 1979; BELLAK; SMALL, 1980; MALAN, 1981; LEMGRUBER, 1984; KNOBEL, 1986; YOSHIDA; ENÉIAS, 2013).

A questão da transferência também é amplamente discutida, com a recomendação de que não seja interpretada a transferência positiva, mas que seja incentivada, assim como a aliança terapêutica. (FIORINI, 1978; WOLBERG, 1979; LEMGRUBER, 1984, KNOBEL, 1986). Há divergências nesse ponto, e Malan (1981) atribui à interpretação transferencial durante todo o processo breve, os resultados

positivos do processo psicoterapêutico. Para Yoshida e Enéias (2013), o profissional deve decidir pela utilização ou não da interpretação transferencial diante dos padrões de relacionamentos interpessoais reproduzidos na relação terapêutica.

Fiorini (1978) aborda alguns aspectos das psicoterapias breves em instituições, que, para o autor, podem ser em formatos individuais, grupais, com famílias e comunitária, diferenciando-as das psicoterapias de longo prazo com enfoque psicanalítico. Para ele, o terapeuta vai buscar, além da compreensão psicodinâmica, as relações interpessoais, as condições de trabalho, a sociedade e a cultura, ou seja, a realidade na qual o paciente está inserido.

Em situações de crise, a psicoterapia breve pode ser utilizada, por exemplo, em situações de adoecimento que exijam cirurgias e amputações. O trabalho do psicoterapeuta breve, no hospital, mostra-se de grande importância para ajudar o paciente a lidar com as significações da doença e as perdas vivenciadas com os procedimentos de tratamento. (BELLAK; SMALL, 1980).

Pode-se encontrar em Yoshida (2013) uma visão organizada e histórica sobre a evolução da psicoterapia breve de abordagem psicodinâmica, que é definida pela autora como uma técnica que, embora não seja um abreviamento da psicanálise, é derivada dela e busca desenvolver nos pacientes os “*insights* sobre os motivos inconscientes de seus sintomas”. (p. 13).

Três foram os estágios evolutivos identificados: nos dois primeiros estágios – o psicanalítico e o intermediário – estariam os precursores desse tipo de método, incluindo Freud, no primeiro estágio. No terceiro estágio – o psicodinâmico breve – estariam os autores que efetivamente utilizaram a técnica breve, tais como Malan, Knobel, Lemgruber e Simon. Refere-se a três gerações de autores no terceiro estágio, sendo a primeira geração, de 1960 a 1980, designada como “Modelo Impulsivo/Estrutural”, que se baseia na teoria freudiana das pulsões; a segunda geração, de 1980 a 1990, como “Modelo Relacional”, cuja base seria a relação com o outro e cujo objetivo foi também pesquisar evidências da eficiência do método; e a terceira geração, de 1990 a 2000, como “Modelo Integrativo”, combinando diferentes enfoques psicanalíticos, ou agregando abordagens e técnicas de outras teorias, estando nesse último modelo a PBO utilizada no presente estudo. (YOSHIDA, 2013).

2.3.1 A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)

2.3.1.1 Breve histórico

Ryad Simon iniciou sua trajetória rumo à psicoterapia breve com o diagnóstico e atendimento psicoterápico de estudantes no Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina. Em seu livro “Psicologia Clínica Preventiva”, de 1989, refletiu sobre o diagnóstico tradicional em psicopatologia, pois percebeu que a maior parte dos estudantes avaliados não se encaixavam em nenhuma das psicopatologias dos sistemas diagnósticos clássicos. Diante dessa constatação, para “inferir certas características do objeto ou fenômeno, que são compartilhadas com os membros da classe a que pertence”, nem todos os indivíduos poderiam ser “rotulados” nesta ou naquela classificação de doença mental e, mesmo que isso fosse possível, nem sempre auxiliaria o desenvolvimento de um tratamento que pudesse atendê-los em suas singularidades. (SIMON, 1989, p. 5).

Diante dessas questões que fundamentou em seu livro, e baseando-se na prevenção primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARK, 1965), e na importância do diagnóstico precoce, Simon (1989) desenvolveu um sistema de avaliação que pudesse respeitar a subjetividade de cada indivíduo, utilizando o critério da adaptação. Assim, defende que

[...] a partir do comportamento, que é observável (ou comunicável), podemos fazer inferências sobre o estado de integração dos vários sistemas (intelectual, afetivo, conativo e anátomo-fisiológico), bem como da coerência com seus fins de melhor sobrevivência e tirar conclusões sobre a adaptação global do organismo (biopsicossocial). (SIMON, 1989, p.14).

O autor utiliza como ponto de partida o conceito de adaptação humana e o compreende como uma condição para a vida. Várias são as situações com as quais o indivíduo se depara em seu dia a dia e que o levam a buscar as mais diversas soluções para enfrentar a realidade em que vive. Situações que suscitam a repetição de respostas já utilizadas por motivos conscientes ou não, e situações que exigem respostas completamente novas. (SIMON, 1989).

Diante dessas concepções, o autor desenvolveu uma escala diagnóstica, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e a partir dela evoluiu para a implementação de um método de psicoterapia breve, a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO). (SIMON, 2005).

2.3.1.2 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)

A EDAO utiliza-se da entrevista clínica detalhada focada nos quatro setores adaptativos: A-R (afetivo-relacional), Pr (produtividade), Or (Orgânico) e S-C (sociocultural), considerados pelo autor como “constructos” funcionais, porque cada setor abrange as possibilidades de soluções que a pessoa encontra nas diversas situações de sua vida e como lida com os sentimentos, atitudes e ações relacionadas a essas situações. (p.52). No A-R, as soluções voltadas aos seus relacionamentos interpessoais e aspectos intrapessoais. Na Pr, as soluções relacionadas ao trabalho, à escola, ou a uma atividade artística na qual a pessoa sinta-se produtiva, estando ou não atrelada ao fator econômico. No setor S-C, as soluções encontradas para o convívio social, valores e regras sociais. E, no setor Or, como a pessoa lida com os cuidados com seu corpo, sua saúde e com a doença. (SIMON, 1989).

As respostas apresentadas nas mais diversas situações na dinâmica de cada setor são investigadas sob o ponto de vista da adequação em três aspectos: a solução dos conflitos, a gratificação da pessoa com a solução dada, e o aparecimento ou não de conflitos internos e conflitos externos. Em relação a esses aspectos, a avaliação setorial indica se as soluções encontradas, para cada setor, são adequadas, pouco ou pouquíssimo adequadas. As soluções serão adequadas, se atenderem “aos três critérios: resolve, gratifica, sem conflitos”; pouco adequadas, se atenderem a dois critérios: resolve e gratifica, mas gera conflitos, ou resolve, não gratifica, mas não gera conflitos; e, pouquíssimo adequadas, quando atenderem a apenas um critério: resolve, mas não gratifica e ainda gera conflitos. (SIMON, 2005, p. 14).

A partir da pontuação atribuída aos setores A-R e Pr obtém-se a classificação adaptativa, que pode mostrar adaptação eficaz, ineficaz leve,

moderada ou grave. (SIMON, 1989; 1996b). Os setores S-C e Or são avaliados de forma qualitativa, contribuindo com informações importantes sobre aspectos adaptativos e psicológicos para o planejamento da psicoterapia breve.

Na avaliação pela EDAO, atribui-se pontuação para o setor A-R como: adequada – 3 pontos; pouco adequada – 2 pontos; pouquíssimo adequada – 1 ponto. E no setor Pr, como: adequada – 2 pontos; pouco adequada – 1 ponto; e pouquíssimo adequada – 0,5 ponto. (SIMON, 1989; 1996b).

Assim, com a classificação adaptativa são possíveis cinco grupos diagnósticos: Grupo 1 – Adaptação Eficaz (soma de 5,0 pontos); Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve (soma de 4,0 pontos); Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada (soma de 3,0 a 3,5 pontos); Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa (soma de 2,0 a 2,5 pontos); e Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave (soma de 1,5 pontos).

Em situação de crise adaptativa, quando o indivíduo não consegue encontrar uma solução para a situação-problema que se apresenta em sua vida, é realizada a avaliação retrospectiva, ou seja, como estava seu diagnóstico antes da crise. Dessa forma, a classificação adaptativa poderia ser: Grupo 1 – Adaptação Eficaz (em crise); Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve (em crise); Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada (em crise); Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa (em crise) e Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave (em crise). (SIMON, 1996b).

Vale destacar que a EDAO tem sido utilizada em várias pesquisas nos diversos contextos da psicologia clínica, tendo sido utilizada na dissertação de mestrado da autora (VALENTIM, 2010) e em vários estudos como demonstraram Santos et al. (2013), numa revisão de literatura sobre o tema no período de 2002 a 2012.

2.3.1.3 O método da PBO

Apresentaremos a seguir a teoria e a técnica que fundamentam o método da Psicoterapia Breve Operacionalizada desenvolvido por Simon (1989; 2005) e que foi utilizado neste estudo.

A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) foi desenvolvida por Simon (2005; 2015) tendo em vista a reflexão sobre a necessidade da psicoterapia

enquanto tratamento do sofrimento psíquico de forma viável para grande parte da população brasileira, que possui escassos recursos financeiros e de tempo para investir em psicoterapia de longo prazo ou motivação para um trabalho de aprofundamento nos psicodinamismos inconscientes. O autor propõe que terapeutas brasileiros possam ocupar-se também com essa demanda, contribuindo para a solução de problemas atuais, pontuais ou de crise, utilizando-se da psicoterapia breve para oferecer alívio psíquico para a população. (SIMON, 1981).

O autor desenvolveu a técnica sob os pressupostos teóricos da psicanálise – Freud e Klein – e da teoria da adaptação (SIMON, 1989), e organizou-a de forma didática, operacionalizando-a, para possibilitar sua utilização pelos terapeutas e pesquisadores interessados. O atendimento ao paciente inicia-se com entrevistas clínicas, cujos dados vão integrar a avaliação adaptativa, pela EDAO, e a compreensão psicodinâmica de cada caso e que possibilitarão o planejamento da PBO, identificando a situação-problema atual e nuclear, as relações cotransferenciais do paciente, seus dinamismos inconscientes e as relações com o meio externo, não só relatadas pelo paciente, mas também inferidas da relação transferencial e que possibilitarão o desenvolvimento da interpretação teorizada.

O planejamento envolve, ainda, o número de sessões que serão adotadas em cada caso e que podem ser de 1 a 12 sessões (informação pessoal)¹. Simon (2005) diz que “não é necessário adotar rigidez diante dos parâmetros de fixação do número de sessões [...] experiência e bom senso ditarão a escolha mais adequada do número de sessões para cada caso” (p.178). Quanto à frequência, é recomendada uma sessão semanal, a não ser que o paciente esteja em crise adaptativa e necessite de apoio e acolhimento do terapeuta, podendo, nesse caso, serem duas ou mais sessões por semana.

O atendimento é realizado face a face, ou seja, paciente e terapeuta sentam-se frente a frente e a postura do terapeuta é mais ativa e diretiva do que na psicoterapia psicanalítica, mais amistosa, e por isso mesmo, menos neutra, podendo inclusive utilizar a persuasão para fazer sugestões e ajudar o paciente a lidar com questões que suscitem medo e angústia. (SIMON, 2005).

Como já mencionado, os dados da história pregressa e atual do paciente,

¹ Informação dada pelo autor à orientadora do presente estudo, explicando que o terapeuta pode utilizar além das 12 sessões, duas ou mais, desde que julgue necessárias para complementar o trabalho psicoterapêutico. [2014].

obtidos nas entrevistas clínicas e analisados, possibilitam a **avaliação adaptativa**, pelo uso da EDAO, e a **compreensão psicodinâmica**, ambas utilizadas para o planejamento da PBO.

De acordo com o autor, a PBO é indicada para todos os grupos adaptativos: Quadros Medianos – Adaptação Eficaz, Ineficaz Leve e Moderada, e Quadros Graves – Adaptação Ineficaz Grave e Severa. É recomendada em situações de crise adaptativa em todos os grupos, pois objetiva lidar com problemas emergentes e com o auxílio ao paciente para a adoção de soluções mais adequadas para as situações-problema. O método, porém, menos ambicioso, não se propõe à reestruturação da personalidade o que, nesse caso, seria indicada para a psicoterapia psicanalítica ou para a psicanálise. (SIMON, 2005).

A **crise adaptativa** pode ocorrer por ganho ou expectativa de ganho, perda ou expectativa de perda, e configura-se quando o indivíduo depara-se com uma “situação nova e vitalmente transformadora” (SIMON, 1989, p. 58), sendo a própria crise a situação-problema a ser trabalhada. Sentimentos de angústia e medo assolam o indivíduo que é pressionado por fatores externos e internos. Sentimentos depressivos e de culpabilidade são os mais comuns na crise por perda associados ao medo e à angústia diante de projeções e identificações inconscientes que impedem o indivíduo de encontrar uma resposta para aquela situação de sua vida. Nas crises por ganho, pode haver sentimentos de inadequação e insegurança, que podem levar à arrogância e voracidade, impelindo o sujeito a assumir projetos além de suas condições e capacidade; ou desejo de fuga, quando há a sensação de incapacidade em lidar com o ganho, podendo levar o indivíduo a boicotar-se diante da situação com o objetivo inconsciente de fracassar. (SIMON, 1989; 2005; SIMON; YAMAMOTO, 2008).

Nesses casos o psicoterapeuta foca seu trabalho no auxílio ao paciente para o enfrentamento da situação crítica e diminuição da sensação aguda de angústia e desamparo. É necessário que o psicoterapeuta concentre toda a sua atenção na situação de crise: “o essencial no começo é dar apoio e acolhimento, evitar *acting-out* precipitado ou destrutivo. Tirar do paciente a impressão de que tudo está perdido e nada mais há a fazer (nas crises por perda)” (SIMON, 2005, p. 143).

Na crise adaptativa, são utilizadas técnicas suportivas com o objetivo de restaurar “[...] o equilíbrio emocional do paciente, melhora dos sintomas e funcionamento próximo à normalidade”, reforçando as defesas do paciente e

auxiliando os “mecanismos de controle”. A transferência positiva é utilizada como “veículo de sugestão”, apenas a transferência negativa é interpretada e o terapeuta “não se preocupa em fornecer insight sobre as motivações inconscientes”. (SIMON, 2001, p. 578).

Com o apoio adequado, a situação de crise adaptativa pode ser compreendida como um momento no qual há a possibilidade de crescimento e desenvolvimento emocional do indivíduo, contribuindo para soluções mais adequadas diante das situações vivenciadas. (SIMON; YAMAMOTO, 2008; YOUNES, 2011).

Gebara et al. (2004) utilizaram a PBO numa pesquisa com dez sujeitos e observaram que, dentre eles, 80% estavam em crise adaptativa. Nesses casos, os autores apontam que o auxílio terapêutico pode levar a um amadurecimento do indivíduo, demonstrando que a psicoterapia breve em situações emergenciais pode ser de grande importância. Dados semelhantes foram estudados por Younes (2011), com seis mulheres em crise por perda ou em expectativa de perda, mostrando resultados favoráveis com a PBO, que contribuiu em todos os casos para a elaboração da crise.

Visando à eficiência do método da PBO, foram desenvolvidos conceitos que compõem sua técnica e que são fundamentados na teoria psicanalítica e na teoria da adaptação. Esses conceitos são: situação-problema, interpretação teorizada e relação cotransferencial. Abordaremos ainda a questão do prognóstico.

a) Situação-problema

A **situação-problema**, conceito central da PBO, pode ser compreendida como “o conjunto de fatores ambientais, existentes no presente, interagindo com os fatores intrapsíquicos, provocando desequilíbrio da adequação, podendo causar crise adaptativa ou deterioração gradual da adaptação existente”. (SIMON, 1996a, p. 407). É reconhecida pelo sujeito como “uma situação nova e significativa” que acontece em sua vida, que precisa ser resolvida e cuja solução pode ser: adequada, pouco adequada e pouquíssima adequada, como já foi abordado anteriormente no subcapítulo da EDAO. (SIMON, 2005, p. 29).

A situação-problema pode estar em qualquer um dos setores adaptativos: Afetivo-Relacional, Produtividade, Orgânico e Sociocultural, podendo ser observada

na interação entre eles, já que pode haver a influência de um setor sobre o outro. No exame da história pregressa do paciente e das soluções por ele adotadas anteriormente, pode-se observar a existência de uma ou mais situações-problema atuais, e dentre elas, identifica-se uma, que seria a **situação-problema nuclear** e as **situações-problema consequentes**, derivadas dela. (SIMON, 2005). Auxiliar o paciente a encontrar uma solução mais adequada para a situação-problema nuclear pode fazer com que “os demais problemas dela derivados se resolvam espontaneamente.” (GEBARA, 2011, p. 36). Dessa forma, é possível perceber que a situação-problema “[...] indica não uma simples questão a ser resolvida, mas um vasto desafio que engloba a percepção de um complexo de variáveis coexistindo e interagindo simultaneamente, pressionando o sujeito a encontrar uma resposta”. (SIMON, 2005, p.29).

A solução adequada dependerá do quanto o paciente foi capaz de aprender com suas experiências passadas; de sua criatividade e bom senso. Para o autor, se a adaptação estiver mais comprometida, como nos grupos 4 – Adaptação Ineficaz Severa, e grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave, pouco o paciente conseguiu aprender com suas experiências e tenderá a repetir as soluções pouco e pouquíssimo adequadas diante de novas situações e problemas. (SIMON, 2005). A propensão de alguns indivíduos às soluções pouco e pouquíssimo adequadas é motivada pela repetição de situações reprimidas, que foram vividas na infância e que, enquanto não forem elaboradas, a resistência às lembranças continuará exercendo sua força como *acting-out* e provocando outras soluções inadequadas. (SIMON, 2005; FREUD, 1914a).

b) Interpretação teorizada

Outro conceito importante em PBO é o da **interpretação teorizada** que difere da interpretação clássica em psicanálise e em psicoterapia psicanalítica, pois é elaborada a partir do material coletado nas entrevistas realizadas com o paciente, sendo inicialmente formulada como uma “hipótese interpretativa”. (GEBARA, 2011, p. 58). É considerada como o principal recurso técnico da PBO e é formulada a partir da compreensão dos aspectos psíquicos e inconscientes engendrados na situação-problema, fazendo a conexão da compreensão da história de vida do paciente com a

teoria psicanalítica, procurando esclarecer ao paciente a distinção entre a realidade psíquica e a realidade objetiva. (SIMON, 2005, 2015; GEBARA, 2011).

A interpretação teorizada está

[...] baseada no conhecimento da história do paciente através das entrevistas e sessões, aplicando sobre elas a teoria psicanalítica dos dinamismos inconscientes originados nas relações com pessoas significativas da infância – ou na fantasia – e que foram incorporadas como relações objetais internas reprimidas ou dissociadas, formando complexos inconscientes. (SIMON, 2005, p. 159).

Para Simon (2005), a interpretação teorizada deve ser mostrada aos poucos ao paciente, sendo introduzida no material que ele traz para a sessão, nas associações do paciente que são dirigidas pelo terapeuta com sua postura ativa, associando passado e presente, confrontando “as analogias, as identificações, as relações simbólicas” (p. 164). Só é possível utilizá-la, de acordo com o autor, quando é estabelecida uma transferência positiva, que somada à motivação do paciente para obter soluções mais adequadas em sua vida e alívio de seu sofrimento, pode fazer com que o paciente a aceite por “sugestão transferencial” (p. 164).

c) Cotransferência

A **cotransferência** é a transferência colateral, a transferência de sentimentos associados às figuras parentais não para o terapeuta, mas para pessoas do cotidiano do paciente, quando os mecanismos de defesa e os sentimentos de amor e ódio, entre outros, são revividos na “relação extra-transferencial” e repetidos como no passado do sujeito. (SIMON, 2005, p. 16).

A interpretação da cotransferência tem por objetivo, modificar a percepção da realidade do paciente e, conseqüentemente, melhorar sua adaptação. Para Simon (2005, p. 167), torna-se urgente realizar a “interpretação teorizada da cotransferência, porque é esta geralmente que está na base das soluções inadequadas da situação-problema.”

A PBO dá ênfase à interpretação da relação cotransferencial em detrimento da interpretação da transferência positiva, para evitar a neurose de transferência. (FREUD, 1937). A transferência positiva é observada e estimulada

pelo psicoterapeuta, por tratar-se de um importante instrumento de motivação e mudança na PBO, mas, não é interpretada, visto que o processo terapêutico é breve. (SIMON, 2005). Em contrapartida, a transferência negativa é interpretada para o paciente, procurando evitar que os sentimentos hostis provoquem o abandono ou o entrave da psicoterapia. (SIMON; YAMAMOTO, 2009; GEBARA, 2011).

d) Fatores

Os fatores são considerados por Simon (2005, p. 33) como “concepção genérica de fatos” que influenciam na adaptação, pois sua interação ocorre mediada pelo ego. Os fatores podem ser internos e externos (ambientais).

Os fatores internos referem-se à estrutura e o dinamismo interno do indivíduo, bem como o setor Or. São eles: fatores tensionais (f/t) que correspondem às relações intrapsíquicas “do self com seus objetos internos” incluindo a pressão de “necessidades, desejos e emoções”; fatores defensivos (f/d) que correspondem às defesas psíquicas; fatores objetivos (f/Oi) que se referem às “relações dos objetos internos entre si e com o ego” e os fatores orgânicos (f/Or) que se referem à “integridade anatômica e funcional”. (p. 33, 34).

Simon (2005) atribui intensidade, positividade e negatividade aos fatores: os fatores tensionais (f/t) e os fatores defensivos (f/d) recebem o sinal “>” quando excessivos, “<” quando insuficientes e “+” quando equilibrados. Os fatores objetivos (f/Oi), fatores orgânicos (f/Or) e os fatores externos (f/e) recebem o sinal de positivo (+) quando sua influência promove soluções adequadas para as situações-problema (s/p) ou negativo (-) quando promovem soluções inadequadas.

e) Prognóstico adaptativo

No intuito de obter um prognóstico para a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), Simon (2005, p. 79) estudou os “fatores etiológicos que se combinam quantitativamente na determinação dos distúrbios mentais e seus efeitos adaptativos” e desenvolveu a “correlação psicanalítico-adaptativa”. O grupo adaptativo (G) no qual o paciente se encontra seria, então, consequência dos fatores

constitucionais (C) interagindo com os fatores ambientais (A), indicando a fórmula: $G = C + A$.

Simon (2005) aborda a ação do instinto de vida e do instinto de morte sobre o indivíduo e como tensões internas, necessidades e defesas, interagem com a realidade, num ambiente acolhedor ou rejeitador. Portanto, deve-se perceber como as projeções e introjeções, o mundo interno e o externo do paciente, interagem, compreendendo-se que sempre há a influência do mundo interno na forma como o indivíduo percebe e julga a realidade que o cerca. (KLEIN, 1971).

Nas entrevistas clínicas, podemos inferir através dos dados coletados da história de vida do paciente as soluções adotadas em diversas situações, o ambiente onde viveu e as representações dele, as relações de objeto, e na situação transferencial com o terapeuta, o predomínio do instinto de vida ou de morte.

Dessa forma, teríamos as possibilidades das seguintes pontuações: +2, +1 e -2, -1 em ambos os fatores constitucionais (internos) e ambientais (externos), de acordo com a inferência de atuarem de forma mais positiva ou mais negativa na adequação da adaptação do indivíduo. Quanto maior a pontuação referente ao fator constitucional, mais liberdade tem o indivíduo em relação ao seu ambiente, dependendo menos dele para alcançar seu grupo adaptativo. (SIMON, 2005).

De acordo com as pontuações atribuídas aos fatores (C e A), cada grupo adaptativo pode desdobrar-se em subgrupos. Assim, no Grupo 1 as possibilidades de subgrupos seriam: 1a (C2, A2), 1b (C2, A1) e 1c (C1, A2); no Grupo 2 os subgrupos seriam: 2a (C2, A -1), 2b (C1, A1) e 2c (C -1, A2); no Grupo 3 temos os subgrupos: 3a (C2, A -2), 3b (C1, A -1), 3c (C -1, A1) e 3d (C -2, A2); no Grupo 4: 4a (C1, A -2), 4b (C -1, A -1), 4c (C -2, A1) e no Grupo 5: 5a (C -1, A -2), 5b (C -2, A -1), 5c (C -2, A -2).

A Figura 1, desenvolvida por Simon (2005, p. 74), mostra a representação gráfica dos grupos.

Figura 1 – Correlação dos diferenciais dos fatores internos (constitucionais) (x) e fatores externos (ambientais) y

Ampliando a possibilidade do prognóstico e prevenção, Simon (2014, p. 1-2) afirma que, com os dados da entrevista, pode-se perceber a possibilidade de mudanças na adaptação e “[...] que essa mudança se daria tanto na direção do aumento, quanto da diminuição da eficácia adaptativa”.

Como exemplo, apresentamos abaixo, conforme assegura Simon (2014, p. 2):

Adotando as sugestões propostas será possível enriquecer com mais significado ainda as notações da EDAO. Tomando como exemplo a seguinte notação: G-4↑ >Pr. A leitura será: Adaptação ineficaz severa, tendendo a ineficaz moderada (G-3) por tendência a aumento da adequação da produtividade.

Para melhor entender o pensamento do autor, ele propõe adicionar o símbolo ↑ “à notação da classificação diagnóstica para indicar prognóstico de aumento da eficácia adaptativa [...] e o símbolo ↓ adicionado após a notação da classificação diagnóstica indicará prognóstico de diminuição da eficácia adaptativa”. Ainda seria possível verificar em qual setor poderiam acontecer mudanças na adequação da adaptação. Assim, teríamos que para o “aumento da adequação” seria utilizado o símbolo > antes do setor correspondente e para a “diminuição da adequação” o símbolo <.

O prognóstico sugere a hipótese de mudança através da PBO. A mudança em psicoterapia tem sido estudada especialmente pensando-se nos critérios que podem ser considerados para concluir que o método de psicoterapia utilizado tenha sido, de fato, eficiente ou eficaz. Yoshida (1998) mostrou que existem fatores que podem ser considerados responsáveis pelo sucesso da psicoterapia. Seriam eles, a aliança terapêutica positiva, a motivação do paciente para a mudança, sua capacidade de adaptação e o reconhecimento da influência de aspectos psicológicos em suas dificuldades. A motivação foi um dos elementos encontrados como fator influenciador de melhora no estudo de Gandini (1995), em mulheres com câncer de mama.

No estudo de Gandini (1995), a EDAO foi utilizada como instrumento de avaliação adaptativa antes e após a intervenção em psicoterapia breve suportiva nas pacientes com câncer de mama. A análise estatística do instrumento considerou-o com consistência interna, concluindo ser um instrumento fidedigno e eficaz para avaliar pacientes com câncer de mama, pois conseguiu medir as variações adaptativas dessas pacientes nos dois momentos propostos.

Honda e Yoshida (2013) estudaram a relação entre o conceito de eficácia adaptativa de Simon (1989) e indicadores (genéricos) de mudança em psicoterapia. (KRAUSE; DAGNINO, 2006). Os autores compreenderam que a investigação de mudança em psicoterapia contempla a ideia de que o paciente poderia encontrar uma melhor adequação de suas respostas, ou seja, soluções mais adequadas para suas situações-problema. A EDAO, reformulada por Simon (1996) e já apresentada anteriormente, seria um dos instrumentos com validade preditiva para avaliar processos de mudança em psicoterapia, por apresentar a possibilidade de associar a adequação da adaptação à melhor qualidade de vida mental. (YOSHIDA, 1998).

Em sua tese de doutorado, Gebara (2011) investigou a eficiência da PBO e da interpretação teorizada em 30 sujeitos, comparando os dados do grupo experimental aos do grupo controle, que aguardava atendimento em uma clínica escola. Observou-se que no grupo experimental, 26 indivíduos mostraram melhora na eficácia adaptativa e apenas quatro permaneceram com adaptação igual ao diagnóstico inicial da EDAO. No grupo controle (avaliado pela EDAO, mas sem nenhum tipo de psicoterapia), apenas dois indivíduos melhoraram, houve piora de dois indivíduos e 26 permaneceram com o mesmo diagnóstico adaptativo.

2.4 Intervenções Breves no Contexto Oncológico

A revisão de literatura mostra que há um predomínio de estudos que apresentam validação de instrumentos psicométricos sobre os estudos que utilizam intervenção psicológica na área da Psicologia Clínica. A abordagem teórica cognitivo-comportamental tem sido mais utilizada nas intervenções, tanto no continente americano como na Europa. (LILLO; MARTINI, 2013). Em nossa revisão de literatura dos últimos 10 anos, foi observado que os estudos sobre o adoecimento por câncer de mama corroboram essa realidade, apresentando um número maior de pesquisas com enfoque avaliativo e de diagnóstico psicológico, e nas intervenções realizadas com psicoterapia, predomina também o modelo cognitivo-comportamental.

Li, Fitzgerald e Rodin (2012) avaliaram especificamente as intervenções psicológicas realizadas com pacientes com câncer e depressão. As psicoterapias mais encontradas nos estudos revisados foram: aconselhamento (termo genérico de suporte psicossocial), psicoeducativa, relaxamento, *Problem-Solving Therapy* (PST), cognitivo-comportamental, interpessoal e psicodinâmica. Todas mostraram resultados eficientes na diminuição da depressão nos pacientes, tendo a psicoterapia psicodinâmica mostrado benefícios para pacientes com doença oncológica mais avançada. Em contrapartida, incluíram em seu estudo a avaliação do tratamento medicamentoso e também concluíram sua eficiência. Os autores consideram que a ajuda psicológica, especialmente psicossocial em centros de tratamento do câncer pode permitir o alívio da depressão e de outras manifestações de angústia.

Sobre a PST, a intervenção tem sido utilizada com o objetivo de auxiliar mulheres com câncer de mama a melhorar o enfrentamento dos estressores relacionados ao adoecimento e tratamento, obtendo resultados de diminuição da ansiedade e depressão após a intervenção individual. (AKECHI et al., 2008; NEZU; MAGUTH NEZU; SALBER, 2013).

Pitceathly et al. (2009) também realizaram um estudo com intervenção individual breve na abordagem cognitivo-comportamental, num enfoque preventivo, avaliando o risco das pacientes desenvolverem ansiedade e depressão após o diagnóstico de câncer de mama e realizando a intervenção. Utilizaram três sessões:

uma face a face e as demais por telefone. Os resultados mostraram que a intervenção foi mais eficaz com o grupo de pacientes com alto risco de desenvolver ansiedade e depressão do que com o grupo de baixo risco.

A intervenção breve na mesma abordagem também foi utilizada para casos de insônia em mulheres com câncer de mama. A associação da fadiga e da insônia mostra que há o comprometimento da qualidade de vida da paciente e que, embora o tratamento seja predominantemente medicamentoso, a intervenção terapêutica parece ser mais eficaz do que a terapia com remédios. (FIORENTINI; ISRAEL, 2006; DIRKSEN; EPSTEIN, 2008).

Torres, Pereira e Monteiro (2012) realizaram oito sessões de grupo na abordagem cognitivo-comportamental, com 16 mulheres sobreviventes de câncer de mama (que sobreviveram por tempo igual ou superior há 5 anos contados a partir do início da hormonioterapia). Aplicaram escalas para medir depressão, ansiedade, autoconceito e qualidade de vida nas pacientes antes e depois da intervenção grupal. A análise não mostrou resultados estatísticos significantes, ou seja, a eficácia do atendimento em grupo não foi comprovada.

A intervenção breve em grupo psicoeducativo, ainda na mesma abordagem, foi utilizada por Dolbeault et al. (2009) em mulheres após o tratamento. Os resultados mostraram redução da ansiedade e melhora da depressão e fadiga, não encontrando, no entanto, diferenças significativas relacionadas a estratégias de *coping* no grupo experimental e de controle.

Park et al. (2012) e Jones et al. (2013) também utilizaram o grupo psicoeducativo em pacientes com câncer de mama e foram verificados resultados favoráveis no aspecto psicossocial e de suporte de informações sobre a doença e o tratamento, contribuindo para a melhora da qualidade de vida das pacientes. Stanton et al. (2005) também utilizaram a abordagem psicoeducativa, com uso de material impresso, vídeo e intervenção com educador sobre o câncer de mama e concluíram que o material impresso associado ao vídeo informativo produziu melhora significativa na energia e fadiga das mulheres após seis meses de tratamento em relação ao uso apenas do material impresso. A intervenção com material impresso, vídeo e duas sessões com um educador pareceu mais eficiente nas mulheres que apresentavam angústia.

Rodríguez e Fonti (2013) utilizaram o atendimento grupal breve com a técnica de expressão das emoções e cognitivo comportamental e compreenderam

que a psicoterapia em grupo pode ser uma alternativa à terapia medicamentosa para pacientes com câncer de mama, pois contribui com a diminuição da ansiedade, do medo e da ira. Concluíram que os efeitos positivos da intervenção psicológica alcançam a melhor aceitação da doença e dos efeitos do tratamento.

Intervenções breves grupais numa abordagem psicossocial foram utilizadas para auxiliar as pacientes no enfrentamento da doença e do tratamento oncológico, com possibilidade de diminuição da ansiedade e de sintomas depressivos, melhorando a fadiga das mulheres e contribuindo com sua qualidade de vida. (KISSANE et al., 2007; MANOS et al., 2009; DOLBEAUT et al., 2009).

Casellas-Grau, Font e Vives (2014) realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre as intervenções com a psicologia positiva, como a expressão de emoções positivas e intervenções com enfoque espiritual. Os autores encontraram alguns estudos que forneceram evidências relevantes sobre a possibilidade de promoção de aspectos positivos diante da experiência do câncer de mama em pacientes e sobreviventes, tais como: uma melhor qualidade de vida, sensação de bem-estar, esperança e otimismo, embora questões metodológicas dos estudos revisados tenham limitado os resultados.

Beutel et al. (2014) utilizaram a psicoterapia breve psicodinâmica (short-term psychodynamic psychotherapy) para tratamento da depressão de mulheres com câncer de mama após a mastectomia e durante o tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia). Os resultados mostraram a eficácia desse modelo de psicoterapia para a melhora dos sintomas depressivos e qualidade de vida.

Retomaremos o trabalho de Gandini (1995), embora mais antigo, pois em sua pesquisa com grupo experimental e grupo controle, ambos com 30 pacientes com câncer de mama, utilizou o método da psicoterapia breve suportiva (atendimentos individuais, grupais e quando necessário com familiares das pacientes). Verificou resultados positivos de melhora da eficácia adaptativa (avaliada pela EDAO) das mulheres do grupo experimental em comparação com o grupo controle e a manutenção da eficácia adaptativa após um ano da intervenção. No grupo controle (que não recebeu a intervenção) avaliou diminuição da eficácia adaptativa inicial.

Os estudos aqui mencionados revelam a necessidade de apoio psicológico às mulheres com câncer de mama em seu sofrimento com o diagnóstico e o tratamento oncológico. As intervenções breves podem ser consideradas importantes instrumentos para atendimento dessa realidade, pelo curto prazo e baixo custo. Isso permite abranger maior número de pacientes e, conseqüentemente, beneficiar mais pessoas.

Portanto, justifica-se a investigação da PBO como um método possível de atendimento também a essa demanda, já que tem demonstrado efeitos positivos em outras populações nas quais tem sido utilizada.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Método

A presente pesquisa foi delineada de acordo com o método misto. Trata-se de um método que utiliza o planejamento, organização e interpretação dos dados de forma quantitativa e qualitativa. (CRESWELL; CLARK, 2013).

Nesse tipo de método há algumas possibilidades de abordagem. Em nossa pesquisa, a abordagem utilizada foi aquela do projeto convergente:

[...] Outros propósitos para esse projeto incluem ilustrar os resultados quantitativos com achados qualitativos, sintetizando os resultados quantitativos e qualitativos complementares para desenvolver um entendimento mais completo de um fenômeno e comparar múltiplos níveis dentro de um sistema. (CRESWELL; CLARK, 2013, p.77).

Dessa forma, os dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente e analisados independentemente e sintetizados a partir do banco de dados dos registros das entrevistas clínicas e sessões de PBO (que contaram com a avaliação de uma juíza externa²). Os resultados foram analisados e interpretados através da estatística descritiva dos dados sociodemográficos, dados do diagnóstico e tratamento oncológico, dados do diagnóstico adaptativo e evolução adaptativa, realizados através da EDAO, organizados em quadros.

Os resultados foram também analisados e interpretados qualitativamente através da compreensão adaptativa e psicodinâmica: os dados da evolução adaptativa, os efeitos terapêuticos obtidos com a PBO e os dados do diagnóstico e tratamento oncológico. A interpretação das dimensões quantitativa e qualitativa possibilitou comparar os grupos de dados e interpretá-los para atender ao estabelecido no objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa.

3.2 Participantes do estudo

² A psicoterapeuta especialista em PBO, Profa Dra Sueli Regina Gottochilich Rossini.

A amostra foi intencional e por saturação, composta por 17 mulheres. (TURATO, 2008). Os critérios de inclusão foram: idade entre 30 e 65 anos, diagnóstico de câncer de mama e submetendo-se a uma das fases seguintes do tratamento: quimioterapia, radioterapia, mastectomia radical ou parcial e hormonioterapia.

Os critérios de exclusão foram: participante sem a confirmação do diagnóstico de câncer de mama; abaixo de 30 anos ou acima de 65 anos; em alta do tratamento de câncer de mama, por ocasião do término do tratamento; portadora de doença mental; estar em processo psicoterápico.

Justifica-se o critério da idade, visto que os estudos mostram um maior número de pesquisas com participantes acima dos 30 anos; e após os 65 anos, com o envelhecimento, a literatura tem mostrado que as significações da perda da mama nas mulheres podem ser modificadas.

3.3 Local

A pesquisa foi realizada em Centro de Oncologia, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como ambulatório de oncologia de um Complexo Hospitalar de cidade do Grande ABC.

3.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

a) A Entrevista Clínica Preventiva (SIMON, 1995) é utilizada em situações de pesquisa, quando a pessoa é convidada a participar, não tendo ela mesma procurado o serviço de prevenção. Nessas situações, é recomendado que o terapeuta inicie a entrevista pelos setores adaptativos menos causadores de ansiedade e que faça uso de técnicas suportivas e, se necessário, interpretativas para facilitar a cooperação do entrevistado;

b) A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), de acordo com a teoria de Simon (1989), utilizada ao final das entrevistas clínicas, ao final das sessões de PBO e no *follow-up*;

c) A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), de acordo com Simon (2005).

3.5 Procedimento

Realizado o contato com a coordenadora de um Serviço de Psicologia Hospitalar no ABC Paulista, o projeto de pesquisa ora em exame, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996) do Complexo Hospitalar e aprovado sob o nº 060/2012 em 09/08/2012. A pesquisa foi também aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP) sob o nº 76403 em 17/08/2012.

Diante da aprovação, a mesma coordenadora encaminhou a pesquisa para o Centro de Oncologia, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona como ambulatório de oncologia do Complexo Hospitalar daquela cidade. O Serviço Social e a recepção do local forneceram a lista de pacientes que estavam nos critérios de inclusão da pesquisa. Outras participantes pediram espontaneamente por atendimento psicológico e o Serviço Social informou os contatos delas à pesquisadora. Todas foram contatadas por telefone pela pesquisadora.

A pesquisadora identificou-se por telefone às participantes, explicando tratar-se de um convite para participação em uma pesquisa de Doutorado, realizada mediante atendimento psicológico a pacientes com câncer de mama e que o próprio ambulatório havia fornecido seu contato, convidando-as a comparecer num horário agendado para cada uma delas.

Nesse primeiro atendimento, a pesquisadora forneceu explicação sobre: os objetivos da pesquisa; a garantia do direito ao sigilo sobre as informações prestadas durante as entrevistas e as sessões de psicoterapia; a possibilidade de retirada do consentimento em qualquer momento da pesquisa; a possibilidade de

informações sobre a pesquisa em qualquer momento; a anuência e consentimento para publicação dos dados e resultados obtidos, desde que, sem a identificação da participante. Aquelas que concordaram em participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido, esclarecido, assinado e rubricado em duas vias, ficando uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora (Apêndice A). (BRASIL, 1996) As entrevistas clínicas foram iniciadas nesse primeiro atendimento.

Após o término das entrevistas clínicas, a psicoterapia foi iniciada com as participantes que concordaram em dar prosseguimento. As entrevistas e as sessões de psicoterapia foram realizadas na sala da Psicologia, sendo possível manter o sigilo e a privacidade necessários para esse tipo de atendimento. A sala está localizada no próprio ambulatório, onde as pacientes realizavam a quimioterapia e as consultas com oncologistas.

Os atendimentos psicológicos foram agendados semanalmente, em horário comercial (respeitando-se o horário do ambulatório), com duração de 50 minutos, no mesmo dia da semana e horário, sempre que possível, tendo em vista os constantes exames e consultas médicas e a própria condição de saúde das participantes.

A EDAO foi utilizada num primeiro momento para diagnóstico inicial da adaptação – com o material obtido nas entrevistas clínicas –, após o encerramento da PBO, a fim de verificar os resultados terapêuticos obtidos, e no *follow-up* – agendado aproximadamente 40 dias após a última sessão da psicoterapia – para nova avaliação da adaptação, procurando verificar se os resultados obtidos ao final da PBO se mantiveram, ou se houve alterações no funcionamento adaptativo.

As entrevistas e as sessões de PBO não foram gravadas em áudio ou em vídeo devido à compreensão de que esta poderia ser uma variável que influenciaria a confiança das participantes, aumentando sua persecutoriedade, haja vista a situação de vulnerabilidade que enfrentavam, e visto que, em sua maioria, não tinham buscado ajuda psicológica, mas haviam sido convidadas. As sessões foram, no entanto, registradas após seu término e supervisionadas semanalmente por psicoterapeuta especializada na elaboração da EDAO e no atendimento em PBO, conforme já citado.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram contatadas para esta pesquisa 30 pacientes do ambulatório de oncologia, de outubro de 2012 até março de 2014. Dentre elas, quatro procuraram espontaneamente a equipe do ambulatório, solicitando atendimento psicológico, e seus contatos foram disponibilizados para a pesquisadora que também as contatou por telefone.

Dentre as 30 pacientes contatadas, seis não aceitaram o agendamento individual: uma, por estar com mastectomia agendada por causa de uma recidiva da doença; três justificaram que não precisaram de ajuda psicológica, nem no momento do diagnóstico e nem durante o tratamento; outra agendou, mas não compareceu, alegando indisposição e pouca motivação para ir ao ambulatório semanalmente; e a última havia retornado ao trabalho justificando seu pouco tempo para participar.

Duas, que agendaram um horário para esclarecimentos sobre a pesquisa, não aceitaram participar da pesquisa: uma não aceitou, alegando não ter disponibilidade de tempo, e a outra já estava em psicoterapia há dois anos e, por isso, não pôde ser incluída no estudo.

Dentre as 22 restantes, que concordaram em participar e atendiam aos critérios de inclusão, cinco participaram apenas das entrevistas, não sendo atendidas em PBO:

- A primeira, com 64 anos, como vinha negando-se a realizar a biópsia há quatro anos, não recebeu tratamento para o câncer de mama que se agravou e provocou metástases. Em um mês, após a aceitação do tratamento médico, as complicações evoluíram muito rapidamente e faleceu após a terceira entrevista. Intervenções suportivas foram utilizadas durante as entrevistas diante de sua culpa e sofrimento.
- A segunda e a terceira estavam em quimioterapia. A segunda, com 53 anos, estava há três meses do diagnóstico de câncer e já tinha realizado a mastectomia; e a terceira, com 41 anos, estava em quimioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia), há um mês do diagnóstico: ambas alegaram que a fase de quimioterapia

dificultava que estivessem no ambulatório outros dias além daqueles que tinham de comparecer (a cada 21 dias). Pode-se compreender que, para essas participantes, a quimioterapia mostrava-se um momento de extrema dificuldade, e a perda do cabelo, uma ferida narcísica. Relatavam efeitos físicos intensos e pareciam estar direcionadas às questões de seu ego corporal naquele momento, como relatado por Freud (1914b; 1923). As duas permaneceram nas entrevistas enquanto durou a crise por perda, que mostrava um conflito entre aceitar o tratamento médico ou desistir dele. Estavam regredidas diante da situação do grave adoecimento e apresentavam extremo medo da morte. É possível que as intervenções suportivas realizadas nas entrevistas tenham sido o que essas pacientes eram capazes de receber naquele momento – um leite bom que pudesse auxiliá-las a abrandar, um pouco, suas angústias persecutórias, apenas para decidir prosseguir o tratamento. (KLEIN, 1975; SIMON, 2005).

- A quarta participante, com 54 anos, estava em hormonioterapia, com diagnóstico há oito meses, tendo realizado a mastectomia radical, quimioterapia e terminado a radioterapia recentemente. Relatou dificuldades de relacionamento com o marido e alegou que ele não gostaria que ela participasse da pesquisa, embora essa informação não pudesse ser confirmada.
- A quinta participante, havia tido um câncer de mama há 12 anos, com mastectomia radical e linfadenectomia e há um mês havia recebido diagnóstico de metástase na outra axila, havendo realizado a cirurgia e aguardava exame para determinar o local primário do câncer, pois não estava sendo encontrado. Não demonstrava motivação para psicoterapia breve, aceitando a participação nas entrevistas apenas a pedido da família.

Outro aspecto a se considerar é que as quatro participantes citadas, com exceção da participante que faleceu, tenham aceitado participar da pesquisa também por receio de ter seu tratamento médico comprometido, de alguma forma pela equipe do ambulatório, caso rejeitassem, embora isso não tenha sido

verbalizado por nenhuma delas e esse aspecto tivesse sido esclarecido pela pesquisadora na apresentação do TCLE.

Serão apresentados, portanto, os resultados das 17 participantes que, efetivamente, foram entrevistadas e atendidas em PBO. Decidimos por apresentar a análise quantitativa antes da qualitativa para melhor compreensão dos resultados.

4.1 Participantes da Pesquisa

O Quadro 1 apresenta os dados sociodemográficos e o Quadro 2 a análise estatística descritiva desses dados. Os nomes das participantes são fictícios para preservar sua identidade.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos

Participantes	Idade (anos)	Escolaridade	Estado Civil	Filhos	Situação Laboral
Amélia	>50	Fundamental Incompleto	Viúva	Sim	Desempregada
Bárbara	40-50	Superior	Solteira	Não	Auxílio-doença
Cida	>50	Ensino Médio	Casada	Sim	Aposentada
Dina	<35	Ensino Médio	Solteira	Não	Auxílio-doença
Emma*	40-50	Ensino Fundamental	Solteira	Não	Informal
Fátima*	40-50	Ensino Médio	Separada	Sim	Desempregada
Gina	40-50	Ensino Médio	Separada	Sim	Auxílio-doença
Heloísa	>60	Ensino Médio	Solteira	Não	Aposentada
Isis	40-50	Ensino Médio	Separada	Sim	Auxílio-doença
Janete	>50	Ensino Médio	Solteira	Não	Aposentada
Karina	40-50	Ensino Médio	Separada	Sim	Auxílio-doença
Luana	<35	Ensino Médio	Separada	Sim	Desempregada
Margareth	>50	Superior	Viúva	Não	Aposentada
Núbia*	40-50	Ensino Médio	Separada	Sim	Auxílio-doença
Olívia	40-50	Ensino Médio	Casada	Sim	Do lar
Pietra*	>50	Superior	Casada	Sim	Auxílio-doença
Quitéria	40-50	Ensino Médio	Casada	Não	Informal

*participantes com procura espontânea

Quadro 2 – Análise quantitativa dos dados sociodemográficos

Características	%	N (17)	Média
Idade (em anos)			47,8
Estado civil			
Casada	23,5	4	
Separada	35,3	6	
Viúva	11,8	2	
Solteira	29,4	5	
Escolaridade			
Fundamental inc.	5,9	1	
Fundamental	5,9	1	
Médio	70,6	12	
Superior	17,6	3	
Filhos			
Com filhos	58,8	10	
Sem filhos	41,2	7	
Ocupação			
Aposentada	23,5	4	
Auxílio-doença	41,2	7	
Informal	11,8	2	
Do lar	5,9	1	
Desempregada	17,6	3	

A média da idade entre as participantes foi de 47,8 anos, havendo variação de 32 a 65 anos. Nos estudos consultados, que realizaram intervenção psicológica em mulheres com câncer de mama, a média de idade variou entre: 44 anos em Akechi et al. (2008); 48 anos em Rodríguez e Fonti (2013); 51,8 anos em Beutel et al. (2014); e no estudo de Dirksen e Epstein (2008), a média mostrou-se mais alta, com 57,1 anos.

Em relação à escolaridade, a maior parte delas, 70% (n=12) completou o Ensino Médio. Apareceram maiores escores de participantes no que seria equivalente ao ensino fundamental brasileiro em Rodríguez e Fonti (2013): 63% e em Beutel et al. (2014): 47%.

Quanto ao estado civil, a maior parte das participantes estava separada, seguidas pelas solteiras, diferentemente de outros estudos, cuja maior parte da amostra foi de mulheres casadas: 84% casadas em Rodríguez e Fonti (2013) e 55% em Beutel et al. (2014).

Dentre as participantes, 59% (n=10) receberam o auxílio doença pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) devido ao diagnóstico de câncer, e no momento da pesquisa, 47% (n=7) ainda recebiam o benefício (Amélia, Emma e Fátima já não o recebiam no momento da pesquisa); 18% (n=4) não tiveram direito ao benefício: as aposentadas e Luana; e 12% (n=2) não o solicitaram (Olívia e Quitéria) por não preencherem os requisitos do INSS.³ Veremos a influência desses dados no setor S-C adiante.

Os dados sociodemográficos das participantes que procuraram espontaneamente auxílio psicológico não mostraram diferenças significativas em relação às demais participantes.

O Quadro 3 apresenta os dados referentes ao diagnóstico oncológico e tratamento em que as participantes se encontravam no momento da pesquisa.

³ O auxílio doença é um benefício solicitado pelo paciente mediante relatório do médico oncologista e cujo deferimento é avaliado por perito médico do INSS. O trabalhador apenas perderá o direito ao recebimento do benefício se ficar mais de 12 meses sem contribuir. (BARBOSA, 2010)

Quadro 3 – Dados referentes ao diagnóstico e tratamento oncológico

Participantes	Tempo Diagnóstico (em meses)	Tratamentos			Cirurgia	
		QT	RT	HT	Mastectomia	Linfadenectomia
Amélia	25-30	Sim	Sim	Em	Parcial	Sim
Bárbara	19-24	Sim	Sim	Em	Parcial	Não
Cida	19-24	Sim	Sim	Em	Parcial	Sim
Dina	7-12	Em			Radical	Sim
Emma*	25-30	Não	Sim	Em	Radical	Sim
Fátima*	13-18	Sim	Sim	Em	Radical	Sim
Gina	7-12	Em			Radical	Sim
Heloísa	7-12	Em			Radical	Sim
Isis	0-6	Em			Parcial	Sim
Janete	13-18	Sim	Sim	Em	Radical	Sim
Karina	13-18	Sim	Sim	Em	Radical	Sim
Luana**	0-6	Em			**	**
Margareth	0-6	Em			Parcial	Sim
Núbia*	7-12	Sim	Sim	Em	Radical	Sim
Olívia	0-6	Em			Radical	Não
Pietra*	7-12	Em			Radical	Sim
Quitéria	0-6	Em			Radical	Sim

* Participantes com procura espontânea

** Participante ainda não havia realizado a cirurgia

Legenda: QT – quimioterapia, RT – radioterapia, HT – hormonioterapia, Em – tratamento em andamento no momento da pesquisa

O Quadro 4 analisa quantitativamente esses dados, incluindo a idade das participantes no momento do diagnóstico oncológico.

Quadro 4 – Análise quantitativa dos dados do diagnóstico e tratamento

Dados	%	N (17)	Média
Idade no diagnóstico (em anos)			
Abaixo de 35	11,8	2	32,5
40 a 50	52,9	9	44,3
Acima de 50	35,3	6	54,5
Tempo de diagnóstico (em meses)			
0 a 6	29,4	5	4,6
7 a 12	29,4	5	10,8
13 a 18	17,6	3	16
19 a 24	11,8	2	19
25 a 30	11,8	2	28
Tratamento (na pesquisa)			
Quimioterapia	52,9	9	
Hormonioterapia	47,1	8	
Cirurgia		N (16)*	
Mastectomia radical	68,7	11	
Mastectomia parcial	31,2	5	
Linfadenectomia	87,5	14	

* uma das participantes ainda não havia realizado a cirurgia

No Quadro 4, foi considerada a idade das participantes no momento que receberam o diagnóstico de câncer, com média de 46,5 anos, o que não diferiu das informações de sua idade no Quadro 1, visto estarem na mesma faixa etária apresentada, ou seja, a maior parte das participantes estava com menos de 50 anos no momento da notícia do diagnóstico oncológico e também no momento em que aceitaram participar da pesquisa.

Pode-se verificar que houve um número maior de participantes na faixa etária considerada de pacientes mais jovens, entre 40 e 50 anos, e na qual se espera um menor índice de diagnóstico de câncer de mama e, se somados os casos com menos de 35 anos, considerados mais raros, teríamos 70,6% (n=12) da amostra nessa faixa etária. Esses dados não se mostram de acordo com os dados de Brasil (2014a), que estima um aumento progressivo do número de pacientes diagnosticadas a partir dos 50 anos de idade.

Quanto ao tempo de diagnóstico, este variou entre as participantes de três a 30 meses, estando a maior parte delas, 58,8% (n= 10) com doze meses ou menos tempo.

Em relação ao tempo da cirurgia: 31,2% (n=5) de zero a seis meses; 25% (n=4) de sete a 12 meses, sendo duas com procura espontânea; 18,8% (n=3) de 13 a 18 meses sendo uma com procura espontânea; 18,8% (n=3) de 19 a 24 meses e 6,2% (n= 1) de 25 a 30 meses, sendo uma com procura espontânea. Dentre as participantes em quimioterapia, todas estavam há 12 meses ou menos do diagnóstico de câncer de mama (sendo uma delas com procura espontânea). Heloísa havia recebido o primeiro diagnóstico de câncer de mama há mais de 20 anos, quando estava com 40 anos e nos quadros 1 e 2 tratamos das informações referentes ao último diagnóstico metastático. Apenas uma delas, Luana, realizava a quimioterapia neoadjuvante, ou seja, não havia realizado a mastectomia.

Houve diferenciação entre as participantes com procura espontânea e as demais participantes, pois todas (n=4) haviam realizado a mastectomia radical, representando 25% do total das participantes com esse tipo de cirurgia. Além disso, todas haviam realizado a linfadenectomia, o que se mostrou similar às demais, pois a maioria delas havia realizado essa cirurgia. Três delas faziam quimioterapia, representando 17,6% do total das participantes nessa fase do tratamento, estando apenas uma em hormonioterapia.

4.2 Diagnóstico Adaptativo e Evolução Adaptativa

Serão apresentados, no Quadro 5, os resultados da avaliação adaptativa inicial realizada antes da PBO com as sessões planejadas.

A escolha do número de sessões foi realizada diante da compreensão psicodinâmica e adaptativa de cada participante: no Quadro 5 estão o número de sessões planejadas para cada participante e no Quadro 6, o número de sessões que foram efetivamente realizadas.

Quadro 5 – Avaliação adaptativa antes da PBO

Participantes	A-R	Pr	Or	S-C	Soma	Grupo	Adaptação	Sessões
Amélia	2 PA	1 PA	PqA	PA	3,0	3	Ineficaz Moderada Em crise	8
Bárbara	1 PqA	1 PA	PqA	Ad	2,0	4	Ineficaz Severa Em crise	8
Cida	2 PA	1 PA	PqA	Ad	3,0	3	Ineficaz Moderada	10
Dina	1 PqA	0,5 PqA	PqA	Ad	1,5	5	Ineficaz Grave	6
Emma*	1 PqA	1 PA	PA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa Em crise	12
Fátima*	2 PA	0,5 PqA	PqA	PA	2,5	4	Ineficaz Severa Em crise	12
Gina	1 PqA	1 PA	PqA	Ad	2,0	4	Ineficaz Severa Em crise	10
Heloisa	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa	10
Isis	1 PqA	0,5 PqA	PqA	PA	1,5	5	Ineficaz Grave	8
Janete	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa Em crise	10
Karina	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa	10
Luana	1 PqA	0,5 PqA	PqA	PA	1,5	5	Ineficaz Grave Em crise	8
Margareth	1 PqA	2 Ad	PqA	Ad	3,0	3	Ineficaz Moderada	8
Núbia*	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa	12
Olívia	2 PA	2 Ad	PqA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve	6
Pietra*	2 PA	2 Ad	PqA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve	8
Quitéria	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa	4

Legenda: Ad – Adequada, PA – Pouco Adequada, PqA – Pouquíssimo Adequada

* Participantes com procura espontânea

O diagnóstico inicial dos setores adaptativos revelou:

- No setor A-R, 70,6% das participantes (n=12) apresentaram avaliação inicial pouquíssimo adequada; 29,4% (n=5) pouco adequada; não havendo participantes com avaliação adequada.

- No setor Pr, 23,5% (n=4) apresentaram avaliação inicial pouquíssimo adequada; 58,8% (n=10) pouco adequada; 17,7% (n=3) avaliação adequada.

O setor A-R obteve soluções menos adequadas em comparação com o setor Pr, e, portanto, foi o setor mais comprometido dentre as participantes, sendo responsável pela avaliação adaptativa nos Grupos 4 e 5. Apenas Fátima demonstrou respostas pouquíssimo adequadas no setor Pr e no A-R soluções pouco adequadas. Embora o G2 mostre uma avaliação da adaptação com melhor adequação, também foi o setor A-R responsável pelas soluções menos adequadas em comparação com o setor Pr. O setor Pr foi o setor menos comprometido, em comparação com o setor A-R.

- No setor Or, 94% (n=16) apresentaram avaliação inicial pouquíssimo adequada, 6% (n=1) pouco adequada e nenhuma participante apresentou avaliação adequada neste setor.
- No setor S-C, não houve participantes com avaliação pouquíssimo adequada. Na avaliação inicial deste setor; 58,8% (n=10) apresentaram avaliação pouco adequada e 41,2% (n=7), avaliação adequada.

O setor Or mostrou-se o mais comprometido em comparação com o S-C. Comparando o setor Or, cuja avaliação é qualitativa, com o setor A-R, cuja avaliação é predominantemente qualitativa, mas lhe é atribuído peso na impossibilidade de quantificá-lo, teremos um maior comprometimento da adequação adaptativa no setor Or. O setor S-C apresentou-se como o menos comprometido, se comparado ao setor Or (cuja avaliação é qualitativa) e aos setores A-R e Pr.

Em relação aos grupos adaptativos os dados revelaram:

- No G2 com Adaptação Ineficaz Leve: 13% (n=2) das participantes, Olívia e Pietra; ambas as participantes haviam sido submetidas à mastectomia radical e Pietra havia procurado espontaneamente ajuda psicológica.
- No G3 com Adaptação Ineficaz Moderada: 17,5% (n=3) das participantes, Amélia, Cida e Margareth, a primeira delas estava em crise adaptativa; todas haviam realizado a mastectomia parcial.

- No G4 com Adaptação Ineficaz Severa: 53% (n=9) das participantes e, dentre elas, 55,5% (n=5) estavam em crise adaptativa por perda, Bárbara, Emma, Fátima, Gina e Janete. A maior parte desse grupo, 77,8% (n=8) havia realizado a mastectomia radical, com exceção de Bárbara, que havia realizado mastectomia parcial. Três das participantes com procura espontânea estavam nesse grupo, Emma, Fátima e Núbia.
- No G5 com Adaptação Ineficaz Grave: 17,5% (n=3) das participantes e uma delas, Luana, em crise adaptativa por perda com indicação para mastectomia radical. Dentre as demais, uma havia realizado a mastectomia parcial e uma delas a cirurgia radical.
- Estavam em crise adaptativa por perda, 41,2% (n=7) do total das participantes, sendo que a maior parte delas, 71,4% (n=5) estavam no G4. Dentre as participantes em crise, 57,1% (n=4) haviam realizado a mastectomia radical, 28,6% (n=2), a mastectomia parcial e Luana, embora ainda não tivesse realizado a cirurgia, já tinha sido informada pela médica que faria a mastectomia radical.

No Quadro 6 serão apresentados os resultados da avaliação adaptativa final e as sessões que foram efetivamente realizadas.

Quadro 6 – Evolução adaptativa depois da PBO

Participantes	Sessões	A-R	Pr	Or	S-C	Soma	Grupo	Adaptação
Amélia	8	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Bárbara	8	2 PA	1 PA	PA	Ad	3,0	3	Ineficaz Moderada
Cida	10	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Dina	6	2 PA	1 PA	PA	Ad	3,0	3	Ineficaz Moderada
Emma*	12	2 PA	1 PA	PA	PA	3,0	3	Ineficaz Moderada
Fátima*	12	2 PA	1 PA	PA	PA	3,0	3	Ineficaz Moderada
Gina	5	2 PA	1 PA	PA	Ad	3,0	3	Ineficaz Moderada
Heloisa	10	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Isis	8	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Janete	10	1 PqA	1 PA	PA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Karina	10	2 PA	2 Ad	PA	PA	4,0	2	Ineficaz Leve
Luana	3	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Margareth	8	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Núbia*	7	1 PqA	1 PA	PA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Olívia	6	2 PA	2 Ad	PqA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Pietra*	8	3 Ad	2 Ad	PA	Ad	5,0	1	Adaptação Eficaz
Quitéria	4	1 PqA	1 PA	PqA	Ad	2,0	4	Ineficaz Severa

Legenda: Ad – Adequada, PA – Pouco Adequada, PqA – Pouquíssimo Adequada

* Participantes com procura espontânea

No Quadro 7, serão apresentados os resultados da avaliação adaptativa no *follow-up*.

Quadro 7 – Evolução adaptativa no *follow-up*

Participantes	A-R	Pr	Or	S-C	Soma	Grupo	Adaptação
Amélia	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Bárbara	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Cida	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Dina	2 PA	1 PA	PA	Ad	3,0	3	Ineficaz Moderada
Emma*	2 PA	2 Ad	PA	PA	4,0	2	Ineficaz Leve
Fátima*	2 PA	2 Ad	PA	PA	4,0	2	Ineficaz Leve
Gina	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Heloisa	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Isis	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Janete	1 PqA	1 PA	PA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Karina	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Luana	1 PqA	1 PA	PqA	PA	2,0	4	Ineficaz Severa
Margareth	2 PA	2 Ad	PA	Ad	4,0	2	Ineficaz Leve
Núbia*	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Olívia	3 Ad	2 Ad	PA	Ad	5,0	1	Adaptação Eficaz
Pietra*	3 Ad	2 Ad	PA	Ad	5,0	1	Adaptação Eficaz
Quitéria	1 PqA	1 PA	PqA	Ad	2,0	4	Ineficaz Severa

Legenda: Ad – Adequada, PA – Pouco Adequada, PqA – Pouquíssimo Adequada, n/a – não avaliado

* Participantes com procura espontânea

No Quadro 8, serão apresentados os resultados da evolução de grupo adaptativo; e na sequência, a análise estatística descritiva desses dados.

Quadro 8 – Evolução de grupo adaptativo, antes e depois da PBO

Participantes	Grupo Inicial	Grupo Final	Grupo Follow-up
Olívia	G2	G2	G1
Pietra*	G2	G1	G1
Amélia	G3 Em crise	G2	G2
Cida	G3	G2	G2
Margareth	G3	G2	G2
Bárbara	G4 Em crise	G3	G2
Emma*	G4 Em crise	G3	G3
Fátima*	G4 Em crise	G3	G2
Gina	G4 Em crise	G3	n/a
Heloísa	G4	G2	G2
Janete	G4 Em crise	G4	G4
Karina	G4	G2	n/a
Núbia*	G4	G4	n/a
Quitéria	G4	G4	G4
Dina	G5	G3	G3
Isis	G5	G4	G4
Luana	G5 Em crise	G4	G4

*Participantes com procura espontânea

Pode-se observar que dentre as 17 participantes, 82,4% (n=14) evoluíram de grupo adaptativo apresentando melhora após a PBO que se manteve no *follow-up*. Apenas em Olívia, a melhora foi avaliada no *follow-up*:

- Dentre as três participantes que estavam no G5 todas evoluíram: 67% (n=2) evoluíram para o G4; mantendo-se nesse grupo no *follow-up* e uma evoluiu para o G3 no diagnóstico final, mantendo-se no *follow-up*;
- Dentre as nove participantes que estavam no G4, 67% (n=6) evoluíram de grupo adaptativo: 66,7% (n=4) para o G3 – duas mantiveram-se nesse grupo

no *follow-up* e duas evoluíram ainda mais para o G2 na avaliação do *follow-up*; 33,4% (n=2) evoluíram para o G2 na avaliação final e *follow-up*;

- As três participantes do G3 (100%) evoluíram para o G2, mantendo-se assim no *follow-up*;
- Dentre as duas participantes do G2, uma evoluiu para o G1 com Adaptação Eficaz na avaliação final e *follow-up* e a outra manteve-se no G2 na avaliação final e evoluiu para G1 na avaliação do *follow-up*;
- Dentre as sete participantes em crise adaptativa por perda, 85,7% (n=6) evoluíram de grupo adaptativo: Luana do G5 para G4; Bárbara e Fátima do G4 para o G2; Emma e Gina do G4 para o G3 e Amélia do G3 para G2.

As três participantes que não evoluíram de grupo adaptativo, Janete, Núbia e Quitéria, representaram 17,6% da amostra e estavam todas no G4. A única similaridade entre elas era o fato de terem realizado mastectomia radical, com esvaziamento axilar. Nos demais dados descrevemos que, Janete era a única que estava em crise adaptativa por expectativa de perda no diagnóstico inicial e com idade acima de 50 anos. As demais não haviam apresentado crise adaptativa e estavam entre 40 e 50 anos. Janete e Quitéria não tinham filhos, enquanto Núbia tinha filhos adultos. Quitéria estava casada, enquanto Janete era solteira e Núbia estava separada. Núbia foi a única com procura espontânea por atendimento psicológico e que não evoluiu de grupo adaptativo, não comparecendo a todas as sessões planejadas, interrompendo o atendimento na sétima sessão. Na Análise Qualitativa, faremos uma exposição sobre estas participantes, com maiores detalhes.

Embora em populações diferentes, o índice de evolução com a PBO em nossa pesquisa foi de 82,4%, e mostrou-se aproximado do índice apresentado no estudo de Gebara (2011) que foi de 86,7%, em sua amostra de 30 participantes, de homens e mulheres, que buscaram psicoterapia numa clínica-escola.

Gina, Luana e Núbia interromperam as sessões antes do término da PBO, o que correspondeu a 17,6% do total das participantes, portanto, abaixo do índice de 30% de desistência encontrado por Beutel et al. (2014), nas pacientes com câncer de mama em intervenção psicológica.

Deve-se esclarecer que foram considerados para efeito da avaliação adaptativa final dessas participantes, os dados clínicos da última sessão realizada,

que foram analisados através da EDAO, para que se pudesse verificar possíveis resultados.

Nos Quadros 9 e 10 será apresentada a evolução dos setores A-R, Pr, Or e S-C.

Quadro 9 – Evolução setorial dos setores A-R e Pr

Participantes	Setor A-R			Setor Pr		
	Inicial	Final	Follow-up	Inicial	Final	Follow-up
Amélia	PA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Bárbara	PqA	PA	PA	PA	PA	Ad
Cida	PA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Dina	PqA	PA	PA	PqA	PA	PA
Emma*	PqA	PA	PA	PA	PA	PA
Fátima*	PA	PA	PA	PqA	PA	Ad
Gina	PqA	PA	n/a	PA	PA	n/a
Heloísa	PqA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Isis	PqA	PqA	PqA	PqA	PA	PA
Janete	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Karina	PqA	PA	n/a	PA	Ad	n/a
Luana	PqA	PqA	PqA	PqA	PA	PA
Margareth	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Núbia*	PqA	PqA	n/a	PA	PA	n/a
Olívia	PA	PA	Ad	Ad	Ad	Ad
Pietra*	PA	Ad	Ad	Ad	Ad	Ad
Quitéria	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA

Legenda: Ad – Adequada, PA – Pouco Adequada, PqA – Pouquíssimo Adequada, n/a – não avaliado

* Pacientes com procura espontânea

A avaliação da evolução do setor A-R mostrou que 52,9% (n=9) das participantes obtiveram soluções mais adequadas após a psicoterapia breve: sete evoluíram de soluções pouquíssimo adequadas para soluções pouco adequadas na avaliação final, sendo que cinco delas se mantiveram dessa forma no *follow-up* (duas delas não foram avaliadas). Duas delas evoluíram de soluções pouco adequadas para adequadas: Pietra apresentou soluções adequadas na avaliação final e manteve-se assim no *follow-up*, e Olívia manteve as soluções pouco adequadas na avaliação final, mas no follow-up mostrou soluções adequadas.

A avaliação da evolução do setor Pr mostrou que 58,8% (n=10) obtiveram soluções mais adequadas após a psicoterapia breve: quatro delas evoluíram de soluções pouquíssimo adequadas para soluções pouco adequadas na avaliação final, mantendo-se no *follow-up*, com exceção de uma delas, Fátima, que no *follow-up* evoluiu ainda mais mostrando soluções adequadas. Seis evoluíram de soluções pouco adequadas para adequadas: quatro na avaliação final e três delas mantendo-se no *follow-up* (uma delas, Luana, não foi avaliada) e duas mantiveram as soluções pouco adequadas na avaliação final, mas mostraram soluções adequadas no *follow-up*, Bárbara e Emma.

Quadro 10 – Evolução setorial dos setores Or e S-C

Participante	Setor Or			Setor S-C		
	Inicial	Final	<i>Follow-up</i>	Inicial	Final	<i>Follow-up</i>
Amélia	PqA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Bárbara	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Cida	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Dina	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Emma*	PA	PA	PA	PA	PA	Ad
Fátima*	PqA	PA	PA	PA	PA	Ad
Gina	PqA	PA	n/a	Ad	Ad	n/a
Heloísa	PqA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Isis	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Janete	PqA	PA	PA	PA	PA	PA
Karina	PqA	PA	n/a	PA	PA	n/a
Luana	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Margareth	PqA	PqA	PA	Ad	Ad	Ad
Núbia*	PqA	PA	n/a	PA	PA	n/a
Ólivia	PqA	PqA	PA	Ad	Ad	Ad
Pietra*	PqA	PqA	PA	Ad	Ad	Ad
Quitéria	PqA	PqA	PA	PA	Ad	Ad

Legenda: Ad – adequada, PA – pouco adequada, PqA – pouquíssimo adequada, n/a – não avaliado

*Pacientes com procura espontânea

No Quadro 10, foram apresentados os setores Or e S-C, avaliados apenas qualitativamente (SIMON, 1989), ou seja, não determinaram o grupo adaptativo no qual as participantes se encontravam.

A avaliação do setor Or mostrou soluções mais adequadas após a psicoterapia breve em 70,6% (n=14). Dez delas evoluíram de soluções pouquíssimo adequadas para pouco adequadas na avaliação final. Dentre elas, sete mantiveram-se da mesma forma no *follow-up* (as outras três não foram avaliadas). Quatro delas mantiveram as soluções pouquíssimo adequadas na avaliação final, mostrando evolução para soluções pouco adequadas no *follow-up*.

A avaliação do setor S-C mostrou que 29,4% (n=5) obtiveram soluções mais adequadas após a psicoterapia breve. Três delas evoluíram de soluções pouco adequadas para adequadas na avaliação final, mantendo-se no *follow-up*, e duas mantiveram-se com soluções pouco adequadas na avaliação final, mas mostraram soluções adequadas no *follow-up*.

4.3 O Processo Psicoterapêutico

A compreensão de estudos realizados na área de psico-oncologia associados à possibilidade de uma postura mais ativa e empática do psicoterapeuta na PBO configurou um acolhimento às participantes, desde as entrevistas clínicas, o que se mostrou facilitador no relato de suas histórias de vida. Esse material clínico mostrou-se fundamental para o resgate de suas experiências anteriores, mobilizador de satisfação, para a maioria delas, em falar sobre si mesmas e sobre situações significativas de suas vidas que pareciam “esquecidas”, fazendo emergir as lembranças e o inconsciente.

Foi considerado, durante todo o processo psicoterapêutico, que estávamos lidando com uma situação real bastante grave, que impactava a realidade psíquica daquelas mulheres e que as representações do que estava ocorrendo com elas impactavam a forma de lidar com o adoecimento e com o tratamento. Estávamos, portanto, lidando com a doença que ocorria naquele momento, naquele contexto e com os tratamentos que ocorriam naquele local. Sendo assim, o *setting* terapêutico precisou considerar essas nuances.

A transferência negativa, fenômeno que ocorre em todas as relações de objeto, foi notada nas participantes: Dina, Fátima, Gina, Isis e Luana, sob a forma de atrasos e faltas nas sessões, mas a maior parte delas pôde superá-la e o processo

de melhora ocorreu. Pode-se notar que a transferência negativa estava permeada pela culpa e medo da mudança, advindos com a interpretação teorizada, intensificando a angústia persecutória (>f/t).

Para as participantes Núbia e Quitéria, a transferência negativa mostrou-se associada a outros aspectos, pois apresentavam fortes defesas (>f/d) contra a angústia do adoecimento e medo da morte, intensificadas por fatores ambientais negativos (f/e-), e o fato de ser solicitado nas entrevistas que falassem sobre si mesmas trouxe algum desconforto e desconfiança. A pesquisadora precisou lidar com esse fato, reassegurando sua compreensão e a importância das informações para a psicoterapia breve. Durante todo o processo psicoterapêutico, notou-se o medo de entrar em contato com os sentimentos de tristeza, raiva e desespero, advindos do diagnóstico de câncer e de escolhas equivocadas do passado, que aumentavam o desamparo dessas mulheres diante do adoecimento e da s/p atual.

Para as demais participantes, a postura atenta e acolhedora da pesquisadora possibilitou o desenvolvimento de aliança terapêutica e transferência positiva, pois a psicoterapeuta no lugar de figura materna, reinvestia-as narcisicamente (GREEN, 1988), oferecendo-lhes atenção e importância e legitimando seu sofrimento. Podiam falar do que sentiam sobre o câncer de mama e os tratamentos e não serem julgadas e, sobretudo confiantes que seria possível lidar com o sofrimento. Notou-se que se mostrou mobilizador para a adesão à psicoterapia breve e para a melhora da autoestima, pois mobilizou crenças em seus recursos internos. Nesse sentido, houve especial cuidado com a relação transferencial, não sendo utilizadas interpretações que pudessem favorecer a dependência das participantes e a neurose de transferência. (SIMON, 2005).

Compreenderam que havia um ambiente seguro e de escuta para seu sofrimento e dores relacionados ou não ao adoecimento e às dificuldades de enfrentamento dessa situação, como também para as experiências de alegria e satisfação vivenciadas em suas trajetórias. Isso ficou evidenciado a partir da segunda entrevista com as participantes: Amélia, Bárbara, Cida, Emma e Janete, pois demonstravam um maior cuidado com a própria aparência, usando roupas mais coloridas, cabelo mais ajeitado, maquiagem e uma postura mais animada e esperançosa. (VALENTIM; YAMAMOTO, 2014).

4.3.1 Planejamento

O planejamento da PBO foi realizado com os dados do material clínico das entrevistas das 17 participantes e a partir do diagnóstico adaptativo inicial pela EDAO, conforme Quadro 5. Foram desenvolvidas conjecturas psicodinâmicas e realizada a compreensão adaptativa para identificação da s/p atual e sua localização (setor adaptativo), s/p nuclear e desenvolvimento da interpretação teorizada.

Uma devolutiva foi oferecida para cada uma das 17 participantes no início da primeira sessão de PBO e logo após foi realizado o contrato terapêutico.⁴ A devolutiva tratava-se de uma pequena retrospectiva dos relatos da história de vida da participante e esclarecimento da s/p atual, ainda sem interpretações, momento em que todas as participantes ficaram muito atentas e relataram satisfação em perceber que sua história havia sido de fato ouvida e legitimada. Percebeu-se que esse momento foi fundamental para que compreendessem os objetivos da PBO e a necessidade de sua postura participativa no processo psicoterapêutico.

O número de sessões foi definido conforme a compreensão de cada caso e as possibilidades e limites da psicoterapia breve. No caso de Quitéria, por exemplo, estabeleceu-se um número menor de sessões (quatro), pois compreendeu-se que o alcance da PBO seria restrito, visto o uso excessivo de identificação projetiva e defesas de cisão, o que justificava o encaminhamento da participante para uma psicoterapia mais longa com objetivo de reestruturação de personalidade.

Embora o método e a técnica da PBO tenham sido respeitados, algumas adaptações precisaram ser realizadas em alguns momentos por tratar-se de atendimento a pacientes com doença grave e em tratamento médico pelo SUS, o que se mostrou de acordo com Fiorini (1978) e Carvalho (2002). Quando a paciente tinha exames, consultas, medicações ou apresentava efeitos colaterais da quimioterapia, a pesquisadora reagendou suas sessões para outros dias e horários e apenas nesses casos, não foi considerada a falta. Nem sempre foi possível que avisassem com antecedência, pois pelo SUS, os exames e medicações não são

⁴ Resta esclarecer que as participantes que desistiram durante as entrevistas não receberam a devolutiva.

agendados na data que a paciente solicita; assim também ocorrendo diante dos efeitos da quimioterapia que eram imprevisíveis.

Mesmo havendo maior flexibilidade nesses aspectos, as participantes preocuparam-se em avisar, por telefone ou pessoalmente, quando algum dos imprevistos citados acima ocorriam. No entanto, caso a paciente faltasse, não avisasse ou não justificasse a falta na sessão seguinte, sua ausência era considerada e trabalhada como transferência negativa.

4.3.2 Motivação

Para Simon (2005), a motivação seria a força propulsora fundamental para que o paciente vença a resistência aos conteúdos inconscientes diante da urgência da solução da situação-problema. A motivação pela psicoterapia breve pode ter sido influenciada pelo fato de a pesquisadora atender no ambulatório de oncologia, onde as participantes tinham um vínculo de tratamento (consultas, medicação, quimioterapia) o que pode ter tido um aspecto de comodidade, mas também pode ter aumentado a confiança delas, pois houve relatos que mostraram expectativa de que a pesquisadora seria capaz de compreender as vicissitudes que vivenciavam com o adoecimento e tratamento oncológico.

Para as participantes com procura espontânea por atendimento psicológico, a motivação mostrou-se importante não só na compreensão de sua necessidade de auxílio diante da percepção de seu sofrimento, mas também na compreensão do processo psicoterapêutico. Isso demonstrou consequências positivas na evolução adaptativa de Emma, Fátima e Pietra, com exceção de Núbia, cujos dados específicos serão abordados adiante.

Outro aspecto interessante que apareceu nos relatos de Dina e Isis foi o desejo de contribuir com a pesquisa, pois acreditavam que participando da pesquisa estariam contribuindo para os estudos na área do câncer de mama e que poderiam auxiliar outras mulheres a enfrentar essa realidade. A análise desse aspecto mostrou uma tentativa de ressignificar sua experiência do adoecimento e de representar de forma positiva seu sofrimento.

Notou-se também que a devolutiva realizada na primeira sessão de PBO contribuiu para uma compreensão e confirmação da necessidade de atendimento psicológico, o que influenciou positivamente a motivação e adesão à pesquisa da maior parte das participantes, sendo também mobilizador da aliança terapêutica e transferência positiva.

4.3.3 Setores adaptativos

Para Simon (2005), há uma importância central do setor A-R na adaptação, e de fato, como sua avaliação tem grande importância quantitativa, pode determinar o diagnóstico adaptativo. No entanto, em nossa pesquisa, pode-se perceber que o adoecimento por câncer de mama, em todas as fases do tratamento, foi um fator de forte impacto (f/or-) no diagnóstico adaptativo inicial do setor Or, pois, embora as participantes tivessem aceitado aderir ao tratamento oncológico, essa solução não as satisfazia e causava conflitos internos (>f/t) e, em alguns casos, conflitos externos. Embora compreendessem que o tratamento fosse necessário para que tivessem chance de sobreviver ao câncer, trazia-lhes sofrimento pelos efeitos colaterais, pelo medo de não sobreviver à deterioração física e mental e/ou pelo pouco apoio que recebiam de suas famílias (f/e-). Isso precipitou soluções pouquíssimo adequadas de todas as participantes no setor Or inicialmente e exerceu pressão nas soluções dos setores A-R e Pr.

Dentre as participantes, apenas Emma mantinha soluções pouco adequadas no setor Or, o que pode ser explicado por ter sido a única participante a não realizar a quimioterapia, não indicada no seu caso, e por ter realizado a mastectomia radical com reconstrução imediata com prótese (durante a cirurgia), o que se mostrou, de acordo com Rincón et al. (2012), o que abrandou os conflitos internos e externos, mas não foi suficiente para lhe trazer satisfação devido às sequelas da linfadenectomia que impactavam o setor Pr.

No setor Or predominou, nas demais participantes, a preocupação com o próprio adoecimento por câncer e com o sofrimento físico que o tratamento causava que fez com que regredissem ao estado de desamparo do ego. Nas participantes do G4 e G5, a pressão do instinto de morte impactava ainda mais o setor A-R,

predominando a angústia persecutória, já que demonstravam fixação e regressão às angústias e defesas da posição esquizo-paranóide. Nas participantes do G2 e G3, havia o predomínio da angústia depressiva, pois mostravam-se regredidas às angústias e defesas da posição depressiva. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988; KLEIN, 1975; 1981; SIMON, 2005)

O desamparo foi intensificado pelo fato de grande parte das participantes não terem o apoio de um companheiro, conforme mostrado no Quadro 1, e da família, como no caso de Luana, o que fazia com que se sentissem solitárias e insatisfeitas nesse setor. Surgiu o conflito interno: investir no tratamento, ou nas questões de organização de sua vida, pois tinham de preocupar-se com a economia doméstica e com os filhos durante o tratamento. Também surgiu o conflito externo, como no caso de Isis, por exemplo, que teve a expectativa de que sua família lhe daria mais atenção e auxílio. Isso mostrou-se diretamente relacionado às soluções pouquíssimo adequadas no setor A-R

No setor Pr, pôde-se perceber que as soluções foram impactadas pelos efeitos do tratamento do câncer no setor Or: mal-estar físico e fadiga causados pela quimioterapia (f/or-) impediam que as participantes realizassem suas tarefas como antes do tratamento; as limitações na mobilidade do braço e restrições de força causadas pela linfadenectomia e da hormonioterapia, fase na qual iam sendo liberadas pelo médico e INSS para o trabalho, causavam preocupação (f/t>) sobre o retorno laboral, pois sentiam-se inseguras sobre as possibilidades de adaptação ao antigo trabalho, ou para buscar uma nova colocação profissional, o que está de acordo com os estudos de Lobo et al. (2006) e Cantinelli et al. (2006).

Para aquelas participantes que tiveram soluções adequadas neste setor notou-se que: Margareth mantinha uma situação financeira confortável, com soluções adequadas no setor Pr durante sua vida, o que lhe propiciou uma estabilidade econômica na aposentadoria, e contava com ajuda de faxineira para cuidar de sua casa; Olívia estava de licença médica de um trabalho do qual gostava e que lhe oferecia um bom retorno financeiro. Além disso, conseguiu a ajuda do marido para cuidar das atividades de sua casa; assim como Pietra, que durante anos trabalhou num projeto com o marido para que tivessem tranquilidade financeira em seu futuro e durante o tratamento ele a ajudava com as tarefas de casa.

O setor Or também impactou o setor S-C, pois a percepção do preconceito (f/e-), como visto em Sontag (1986), de pessoas desconhecidas esteve

presente no relato de Isis e Luana, durante a fase de quimioterapia, principalmente pela alopecia, mas também pelo ganho de peso e pelo inchaço, o que também foi encontrado no estudo de Lobo et al. (2006), exercendo uma pressão social importante para essas participantes, impactando negativamente esse setor e intensificando o sentimento de solidão, como abordou Klein (1971) no setor A-R.

Pode-se notar que a situação de recebimento do auxílio-doença durante o tratamento trouxe satisfação às participantes (f/e+) no setor S-C, pois sentiram o seu direito legitimado pela instituição INSS. As participantes Bárbara, Gina, Karina, Núbia e Pietra trabalhavam quando receberam o diagnóstico médico e estavam afastadas do trabalho. Isis já estava afastada do trabalho anteriormente devido lesão por esforços repetitivos (LER) e, em nova perícia médica, manteve-se com auxílio doença devido ao diagnóstico de câncer. Amélia pediu demissão do trabalho logo que recebeu o diagnóstico de câncer, e Dina estava desempregada naquele momento, mas ambas tiveram direito ao benefício. O trabalho de Fátima era informal, mas recebeu o benefício, por contribuir com o INSS.

4.3.4 Exame das situações-problema

A análise das entrevistas e material clínico mostrou que a s/p nuclear de todas as participantes, com exceção de Emma e Janete, estava localizada no setor Or: o adoecimento por câncer de mama, mostrando que, embora tenham aderido ao tratamento recomendado, as representações sobre o adoecimento e o próprio tratamento eram de intenso impacto, mobilizando insatisfação, conflitos internos e/ou externos, deflagrados nas soluções pouquíssimo adequadas daquele setor, o que influenciava as s/p atuais nos demais setores. A s/p nuclear mostrou-se de tal forma inusitada e impactante do ponto de vista físico e psíquico, que limitava o acesso às experiências anteriores de dor e sofrimento e do aprendizado advindo de suas soluções, pois não parecia possível compará-las ao horror da experiência atual, limitando ainda que pudessem criativamente desenvolver novas soluções. Sua influência sobre os setores A-R e Pr pode ser comprovada pelo fato de nenhuma participante ter sido avaliada inicialmente no G1, com adaptação eficaz. Para Emma

e Janete havia outras considerações, pois a s/p nuclear estava localizada no setor A-R pela dependência da figura materna e imaturidade afetiva.

Foram identificadas que as s/p atuais das participantes estavam localizadas em três setores adaptativos: Or, A-R e Pr. Para as sete pacientes em crise adaptativa por perda, a s/p atual era a própria situação de crise (SIMON, 2005) com a qual as participantes lidavam e não conseguiam encontrar uma solução.

A crise adaptativa apresentava-se, portanto, por perda ou expectativa de perda, estando essa situação associada para Amélia, Bárbara, Fátima, Gina e Luana à perda da saúde, da mama, dos cabelos, da funcionalidade do braço e ao risco de metástases. Essas perdas mostraram-se tão impactantes para essas mulheres que não conseguiram encontrar uma solução. Com o conflito interno entre aderir ao tratamento médico para tentar salvar-se do câncer, ou não aderir para tentar salvar-se dos efeitos do próprio tratamento: de qualquer forma o medo da dor física e psíquica estava presente, assim como o medo da morte, o que está de acordo com Sontag (1986) e Bromberg (1995). Nesse ponto, as significações foram realmente conflituosas: a quimioterapia como “um veneno”, a mastectomia como “mutiladora”, a possibilidade de metástase como o medo de “começar tudo de novo” e de que seus esforços tivessem sido em vão.

Para as participantes em crise adaptativa a s/p atual encontrava-se localizada:

- No setor Or: Amélia, Gina e Luana. Para as duas primeiras, a s/p tratava-se da possibilidade de metástase e para Luana o anúncio da mastectomia radical que se aproximava;
- No setor A-R estavam Bárbara, Emma e Janete. Para a primeira, o medo da rejeição após as mudanças vivenciadas com o tratamento do câncer; para as duas últimas, o medo da solidão, vivenciando a dependência da figura materna e imaturidade afetiva;
- No setor Pr estava Fátima impactada pelas sequelas do tratamento que provocavam mudanças físicas que a impediam de retomar seu antigo trabalho.

Para as participantes que não estavam em crise adaptativa a s/p atual estava localizada:

- No setor Or para Heloisa e Olívia. A primeira às voltas com nova metástase e a deterioração física, além dos riscos que mais um tratamento de quimioterapia lhe trazia. Para Olívia, o desconforto físico causado pela mastectomia, intensificando a sensação de gravidade de seu diagnóstico de câncer fazendo-a temer a morte;
- No setor A-R para Isis, Karina, Margareth, Pietra e Quitéria, a fantasia persecutória acentuada de que o câncer era um castigo, o que se mostrou de acordo com Ramos e Lustosa (2009), mostrando um superego rígido, mas também uma tentativa de explicar o câncer intelectualmente, de achar um lugar para ele em suas mentes, reforçadas por crenças de senso comum (S-C). Para Quitéria, as defesas acentuadas de cisão na tentativa de proteger-se da mesma angústia.
- No setor Pr, para Cida, Dina e Núbia, às voltas com os efeitos da fadiga do câncer limitando sua capacidade de produção. Para Cida, o desafio de retomar suas atividades diárias. Para Dina, encontrar um trabalho nessas condições. Para Núbia, retornar ao trabalho e adaptar-se a ele.

4.3.5 Interpretação teorizada

A interpretação teorizada foi formulada a partir da compreensão adaptativa e psicodinâmica de cada participante, sendo comunicada paulatinamente, até que tornasse possível fazer as relações dos dinamismos inconscientes com a s/p nuclear e as demais s/p atuais, numa linguagem que fossem capazes de compreender. Para aquelas que evoluíram, as intervenções suportivas nas entrevistas, e quando necessárias durante as sessões, acalmaram suas angústias, provavelmente porque puderam senti-las como leite bom de um seio bom e íntegro (f/e+). Depois disso, as interpretações teorizadas, que foram sendo dadas aos

poucos encontraram menores resistências, embora fossem causadoras de angústia (>f/t), porque deflagrava o sofrimento vivenciado com a s/p atual, como no caso de Amélia; a consciência de repetições de soluções inadequadas no passado, como no caso de Pietra; com o “superego benigno”, favoreceram o fortalecimento egóico e puderam suportá-las, na maioria dos casos, o que se mostrou de acordo com Simon (2005, p. 46).

4.3.6 Desenvolvimento da PBO

O desenvolvimento da PBO será apresentado nos quadros abaixo: informações sobre a s/p atual, setor da s/p, número de sessões realizadas, conjectura psicodinâmica sobre a qual foi desenvolvida a interpretação teorizada e a respectiva evolução de cada participante.

Quadro 11 – Apresentação da PBO no G2

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Olívia	Sofrimento com a mastectomia Sessões realizadas: 6	A-R	Não recebeu um olhar especial dos pais, filha mais nova de prole numerosa, sendo cuidada pelas irmãs mais velhas, mas o olhar do marido alimentou seu narcisismo, fazendo-a sentir-se amada e desejada por algum tempo. Tempos depois, porém, ele a traiu, sentindo-se novamente pouco especial e desqualificada: na cotransferência repetia o sentimento da infância. Conseguiu reconstruir o casamento, mas manteve-se desconfiada do amor do marido. A perda da mama rebaixava sua autoestima, uma ferida narcísica que causava sofrimento intenso. Desejava a reconstrução da mama.	Compreendeu e recebeu a interpretação teorizada como um investimento da psicoterapeuta/mãe. A participante, consciente da cotransferência, implementou modificações positivas em sua relação com o marido, assumindo de forma mais clara seus desejos e necessidades o que causou satisfação e possibilitou melhores soluções no setor A-R (Ad), mantendo as soluções da Pr (Ad). Passou a lidar de forma mais realista com o adoecimento, consciente dos riscos, mas com diminuição da angústia depressiva (<f/t) no setor Or (PA). Por sugestão, foi incentivada a conversar com seu oncologista e mastologista sobre a cirurgia de reconstrução (direito garantido pelo SUS). Evoluiu do G2 para G1.
Pietra	Sofrimento pela dependência gerada pelo adoecimento Sessões realizadas: 8	A-R	Com o adoecimento da mãe em sua infância sentiu-se desamparada, mas como a filha mais velha foi impelida a assumir os cuidados dos irmãos e do pai. Repetiu essa solução de ser a cuidadora de todos em sua vida, internalizando um superego rígido e onipotente. O adoecimento a regrediu ao sentimento de desamparo da infância, perdendo o controle de sua situação, precisando ser cuidada, o que causou angústia depressiva (>f/t). Na cotransferência o marido como figura enfraquecida também era cuidado por ela.	Procura espontânea por ajuda psicológica com recursos intelectuais bastante positivos. Desenvolveu aliança terapêutica e transferência positiva e compreendeu a interpretação teorizada com profundidade realizando conexões entre seu passado e presente. A conscientização da culpa pela fantasia de ter assumido o lugar da mãe lhe causou grande alívio amenizando a pressão superegóica de ser castigada com o câncer. Implementou modificações em sua vida diante da conscientização da cotransferência não só com o marido, mas com a família. Aceitou ser cuidada pelo marido e retomou o trabalho respeitando os limites impostos pelo tratamento, com diminuição da onipotência. Evoluiu do G2 para G1 com soluções Ad no setor A-R e Pr. No setor Or (PA).

No G2, as participantes Olívia e Pietra mostraram soluções pouco adequadas no setor A-R e adequadas no setor Pr, e no decorrer das sessões puderam aproveitar a interpretação teorizada e a PBO e evoluíram adaptativamente para o Grupo 1, podendo compreender e solucionar a s/p atual, pois contavam com a possibilidade de reinterpretar o ambiente, mobilizadas pelo instinto de vida, melhorando as respostas dos setores A-R e Pr, que evoluíram para adequadas, e obtendo adaptação eficaz. Ambas, no *follow-up* demonstraram gratidão pelos resultados positivos que sentiam com a psicoterapia breve.

O caso de Olívia mostrou-se interessante, pois apesar de ter compreendido e aceitado a interpretação teorizada e solucionado a s/p atual durante o processo psicoterapêutico, precisou de um tempo para implementar as mudanças nas soluções do setor A-R, que se apresentaram adequadas no *follow-up*.

A participante Pietra foi uma das quatro participantes que buscou espontaneamente por ajuda psicológica e, dentre elas, aquela que mais mostrou motivação para a psicoterapia breve. Esse dado associado à aliança terapêutica e à transferência positiva fez com que a interpretação teorizada reverberasse também na s/p nuclear, além da s/p atual, o que está de acordo com Simon (2005) e com Gebara (2011), e ainda, de acordo com Yoshida (1998) como fatores que influenciam a mudança em psicoterapia.

Pietra, relatou na sétima e oitava sessões, conteúdos de reflexão sobre o adoecimento por câncer de mama como uma experiência que, além do sofrimento acentuado, pode ser ressignificada como um momento também de aprendizado, relacionando-a ao amadurecimento e à possibilidade de repensar e modificar sua vida: relacionamentos, autoimagem, trabalho e projetos futuros. As modificações que foram sendo realizadas em sua vida a partir dessa nova compreensão (ao final da PBO e confirmadas no *follow-up*) mostraram elevação da autoestima, propiciando um novo posicionamento: no casamento, na relação com um marido mais real e na sexualidade a partir das modificações corporais com o tratamento do câncer de mama; com os pais; com os irmãos; e mudanças efetivas que buscaram uma melhor qualidade de vida, como a mudança de casa que mostraram amadurecimento e eficácia adaptativa.

Quadro 12 – Apresentação da PBO no G3

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Amélia	Crise por expectativa de perda diante da possibilidade de metástase Sessões realizadas: 8	Or	Fantasias depressivas (>f/t) de que o câncer seria um castigo pela raiva que sentiu pelos pais, que em sua fantasia a substituíram por muitos outros irmãos, e do marido alcoólico que substituíra a ela e aos filhos pela bebedeira. Culpa por não ter merecido a atenção dos pais e por não ter “salvo” o marido do álcool, causa de sua morte. Temia não ter alguém que cuidasse dela (pelas limitações impostas pelo tratamento oncológico) e temia não poder contar consigo mesma, solução que havia encontrado e que repetia em sua história de vida. Na cotransferência, cuidou do marido e cuidava dos filhos e netos, como forma de atenuar a culpa pela raiva, desrespeitando seus próprios limites.	Compreendeu a interpretação teorizada e obteve alívio de sua culpa. Com o estabelecimento da aliança terapêutica e a compreensão da cotransferência implementou mudanças em sua casa/família, aceitando que poderia pedir e receber ajuda quando fosse necessário, o que melhorou as soluções no setor Pr (Ad), mantendo-se o setor A-R (PA). No setor Or (PA) e no setor S-C (Ad). Evoluiu de G3 para G2. Pela ampliação da notação teremos G2 >↑ A-R – Adaptação eficaz leve tendendo a eficaz pelo aumento na adequação da adaptação do setor A-R.
Cida	Lentidão e esquecimento ocasionados pelo tratamento do câncer Sessões realizadas: 10	Pr	O marido supria a falta de afeto e cuidados que não teve da figura materna (f/oi-), por quem se sentia rejeitada, recebendo um seio esvaziado, mas com boa relação com a figura paterna (f/Oi+). Os efeitos do tratamento oncológico impediam que pudesse satisfazer os desejos obsessivos de limpeza do marido como fazia anteriormente, o que causava conflitos internos e externos. Desconsiderava seus próprios desejos e necessidades submetendo-se à sua organização e horários, por medo de perder o seu amor, na relação cotransferencial.	Compreensão da interpretação teorizada e da cotransferência com o marido, possibilitou abrandar o superego e assumir seus próprios desejos diminuindo o conflito interno com as mudanças em seu ritmo e memória e melhorando as soluções da Pr – Ad. Decidiu respeitar-se mais e ceder menos ao marido, o que provocou mudanças qualitativas positivas em sua relação com ele (o marido mostrou esforço em respeitá-la) não sendo suficientes para mudanças nas soluções do setor A-R – PA que passaram a satisfazê-la, sem conflitos internos, mas ainda causavam conflitos externos, que a participante compreendia como fruto de sua maior autonomia. Setor Or (PA). Evoluiu de G3 para G2.
Margareth	Medo de morrer pelo adoecimento por câncer Sessões realizadas: 8	A-R	Fantasiava que a morte seria um castigo pela situação edípica, revivida com o marido muito mais velho que ela e casado, e pela culpa onipotente pela morte do marido (>f/t) gerando angústia depressiva intensa, que na cotransferência repetia a culpa pela morte do pai.	Compreensão da interpretação teorizada que foi bem recebida provocando alívio da culpa onipotente e conscientização da cotransferência com o marido. Pode perdoar-se pela decisão de tratamento para o marido diante de seu adoecimento grave, solicitada pelos médicos, e compreender como uma tentativa de salvá-lo, embora não tenha obtido êxito. Houve melhora na adequação do setor A-R – PA com diminuição dos conflitos internos da participante. Setor Or (PA). Evoluiu de G3 para G2.

No G3, as participantes Amélia e Cida mostraram soluções pouco adequadas no setor A-R e Pr e Margareth soluções pouquíssimo adequadas no setor A-R e adequadas no setor Pr. Predominava o instinto de vida, favorecendo que aproveitassem a interpretação teorizada e a PBO, com abrandamento do superego, e que evoluíssem adaptativamente para o Grupo 2. A compreensão da s/p nuclear possibilitou a solução da s/p atual e uma ressignificação do adoecimento. Estas participantes puderam aproveitar a relação transferencial com a terapeuta/mãe como um leite bom oferecido especialmente para elas, o que aumentou a compreensão e a aceitação, por sugestão, da interpretação teorizada, o que está de acordo com Simon (2005). Isso teve efeito positivo na ressignificação do adoecimento e da fase do tratamento na qual se encontravam.

Amélia e Cida puderam ressignificar a hormonioterapia como uma fase de “voltar à vida” (sic), e Margareth pode ressignificar o adoecimento, não como um castigo, mas como uma vicissitude da vida. Utilizando seu instinto de vida, puderam reinterpretar a fase difícil que enfrentavam com o adoecimento e tratamento e, mais esperançosas, acreditar que eram capazes de enfrentá-la, mesmo tendo consciência dos riscos inerentes ao câncer.

Amélia solucionou a crise adaptativa por perda no setor Or, favorecendo melhores soluções naquele setor, o que diminuiu seu desespero diante de novos exames médicos e dos efeitos colaterais da hormonioterapia, atenuando a angústia depressiva (<f/t) e compreendendo que se pudesse rever sua posição de cuidadora da família, os filhos poderiam ter espaço para cuidar dela. Isso influenciou diretamente o setor Pr, que evoluiu para soluções adequadas. Sobre a psicoterapia, relatou que se sentia aliviada de poder dizer “tudo que estava guardado” que compreendemos como o alívio de perceber que sua raiva não destruiu a terapeuta e não destruiria a quem amava. Isso favoreceu que negociasse uma organização mais adequada de sua casa com os filhos.

Um mês depois do follow-up, a participante informou à pesquisadora sua satisfação pela mudança de duas filhas que moravam em sua casa com seus maridos e filhos, o que aumentava sua liberdade e autonomia. A saída havia sido amigável e era visitada por eles e os visitava com frequência. Assim, a ampliação da notação confirmou-se e o alcance psicoterapêutico reverberou na solução de uma s/p que não era objeto da PBO, conforme descreve Gebara (2011), fazendo com que a participante atingisse o G1 com soluções adequadas no setor A-R.

Cida pode compreender a relação cotransferencial com o marido – a submissão aos seus desejos por medo de perder seu amor – e com abrandamento de seu superego, respeitando os limites que se impunham após o tratamento oncológico e conseguindo dizer não ao marido. Foram aliviadas as pressões exercidas no setor Pr, solucionando a s/p atual. Referiu que após a psicoterapia não percebia mais “aquele medo e desespero que sentia”, o que mostra uma ressignificação do próprio adoecimento, relatando que “depois do câncer agora sei que as coisas têm jeito”, explicando sobre a melhora de sua autoestima e maior confiança em si mesma, que aumentavam sua esperança de que poderia enfrentar as dificuldades sendo capaz de resolvê-las.

Para Margareth, a compreensão da s/p nuclear no setor Or motivou soluções mais adequadas para a s/p atual, diminuindo os conflitos internos no setor A-R: angústia depressiva e culpa (<f/t), abrandando o medo da morte.

Quadro 13 – Apresentação da PBO no G4

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Bárbara	Crise por expectativa de perda de aceitação e afeto diante do enfraquecimento com os efeitos colaterais acumulados com o tratamento oncológico Sessões realizadas: 8	A-R	Sentimentos de menos valia, baixa autoestima e impotência (>f/t) relacionados ao enfraquecimento e mal estar diante de perda de peso importante com o tratamento oncológico (f/e-) causando ansiedade persecutória. Sentia-se fraca, frágil e estava regredida à fantasia da infância de ter sido substituída pelos pais (f/Oi-) por irmãos mais novos, fortes e bonitos. Pela cotransferência temia que sua “fraqueza” não fosse aceita no ambiente laboral e fosse substituída também pelos gestores e colegas de trabalho.	O acolhimento e a interpretação teorizada foram recebidos como um cuidado e olhar da terapeuta/mãe para a participante que se sentiu especial e investida narcisicamente. Pode compreender a regressão e seus significados inconscientes e confrontar com a realidade valorizando mais suas habilidades e potencialidades que sempre a fizeram destacar-se em seu trabalho, motivo pelo qual estava sendo aguardado seu retorno. Elaborou a crise e pode evoluir percebendo que em hormonioterapia, poderia recuperar-se dos tratamentos anteriores. Apresentou melhores soluções no setor A-R – PA e no setor Pr – Ad evoluindo para G2. No setor Or (PA).
Emma	Crise por expectativa de perda com o casamento da irmã (com quem morava) Sessões realizadas: 12	A-R	Sentimentos de abandono pelo afastamento do pai quando criança e morte da mãe revividos com o casamento da irmã, sentindo-se extremamente solitária. Figura materna rígida (f/Oi-), com quem teve relação de dependência, não se casando para ficar com a mãe. Esperava repetir relação de dependência com a irmã. Estado de melancolia.	Procura espontânea por ajuda psicológica diante do seu sofrimento acentuado: tentativa de “suicídio” com comprimidos para dor, acting out após briga com a irmã, mostrando que precisava livrar-se da dor interna ou culpabilizar a irmã por quem se sentia traída e invejosa de seu casamento. Medicada com antidepressivos após esse fato. Compreendeu e aceitou a interpretação teorizada e desenvolveu aliança terapêutica e transferência positiva. Foram realizadas sugestões que a participante aceitou conseguindo buscar um emprego mais seguro e no qual pudesse desenvolver outros vínculos afetivos, estreitou os laços com amigos antigos e voltou a frequentar sua religião formando uma rede de apoio. Diminuição dos conflitos internos e externos, mas ainda com insatisfação no setor A-R (PA) e Pr – PA, evoluindo para G3. Setor S-C (Ad). Foi encaminhada para psicoterapia mais longa. Na ampliação da notação do diagnóstico teremos: G3 ↑ >Pr

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Fátima	Crise por perda diante das sequelas da linfadenectomia Sessões realizadas: 12	Pr	Sentimento de incapacidade pelas limitações impostas pela cirurgia, impedindo retomar sua função laboral anterior e retornar ao seu estado de moradia. Com o término do benefício do INSS, as sequelas do tratamento oncológico deixavam-na num estado de dependência dos filhos que a angustiava. Desconfiada, temia a relação de dependência, por reviver o abandono pelo pai quando era criança, que na separação nunca mais voltou a vê-la e da mãe bipolar que não a protegeu (f/Oi-). Começou a trabalhar muito cedo para não depender da mãe e, mais tarde do ex-marido.	Procurou espontaneamente por ajuda psicológica por sentir-se triste e ansiosa. Desenvolveu transferência negativa, com dificuldade de confiar na terapeuta/mãe, o que dificultou que aceitasse a interpretação teorizada apresentando defesas onipotentes (>f/d) em relação aos limites atuais advindos com o tratamento oncológico. As sessões precisaram ser interrompidas por causa de uma cirurgia ginecológica, e quando voltou foi avaliado que a s/p atual continuava a mesma e as sessões foram retomadas. Apenas quando retornou pode aceitar a interpretação teorizada e aceitar as sugestões de buscar um novo trabalho, com alívio da angústia persecutória que era também causada pela nova cirurgia (f/e-). No <i>follow-up</i> a participante estava trabalhando em local adequado e mais seguro, satisfeita e sem conflitos na Pr (Ad) evoluindo para G2. No A-R manteve-se PA. No setor Or (PA) e S-C (Ad).
Gina	Crise por expectativa de perda diante da possibilidade de metástase Sessões realizadas: 5	Or	Extremo desamparo e medo diante do risco de metástase. Quando criança ficou em estado de desamparo após a separação dos pais (f/Oi-), em situação de violência (do irmão mais velho), não sendo protegida pelos pais. O marido mais velho, na cotransferência, substituiu o pai ausente, mas foi traída por ele. Regrediu ao estado de desamparo quando recebeu o diagnóstico de câncer e mesmo separada do marido fantasiou que ele cuidaria dela, o que não ocorreu. Negou o diagnóstico, demorando meses para realizar os exames e iniciar o tratamento. Durante a quimioterapia e na possibilidade de metástase as defesas sucumbiram ao medo.	Desenvolveu aliança terapêutica positiva durante o período de crise diante das intervenções suportivas, sentindo-se amparada. Na evolução da PBO diante da aproximação da explicação da interpretação teorizada, as defesas se ergueram novamente, com desenvolvimento de transferência negativa. Temia que a mãe/terapeuta não a protegesse ou amparasse diante de seus próprios sentimentos, principalmente diante de sua agressividade reprimida. Interrompeu o processo psicoterapêutico na quinta sessão e não foi possível a avaliação do <i>follow-up</i> . Mesmo assim, na avaliação final A-R (PA) e Or (PA). A crença religiosa a impelia a resignar-se diante da situação de adoecimento.
Heloisa	Recidivas do câncer e risco acentuado de morte Sessões realizadas: 10	Or	No primeiro diagnóstico de câncer sentiu-se mutilada, e associou à mutilação que o pai sofreu antes de morrer, quando também teve câncer, vivenciando um luto por si mesma desde então. Sofria pelas perdas vivenciadas com o primeiro diagnóstico de câncer e as demais metástases. Sentia-se com a feminilidade mutilada, narcisicamente ferida e não conseguiu permitir-se ter um relacionamento amoroso após a mastectomia, pois teve medo da rejeição. O pai havia perdido a força/virilidade com a mutilação e ela também, mantendo-se imatura. A mãe, já muito idosa, não conseguia mais cuidar dela e ela se sentia enfraquecida e cansada para cuidar da mãe devido à quimioterapia. O medo de morrer, além do aspecto real, estava associado a deixar as pessoas que amava e que essas pessoas conseguissem sobreviver sem ela.	A paciente apresentava compreensão intelectual muito positiva e motivação para a psicoterapia. Nas entrevistas demonstrou satisfação em regatar sua história de vida e poder legitimá-la. Aceitou a interpretação teorizada e pode repensar a autoimagem, e valorizar sua luta pela vida. Pode perdoar-se pelo luto que impossibilitou retomar sua vida e suas relações amorosas no passado diminuindo os conflitos internos. Durante o processo psicoterapêutico foram diagnosticadas metástases em órgãos vitais e a paciente precisou ser acolhida com intervenções suportivas. Foi possível falar sobre a possibilidade de morte real. Mostrou-se consciente da gravidade de sua situação, mas informada pelo oncologista sobre os tratamentos que ainda poderia realizar, mantendo motivação para continuar os tratamentos que fossem possíveis e necessários. Pode conscientizar-se de seus recursos internos e utilizá-los nessa situação. No A-R as soluções tornaram-se PA e no Pr – Ad evoluindo para o G2. No setor Or (PA) e no setor S-C (Ad).

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Janete	Crise por perda devido doença degenerativa da mãe Sessões realizadas: 10	A-R	A participante mostrava-se identificada com a figura materna perdida, deflagrando um processo de melancolia. A dependência infantil intensificava a sensação de extrema solidão. Sensação de desamparo intensificada pelo que não havia realizado em sua vida. Na relação cotransferencial, porém, esperava reproduzir a dependência na relação com os irmãos, o que foi frustrado. Não mostrou sofrimento pelo adoecimento por câncer de mama.	Foram realizadas intervenções suportivas diante do sofrimento com o luto. A interpretação teorizada foi dada devagar, pois embora não parecesse haver uma limitação intelectual, Janete mostrou dificuldade de compreendê-la, projetando a responsabilidade pelas escolhas pouco eficazes de sua vida em outras pessoas ou situações (>f/d). Não apareceu transferência negativa, mas a impossibilidade de identificação com um bom objeto internalizado (f/oi+) diante do impacto dos acontecimentos (f/e-), fazendo-a sentir-se incapaz e depressiva. Algumas sugestões puderam ser aceitas e, do ponto de vista psicodinâmico, algumas mudanças foram implementadas por sugestão, como aceitar convites de amigas para sair e cuidar-se melhor, não sendo suficientes, porém, para sua evolução adaptativa, mantendo-se no G4, tendo elaborado a crise. Não houve piora da adequação da adaptação. Setor Or (PA).
Karina	Perdas ocasionadas com o adoecimento por câncer intensificando as perdas de sua vida Sessões realizadas: 10	A-R	O adoecimento e tratamento oncológico causaram extremo medo de morrer, desamparo egóico intenso e ferida narcísica influenciando no luto por si mesma. A participante ainda temia a morte o que intensificava as ansiedade persecutória relacionando-a às perdas do passado: separação de um grande amor, casamento frustrado, perda de sua casa e retorno à casa dos pais. Idealizava o objeto perdido, mostrando identificação projetiva. Achava que suas possibilidades estavam acabadas, não conseguindo investir sua libido em novas situações e conquistas pessoais ou profissionais, mostrando-se melancólica.	Houve desenvolvimento de aliança terapêutica e transferência positiva e a participante conseguiu ser liberada do trabalho nos horários das sessões mostrando motivação para solução de sua s/p que lhe causava sofrimento. As defesas obsessivas dificultavam que aceitasse as perdas do passado e reinvestisse sua libido em novos objetos. Na cotransferência idealizava os pais, os filhos, o ex-marido sentindo-se inferiorizada diante deles e valorizando-os excessivamente. Compreendeu a interpretação teorizada o que a levou ao desenvolvimento de culpa pela repetição de escolhas equivocadas do passado e do presente, com alívio consequente e melhora de sua percepção da realidade, de sua autonomia e autoestima. Isso provocou melhora no setor A-R – PA, e no setor Pr pode auxiliá-la à readaptação ao trabalho com soluções Ad. Evoluiu para G2. Não foi possível a avaliação no <i>follow-up</i> , mas o telefonema de Karina e sua justificativa de não poder sair do trabalho para a sessão (que só poderia ser realizada em horário comercial) nos pareceu bastante adequada, mostrando investimento libidinal em seu trabalho. Ao telefone mostrou-se ainda em soluções Ad na Pr. No setor Or (PA).
Núbia	Insegurança quanto à finalização da licença médica e retorno ao trabalho, insegurança quanto à sua adaptação, devido efeitos colaterais do tratamento oncológico Sessões realizadas: 7	Pr	Vínculos empobrecidos em função da internalização de figura paterna agressiva e figura materna autoritária (f/Oi-). Em sua vida profissional, não conseguiu se submeter à rotina e continência do trabalho repetindo soluções inadequadas, temendo não corresponder à expectativa dos outros e que os outros não correspondessem à sua. Não internalizou um superego protetor e na cotransferência repetia a desconfiança nas relações com chefia e colegas de trabalho.	Participante com procura espontânea desenvolveu transferência negativa intensa com faltas e atrasos, com desconfiança da mãe/terapeuta que não a protegeria dos sentimentos negativos deflagrados pelas lembranças de seu passado e desqualificação da relação terapêutica. Superego exigente dificultou que lidasse com os limites da PBO, datas e horários o que foi intensamente trabalhado com a participante. Não houve evolução de grupo adaptativo, mas foi observado que quando interrompeu na sétima sessão, sua s/p atual havia sido resolvida: havia feito contato com a empresa para organizar seu retorno ao trabalho. Houve melhora qualitativa no setor Or (PA). Não houve deterioração adaptativa no diagnóstico final. No setor Or (PA). Não foi possível avaliação no <i>follow-up</i> .

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Quitéria	<p>Não aceitação do adoecimento que a colocava em situação de risco</p> <p>Sessões realizadas: 4</p>	Or	Fortes defesas de cisão (>f/d) foram utilizadas contra a angústia persecutória do adoecimento. Relação rígida com os pais permeada pela exigência e críticas (f/Oi-), o que gerou muitas decepções, tentou autonomia, mas não conseguiu, e ainda a desejava, mas de forma onipotente. Estar doente a colocava numa situação de incapacidade, fragilidade e dependência que a apavoravam.	<p>Transferência negativa intensa com ataques invejosos à condição da terapeuta assumindo postura de orientar os demais pacientes no ambulatório, negligenciando cuidados com ela mesma não se protegendo.</p> <p>As defesas diminuíram e a paciente pode integrar o adoecimento à sua vida e entender que podia sofrer com o adoecimento, mastectomia e quimioterapia, abrandando a crueldade do superego, diminuindo, mas ainda não equilibrando as defesas, aceitando sua condição de forma mais realista e cuidando-se melhor. Isso não foi suficiente para mudança de grupo adaptativo, mas trouxe soluções mais adequadas nos setores Or (PA) e S-C (Ad). Não houve piora adaptativa. Foi encaminhada para psicoterapia mais longa.</p>

No G4, as participantes apresentaram soluções pouquíssimo adequadas no setor A-R e pouco adequadas no setor Pr, com exceção de Fátima, cujas soluções pouquíssimo adequadas estavam no setor Pr, e no setor A-R, pouco adequadas. Nos casos de Bárbara, Emma, Fátima, Gina e Janete as sessões de PBO possibilitaram que elaborassem a s/p atual – crise por perda –, embora Janete não tenha evoluído de grupo adaptativo. Núbia e Quitéria também não apresentaram evolução adaptativa com o processo psicoterapêutico, embora tenha havido melhora qualitativa nos setores Or e S-C. Nos casos de Heloísa e Karina, que não estavam em crise, também houve solução da s/p atual.

Com a PBO, todas as participantes no setor Or mostraram soluções mais adequadas, o que influenciou a mudança na adequação do setor A-R para Bárbara, Gina, Heloísa e Karina, adotando soluções pouco adequadas. No setor Pr, influenciou Bárbara, Heloísa e Karina cujas soluções pouco adequadas evoluíram para adequadas, e para Fátima, com uma evolução ainda mais acentuada, de pouquíssimo adequadas para adequadas neste setor.

Para Emma houve a compreensão da situação de crise por perda, com melhora na adequação do setor A-R. A participante, que buscou espontaneamente por ajuda psicológica, mostrou grande motivação para a psicoterapia breve, desenvolvendo transferência positiva e aliança terapêutica e, por sugestão, pode compreender e aceitar a interpretação teorizada. Pôde compreender, ainda, a ideação suicida, tendo sido, por isso, encaminhada para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade e para psicoterapia mais longa. Uma semana após o *follow-up*, a participante contatou a terapeuta para contar que havia conseguido um trabalho em sua área, que estava de acordo com os limites da mobilidade reduzida de seu braço, com um bom salário e se mostrou muito satisfeita. Compreendemos que a ampliação da notação do diagnóstico se cumpriu e a participante atingiu o G2 (A-R – PA e Pr – Ad).

Bárbara e Fátima também solucionaram a crise adaptativa por perda e puderam ressignificar a hormonioterapia. Para Bárbara, a compreensão da interpretação teorizada e cotransferência pôde fazê-la enfrentar seu medo da rejeição e retornar ao trabalho percebendo essa situação de forma mais realista. Fátima, que procurou espontaneamente por psicoterapia breve, mostrou motivação pela psicoterapia, mas só pôde investir de fato na solução de sua s/p atual após nova cirurgia, o que está de acordo com Freud (1914b). Ao retomar as sessões,

aceitou as perdas advindas das sequelas da linfadenectomia e pôde pensar nas habilidades que ficaram preservadas para buscar outra profissão. Gina, que também estava em crise adaptativa por perda, embora tenha desistido da psicoterapia na quinta sessão, pôde elaborar a crise e evoluiu de grupo adaptativo, obtendo ganho nas soluções do A-R na avaliação final, evoluindo para pouco adequadas, o que não pôde ser confirmado no *follow-up*.

Embora Gina tenha desistido antes do término das sessões planejadas, houve aproveitamento da intervenção suportiva e compreensão da s/p atual, pois obteve ganhos nas soluções do setor Or e A-R, mantendo a adesão ao tratamento oncológico pelo alívio da angústia persecutória.

Heloisa mostrou-se especialmente motivada para a psicoterapia breve, reestruturou sua autoimagem e diante do risco de morte aproveitou as sessões de PBO para resgatar seu passado. Conseguiu perceber situações positivas e negativas, e integrando-as e reparando-as pode contar com o superego benigno, conforme Simon (2005) e com o bom objeto internalizado, conforme Klein (1975) diante de sua difícil situação.

Karina resolveu a s/p atual no setor A-R. A ferida narcísica causada pelo tratamento oncológico, perda da mama e alopecia, precipitava um luto por si mesma, que intensificava suas ansiedades paranóides, paralisando-a. Com a compreensão e aceitação da interpretação teorizada, pôde melhorar a adequação das respostas nos setores A-R, Pr e Or, embora essa avaliação não tenha sido confirmada no *follow-up*.

Janete foi a única participante em crise adaptativa que não evoluiu de grupo adaptativo. As escolhas pouquíssimo adequadas no setor A-R, principalmente as repetições (FREUD, 1914a) do passado da participante, colocaram-na num estado de extrema solidão (s/p nuclear), ainda mais intensificado com a perda da mãe que se anunciava. Embora não tenha havido evolução de grupo adaptativo, apresentou soluções mais adequadas no setor Or, passando a cuidar mais de si mesma, atendendo também às suas necessidades durante a hormonioterapia. O processo psicoterapêutico preveniu a deterioração ainda maior da adaptação, o que foi confirmado no *follow-up*.

A participante Núbia foi a única participante com procura espontânea que não realizou todas as sessões planejadas, interrompendo o tratamento na sétima sessão. Não apresentou evolução de grupo adaptativo. Nesse caso, não manteve a

motivação pela psicoterapia, e mesmo com a interpretação da transferência negativa, não foi possível concluir as sessões, embora tenha sido solucionada a s/p atual no setor Pr. Foi avaliado que na última sessão realizada apresentava melhores soluções no setor Or, assim como não apresentou piora adaptativa, o que não foi confirmado posteriormente, pois não foi possível o agendamento do *follow-up*.

Quanto à participante Quitéria, com s/p atual no setor Or, o processo psicoterapêutico propiciou um abrandamento das defesas de cisão, com soluções mais adequadas no setor Or, avaliado no *follow-up*. Soluções adequadas foram implementadas no setor S-C e, embora não tenha evoluído de grupo adaptativo, notou-se sensível melhora qualitativa, que contribuiria para um melhor aproveitamento do tratamento oncológico.

No entanto, precisamos considerar que a PBO atuou prevenindo o prejuízo adaptativo diante de novas perdas. No caso de Janete, observou-se no setor A-R uma melhor aceitação das vicissitudes do papel de cuidadora de sua mãe e de sua morte; no caso de Núbia, verificou-se compreensão das soluções pouco adequadas no setor Pr e reflexão sobre elas, passando a repensar seu trabalho e seu futuro profissional; e no caso de Quitéria, observou-se aceitação da condição de necessitar de cuidados naquele momento.

Quadro 14 – Apresentação da PBO no G5

PARTICIPANTE	S/P ATUAL	SETOR DA S/P	CONJECTURA PSICODINÂMICA/ INTERPRETAÇÃO TEORIZADA	DESENVOLVIMENTO DA PBO
Dina	Encontrar um trabalho adequado – compatível com a situação de hormonioterapia – com o qual pudesse se sustentar e lhe desse segurança Sessões realizadas: 6	Pr	A participante mostrava-se identificada com figuras objetais enfraquecidas (f/Oi-), o que foi intensificado pelo adoecimento grave. Na cotransferência havia se frustrado com figuras de autoridade (chefias) atacando-as ou fugindo (acting-out) o que, em sua história de vida, por repetição, havia impedido que tivesse um trabalho que lhe oferecesse segurança e melhor remuneração.	Repetição da relação objetual por transferência negativa com a psicoterapeuta que, ao ser trabalhada foi superada. Pode compreender a interpretação teorizada, possibilitando diminuição das defesas com um contato mais equilibrado com o próprio sofrimento (+/-f/d) o que melhorou a adequação do setor A-R (PA). Consscientização da relação cotransferencial e repetição de suas soluções inadequadas no trabalho. Busca por um trabalho com critérios mais realistas favorecendo sua adaptação: no setor Pr (PA). Houve evolução do G5 para G3.
Isis	Insatisfação pela necessidade de cuidados de outras pessoas durante o adoecimento e tratamento Sessões realizadas: 8	A-R	Sentimento de rejeição intensificado na relação com a figura materna (f/oi-), na cotransferência temia a dependência e consequente abandono em suas relações com os filhos e irmãos. Adoecida e fragilizada, negou onipotentemente que precisasse de ajuda o que deteriorou ainda mais sua saúde, colocando-a em situação de risco.	Compreensão da interpretação teorizada, presença de transferência negativa, repetição de que seria também rejeitada pela psicoterapeuta/mãe ou trocada por outras participantes/irmãs, que foi trabalhada e superada. Ódio e inveja impedindo a reparação na relação com a mãe real que se aproximou tentando cuidar da participante. Sentimento de abandono intensificado pelo término da PBO. Diminuição da onipotência, pediu ajuda dos filhos e aceitou, diminuindo os conflitos internos e externos do setor Pr (PA). Setor A-R manteve-se PqA. O setor Or também manteve-se PqA devido ao quadro de infecção pulmonar que necessitou de hospitalização. Evoluiu do G5 para G4. Foi encaminhada para psicoterapia mais longa.
Luana	Crise por expectativa de perda diante do anúncio da mastectomia radical Sessões realizadas: 3	Or	Medo do aniquilamento diante da mastectomia (f/e-) que se aproximava o que contribuía para fantasias de retaliação (>f/t). Desenvolveu em sua infância rivalidade com um irmão mais novo (xodó da mãe) que adoeceu e faleceu precipitando culpa onipotente.	Transferência negativa mais intensa devido à identificação projetiva: as partes do <i>self</i> projetadas na psicoterapeuta, em suas fantasias persecutórias, foram ameaçadoras demais para que continuasse em psicoterapia, interrompendo antes do término. Obteve alívio da culpa com a interpretação teorizada, o que solucionou a crise por perda possibilitando que aderisse à cirurgia. Fez uma escolha mais adequada de abandonar um companheiro agressivo, dedicando-se mais às atividades de sua casa, o que não foi suficiente para melhorar a adequação no setor A-R (PqA), isolando-se das pessoas, mas repercutiu no setor Pr (PA). Após a mastectomia foi possível realizar o follow-up, mas uma infecção no cateter utilizado para administrar a medicação da quimioterapia causava complicações de sua saúde e não possibilitou soluções mais eficazes no setor Or. Mesmo assim, evoluiu do G 5 – G4.

No G5, houve a adoção de soluções pouquíssimo adequadas no setor A-R e Pr – e qualitativamente no setor Or – com o uso excessivo de identificações projetivas (KLEIN, 1975), com conteúdos internos atuando em sua percepção e com maior distorção da realidade, a qual já se mostrava difícil pelo adoecimento e pela solidão. Em Dina, Isis e Luana notou-se a presença de inveja e angústia paranóide ($>f/t$) e a pressão do instinto de morte sobre o ego fragilizado intensificava o desamparo diante do adoecimento e tratamento por câncer de mama.

Foi possível, no entanto, pelo trabalho com a transferência negativa com todas elas e a cotransferência com Dina e Isis, que compreendessem a interpretação teorizada, o que possibilitou soluções mais adequadas no setor Pr para as três participantes. Para Dina, possibilitou que compreendesse a s/p nuclear, equilibrando suas defesas ($+f/d$) e permitindo que ressignificasse o adoecimento e aprendesse com essa experiência, que mesmo dolorosa, pôde ser enfrentada, permitindo que retomasse seus projetos futuros ($f/e+$), o que influenciou diretamente na melhor adequação dos setores A-R e Pr.

Deve-se considerar que Dina, estando em fase de hormonioterapia, já estava liberada para o retorno ao trabalho. Para Isis e Luana, que ainda estavam em quimioterapia, a situação de tratamento apresentava nuances diferentes, pois Luana ainda teria de enfrentar a mastectomia radical, o que precipitava sua crise adaptativa, embora tendo conseguido elaborá-la e enfrentado a cirurgia. Isis apresentou comprometimento de sua saúde pelos efeitos da quimioterapia, precisando de hospitalização, o que intensificava a pressão do instinto de morte sobre o setor Or, e influenciava os demais setores. Mesmo assim, a PBO mostrou-se eficiente nesses casos, pois evoluíram de grupo adaptativo (G5 – G4).

4.3.7 Prognóstico adaptativo

Após a realização da PBO e tendo em vista seus resultados, buscou-se verificar a capacidade prognóstica da geometria analítica de Simon (2005), avaliando-se, no material das entrevistas clínicas iniciais, por inferência, os fatores constitucionais e fatores ambientais das participantes e suas possibilidades de

desenvolvimento diante da situação de adoecimento e tratamento oncológico que enfrentavam.

No G2, os fatores constitucionais (+2) e fatores ambientais (-1) das participantes Olívia e Pietra situavam-nas no subgrupo 2a. O prognóstico referente ao grupo adaptativo era considerado bom; o prognóstico intragrupal (2a) era considerado relativamente melhor que os demais subgrupos, e as participantes apresentavam certa independência do ambiente para evoluir, ou seja, apesar da continuidade do tratamento oncológico e as vicissitudes que se apresentavam em suas vidas, havia uma possibilidade de melhor adequação adaptativa, o que de fato se confirmou após a psicoterapia breve, quando passaram a se situar no subgrupo 1b (referente ao G1), conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G2 (sendo X constitucional e Y ambiental)

No G3, a avaliação das participantes Amélia, Cida e Margareth mostrou fatores constitucionais (+1) e fatores ambientais (-1), o que as situava no subgrupo 3b. O prognóstico do grupo adaptativo era regular, o prognóstico intragrupal (3b) era considerado o segundo melhor em relação aos demais subgrupos e as participantes apresentavam uma relativa independência dos fatores ambientais para evoluir. Com a compreensão de sua realidade de adoecimento e tratamento oncológico foi

possível uma melhora na adequação adaptativa após a psicoterapia breve, quando passaram a se situar no subgrupo 2b (referente ao G2). Amélia atingiu o potencial do prognóstico de seu grupo, ou seja, 1c (referente ao G1), conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G3 (sendo X constitucional e Y ambiental)

No G4, a avaliação das participantes Bárbara, Emma, Janete, Karina, Núbia e Quitéria mostrou fatores constitucionais (-1) e fatores ambientais (-1), o que as situava no subgrupo 4b. O prognóstico referente ao grupo adaptativo era reservado, o prognóstico intragrupal (4b) era considerado relativamente mediano em relação aos demais subgrupos e havia uma dependência mediana do ambiente para desenvolver-se. Núbia e Quitéria, de fato, diante da situação de seu adoecimento e tratamento oncológico, não evoluíram de grupo adaptativo, assim como Janete, o que se mostrou de acordo com os limites de prognóstico deste grupo. No entanto, as demais participantes puderam ampliar a compreensão de sua realidade através da PBO, conforme Quadro 13, o que possibilitou uma melhora na adequação adaptativa. Emma evoluiu para o subgrupo 3c (referente ao G3); Bárbara e Karina evoluíram ainda mais para o subgrupo 2c (referente ao G2), atingindo o potencial de desenvolvimento de seu grupo adaptativo, conforme Figura 4.

Figura 4 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G4 (sendo X constitucional e Y ambiental)

Também no G4, a avaliação das participantes Fátima, Gina e Heloísa mostrou fatores constitucionais (+1) e fatores ambientais (-2), o que as situava no subgrupo 4a. O prognóstico do grupo adaptativo também era reservado, conforme as demais participantes deste grupo; o prognóstico intragrupal (4a) era considerado relativamente melhor que os demais subgrupos, e havia uma maior independência do ambiente para desenvolver-se. As participantes puderam aproveitar seus recursos internos e com a PBO evoluíram: Gina para o subgrupo 3b (referente G3); Fátima e Heloísa evoluíram ainda mais, passando para o subgrupo 2b (referente G2), conforme Figura 5.

Figura 5 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G4 (sendo X constitucional e Y ambiental)

No G5, a avaliação das participantes Dina, Isis e Luana mostrou fatores constitucionais (-1) e fatores ambientais (-2), o que as situava no subgrupo 5a. O prognóstico deste grupo adaptativo era ruim; o prognóstico intragrupal (5a) era considerado relativamente melhor que os demais subgrupos e havia uma relativa independência do ambiente para desenvolver-se. As participantes puderam aproveitar a PBO e evoluíram: Isis e Luana desenvolveram-se para o subgrupo 4b (referente G4) e Dina desenvolveu-se ainda mais, passando ao subgrupo 3c (referente G3), conforme Figura 6.

Figura 6 – Correlação de fatores constitucionais e ambientais do G5 (sendo X constitucional e Y ambiental)

A associação entre os resultados da PBO e a teoria prognóstica dos fatores internos e externos, mostrou-se, em todos os grupos, de acordo com o proposto por Simon (2005), confirmando a possibilidade de aplicação deste raciocínio clínico preditivo a esta pesquisa.

4.4 Considerações sobre o Adoecimento por Câncer de Mama, Adaptação e Evolução Adaptativa

Realizaremos a análise qualitativa de algumas variáveis que foram abordadas quantitativamente na pesquisa buscando uma compreensão psicodinâmica do adoecimento por câncer de mama e a adaptação.

4.4.1 Idade no diagnóstico e tratamento

Em relação à maior porcentagem de participantes com idade entre 40 e

50 anos de idade no momento do diagnóstico e tratamento, nossos dados podem ser considerados de acordo com os estudos de Avis, Carwford e Manuel (2006) e Pinto e Gioia-Martins (2006), apontando a vulnerabilidade observada em mulheres mais jovens, considerando também aquelas com menos de 35 anos. Observou-se o impacto do diagnóstico e o medo da morte; o impacto do tratamento do câncer na saúde reprodutiva; a dificuldade de resignificação da sexualidade após o tratamento e interferência desses fatores em futuros relacionamentos amorosos; preocupação com o futuro e a influência desses fatores na eficácia adaptativa dessas participantes.

Pode-se notar a influência desses aspectos na adaptação, pois as participantes com maior idade, acima de 50 anos, apresentaram adaptação mais eficaz do que as mais jovens: Amélia, Cida, Margareth no G3 e Pietra no G2, com exceção de Heloisa e Janete que estavam no G4. Embora Heloisa tivesse mais de 50 anos no momento da pesquisa, seu caso pode ser ilustrativo, pois recebeu o primeiro diagnóstico de câncer de mama aos 40 anos (e enfrentava metástases nos últimos anos, sendo a atual recente) e relatou que no primeiro diagnóstico achou que “ia morrer” e se manteve “paralisada”, não conseguindo retomar seus relacionamentos, mantendo-se solteira e sem filhos, entendendo que não seria aceita sem a mama, já que ela mesma sofria com essa perda.

As participantes com idade entre 40 e 50 anos estavam no G4, com adaptação menos eficaz se comparada às participantes com mais de 50 anos como demonstrado, com exceção de Isis que apresentou uma adaptação ainda menos eficaz, no G5. No G5, estavam também as participantes mais jovens, Dina e Luana, com menos de 35 anos e para elas o câncer de mama recebia significados de “desespero” e de um sentimento de extremo “vazio”. O material clínico dessas participantes mostrou que Dina preocupava-se por não ter filhos e pensava “se poderia” tê-los e Luana, que os tinha ainda pequenos, temia sobre “o que vai ser dos meus filhos seu eu morrer”. Nesses casos, o adoecimento como fator orgânico (f/or-) influenciou as respostas pouquíssimo adequadas do setor Or, impactando o setor A-R diante do medo da morte, da preocupação com os filhos e com sua vida futura (>f/t) e favoreceu soluções pouquíssimo adequadas também neste setor. Deve-se considerar, no entanto, que na compreensão psicodinâmica dessas participantes observou-se imaturidade afetiva que se refletia também sobre a adequação do setor A-R.

Do ponto de vista psicossocial, a vulnerabilidade pode ter sido acentuada pelo fato de que predominou dentre aquelas participantes o fato de não terem um companheiro: eram solteiras, separadas e viúvas. O fato de estarem sem um companheiro para ampará-las, dentre as solteiras e separadas, demonstrou ser um fator intensificador do sofrimento, por não terem com quem compartilhar o momento difícil do adoecimento, as preocupações com sua saúde, com o futuro e com os filhos e por não encontrarem apoio familiar que pudesse auxiliá-las diante dos efeitos do tratamento do câncer. Além disso, nos casos das participantes que tinham filhos ainda crianças, Isis e Luana, a falta de apoio de um companheiro adequado e da família durante o tratamento médico impediam que estivessem “autorizadas” a preocupar-se apenas consigo mesmas, como escreveu Freud (1914b), precisando forçosamente preocupar-se com o mundo externo.

Esse dado está de acordo com outras pesquisas que abordam a importância de uma rede familiar de apoio para as pacientes com câncer de mama (PINTO; GIOIA-MARTINS, 2006; RINCÓN et al., 2012; BEUTEL et al., 2014) especialmente de um companheiro, (SANTOS et al., 2008) que teria a função de contribuir para a aceitação do diagnóstico de câncer, para lidar melhor com o tratamento médico e outras situações de sua vida, como o exercício da maternidade. Esse fator pareceu ter sido representado pelas participantes que não evoluíram de grupo adaptativo como um fator externo negativo para Janete, Núbia e Quitéria, influenciador na solução de sua s/p atual.

Compreendemos a vulnerabilidade, também, sob o ponto de vista psicodinâmico. No desenvolvimento do processo psicoterapêutico breve, o diagnóstico de câncer precipitava a sensação de fragilidade que pode ser compreendida pela situação de adoecimento grave, pela possibilidade real de morte e pelos tratamentos invasivos que, sob a égide do instinto de morte, intensificavam o estado de desamparo do ego regredido (corporal), conforme Freud (1914b). Por outro lado, uma compreensão adaptativa mostrou que soluções inadequadas no setor A-R e Pr no passado dessas participantes comprometiam, ainda mais, uma maior tranquilidade no momento do adoecimento, aumentando a preocupação com o futuro: escolhas pouco seguras de trabalho para Dina; dificuldade de resolver os conflitos familiares para Isis; escolhas de parceiros que não as protegiam para Luana e Quitéria; ou ainda na busca idealizada por um parceiro, para Bárbara.

Nesse sentido, a PBO tanto possibilitou que pudessem expressar com liberdade seus medos: da palavra câncer, da morte, das perdas, favorecendo que pudessem torná-los conscientes e que encontrassem um lugar em suas mentes para pensar essa terrível situação num espaço de acolhimento e segurança, quanto trouxe conscientização das soluções que não lhes favoreceram no passado, levando a repensar novas possibilidades de percepção da realidade que propiciassem uma integração dos aspectos positivos e negativos e que implementassem mudanças, favorecendo a reavaliação da própria vida.

4.4.2 Tempo de diagnóstico

Quanto ao tempo de diagnóstico considerado no Quadro 3, houve um número maior de participantes com menos de um ano de diagnóstico, o que não se mostrou determinante na avaliação adaptativa. As três participantes do G5 tinham menos de um ano de diagnóstico, assim como as duas participantes do G2. No G4, tivemos o dobro de participantes com mais de um ano de diagnóstico. Assim, não é possível afirmar que o maior tempo de diagnóstico tenha influenciado diretamente a diminuição do sofrimento das participantes e melhores níveis de eficácia adaptativa como concluíram Cantinelli et al. (2006). Nossos dados divergem também do estudo de Rincón et al. (2012), que abordaram o maior tempo de diagnóstico como fator que contribuiu para a melhora do sofrimento, o que não foi observado em nossas participantes.

Dentre as participantes com menos de um ano de diagnóstico, Dina, Isis, Margareth, Olívia, Pietra e Quitéria, apareceram relatos de significação do câncer como um castigo, por mágoas e sentimentos negativos do passado ou pelo acúmulo de sofrimento e estresse vivenciados, além do medo de ficarem dependentes de outras pessoas (>f/t). Apareceu o uso da negação diante do diagnóstico, nos relatos de Gina, Luana e Núbia, que não acreditavam que poderiam ter “essa doença” (>f/d).

As participantes com maior tempo de diagnóstico, Amélia, Bárbara, Cida, Emma, Fátima, Heloisa e Karina relataram o medo de morrer, quando receberam a notícia do câncer: “achei que ia morrer”, “meu mundo desabou”, “sou muito nova

ainda para morrer”, “o pior momento”, “a palavra câncer assusta”. Em Janete apareceu o que nos pareceu uma tentativa de resignar-se ao diagnóstico oncológico quando relatou que “eu já esperava que fosse”, referindo-se a uma cirurgia de retirada de nódulos benignos naquela mama, o que nos pareceu uma maneira de neutralizar o impacto da notícia e da situação vivenciada com o tratamento oncológico.

Também não foi notada influência do fator tempo de diagnóstico na evolução de grupo adaptativo, pois participantes com 0 a 6 meses, Olívia e Pietra, por exemplo, solucionaram a s/p atual, evoluindo de grupo adaptativo e a participante Dina, com 7 a 12 meses, também solucionou a s/p atual e evoluiu em dois grupos adaptativos. Para Núbia, que estava com 12 meses do diagnóstico, vale fazer uma análise da fase de hormonioterapia relacionada ao retorno ao trabalho (que será melhor abordada adiante), o que provavelmente, explicaria melhor a sua não evolução. Para Quitéria, as defesas que se ergueram não estavam associadas ao tempo de diagnóstico, mas ao diagnóstico de câncer de mama em si e aos seus dinamismos inconscientes, estrutura de personalidade e fatores ambientais.

4.5 Considerações sobre o Tratamento do Câncer de Mama, Adaptação e Evolução Adaptativa

A análise dos dados quantitativos do Quadro 3 mostrou que em nossa amostra predominou a mastectomia radical distribuída pelos grupos adaptativos apresentados no Quadro 5: G5 (Dina); G4 (Emma, Fátima, Gina e Janete em crise; Heloisa, Karina, Núbia e Quitéria); G2 (Olívia e Pietra). Quanto à mastectomia parcial tivemos: G5 (Isis); G4 (Bárbara em crise) e G3 (Amélia em crise, Cida e Margareth).

Apesar do maior número de mulheres com mastectomia radical em comparação com a mastectomia parcial em nossa pesquisa, ambas as cirurgias mostraram-se impactantes na autoimagem e autoestima das participantes, aparecendo significações de medo e sensação de perda (>f/t), provocando diminuição na adequação da adaptação, visto que tanto uma quanto a outra cirurgia

aparecem no G5 e G4, e no G3 e G2, o que se mostra de acordo com Freitas-Silva et al. (2010); Rincón et al. (2012), mas diverge de Loyola e González (2007).

Uma análise mais aprofundada mostrará que Olívia e Pietra, embora tendo realizado a mastectomia radical (f/or-), apresentaram uma menor regressão, com adaptação mais eficaz e soluções mais adequadas no setor A-R, com maior atuação do instinto de vida, o que contribuiu para que ressignificassem sua autoimagem e autoestima. Para as demais, que realizaram mastectomia radical e estavam no G4 e G5, a perda da mama intensificou angústias persecutórias e o sentimento de impotência na proteção e reparação do bom objeto internalizado, o que contribuiu para a instalação da crise por perda em Fátima e Gina, e na crise por expectativa de perda em Luana.

Deve ser considerado, ainda, que as participantes que procuraram espontaneamente por auxílio psicológico, Emma e Fátima (G4 em crise), Núbia (G4) e Pietra (G2), tiveram em comum o fato de todas terem realizado a mastectomia radical e a linfadenectomia, o que sugere um sofrimento psíquico bastante acentuado (>f/t) pela retirada de toda a mama e pelo esvaziamento axilar o que pode ter contribuído para que as participantes tivessem pedido ajuda, como observaram Cantinelli et al. (2006) e Loyola e González (2007).

Independente do grupo adaptativo das participantes, os significados da mastectomia (f/or-) foram surgindo no material clínico: no G3, Cida relatou a dificuldade de olhar-se no espelho depois da cirurgia; no G4, Karina e Quitéria contaram sobre a vergonha de mostrar as mamas após a cirurgia. Com sensação intensa de falta e de incompletude, no G4, Heloisa, e no G2, Núbia e Olívia diziam que se sentiam “mutiladas”, com sensação de que lhes faltava “uma parte”. No G5, Luana que ainda faria a cirurgia, relatava o medo de tirar a mama numa cirurgia “mutiladora”. A cirurgia, embora intelectualmente compreendida como um dos tratamentos para o câncer (f/e+), com a função de extirpá-lo, era também percebida como uma mutilação (f/e-) que tiraria de seu corpo uma parte extremamente importante e deixaria em seu lugar uma falta, uma ferida narcísica.

Nesse sentido, a abordagem de Tamburrino (2011) sobre o luto pela mama, aplica-se coerentemente às nossas participantes, pois mesmo sendo uma cirurgia com a qual consentiam, a perda do seio e de parte dele foi vivenciada como dolorosa e, muitas vezes, o sentimento de perda só pode ser vivenciado após a

cirurgia, com dificuldade de reconstrução da imagem corporal e autoimagem vivenciada no setor A-R, influenciada pelos fatores orgânicos (f/or-) no setor Or.

Uma análise das participantes que estavam no G4 e G5 mostrou, na compreensão psicodinâmica, que haviam aspectos regredidos, não elaborados na relação com a figura materna (f/Oi-), pela sensação de pouco investimento narcísico materno, apresentando menor autoestima e um ego menos estruturado, que se fragilizou ainda mais com a perda da mama, aumentando a sensação da falta.

Os efeitos limitadores da linfadenectomia (f/e-) presentes no relato de Núbia, que se queixava da dor que sentia no braço operado e no relato de Fátima, que explicava a perda de força no seu braço (f/or-) como causadora de uma “vontade de sumir”, mostrava-se relacionada simbolicamente ao desconhecimento dos novos limites de seu corpo, causando uma ruptura no ideal de ego, causando um estranhamento de si mesma, mas também uma sensação de aprisionamento de si mesma nesse corpo mudado e fraco e de onde ela não conseguiria fugir, mesmo que desejasse, como se refere Mileo (2006).

Com a PBO, as participantes puderam compreender a mastectomia e linfadenectomia como um procedimento, que embora invasivo, havia retirado o câncer e poderia protegê-las de recidivas e metástases (f/e+), o que possibilitou novas representações no seu esquema corporal e autoimagem. Isso possibilitou que angústias paranóides e depressivas se atenuassem (<f/t) e as defesas fossem equilibradas (+-f/d), aumentando o alcance do ego e podendo perceber seus recursos internos para lidar com a situação. Puderam iniciar um processo de aceitação de seu novo corpo e criativamente pensar em novas possibilidades no relacionamento sexual, conversando com os parceiros, como nos casos de Olívia e Pietra. E nos casos de Dina, Heloísa, Isis e Margareth, houve a melhora da autoestima, com maior valorização do que não havia sido perdido em suas vidas. Esse processo contribuiu para que as participantes Amélia, Bárbara, Fátima, Gina e Luana encontrassem uma solução para a crise adaptativa, o que se mostrou de acordo com Simon e Yamamoto (2008) e Younes (2011).

Pode-se notar no Quadro 2 que as participantes realizavam no momento da pesquisa, em número aproximado, os tratamentos de quimioterapia e hormonioterapia. Estavam em quimioterapia todas as participantes do G5, Dina, Isis e Luana; do G4, Heloísa, Gina e Quitéria; do G3 estava Margareth, e do G2 estavam

as participantes Olívia e Pietra, todas elas com menos de um ano de diagnóstico, com exceção de Heloisa, cujo último diagnóstico de metástase havia sido há menos de um ano, mas o primeiro diagnóstico oncológico contava com mais de 20 anos.

Os efeitos colaterais da quimioterapia foram sendo relatados pelas participantes como causador de mal-estar e desconforto. Essa situação gerava um conflito interno peculiar nas participantes (>f/t), pois relatavam pouco ou nenhum sintoma do câncer de mama, mas com a quimioterapia (f/e-) tinham um forte mal-estar (f/or-), fazendo com que tivessem dificuldades em percebê-la como um tratamento (f/e+). Isso causava o desejo de desistir, de não comparecer para os ciclos de medicações, conforme relatado por Gina, Isis e Luana. A exemplo da mastectomia, surgiram significações para Gina e Isis de desespero e medo; para Olívia, o medo de ficar debilitada; para Pietra medo de “deprimir”, e a perda do cabelo com significações de intenso sofrimento durante a quimioterapia com mudanças na representação da imagem corporal, o que também foi encontrado nos estudos de Borges et al. (2006), Cantinelli et al. (2006), Pinto; Gioia-Martins (2006); Lobo et al. (2006); Loyola e González (2007); Ganz (2008); Machado e Sawada (2008) e Ramos e Lustosa (2009).

Verificou-se na presente pesquisa que a perda do cabelo significava para essas mulheres mais uma mutilação na sua identidade feminina. Com isso, percebiam ainda mais o efeito devastador da doença, o que tornava ainda mais incerto o seu futuro. Vários relatos deflagravam uma insegurança quanto ao retorno dos cabelos, como se a situação fosse permanente nesse sentido. Pode-se entender esse aspecto também intensificado pela pressão do instinto de morte no setor Or e A-R, de que toda aquela situação seria permanente, que nem sempre significava a morte concreta, mas, assim como na falta da mama, a morte estava representada no estranhamento e desconhecimento desse corpo pós-tratamento.

Ficou claro nos relatos das participantes a necessidade de uma ressignificação, uma nova imagem corporal, uma nova representação de si mesmas, a exemplo dos achados de Zecchin (2004), mas que naquele momento não parecia possível. Para Bárbara: “sem cabelos sentia que não era eu mesma”, “fiquei sem identidade”; para Amélia, cujos cabelos começaram a nascer diferentes do que eram antes: “esse cabelo não é meu não”; para Cida: “dormi uma *Cida* e acordei outra”; para Dina: “pior coisa foi a perda do cabelo”.

Durante a PBO, uma das representações mais comuns da quimioterapia mostrava associação não com medicação, mas com um “veneno” (sic), visto os efeitos colaterais intensos que causava, o que fazia com que se sentissem tão mal que eram confundidos com um agravamento do câncer, mesmo com os esclarecimentos do oncologista e da enfermeira sobre isso.

Compreendemos que poderíamos esclarecer a normalidade dos efeitos da quimioterapia e buscamos por informações dos oncologistas, da enfermeira e de manuais sobre os efeitos esperados para os dois tipos de quimioterapia que faziam (Adriamicina e Taxol: conhecidas popularmente por quimioterapia vermelha e branca). No primeiro tipo eram esperados: alopecia (em todos os casos), comprometimento da imunidade, enjoos, vômitos, diarreia, fadiga, perda de apetite, perda de peso, sensibilidade sensorial (luz, sons, cheiros) e no outro tipo: aumento de apetite, ganho de peso, inchaço, dores nas articulações e no corpo em geral, constipação, insônia, dormência nos pés e mãos.

Atuamos, com base nessas informações, com o objetivo de diminuir a distorção perceptiva das participantes, com a diminuição dos “microdelírios” e “microalucinações”, conforme Simon (2005, p. 19-20). Com isso, por sugestão, esses efeitos foram legitimados e puderam ser sentidos como próprios do tratamento, e não como um agravamento da doença, o que as tranquilizou, compreendendo-os como normativos e sendo encorajadas, numa postura mais ativa, a buscarem junto ao médico e enfermeira alternativas para melhora dos sintomas, como também para tirarem suas dúvidas. Isso só foi possível porque preponderou na relação transferencial aspectos positivos e de confiança.

O relato sobre a radioterapia mostrou menor incômodo se comparado à cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia, mas queixas de ardor e vermelhidão na área que recebeu radiação foram frequentes, conforme encontraram Matthews e Cook (2009). A participante Pietra mostrou uma angústia mais intensa do que as outras participantes, tendo desenvolvido medo da máquina que ela mesma explicava como “claustrofobia”, que se associava ao medo pela perda de controle sobre a própria saúde e o próprio corpo – o que também ficou claro com as demais participantes – pode ser analisado como o medo de ficar fechada nessa situação, sem poder escapar dela. Como se o ego estivesse preso no próprio corpo, sem

poder escapar ao horror do medo da morte, não podendo se defender do perigo, deflagrando novamente o estado de desamparo.

A hormonioterapia, que poderia ser considerada uma fase menos invasiva, se comparada à cirurgia e quimioterapia, trouxe relatos de angústia relacionada ao retorno às atividades laborais e produtivas, representado para Amélia como o momento de “voltar à vida”. Os efeitos relatados eram de fadiga, deterioração cognitiva principalmente da memória, dores nas articulações, perda do desejo sexual, todos ocasionados pela indução, com medicamento via oral, da queda dos níveis hormonais que objetivava evitar o desenvolvimento de novos tumores, o que se mostrou de acordo com Köhler et al. (2010), mas também provavelmente pelo acúmulo dos efeitos dos tratamentos anteriores.

Estavam em hormonioterapia as participantes Amélia e Cida (G3), Bárbara, Emma, Fátima, Janete, Karina e Núbia (G4). Para Bárbara, o medo de voltar ao trabalho, “ser vista como doente” e rejeitada estava intensificado; Amélia e Fátima, com a perda de força no braço devido ao linfedema, não conseguiam retomar suas antigas funções. Emma havia retornado ao trabalho após a cirurgia, mas como seu empregador não aceitou as adaptações necessárias à sua função, pediu demissão e passou a realizar trabalho informal, estando com dificuldades financeiras. Karina e Núbia apresentavam dificuldades de memória, que se iniciaram com a quimioterapia e que se mantinham durante a hormonioterapia, deixando-as inseguras quanto ao seu retorno laboral.

Essa situação também ocorreu nos casos das participantes aposentadas, Cida e Janete, pois queixavam-se de estarem mais lentas e com dificuldades para realizar as tarefas do dia a dia. As limitações advindas com o tratamento do câncer evidenciaram a influência do setor Or sobre o setor Pr, podendo notar a diminuição da eficácia adaptativa em relação à produtividade, como nos casos de Amélia, Bárbara, Dina, Fátima, Karina e Núbia. Esses dados são similares ao estudo de Gandini (2010), que encontrou correlação entre o setor Or e o setor Pr em mulheres com câncer de mama em fase de retorno ao trabalho, e com o estudo de Silva e Santos (2008), que mostrou a necessidade de um cuidado com a reabilitação dessas pacientes.

Todas as participantes tiveram soluções pouco adequadas na Pr, com exceção de Fátima, cujas soluções estavam pouquíssimo adequadas. Para esta

participante não poder retornar ao seu trabalho foi especialmente doloroso, pois o esvaziamento axilar deixou sequelas que a impediam de retomar sua função, demandando que se reinserisse num novo trabalho. Na fase de hormonioterapia, portanto, a preocupação com o retorno e adaptação ao trabalho após os efeitos físicos e psicológicos do tratamento de câncer provocou inadequação nas soluções de todas as participantes no setor Pr.

Pode-se notar a influência do setor Pr sobre o setor A-R, pois as limitações vivenciadas (f/or-) pelas pacientes eram causadoras de insegurança, medo e baixa autoestima, podendo ser exacerbadas por fantasias persecutórias (>f/t), como em Bárbara, que temia não ser mais aceita pelos colegas e chefia; Fátima evidenciava o medo de não conseguir encontrar outra função na qual pudesse se adaptar; Karina sentia medo de não conseguir se adaptar ao seu antigo trabalho no retorno da sua licença médica.

Com a PBO, ressignificaram essa fase do tratamento, que embora causasse ainda efeitos intensos, possibilitava que repensassem seu futuro, pessoal e profissional, sendo uma fase menos invasiva, como as cirurgias e a quimioterapia, e que lhes permitiria o retorno às suas atividades desde que, respeitados seus limites laborais. No entanto, essa fase também demandava autocuidado com a medicação diária via oral, cuja administração seria em casa, com consultas e exames inicialmente agendados em intervalos menores e depois semestrais, o que demandava a necessidade de suportar a angústia e ansiedade da espera pelos resultados, o que se mostrou de acordo com Dupont et al. (2007).

Dada a regressão psíquica que essa situação foi também capaz de causar, diante de um ego que precisava se proteger, mas não tinha controle sobre a situação, visto ser o câncer um inimigo que se instalou inesperadamente, silenciosamente, “um fantasma” como relatou Amélia, e poderia se reinstalar da mesma maneira, mesmo após um extenuante tratamento, como vimos nos casos de Heloísa e Luana, o mecanismo de cisão (+-f/d), nesse momento, pode ser utilizado de forma positiva, como um mecanismo protetor do ego, conforme Klein (1975), mantendo-o a salvo de sucumbir ao desespero e o capacitando a lidar com a realidade e a continuar sua vida, sem se entregar à antecipação da morte.

Além disso, demandava que fortalecessem o instinto de vida para que ressignificassem o seu corpo após o tratamento, constituíssem uma nova imagem corporal e uma nova representação de si mesmas, lidando com as feridas narcísicas

e com a perda da crença na imortalidade. Poderiam perceber que tinham conseguido sobreviver ao câncer de mama e ao tratamento e poderiam aprender com essa dolorosa experiência, como foi relatado por Cida e Pietra, o que se mostrou de acordo com Bion (1991).

A interpretação teorizada e da cotransferência, portanto, possibilitou a conscientização dos fatores intrapessoais ($>f/t$) – angústia persecutória, angústia depressiva, medo da morte, culpa onipotente – e das defesas ($>f/d$), ambos relacionados ao adoecimento: diagnóstico e tratamento oncológico. Esse fato influenciou a melhora qualitativa do setor Or de grande parte das participantes na avaliação adaptativa final e *follow-up*. Mesmo assim, pode-se notar, que ainda não foi suficiente para a implementação de soluções adequadas naquele setor, devido aos fatores externos ainda negativos: situações dolorosas com o diagnóstico e tratamento do câncer de mama que as participantes vivenciavam e que interagiam com fatores internos negativos ($f/t >$). (SIMON, 2005).

No entanto, o tratamento oncológico ganhou um aspecto mais realístico e pôde ser ressignificado como um fator externo positivo na sua luta contra o câncer propiciando soluções mais adequadas para as s/p atuais. Para aquelas que evoluíram para o G3, G2 e G1 pode-se notar o movimento de reparação do bom objeto internalizado, sentindo-se mais seguras e capacitadas para lidar com o adoecimento e o tratamento. (KLEIN, 1975).

5 CONCLUSÕES

Em nossa pesquisa, embora a amostra não tenha apresentado características similares quanto à idade, tempo de diagnóstico, cirurgia e fase do tratamento, mostrou-se com homogeneidade quanto à fase difícil que estavam enfrentando com o câncer de mama. O sofrimento advindo de uma situação que apresentava risco à vida e necessidade de aceitação e adaptação a uma realidade dolorosa, provocadora de angústias ou defesas exacerbadas.

Quanto à questão da idade, tivemos a maioria das participantes com idade abaixo dos 50 anos, e em dois casos abaixo dos 35 anos, e compreendemos que esse fato pode ser já uma consequência do trabalho de conscientização das políticas públicas de saúde brasileiras (e mundiais) para que o câncer de mama seja detectado em estágios menos avançados, ou seja, mais precocemente. Para isso, campanhas têm sido divulgadas para difundir a importância da realização do autoexame e da mamografia, o que consequentemente poderá fazer com que mulheres mais jovens sejam diagnosticadas e tratadas.

Analisamos que, se de um lado o diagnóstico precoce pode ajudar a diminuir as taxas de mortalidade no Brasil, de outro é preciso atenção à vulnerabilidade psicossocial de pacientes mais jovens, visto que a doença impactará a sua saúde reprodutiva com efeitos em sua autoestima. A menopausa precoce, induzida pela quimioterapia e hormonioterapia pode interferir na possibilidade futura de ter filhos, além das dificuldades na resignificação da sexualidade após o tratamento, o que poderá também interferir em relacionamentos amorosos futuros.

Precisamos considerar, no entanto, que o sofrimento não foi exclusivo das mais jovens, mas de todas as participantes, impactadas pelo diagnóstico e pelas características próprias da fase de tratamento na qual se encontravam. No diagnóstico, o medo da morte ficou exacerbado pelo inesperado de se saber com câncer, com todas as significações sociais que ainda acompanham a doença. Ficaram atordoadas, em choque e receberam várias informações sobre o tratamento que demoraram a ser assimiladas.

A mastectomia, o primeiro tratamento recomendado pelos médicos na maior parte de nossos casos, causou outro choque. A representação de estar sendo mutilada foi vivenciada por várias participantes que ainda não haviam se recuperado

da notícia do diagnóstico e, aproximadamente dois meses depois, já estavam em cirurgia. As significações foram de perda, um rasgo na imagem corporal, na autoimagem, na feminilidade. Sentimentos de vergonha acompanharam algumas participantes: as casadas que demoraram a conseguir se mostrar aos maridos; e nas demais, a preocupação se conseguiriam mostrar seu corpo futuramente numa nova relação amorosa. Entendemos como um temor real, já que há, de fato, o risco de não serem aceitas sem a mama por um companheiro, mas também compreendemos que há a projeção no outro, de uma não aceitação de si mesmas e de seu novo corpo. A reconstrução da mama como uma possibilidade de recuperar algo perdido foi conversada com algumas participantes que entenderam ser uma boa opção para elas, embora houvesse o medo de uma nova cirurgia, como também o receio de mudar novamente um corpo já tão modificado.

A linfadenectomia provocou a necessidade de lidar com limitações na realidade das participantes. Teriam de cuidar do braço em cuja axila haviam sido retirados os gânglios, limitando que pegassem peso, em muitos casos limitando a abertura completa do braço e do movimento, o que interferia nas atividades produtivas, tanto no trabalho em casa, como no retorno ao trabalho fora de casa.

A quimioterapia mostrou-se também muito impactante, pois apresentou significações sociais importantes associadas a esse tratamento, que apavoraram grande parte das participantes. Observamos que esta foi a fase do tratamento oncológico que mais evidenciou desejo de desistência, pelos efeitos colaterais intensos causados e pelas significações psíquicas que iam sendo feitas a partir da sensação de mal-estar generalizado; o medo da morte e da piora do câncer. Consideramos que, na quimioterapia, a PBO tenha contribuído para a compreensão desses efeitos, prevenindo o abandono do tratamento e melhorado a adesão das participantes que se encontravam nessa fase.

A radioterapia não se mostrou tão impactante, talvez por ser realizada logo após a quimioterapia, quando as participantes comemoravam o final daquela fase e compreendiam a radioterapia como um fase menos difícil de enfrentar.

Não esperávamos que a hormonioterapia fosse uma fase que apresentasse tantas dificuldades para as participantes, inclusive com situações de crise adaptativa por perda em cinco participantes (dentre sete em crise). Mesmo não sendo para duas delas uma crise relacionada ao adoecimento, dois fatores foram observados: o primeiro, o medo de recidivas e metástases, pois esta fase se

caracteriza por exames médicos periódicos, um acompanhamento médico para realizar um diagnóstico precoce, se fosse o caso; e o segundo, o reinvestimento de sua libido em outras situações que não só o adoecimento. Isso demandava que estruturassem uma nova autoimagem e melhorassem a autoestima para se reintegrar à sociedade, principalmente laboral, mesmo ainda sentindo os efeitos colaterais do acúmulo dos tratamentos anteriores e da medicação que reduziria os níveis hormonais durante os cinco próximos anos, quando esperavam receber alta. Portanto, ainda não estavam em alta, mas já estavam liberadas para retomar suas atividades, o que se mostrou conflituoso para várias participantes.

Em nossa pesquisa, consideramos que o atendimento em PBO, para as participantes em hormonioterapia tenha propiciado a elaboração do adoecimento, da autoimagem e da autoestima. Puderam rever suas possibilidades de trabalho, permitindo sua reinserção de forma mais adequada, respeitando seus limites, mas valorizando suas capacidades e podendo conviver com os exames e espera pelos resultados de forma menos regredida. Consideramos, ainda, que a PBO para as participantes nas primeiras fases do tratamento oncológico tenha prevenido a deterioração da adaptação na fase de hormonioterapia, propiciando um melhor preparo para o retorno laboral e às suas atividades diárias, além de um maior fortalecimento egóico para lidar com os riscos inerentes aos resultados dos exames.

Consideramos que em nossa amostra foi um desafio identificar quem estava, de fato, em crise adaptativa, pois todas as participantes apresentavam desespero e desesperança diante das perdas deflagradas pelo adoecimento, o que dificultou nossa avaliação. Consideramos em crise adaptativa, de acordo com a Teoria da Adaptação, aquelas participantes que, embora estivessem em tratamento até aquele momento, enfrentavam situações ainda mais provocadoras de perdas, em sua maioria associadas à possibilidade de agravamento do câncer, ou o medo de não conseguirem continuar sua vida após tantas perdas, não conseguindo solucionar a s/p atual.

A crise adaptativa mostrou-se por perda em todas as participantes e estava relacionada ao medo de metástases e recidivas, medo do retorno à vida após o tratamento oncológico ambulatorial, medo da mastectomia, que revelavam a condição de perda de sua condição de saúde, da fantasia da imortalidade, da mama ou de parte dela, a insatisfação com sua situação que dificultava o investimento narcísico em si mesmas. Uma hipótese é que tenham vivenciado uma crise

adaptativa no momento do diagnóstico, aderiram ao tratamento, mas a crise não foi elaborada e, por isso foi reeditada em outros momentos do tratamento e diante das vicissitudes do adoecimento.

Nesse sentido, a PBO mostrou-se eficiente nas situações de crise por perda, pois o sentimento de segurança de que seriam compreendidas pela terapeuta propiciou que superassem a crise, melhorando o equilíbrio de suas defesas contra a angústia, o que no decorrer do processo psicoterapêutico propiciou que compreendessem e aceitassem a interpretação teorizada e encontrassem soluções mais adequadas para o setor Or, o que reverberou nos setores A-R e Pr para a maioria das participantes. Esse movimento não foi apenas para as participantes em crise, mas mostrou-se proveitoso para a maior parte delas que mostraram evolução adaptativa.

A partir da avaliação dos aspectos psicodinâmicos e adaptativos foi percebida a importância das intervenções suportivas durante as entrevistas e nas sessões de PBO para aquelas participantes que estavam em crise adaptativa, mas também para as demais participantes quando necessário. Isso porque se tratava de um sofrimento legítimo e intenso por uma situação real de adoecimento grave, da qual as participantes não tinham garantias de cura ou remissão, nem tampouco de sobrevivência, cabendo a elas aderir ao tratamento (ou não) como possibilidade de reação ao câncer de mama.

De fato, consideramos que havia um investimento libidinal das participantes no ego corporal, relacionado ao setor Or, com regressão às relações objetais mais primitivas, como uma tentativa de reencontrar o amor por si mesmas abalado pela ferida narcísica de se saber mortal, pela mutilação da mama e dos cabelos, pelo novo corpo ainda desconhecido. Nos grupos 4 e 5, notou-se fixação e intensa regressão às angústias e defesas da posição esquizo-paranóide, com um ego menos estruturado e mais desamparado, pressionado pelo predomínio do instinto de morte diante da situação vivenciada com o adoecimento. Nos grupos 2 e 3, notou-se regressão às angústias e defesas da posição depressiva, com um ego mais estruturado, porém também desamparado diante da pressão do instinto de morte, mas com predomínio do instinto de vida.

Apesar da regressão observada tanto nos grupos 2 e 3, quanto nos grupos 4 e 5, houve um aproveitamento da PBO. Nos grupos 2 e 3 pôde-se contar com a aliança terapêutica e com a transferência positiva desde as entrevistas, o que

favoreceu a compreensão e aceitação da interpretação teorizada e da cotransferência. Nos grupos 4 e 5, a transferência negativa foi mais frequente, o que dificultou um pouco mais o trabalho terapêutico, permeado pela angústia persecutória, pela desconfiança na terapeuta/mãe, mas em sua maioria puderam vencê-la e a evolução ocorreu. Aquelas com maior rigidez e cuja pressão do instinto de morte no setor Or não pôde ser abrandada, não conseguiram evoluir. Isso também ocorreu com as participantes do G5, que mostraram evolução para o G4, mas mesmo assim, mostravam dificuldade em se adaptar ao ambiente atual. Para as participantes do G4, com excesso de defesas contra a angústia gerada por sua s/p atual, o alcance da interpretação teorizada ficou restrito, assim como a evolução adaptativa e psicodinâmica, embora mesmo nesses casos uma melhora qualitativa tenha sido avaliada.

Para as participantes que evoluíram de grupo adaptativo, percebeu-se que a PBO contribuiu: para a evolução adaptativa, para soluções mais adequadas no setor Or, o que reverberou para os demais setores, principalmente para os setores A-R e Pr; a solução da s/p atual e da crise adaptativa por perda; a legitimação do sofrimento com o adoecimento e com as perdas ocasionadas pelo tratamento e preveniu a deterioração ainda maior da adaptação.

Para aquelas que não evoluíram de grupo adaptativo, a PBO contribuiu para: soluções mais adequadas no setor Or e S-C; legitimação do sofrimento com o adoecimento ou com sua s/p atual; a solução da s/p e da crise adaptativa por perda; a prevenção da deterioração ainda maior de sua adaptação e a possibilidade de encaminhamento para uma psicoterapia mais longa para mudanças mais profundas na estrutura de sua personalidade.

Consideramos que a PBO pode ser eficiente também porque foi adaptada ao contexto do ambulatório e à realidade das participantes, com agendamento de sessões e horários. O respeito à situação de adoecimento e tratamento que ocorria no aqui e agora das participantes aumentou a confiança na pesquisadora e possibilitou que aderissem às sessões.

Concluimos que a PBO pode ser avaliada de forma eficiente pela comparação da EDAO antes do processo psicoterapêutico, após as sessões e no *follow-up* e que apresentou resultados eficientes em todas as idades, estado civil, escolaridade, tempo de diagnóstico, fase de tratamento e tipo de cirurgia. Mostrou-se eficiente na solução da s/p atual das participantes, na solução da crise adaptativa

por perda e na compreensão da s/p nuclear de muitas delas, o que expandiu, em alguns casos, as soluções adequadas para outras s/p atuais. A correlação psicanalítico-adaptativa pareceu-nos que foi capaz de evidenciar um raciocínio clínico preditivo em relação ao eixo ambiente mostrado nas figuras 2, 3, 4, 5 e 6, mostrando as possibilidades de evolução adaptativa das participantes. A ampliação da notação também mostrou-se um fator prognóstico confirmado em nossos dados.

Concluimos, ainda, que a motivação da maior parte das participantes com procura espontânea favoreceu seu aproveitamento das sessões, mas a motivação também favoreceu as demais participantes que aceitaram participar da psicoterapia breve. A interpretação teorizada e da cotransferência mostrou-se uma técnica eficiente e adequada para essa demanda que trouxe um sofrimento físico intenso, com representações psíquicas profundas e que precisava ser ouvida e legitimada no diagnóstico de câncer e em todas as fases do tratamento, a fim de repensar soluções inadequadas do passado e ajustá-las às questões e situações de seu presente.

A aliança terapêutica e a transferência positiva foram as condições essenciais para que a interpretação teorizada e da cotransferência pudessem ser aproveitadas e sua compreensão implementasse mudanças positivas adaptativas e psicodinâmicas, permitindo que as participantes lidassem de forma mais adequada e criativa com o adoecimento e com o tratamento.

Concluimos, também, que em alguns casos, a s/p causada pelo câncer de mama pode ser ressignificada com a intervenção breve, que possibilitou a percepção de um aspecto positivo para algumas participantes, pois provocou uma quebra no círculo vicioso das soluções inadequadas propiciando amadurecimento e uma decisão de sobreviver com mais qualidade a partir daquele momento.

Enfim, concluimos que os objetivos gerais e específicos deste estudo foram alcançados. A PBO demonstrou ter sido eficiente na solução das s/p dos setores adaptativos e nas situações de crise adaptativa de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e em tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

- AKECHI, T. et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol*. v. 38, n. 12, p. 867-870, 2008.
- AVIS, N. E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of clinical oncology*, v. 23, n. 15, 2005.
- BARBOSA, A. *Câncer: direito e cidadania*. São Paulo: Atlas, 2010.
- BARROS, A.C.S.D.; BARBOSA, E.M.; GEBRIM, L.H. *Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. 15 p.
- BELLAK, L.; SMALL, L. *Psicoterapia de emergência & psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- BEUTEL, M.E. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Ann Oncol*, v. 25, n. 2, p. 378-384, 2014.
- BIFULCO, V.A.; FERNANDES JR.; H.J.; BARBOZA, A.B. *Câncer: uma visão multiprofissional*. São Paulo: Manole, 2010.
- BION, W. R. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- BORGES, A.D.V.S. et al. Percepção da morte no paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde*. Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.
- BRASIL, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>. Acesso em: 15/09/2011.
- BRASIL, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Estimativa 2014/2015: Incidência do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 124 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>. Acesso em: 10/03/2014.
- BRASIL, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Câncer de mama: precisamos falar disso*. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2014/imagens/material/cartilha-outubro-rosa2014-web.pdf>. Acesso em: 09/07/2015.

BROMBERG, M.H.P.F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiqu. Clín.*, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.

CARVALHO, M.M. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28/12/2011.

CASELLAS-GRAU, A.; FONT, A.; VIVES, J. Positive psychology interventions in breast cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, v. 23, p. 9-19, 2014.

COSTA, J.F. Violência e narcisismo. In: *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p.117-189.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. *Pesquisa de métodos mistos*. Porto Alegre: Penso, 2013.

DIRKSEN, S. R.; EPSTEIN, D.R. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *J Adv Nurs*, v. 61, n. 6, p. 664-675, 2008.

DOLBEAULT, S. et al. The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psychooncology*, v. 18, n. 6, p. 647-656, 2009.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2012.

DUPONT, A. Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein: impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*, v. 1, p. 174-178, 2007.

FERNANDES, M.H. *Corpo: coleção clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FIORENTINI, L.; ISRAEL, S. A. Insomnia and its Treatment in Women with Breast Cancer. *Sleep Med Rev.*, v. 10, n. 6, p. 419–429, 2006.

FIORINI, H. J. Teoria e técnicas de psicoterapias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

FREITAS-SILVA et al. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast-conserving

therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Clinical Scienc*, v. 65, n.8, p. 781-787, 2010.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, (1914a), 1996, p. 159-172.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, (1914b), 1996, p. 81-108.

_____. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, (1915), 1996, p. 285-310.

_____. Linhas de progresso na psicoterapia psicanalítica. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 27, (1919), 1996, p. 170-181.

_____. Além do princípio de prazer. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, (1920), 1996, p. 17-72.

_____. O ego e o id. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. 19, (1923), 1996, p. 15-82.

_____. Construções em análise. In: *Edição standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, v.23, (1937), 1996, p. 275-290.

GANDINI, R.C. Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas. *Boletim de Psicologia*, v. 45, n. 103, 1995, p. 71-103.

GANDINI, R.C. Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. *Temas em Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 449 – 456, 2010.

GANZ, P. A. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*, v. 22, p. 642-653, 2008.

GEBARA, A.C. et al. Eficácia terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 5, n.1,p. 6-15, 2004.
Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 06 jan. 2012.

GEBARA, A.C. *Técnica da interpretação em psicoterapia breve operacionalizada*. São Paulo: Vetor, 2011.

GREEN, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

HONDA, G.C.; YOSHIDA, E.M.P. Mudanças em psicoterapia: indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 4, 2013.

JONES, J. M. et al. Getting back on track: evaluation of a brief group psychoeducation intervention for women completing primary treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, v. 22, n. 1, p. 117-124, 2013.

KISSANE, D. W. et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*, v. 16, n. 4, p. 277-86, 2007.

KLEIN, M. A psicanálise de hoje. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

_____. *O sentimento de solidão: nosso mundo adulto e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

_____. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: Amor, culpa e reparação. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 305-359.

_____. O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos. In: *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1981, p. 391-424.

KÖHLER, H. F. et al. A multivariate analysis on prognostic factors for lobular carcinoma of the breast. *Sao Paulo Med J.*, v. 128, n. 3, p. 125-129, 2010.

KNOBEL, M. *Psicoterapia breve*. São Paulo: EPU, 1986.

KRAUSE, M.; DAGNINO, P. Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Gazeta Universitaria*, v.2, n.3, 2006, p. 287-298.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G. *Medicina preventiva: o médico e sua comunidade*. Mc Graw-Hill do Brasil, 1965.

LEMGRUBER, V. B. *Psicoterapia breve: a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

LI, M.; FITZGERALD, P.; RODIN, G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, v. 30, n.11, 2012.

LILLO, S.; MARTINI, M. Principales tendencias iberoamericanas en Psicología Clínica: un estudio basado en la evidencia científica. *Terapia psicológica*, v. 31, n. 3, p. 363-371, 2013.

LOBO, R.C.M.M. et al. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres mastectomizadas: um estudo psicanalítico. *Psicol. hosp.* [online], v. 4, n.1, pp. 0-0, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em: 19/09/2011.

LOYOLA, Y. R.; GONZÁLEZ, J. R. Reconstruyendo un cuerpo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, v. 18, 2007.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p. 750-757, 2008.

MALAN, D. *As fronteiras da psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

MANOS, D. et al. Results of a multi-componential psychosocial intervention programme for women with early-stage breast cancer in Spain: quality of life and mental adjustment. *Eur J Cancer Care*, v. 18, n. 3, p. 295-305, 2009.

MATTHEWS, E.E.; COOK, P.F. Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, v.18, p. 716–726, 2009.

MILEO, M. C. B. Uma perda, tantas perdas. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, v. 16, n. 3, p. 114-118, 2006.

MORAES, V. Poema de Natal. In: *Poemas, sonetos e baladas*. São Paulo: Gaveta, 1946, p. 47.

NEZU, A. M.; MAGUTH NEZU, C.; SALBER, K. E. Problem-Solving therapy for cancer patients. *Psicooncologia*, v. 10, n. 2/3, p. 217-235, 2013.

PARK, J.H. et al. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nurs*, v. 35, n. 1, p.34-41, 2012.

PINTO, A.; GIOIA-MARTINS, D.F. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. *Rev. SBPH* [online], v.9, n.2, p. 3-27, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a02.pdf> Acesso em: 01/05/2012.

PITCEATHLY, C. et al. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of Oncology*, v. 20, n. 5, p. 928–934, 2009.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer feminino e Psicologia. *Rev. SBPH*, v. 12, n. 1, jun. 2009.

RINCÓN, M. E. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, v. 11, n.1, p. 25-41, 2012.

RODRÍGUEZ, E.; FONTI, A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*. v. 10, n. 2-3, p. 275-287, 2013.

SANTOS, L. N. et al. Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. *Psicologia Hospitalar*, v. 6, n.2, p. 2-19, 2008.

SANTOS, M.C. et al. Eficácia adaptativa: produção científica brasileira (2002/2012). *Contextos clínicos*, v. 6, n.2, p. 84-94, 2013.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Será que não vai acabar nunca?: perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 3, p. 561-568, jul-set, 2008.

SIMON, R. Formação do Psicoterapeuta para a Realidade Brasileira. *Boletim de Psicologia*, v. 33, n. 81, p. 67-73, 1981.

_____. *Psicoterapia clínica preventiva*. São Paulo: EPU, 1989.

_____. Manejo de Angústia na Entrevista Preventiva. *Boletim de Psicologia*, v. 45, n.102, p.53-57, 1995.

_____. Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.45, n. 7, p. 403-408, 1996a.

_____. *Proposta de redefinição da EDAO*. Apresentado ao II Encontro de Técnicas de Exame Psicológico, Instituto de Psicologia da USP, 1996b.

_____. A especificidade da relação analítica diante de outras psicoterapias. *Rev. Bras. Psicanál.* v. 35, n. 3, p. 577-590, 2001.

_____. *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. *Ampliações da notação do diagnóstico adaptativo (EDAO) e repercussões preventivas no prognóstico*. Trabalho apresentado ao VIII Simpósio do Curso de Especialização em Psicoterapia Breve Operacionalizada. Universidade Paulista, 09/11/2013, modificado em 15/01/2014.

_____. *A psicoterapia no século XXI: possibilidades, novas perspectivas e desafios*. Trabalho apresentado ao XI Congresso Latino-americano de Psicoterapia e II Congresso Brasileiro de Psicoterapia. São Paulo, 2015.

SIMON, R.; YAMAMOTO, K. Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v.16, n. 2, p. 144-151, jul/dez, 2008.

SIMON, R.; YAMAMOTO, K. Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. *Aletheia*, v. 30, p. 172-182, jul/dez, 2009.

SOARES, A. O.; LOBO, R.C.M.M. Do imaginário ao simbólico: o desabamento do sujeito frente à doença oncológica. *Epistemo-somática*, v. 4, n. 1, p. 41-49, jan-jul, 2007.

SONTAG, S. *Doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. (trad. Márcio Ramalho).

STALIANO, P.; ARAÚJO, T.C.C.F. Estudos e pesquisas em Psico-Oncologia: levantamento realizado no Portal PePSIC. *Rev. SBPH*, v. 12, n. 2, dez, 2009.

STANTON et al. Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, v. 23, p.6009-6018, 2005.

TAMBURRINO, G. Subjetividade e câncer de mama: transformações a partir do adoecimento. *Rev. Bras. Medicina*, v.68, n.5, p. 19-28, 2011.

TORRES, A., PEREIRA, A.; MONTEIRO, S. Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. *Psychology, Community & Health*, v. 1, n.3, p. 300-312, 2012.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2008.

VALENTIM, N. S. *Delineamento adaptativo/psicológico de mães de crianças abrigadas*. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2010. 182 f.

VALENTIM, N.S.; YAMAMOTO, K. Estudio de los aspectos adaptativos y psicodinámicos de mujeres con cáncer de mama. In: *Avances in psicología clínica*. Espanha: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), 2013, p. 757-762.

_____. *Entrevistas clínicas y la legitimación del sufrimiento de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Apresentação oral, 2014.

VEIT, M.T.; CARVALHO, V.A. Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: CARVALHO, V.A. e colaboradores (org). *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.

WOLBERG, L. R. *Psicoterapia breve*. São Paulo: Mestre Jou, 1979.

YOSHIDA, E. M. P. *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos*. São Paulo: EPU, 1990.

YOSHIDA, E.M.P. Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 2, n.2, 1998.

YOSHIDA, E. M. P.; ENÉAS, M. L. E. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em psicoterapia breve para adultos. In: _____. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas, SP: Alíneas, 2013, p. 223-258.

YOSHIDA, E.M.P. Evolução das psicoterapias breves psicodinâmicas. In: *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas, SP: Alíneas, 2013, p. 11-35.

YOUNES, J. A. *Psicoterapia breve operacionalizada na crise por perda*: um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011. 63f.

ZECCHIN, R.N. *A perda do seio*: um trabalho institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp: Educ, 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Psicoterapia Breve Operacionalizada no Sofrimento Psíquico de Mulheres com Câncer de Mama.

Pesquisadora Responsável: Nirã dos Santos Valentim

O diagnóstico de câncer de mama trata-se de uma situação de difícil aceitação para a mulher trazendo grande sofrimento psíquico. O tratamento e a cirurgia, também são acompanhados de sentimentos de perda e angústia, diminuição da autoestima e reestruturação da autoimagem, já que a mama está diretamente relacionada às questões estéticas e à feminilidade. Essa pesquisa tem então por objetivo investigar o alcance terapêutico da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em mulheres com diagnóstico de câncer de mama e indicadas para mastectomia radical e mastectomia parcial. No procedimento consta entrevista clínica preventiva para conhecer as condições psicológicas de cada participante. As entrevistas serão realizadas em 1 a 2 sessões de 40 a 50 minutos cada uma, e as informações obtidas serão avaliadas utilizando-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Na continuidade, será realizado o atendimento psicológico em Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em até 12 sessões de 50 minutos cada. Após a avaliação será realizado o planejamento da PBO e cada participante será informada do número de sessões que serão necessárias em seu caso. As entrevistas e o atendimento em psicoterapia breve serão iniciados tão logo a paciente aceite em participar e serão realizados na própria clínica ou hospital onde estiver recebendo tratamento, em sala adequada para atendimento; na residência da paciente, com sua concordância antecipada, enquanto estiver em recuperação da cirurgia de mastectomia radical ou mastectomia parcial, ou mesmo quando os efeitos colaterais da quimioterapia tornarem difícil a sua locomoção.

Não é esperado qualquer desconforto físico e/ou psicológico para as participantes da pesquisa, e, portanto, não há riscos. Espera-se que o atendimento psicológico contribua para a diminuição do sofrimento psíquico no momento do diagnóstico e durante o tratamento do câncer, bem como no pós-operatório.

A participante terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade de seu tratamento na clínica ou hospital.

Quaisquer dúvidas e esclarecimentos sobre a pesquisa poderão ser obtidos com: a pesquisadora responsável: Nirã dos Santos Valentim – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), telefone: 95485691 e a orientadora do estudo: Prof^a. Dr^a Kayoko Yamamoto – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo USP), telefone: 30914173.

CEP-HU: Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 São Paulo – SP – Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

Os dados fornecidos à pesquisadora pela participante estão protegidos pela confidencialidade, sigilo e privacidade, sendo utilizados apenas para fins de pesquisa e futura publicação em revistas científicas especializadas mantendo a identidade da participante sob absoluto sigilo, bem como, quaisquer dados circunstanciais, sociais ou familiares que possibilitem sua identificação.

Nome da participante: _____

Nº do documento de identidade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: _____

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar de livre e espontânea vontade, da presente pesquisa intitulada “Psicoterapia Breve Operacionalizada no sofrimento psíquico de mulheres com câncer de mama”, rubricando as folhas deste termo e assinando abaixo, em duas vias, uma que me será entregue e outra que ficará sob a responsabilidade da pesquisadora.

Local: _____

Data: ____ de ____ de ____

assinatura da participante

assinatura da pesquisadora
Nirã dos Santos Valentim
Doutoranda no Instituto de Psicologia da USP