UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Clínica

DIANA BOMENY ESPALLARGAS

A mulher e o câncer:
a vida após diagnóstico e tratamento oncológico

São Paulo
2015

DIANA BOMENY ESPALLARGAS

A mulher e o câncer:
a vida após diagnóstico e tratamento oncológico

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisa Maria Parahyba
Campos Rodrigues

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
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Espallargas, Diana Bomeny.

A mulher e o câncer: a vida após diagnóstico e tratamento oncológico / Diana Bomeny Espallargas; orientadora Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues. -- São Paulo, 2015.

110 f.

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

1. Psico-oncologia 2. Neoplasias mamárias 3. Aspectos psicológicos
4. Remissão oncológica 5. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971
I. Título.

RC261

FOLHA DE APROVAÇÃO

ESPALLARGAS, Diana Bomeny

A mulher e o câncer: a vida após diagnóstico e tratamento oncológico

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^(a). Dr^(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^(a). Dr^(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^(a). Dr^(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus sobrinhos, meu amor incondicional
e o olhar que eu tenho para o futuro.*

Agradecimentos

À Prof^a. Dr^a. Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues, por me orientar neste estudo.

À Prof^a Dr^a. Ariadne Alvarenga Rezende Engelberg de Moraes, minha supervisora clínica, pelas críticas e sugestões fundamentais para o direcionamento e aprofundamento do meu trabalho e por me ajudar sempre a ser uma melhor profissional. Exemplo e admiração pela sua postura.

À minha família, pelo apoio incondicional, em todos os momentos da minha vida. Principalmente aos meus pais e ao meu irmão, pelo incentivo contínuo.

Aos amigos incansáveis e companheiros de todas as horas, em especial: Sylvia Zanatta Giannini, Marília Thomazin, Mariana Lacaz, Mariana Ferreira, Ana Beatriz Scavazzini, Pricila Del Claro, Henrique Oda, Alessandra Akamine e Thiago Carreira.

A Walter Lisboa Oliveira, companheiro de todas as pós-graduações, pelo apoio e incentivo nos momentos necessários. Sua generosidade foi fundamental para o seguimento desta pesquisa.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e ao Serviço de Psicologia, meu lugar de trabalho e de tanta experiência.

À Equipe da Mastologia e à Equipe da Hematologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, por todo apoio no meu desenvolvimento profissional.

Às queridas psicólogas Tatiana Frascareli Pascalicchio, Renata Pereira Condes e Lia Azevedo Pinto, que colaboraram diretamente para esta pesquisa acontecer.

À querida Ester Chana Aizic, terapeuta ocupacional, que com sua incrível disposição auxiliou nesta pesquisa.

À minha revisora, Clélia Riquino, que foi muito além do seu trabalho.

A todos os professores e supervisores que contribuíram para minha formação, em especial à Paula da Silva Kioroglo, que me inaugurou no ramo da pesquisa.

Aos pacientes, que, nos anos de profissão, me incluíram em suas vidas e compartilharam experiências e sentimentos.

RESUMO

ESPALLARGAS, D. B. **A mulher e o câncer:** a vida após diagnóstico e tratamento oncológico. 2015. 110 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

O câncer de mama é uma das doenças mais temidas pelas mulheres, por não afetar apenas o corpo anatômico, mas também os aspectos psicossociais da paciente. Na atualidade, é considerada uma enfermidade crônica. Existe um grande número de pessoas que convivem com o câncer, seja em tratamento, seja em remissão ou com controle de sintomas. Esse panorama exige da Psicologia uma atuação mais eficiente, específica, interessada em compreender o que leva os pacientes a maiores dificuldades diante das diferentes etapas do tratamento. Considerada a inexistência de uma teoria própria para a Psico-Oncologia, na análise desta pesquisa, é utilizada a proposta teórica de Donald Woods Winnicott, para auxiliar na compreensão e interpretação dos relatos de mulheres que convivem com a doença oncológica. Esta pesquisa propõe-se a investigar as repercussões psicológicas de pacientes em primeira remissão de câncer de mama. O interesse por este estudo surge a partir da prática como psicóloga, na especialidade de Mastologia. Diversas pacientes são encaminhadas para o ambulatório de Psicologia, com impactos psicológicos que perduram além da presença da doença. O estudo é do tipo transversal descritivo, com método misto. A amostra é composta por oito pacientes que realizam tratamento oncológico na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O procedimento para a coleta de dados consistiu na aplicação de uma ficha sociodemográfica e na realização de uma entrevista semidirigida, na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e na Escala de Desesperança Beck (BHS). Este trabalho conclui que o término de um período de tratamento não coincide com o fim das preocupações com a doença. E, ainda que pese a relevância da Psico-Oncologia para o bem-estar dos pacientes com câncer, esta pesquisa considera necessária uma fundamentação teórica, que permita contextualizar o indivíduo e promova o conhecimento de sua totalidade, além das repercussões esperadas no adoecimento oncológico. Observa-se a importância da avaliação psicológica para compreender como essa paciente vivencia o câncer de mama, a partir de sua experiência e vida anterior. Este estudo pretende avançar nos temas da Psico-Oncologia e fornecer subsídios para profissionais da área da Saúde que tratam pacientes com câncer de mama.

Palavras-chave: Psico-oncologia, Neoplasias mamárias, Aspectos psicológicos, Remissão oncológica, Winnicott, Donald Woods, 1896-1971.

ABSTRACT

ESPALLARGAS, D. B. **The woman and the cancer:** life after oncologic diagnosis and treatment. 2015. 110 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Breast cancer is one of the most feared diseases by women, because it affects not only the body anatomy but also the psychosocial aspects of the patient. At present, it is considered a chronic illness. There are a large number of people living with cancer, either in treatment, either in remission or in symptoms control. This scenario requires from Psychology a more efficient and specific approach, more interested in understanding what leads patients to greater difficulties on the different stages of treatment. Given the lack of a specific theory for Psycho-Oncology, the analysis of this research uses the theoretical proposal of Donald Woods Winnicott to assist in the understanding and interpretation of reports of women living with cancer. This research intends to investigate the psychological repercussions of patients in first remission of breast cancer. The interest behind this study arises from the practice as psychologist in the Mastology specialty. Several patients are sent to the Psychology clinic, with psychological impacts that endure beyond the presence of the disease. This is a cross-sectional descriptive study, with mixed methods approach. The sample consists of eight patients undergoing cancer treatment in *Irmandade da Santa Casa de Misericórdia* of *São Paulo*. The procedure for data collection consisted of the application of a socio-demographic form and the conduction of a semi-directed interview, following the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale and the Beck Hopelessness Scale (BDS). This paper concludes that the end of a treatment period does not coincide with the end of the concerns with the disease. And, despite the relevance of Psycho-Oncology for the well-being of cancer patients, this research considers necessary a theoretical foundation that contextualizes the individual and promotes the understanding of her entirety, in addition to the expected consequences of the oncologic illness. It is noted the importance of a psychological assessment to understand how this patient experiences breast cancer, based on her past experience. This study aims to advance Psycho-Oncology themes and provide valuable input to Health professionals who treat patients with breast cancer.

Keywords: Psycho-Oncology, Breast cancer, Psychological aspects, Oncologic remission, Winnicott, Donald Woods, 1896-1971.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos	48
Tabela 2 – Resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD	49
Tabela 3 – Resultados da Escala Beck de Desesperança – BHS	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BHS – *Beck Hopelessness Scale* – Escala de Desesperança Beck

HAD – *Hospital Anxiety and Depression Scale* – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

INCA – Instituto Nacional de Câncer

OMS – Organização Mundial da Saúde

SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Câncer de mama.....	13
1.2 Psico-Oncologia	15
1.3 Repercussões psicológicas.....	18
2. ABORDAGEM TEÓRICA: D.W. WINNICOTT	29
3. OBJETIVOS.....	41
3.1 Objetivo Geral	41
3.2 Objetivos Específicos.....	41
4. MÉTODO.....	42
4.1 Desenho do Estudo.....	42
4.2 Amostra.....	43
4.2.1 Critérios de inclusão	43
4.2.2 Critérios de exclusão	43
4.3 Instrumentos	43
4.4 Procedimentos	45
4.5 Análise dos dados.....	45
4.6 Análise dos aspectos éticos	46
5. RESULTADOS.....	47
5.1 – Questionário sociodemográfico – Panorama geral	47
5.2 – Escalas.....	49
5.3 – Entrevistas semidirigidas de repercussões psicológicas	50
5.3.1 – Entrevistada 1	50
5.3.2 – Entrevistada 2	55
5.3.3 – Entrevistada 3	58
5.3.4 – Entrevistada 4	63
5.3.5 – Entrevistada 5.....	68
5.3.6 – Entrevistada 6	74
5.3.7 – Entrevistada 7	76
5.3.8 – Entrevistada 8	82
6. DISCUSSÃO	86
7. CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS.....	100

APÊNDICES	104
APÊNDICE A – Ficha sociodemográfica	105
APÊNDICE B – Entrevista semidirigida de repercussões psicológicas	106
ANEXOS	107
ANEXO A – HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	108
ANEXO B – BHS – Escala de Desesperança Beck.....	109
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110

APRESENTAÇÃO

Na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a Psico-Oncologia teve início em 2010, com a constituição de um núcleo formado por psicólogos, certificados pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, inseridos em especialidades médicas, que trabalham com doenças oncológicas (FREGONESE et al., 2012).

A Psicologia atua em sistema de ligação, em que além dos atendimentos aos pacientes e familiares participa das visitas médicas, reuniões científicas, promove aulas de capacitação para as equipes de Saúde e participa da Comissão de Oncologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. As intervenções da Psico-Oncologia contemplam as possíveis repercussões psicológicas do paciente, desde a possibilidade do diagnóstico oncológico até o período de pós-tratamento (FREGONESE et al., 2012).

Uma das áreas de atuação do núcleo da Psico-Oncologia é no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, na equipe de Mastologia, em que existem grandes implicações na saúde da mulher. A Psicologia atende às portadoras de doenças oncológicas de mamas em ambulatório, encaminhadas pela equipe de saúde, com o objetivo de auxiliar na melhora da qualidade de vida das mesmas e de seus familiares.

O interesse no estudo das repercussões psicológicas em remissão de câncer de mama, após os tratamentos iniciais, surge a partir da prática como psicóloga da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, na especialidade de Mastologia. Muitas pacientes são encaminhadas para o ambulatório de Psicologia com repercussões psicológicas diversas, devido ao diagnóstico e tratamento, que perduram, mesmo que a doença não esteja mais em atividade, quando as pacientes estão começando a se distanciar da equipe de saúde que as acompanhava.

Na atualidade, devido às variedades de tipos de doenças oncológicas e tratamentos, a enfermidade é considerada uma doença crônica. Dessa forma, existe um grande número de pessoas que convive com o câncer, em remissão ou realizando o controle dos seus sintomas. Esse panorama conduziu a Psicologia a

uma atuação mais concisa e específica, interessada em compreender o que leva os pacientes a terem maiores dificuldades diante do adoecimento e tratamento.

Ao se considerar que não há uma teoria própria para a Psico-Oncologia, na análise desta pesquisa foi utilizada a teoria de Donald Woods Winnicott (1896 – 1971), pediatra e psicanalista inglês, que irá auxiliar na compreensão da organização das pacientes e na forma com que as mulheres que convivem com a doença oncológica padecem de repercussões psicológicas.

A escolha desse autor se deu em razão do entendimento que a teoria do amadurecimento pessoal winnicottiano fornece subsídios para compreender a dinâmica de pacientes acometidos por enfermidades oncológicas, a partir de uma concepção de saúde e doença psíquica. Winnicott possibilita o aprofundamento da visão psicológica desses pacientes.

A pesquisa desenvolveu-se através de um estudo transversal descritivo, com método misto. Esse tipo de método se mostra em expansão, a partir do desenvolvimento e legitimação das pesquisas qualitativas e quantitativas (CRESWELL, 2007). A entrevista qualitativa foi baseada no Método Clínico Qualitativo de Turato (2003) e foram utilizadas duas escalas para realizar a avaliação das pacientes, além de uma ficha sociodemográfica.

O trabalho tem início com considerações sobre o câncer de mama, Psico-Oncologia e as repercussões psicológicas da doença oncológica (Introdução). Voltaremos, então, a atenção para a Abordagem Winnicottiana, como fundamentação teórica deste estudo, seguida dos Objetivos (Geral e Específicos). No Método, será abarcado o desenho do estudo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos, procedimentos, análise dos dados e dos aspectos éticos da pesquisa. Nos Resultados, será apresentada, primeiramente, uma exposição geral dos dados sociodemográficos, seguida dos resultados das escalas e as entrevistas semidirigidas. Ao final, serão apresentados: a Discussão, a Conclusão, as Referências, os Apêndices e os Anexos.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de mama

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define câncer como um termo genérico aplicável a um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo e que são caracterizadas pelo crescimento descontrolado e pela propagação de células anormais. Está previsto pela OMS (2008) que os novos casos de câncer vão passar de 11,3 milhões, em 2007, para 15,5 milhões, em 2030.

Na maioria dos países desenvolvidos, o câncer é a segunda maior causa de óbito. O número de falecimentos causados por esse adoecimento, no mundo, deve aumentar de 7,9 milhões para 11,5 milhões de mortes, ou seja, 45% no período que vai de 2007 e 2030. Há evidência epidemiológica de que essa tendência emergente aconteça nos países menos desenvolvidos, como os da América do Sul, já que mais da metade dos casos de câncer ocorrem nos países em desenvolvimento (OMS, [20--]).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas de incidência do câncer em 2014, no Brasil, apontaram 576 mil novos casos. O de pele, do tipo não melanoma, tem a maior incidência, seguido, pela ordem, do de próstata; mama feminino; colón e reto; pulmão; estômago e colo de útero. No caso do câncer na mulher, os 10 tumores que têm maior incidência são: os tumores de pele, não melanoma; mama; colón e reto; colo de útero; pulmão; glândula tireoide.

Dentre esses tipos de tumores, em mulheres, destacam-se como casos de grande incidência os cânceres de mama. No Brasil, foram esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, o que corresponde a 22% de casos novos a cada ano. Quando diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom, porém, no Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estádios avançados (INCA, 2014).

O câncer de mama, segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia – SBM (2011), se caracteriza pela proliferação anormal, rápida e desordenada de células do tecido mamário. Essa anomalia acontece em decorrência de alterações genéticas.

Geralmente, o câncer tem origem nas células do epitélio, que reveste a camada mais interna do ducto mamário, porém, em casos menos frequentes, pode começar em outros tecidos da mama, como o adiposo e o fibroso.

Os tratamentos de câncer mais difundidos e efetivos são a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia. A cirurgia é uma das principais terapêuticas para essa enfermidade e, com o progresso tecnológico, tende, cada vez mais, a ser substituída por procedimentos menos agressivos, e, ao mesmo tempo, mais eficazes. Uma das razões desse avanço pode ser a combinação dessa modalidade com outras: a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia (INCA, [20--]; PERDICARIS, 2008).

A quimioterapia recorre ao uso de substâncias químicas e pode ter diferentes esquemas, ao longo dos últimos anos, esse recurso tem apresentado resultados bem sucedidos no tratamento oncológico. Porém, produz efeitos adversos ao utilizar substâncias tóxicas. Tais efeitos colaterais são: mucosite, alopecia, diarreia, vômitos, entre outros (CAPONERO; LAGE, 2008).

A radioterapia consiste no uso terapêutico de radiações ionizantes e tem como objetivo destruir as células cancerosas e, ao mesmo tempo, causar o mínimo efeito sobre o tecido saudável ao redor do tumor (SALVAJOLI; SILVA, 2008).

A hormonoterapia é realizada para o tratamento de cânceres que são hormonosensíveis e consiste na manipulação do sistema endócrino. A hormonoterapia medicamentosa ocorre pela supressão ou adição de hormônios circulantes. Da mesma forma que a quimioterapia, os hormônios utilizados para esse tipo de tratamento exercem efeitos citotóxicos nas células tumorais e normais. Dessa forma, é acompanhada de efeitos adversos (INCA, [20--]).

Campos (2010) enfatiza que a Medicina avança na luta contra o câncer, a tal ponto, que alguns tipos não são mais considerados doença fatal. O paciente pode entrar em remissão, por longo período, e a causa da sua morte pode não ter relação com o diagnóstico oncológico. Essa mudança da visão sobre a enfermidade, decorrente dos novos tratamentos, ocorre a partir das décadas de 1930 e 1940, e favorece o otimismo com relação ao combate ao câncer.

Dessa forma, nas últimas duas décadas, pesquisas sobre os aspectos psicológicos do câncer de mama têm aumentado consideravelmente (Menezes, Schulz e Peres, 2012). Muitos desses estudos são impulsionados pela Psico-Oncologia, que busca ampliar sua atuação e melhorar o atendimento aos pacientes, buscando o alívio dos sintomas e do sofrimento.

1.2 Psico-Oncologia

Historicamente, diferentes eventos colaboraram para o surgimento da Psico-Oncologia, dentre eles, o desenvolvimento da Psicologia, Psiquiatria e Medicina. Entre os destaques na área da Medicina, que alavancaram a ligação entre o câncer e os estados emocionais, estão a Medicina Psicossomática e Psiconeuroimunologia (CAMPOS, 2010).

Desde a Antiguidade, o câncer está associado ao estado emocional do indivíduo, como destacaram pensadores como Galeno (131-201 d.C.), médico e filósofo, que observou que mulheres deprimidas tinham uma maior tendência ao câncer do que as demais. No entanto, é recente a importância dada a essa relação e à convicção que sugere a necessidade de combinar o tratamento oncológico com cuidados psicológicos. Ao longo do tempo, a Medicina passou a reconhecer a participação dos aspectos psicossociais ligados à incidência, evolução e remissão do câncer; por esse motivo, começou a preocupar-se com o atendimento dessa demanda (VEIT; CARVALHO, 2008).

Outro fator importante foi a mudança de visão das equipes de Saúde, que perceberam a importância de informar o paciente sobre o seu adoecimento e motivar sua participação na recuperação (CAMPOS, 2010). Anteriormente, o diagnóstico era fornecido apenas aos familiares e esse fato trazia como consequência importante o isolamento do paciente e a falta de poder de decisão e participação sobre o seu tratamento (VEIT; CARVALHO, 2008).

Dessa forma, foi aberto um campo de diálogo entre paciente e equipe, um novo princípio para novos protocolos de pesquisa, em que o sujeito passa a ser devidamente informado de sua condição, e normas para realização de pesquisa com seres humanos (CAMPOS, 2010).

Diante desse cenário, existe uma tendência para que o paciente seja visto como um ser humano global “cuja mente e corpo existiriam como um *continuum*” (CAMPOS, 2010, pg. 63). O desenvolvimento tecnológico e científico colaborou com essa condição, ao confirmar a inter-relação entre corpo e mente, a partir do desenvolvimento científico e tecnológico, separados, tradicionalmente, de acordo com a dicotomia cartesiana, mas que, gradualmente, passaram a ser vistos como um todo (VEIT; CARVALHO, 2008).

É importante ressaltar que a partir da mudança na percepção do portador de câncer sobre seus estigmas, como uma doença a ser escondida, incurável e que, inevitavelmente, leva à morte, são criados conhecimentos e instrumentos para auxiliar no tratamento, e também é possível estudar respostas a comportamentos psicológicos associados a essa enfermidade (CAMPOS, 2010).

Tal panorama recomenda a criação de técnicas psicológicas específicas para essa demanda, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares. O conjunto de técnicas desenvolvido recebeu o nome de Psico-Oncologia. Veit e Carvalho (2008) descrevem-na como uma área específica de conhecimento na Psicologia da Saúde, que atua junto ao paciente diagnosticado com câncer, sua família e, inclusive, profissionais envolvidos com o tratamento oncológico.

Em contrapartida, Campos (2010) ressalta que a Psico-Oncologia é uma área de conhecimento que possui diferentes formas de intervenção e não tem uma proposta teórica. A autora refere-se à Psico-Oncologia como *subespecialidade* da Oncologia, que comporta, além da Psicologia, áreas como a Medicina e uma série de aspectos referentes aos cuidados paliativos, que abarcam a questão de pacientes em final de vida. Segundo a autora, essa área de conhecimento busca:

[...] dar a profissionais da saúde em geral, às famílias envolvidas e à comunidade como um todo, uma nova visão do câncer, uma possibilidade de compreensão do processo de adoecer, como consequência de fatores biopsicossociais, e propõe ainda a possibilidade de uma maior compreensão das respostas psicológicas ao adoecimento, aos tratamentos, e posteriormente, à reabilitação e à sobrevivência. (CAMPOS, 2010, p. 67).

Há diversas definições de Psico-Oncologia, entre elas, destaca-se a de Holland (1989):

This subspecialty of oncology seeks to study the two psychological dimensions of cancer: (1) the impact of cancer on the psychological function of the patient, the patient's Family, and staff; and (2) the role that psychological and behavioral variables may have in cancer risk and survival. (HOLLAND, 1989, p. 11).

Essa subespecialidade da oncologia procura estudar duas dimensões psicológicas do câncer: (1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, em sua família e nos profissionais envolvidos em seu tratamento; (2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais podem ter na incidência e sobrevivência do câncer (HOLLAND, 1989. p. 11, tradução nossa).

No Brasil, a definição de Gimenes (1993 apud VEIT; CARVALHO, 2008) é a utilizada e, também, alega que a Psico-Oncologia constitui uma interface entre a Psicologia e a Medicina, ao usar conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos decorrentes da Psicologia da Saúde e aplicá-los na assistência para pacientes, familiares, equipe; na pesquisa e na organização de serviços oncológicos.

A Psico-Oncologia propicia a união de diferentes profissionais da Saúde, para contribuir com o cuidado ao paciente através da tendência mundial de equipes que trabalham em conjunto (CAMPOS, 2010).

Autores mencionam que a partir da avaliação e acompanhamento da Psico-Oncologia, sentimentos como incerteza quanto à doença, sua recorrência, disseminação metastática, que acarretem desgaste emocional, podem ser atenuados. Logo, torna-se relevante que pacientes diagnosticadas com câncer de mama tenham um suporte psicológico adequado, durante todas as fases do tratamento (SEABRA; PORTO, 2013).

Os profissionais que atuam na Psico-Oncologia visam manter o bem-estar psicológico do paciente, ao identificar e compreender os fatores emocionais que interferem em sua saúde. Para corroborar essa condição, buscam medidas preventivas que reduzam os sintomas psicológicos ocasionados pelo câncer e seus tratamentos e colaboram para que o paciente compreenda sua vivência do adoecer (SEABRA; PORTO, 2013).

Seabra e Porto (2013) referem que a “Psico-oncologia, em sua essência, busca a resignificação e a reconstrução do sofrimento daquele que sofre” (SEABRA; PORTO, 2013, p. 180).

Campos (2010) destaca que as intervenções em Psico-Oncologia não diferem, em seus objetivos, das intervenções psicológicas em geral. Buscam o bem-estar do paciente, porém, é evidente a necessidade de uma formação específica dos profissionais de Saúde para lidarem com pacientes portadores de câncer, já que esses têm de conhecer a doença, o tratamento, os efeitos colaterais, as intervenções mais adequadas para cada etapa do adoecimento, entre outros.

1.3 Repercussões psicológicas

Menezes, Schulz e Peres (2012) descrevem que, nas últimas duas décadas, o interesse da comunidade científica pelos aspectos psicológicos do câncer de mama tem aumentado consideravelmente, na maior parte dos casos, com enfoque no tema da repercussão psicológica do diagnóstico e tratamento.

Os estudos referentes aos aspectos psicológicos, que implicam no câncer de mama, têm sido realizados, pois diversos autores afirmam que esses afetam não somente a condição física como também a saúde mental de suas portadoras (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012; PERES; SANTOS, 2009). O câncer de mama, segundo Almeida, Guerra e Filgueiras (2009), é uma das doenças mais temidas, justamente por não afetar apenas o corpo anatômico, mas também aspectos psicossociais da paciente.

As repercussões psicológicas e a reação ao diagnóstico de câncer de mama variam, de mulher para mulher, conforme a idade, personalidade, experiência de vida, relacionamentos sociais ou familiares, e história psicológica ou psiquiátrica da paciente (MALUF, 2006).

A forma como esse processo é vivido e como repercute no equilíbrio da mulher depende, em parte, da representação individual que a paciente atribui a esse órgão (SEABRA; PORTO, 2013).

O adoecer é uma experiência ímpar e de desordem que adquire um sentido específico no momento existencial da mulher, pelo significado que os sintomas, as experiências com o tratamento e as relações interpessoais passam a ter no seu contexto de vida. (MALUF, 2006, p. 238).

Considerando o seu impacto geral, na maioria dos casos, o diagnóstico de câncer de mama e todo o processo de tratamento são vividos pela paciente e seus familiares como um período de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. A mulher passa por mudanças significativas, em diferentes esferas de sua vida: trabalho, família, lazer, cotidiano e relações sociais (SEABRA; PORTO, 2013).

Menezes, Schulz e Peres (2012) referem que a confirmação do diagnóstico e a implementação de qualquer tipo de tratamento podem desencadear um acentuado sofrimento psicológico na mulher e tendem a afetar suas relações interpessoais. Corroborando essa ideia, Liberato (2011) ressalta que o câncer é uma doença que invade a experiência de seu portador, inserindo modificações significativas nele e com quem se relaciona, como seus familiares e amigos.

Além do impacto do diagnóstico, os tratamentos também acarretam repercussões psicológicas que causem uma ruptura com os planos futuros e descontinuidade do estilo de vida, com consequente desprazer e desesperança de vida (CARVALHO, 2008; MACIEIRA; MALUF, 2008).

Ainda hoje, são comuns sentimentos como medo da dor, percepção da letalidade da doença, negação da própria doença e convivência com o imaginário social sobre esse diagnóstico (SEABRA; PORTO, 2013). Em concordância, Liberato (2011) afirma que é uma doença associada à dor, ao sofrimento e à morte dolorosa e implacável, e seus estigmas interferem na qualidade de vida. Por essa razão, o câncer implica em sentimento de medo, angústia e ansiedade.

De forma geral, o câncer de mama tem como características o aumento do senso de responsabilidade consigo mesma; maior vulnerabilidade; mudança da autoestima; raiva; medo da morte; mudanças e perdas; alteração na autoimagem e perda de feminilidade (MALUF, 2006).

Considerando que o câncer altera permanentemente a vida de um indivíduo, as intervenções dos profissionais de Saúde devem ser planejadas de acordo com a fase em que o paciente se encontra. Silva e Santos (2008) destacam como principais fases do adoecimento: diagnóstico, tratamento, reabilitação e fim de vida.

Os autores observam que, quando tudo acontece como o esperado, a fase de tratamento do câncer de mama deve durar por volta de um ano, com a realização de cirurgia e/ou tratamentos complementares de escolha, como a quimioterapia e a radioterapia. As pacientes realizam, durante cinco anos, exames periódicos, com a finalidade de avaliar suas condições clínicas e verificar a possibilidade de metástase e recidiva. Após esse período, para as que atingem a remissão da doença, os exames tornam-se cada vez mais espaçados.

Alguns autores consideram que pacientes que passaram o período inicial do tratamento e se encontram livres da doença recebem a nomenclatura de “sobreviventes”. Apesar dessa condição, ainda não existe uma conformidade sobre esse termo, utilizado com diferentes acepções, como a associada à mudança de prognóstico, ou após o paciente passar a marca de cinco anos em remissão, independente de como se sinta, ou utilizado, ainda, para todos os pacientes que recebam o diagnóstico de câncer até suas mortes (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

O primeiro autor a se referir ao termo “sobreviventes de câncer” foi Mullan, médico e também paciente oncológico, que realizou uma sistematização sobre os sobreviventes de câncer a ser utilizada no presente trabalho. Para Mullan (1985), o conceito de sobrevivência é útil, pois se aplica a todos os pacientes com diagnóstico oncológico, independentemente do curso da doença. Começa com o diagnóstico, em que o paciente se confronta com o tema da mortalidade e faz ajustes imediatos, que se estendem, em longo prazo. Esse autor define três fases de sobrevivência: aguda, prolongada (nomeada, ainda, por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), como intermediária) e permanente.

Mullan (1985) descreve que a fase de sobrevivência aguda se inicia com o diagnóstico e é dominada pelos esforços em conter a doença, como são os tratamentos com cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O medo, a ansiedade e a dor são elementos importantes e constantes nessa fase, quando o paciente tem que

lidar com a questão da mortalidade, já que é forçado a pensar na probabilidade de morrer em breve.

A fase de sobrevivência prolongada (ou intermediária) é o momento em o indivíduo encontra-se em remissão da doença, termina o curso mais rigoroso de tratamento e realiza exames periódicos e ações de consolidação. Pinto e Pais-Ribeiro (2007) referem que em diagnósticos como o câncer de mama pacientes podem seguir tratamentos como a hormonoterapia.

Essa fase, na qual existe o medo de retorno da doença, é considerada de grande dificuldade, já que os pacientes afastam-se dos médicos e da equipe de saúde que realizam seus cuidados, com a diminuição de consultas (MULLAN, 1985). Os autores Pinto e Pais-Ribeiro (2007) consideram que isso pode corresponder a um sentimento de vazio, em pacientes que se sentem desamparados.

Também, esses pacientes têm que lidar com as consequências, restrições físicas do tratamento em suas casas, na comunidade e no trabalho (MULLAN, 1985). Pinto e Pais-Ribeiro (2007) descrevem que, nesse momento, os sobreviventes, geralmente, voltam a reestabelecer suas relações com amigos, familiares, entidades empregadoras e outros contextos sociais. Consideram que passam do ser doente para o paciente que teve um câncer.

O período de conclusão do tratamento inicial é associado ao final dos efeitos colaterais físicos e também ao retorno das atividades cotidianas, porém, o paciente, em alguns momentos, deve fazer ajustes em sua rotina física e psicossocial. Em alguns casos, é o momento em que experimenta as consequências da doença e do tratamento e o confronto com uma vida de dúvidas relacionadas à sua condição social, sexual, laboral e familiar (VERMONT, 2011).

Mesmo na fase de sobrevivência permanente, além da sensação de vitória, persiste um pequeno risco de recorrência, portanto, sempre se convive com a possibilidade de um novo câncer e com os efeitos secundários do tratamento oncológico. Dessa forma, o câncer vai deixar sempre a sua impressão na vida dos que adoecem, de forma física e emocional (MULLAN, 1985).

During these years I frequently wondered when I could safely declare victory. When could I say simply that I was cured? Actuarial and

population-based figures give us estimatives for various cancers but those figures do not speak to the individual patient, whose experience is unique and do not determined or describe by aggregate data. (MULLAN, 1985, p. 271).

Durante estes anos, frequentemente me perguntava quando poderia declarar com segurança a vitória. Quando poderia simplesmente dizer que estava curado? Dados atuariais e populacionais nos dão estimativas para vários tipos de câncer, mas esses números não remetem ao paciente individual, cuja experiência é única e não determinada ou descrita por dados agregados. (MULLAN, 1985, p. 271, tradução nossa).

O corpo tem um registro histórico, dinâmico e está demarcado por experiências que antecedem eventos atuais. Muitos pacientes referem-se ao que consideram o tempo posterior a todo o tratamento como se fossem “horas extras recebidas” ou uma fuga da morte. Dessa forma, existe uma conotação de provisoriedade (DÓRO, 2009; PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Lanza (2012) descreve que, há poucas décadas, histórias de adoecimento do câncer têm encontrado seu lugar em nossa cultura, dessa forma, o discurso dos pacientes pode ter aceitação e compreensão. Apesar dessa condição, ainda existem tensões não resolvidas por aqueles que têm vivido além da fase aguda da doença.

Dessa forma, o risco de recidiva, as mudanças corporais e o medo da morte são temas que se destacam no período de pós-tratamento, em pacientes nas fases de sobrevivência prolongada e permanente do câncer.

A possibilidade de recidiva é uma das condições aflitivas enfrentadas pelos pacientes, após o tratamento finalizado (BARROS, 2009). Almeida et al. (2001) destacam que diante do aumento da sobrevida desses pacientes é fundamental a percepção constante do sentimento de incerteza, devido ao medo da recorrência da doença.

Recidiva, termo para designar o retorno da doença, exige reavaliação e novo tratamento. Nesse contexto, após o tratamento e o período de remissão, o paciente pode retornar à sua rotina, ao seu emprego e livrar-se dos efeitos colaterais agudos que o assolaram, mas deve comprometer-se a se consultar com a equipe médica que o acompanhou, com o objetivo de checar a saúde e rastrear recidivas. Nessas

consultas, no início, trimestrais, depois, semestrais, e progressivamente espaçadas, são refeitos exames, repetidas situações que rememoram o período de tratamento. Essa experiência relembra o que parecia estar superado, a inquietação ao considerar um retorno à condição de adoecimento (BARROS, 2009).

Segundo Barros (2009), a recidiva é uma possibilidade no campo do tratamento oncológico e se traduz em sentimentos complexos, como o temor e o desânimo, assim como pode ativar sentimentos opostos que busquem uma vida com melhor qualidade. O autor ainda destaca que é uma fase de transição, entre a saúde e a doença, marcada pela sensação de solidão.

Diante das questões que tornam o câncer de mama uma doença com implicações específicas, destacam-se as mudanças corporais. Percebe-se que além das pacientes terem de lidar com questões de ruptura com o corpo saudável, incertezas diante do tratamento, presença da finitude da vida, possibilidade de retorno da doença e quebra da rotina, também enfrentam aspectos relacionados à sensualidade, sexualidade e maternidade (ALMEIDA, GUERRA E FILGUEIRAS, 2009).

Mulheres com câncer de mama encontram-se vulneráveis diante de todos os aspectos específicos das repercussões psicológicas da doença, porém, com a adição singular da sua identidade social (LIBERATO, 2011). Além das mudanças corporais advindas do tratamento, as mamas representam sexualidade e maternidade, órgãos de contato sexual e também de nutrição/amamentação. Dessa forma, idealiza-se que a mama é um símbolo da identidade corporal e a ela é atribuído, em alguns casos, o sentimento de autoestima e valor próprio (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012; SEABRA; PORTO, 2013).

As mudanças corporais advindas de cirurgia, radioterapia e quimioterapia mostram-se importantes, principalmente no câncer de mama feminino, por afetar não só o corpo anatômico, mas também aspectos psicossociais da paciente, destacando-se a sua imagem corporal. Essa alteração irá variar de acordo com diversos aspectos, entre eles, os tratamentos escolhidos, como o procedimento cirúrgico e tratamentos complementares, rede de apoio e características individuais (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

Aureliano (2009) acentua que as questões de corpo, gênero e saúde estão presentes, ao tratar de mulheres com câncer, pois todo o contexto de significação está ligado ao corpo feminino e sua representação social, que passa pela sexualidade, maternidade e feminilidade. Segundo o autor, no câncer de mama, as relações e ações afetadas pela doença não são passíveis de serem totalmente resolvidas com a cura, já que os procedimentos cirúrgicos têm uma interferência direta na estrutura corporal, que lembram à mulher essa nova condição física, mesmo àquela que realiza reconstrução mamária (Aureliano, 2009).

Assim, com as perdas do adoecimento, a perda da mama, ou as alterações da imagem corporal, a mulher passa por um enlutamento. Seabra e Porto (2013) ressaltam que o momento no qual a mulher elabora e aceita sua nova imagem corporal pode acarretar sentimentos de estranhamento. No entanto, Zecchin (2004) refere que em procedimentos cirúrgicos, com a perda do seio, com ou sem sua reconstrução, a paciente não elabora o luto no momento da cirurgia, mas em um processo posterior.

As mutilações decorrentes dos tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos podem gerar diversas repercussões, como ocasionar prejuízo à autoimagem e ao autoconceito, levando as mulheres a se sentirem desvalorizadas, envergonhadas, podendo evitar contato social e/ou sexual (SEABRA; PORTO, 2013). Liberato (2011) descreve que as mudanças corporais podem fazer com que a mulher se sinta vulnerável e apresente reações como tristeza, choro, constrangimento, entre outros. A adaptação às mudanças corporais é gradual, assim como a reconstituição da autoestima e das relações interpessoais. A perda ou as mudanças nas mamas podem resultar em período de enlutamento, no qual a paciente procura elaborar sua nova imagem.

É importante ressaltar que a alteração corporal tem múltiplas implicações, como na vida sexual e conjugal da mulher, afetando as relações nos seus círculos sociais e consigo mesma. A influência do câncer de mama na imagem corporal irá produzir efeitos nocivos à qualidade de vida e ao estado emocional das pacientes, podendo ocasionar sintomas de depressão e ansiedade (ALMEIDA, GUERRA E FILGUEIRAS, 2009).

Durante o tratamento do câncer de mama, a mulher vivencia diversos conflitos que geram processo de luto, com as incertezas quanto ao diagnóstico; alteração da imagem corporal; limitações decorrentes do tratamento, entre outros. O processo de luto corresponde a um conjunto de reações diante de uma perda, por separação ou afastamento. A perda da saúde representa não só uma ameaça ao corpo, mas também ao psiquismo e à vida (MALUF, 2006).

Outro tema que se destaca no paciente oncológico é o medo da morte, pois se vê diante dos estigmas relacionados ao câncer e a forma como a morte é percebida na atualidade, não há um espaço aberto para discutir como os pacientes sentem esse contexto. Carvalho (1992) afirma que, culturalmente, os assuntos do câncer e o tema da morte estão relacionados. Considera que o tabu que envolve esses assuntos traz má qualidade à dinâmica estabelecida entre paciente e familiares, o que resulta em solidão e perda de confiança.

De acordo com Seabra e Porto (2013), na visão elaborada sobre o câncer e, em especial, o de mama, a morte ocupa posição de destaque. A ameaça de morte implica possíveis perdas e processos de luto não apenas pelo órgão doente, mas também pelas experiências e fantasias associadas a ele.

Medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte, um sentimento universal, que atinge a todos os seres humanos, e que se apresenta de forma diferente, independente da idade, gênero, nível socioeconômico e opção religiosa (Kovács, 1992). No caso de pacientes oncológicos, o adoecimento traz a possibilidade de morte, concomitante com o diagnóstico e durante todo o tratamento. Invariavelmente, o câncer rememora e aproxima a consciência do fim de vida, coloca em xeque a própria existência (Borges et al., 2006).

Kovács (2008) destaca que, atualmente, observa-se que a Medicina não está preparada para lidar com processos longos de adoecimento, situações que exijam mais cuidados do que propriamente procedimentos técnicos. A autora destaca que com o aumento dos recursos tecnológicos, a morte passa a ser vista como uma inimiga a ser derrotada.

Assim, a partir dos avanços tecnológicos da Medicina, as pessoas podem estar vivas segundo os parâmetros físicos, porém, mortas do ponto de vista

fenomenológico. Há de se ressaltar que para essa condição de sobrevivência é preciso que exista outro ser humano que cuide de suas necessidades básicas (Kovács, 2012).

Kovács (2012) salienta os trabalhos realizados por Kubler-Ross e Saunders, na busca de uma humanização do processo de morrer, em que a ideia fundamental seja considerar a morte como elemento significativo da existência, e que as pessoas devem manter a dignidade até o último momento, em contraposição à ideia de uma morte interdita, oculta, vergonhosa, fracassada ou escondida. Considera que a partir das perspectivas dessas autoras existe uma rejeição da morte medicalizada e a possibilidade de que as pessoas se preparem e sejam ajudadas a morrer.

A partir desse contexto, Carvalho (1992) descreve que o trabalho com o medo da morte pode trazer benefícios na expressão de fantasias e proporcionar alívio, já que conteúdos podem ser tratados, vistos, revistos e elaborados. Lidar com as fantasias pode fazer com que o medo diminua. Revelar a forma como se percebe a morte, enfrentá-la, pode trazer uma melhor qualidade de vida. Borges et al. (2006) delineiam que o processo psicoterápico auxilia nas questões do medo da morte, promove uma melhor qualidade de vida e ressignificação do adoecimento.

Além dessas condições que se destacam, o paciente tem que lidar, nesse período de remissão da doença, com o retorno ao seu próprio cuidado, o que pode gerar uma situação estressante. É quando podem acarretar diferentes reações, tanto desagradáveis, como insônia ou hipocondria, quanto satisfatórias, percepção da vida mais serena, com maior disposição para recomeçar (BARROS, 2009).

É importante ressaltar que se o paciente oncológico tem de lidar com fatores psicológicos relacionados ao câncer, ele também enfrenta uma alta frequência de distúrbios psiquiátricos (CAMPOS, 2010). Destacam-se a ansiedade, os transtornos de humor e *delirium* (CAMPOS, 2010; CARVALHO, 2008; GRANER; CEZAR; TENG, 2008). Há dificuldade em diagnosticar esses quadros, devido aos sintomas desencadeados pela própria enfermidade, porém, quando é realizado tratamento psicológico, e, caso necessário, psiquiátrico, nesses pacientes, é notável sua eficácia e consequente melhoria na qualidade de vida (CARVALHO, 2008; GRANER; CEZAR; TENG, 2008).

Os transtornos psiquiátricos atingem o indivíduo de forma negativa, dificultam o desempenho de papéis, prejudicam a qualidade de vida, diminuem a compreensão do tratamento e a disposição de aderir a ele (CARVALHO, 2008; GRANER; CEZAR; TENG, 2008). Autores destacam que, na população, como um todo, nota-se um aumento significativo da depressão e observa-se a prevalência da incidência em mulheres (GRANER; CEZAR; TENG, 2008). Com relação ao quadro de ansiedade, admite-se que as mulheres têm o dobro de chance de apresentá-lo que os homens (CARVALHO, 2008).

Silva e Santos (2008) acentuam que na fase de reabilitação as implicações físicas e psicológicas se mantêm presentes e percebem a necessidade de um planejamento para este momento. De acordo com Almeida et al. (2001), apesar das dificuldades diante do diagnóstico precoce e da efetividade do tratamento, a maioria dos pacientes acometidos vive a situação de adoecimento oncológico por muitos anos, portanto, há necessidade de um trabalho com o objetivo de melhora da qualidade de vida, após o período de tratamento inicial.

Silva e Santos (2008) corroboram a visão de Mullan (1985) e descrevem a sobrevivência do paciente com câncer como um processo que se inicia no momento do diagnóstico e se perpetua por toda a vida. Os mesmos autores ressaltam a importância de uma reabilitação psicossocial, que vise atenuar as incapacidades causadas pela doença e/ou pelo seu tratamento, promoção de sua reintegração social, com qualidade da sobrevida.

Autores, como Mullan (1985), Pinto e Pais-Ribeiro (2007), acentuam a necessidade de compreender as repercussões do câncer, em suas diferentes fases, e a experiência de transformação na vida dos pacientes, para avaliar os custos e ganhos na saúde.

Vermont (2011) refere que, no Brasil, existem, em média, cerca de 50.000 novos casos de câncer de mama por ano, nos Estados Unidos, cerca de 180.000, e na União Europeia, cerca de 270.000. No mundo, em média, cerca de 1.300.000 novos casos, com 465.000 óbitos. Ressalta que isso leva a milhões de sobreviventes. Dessa forma, com esse aumento no número de sobreviventes e de tempo de sobrevida, livre da doença, um dos fatores de grande importância é a

qualidade de vida. A autora destaca a importância do estado psíquico do paciente, avaliado e reavaliado, durante todo o período de sobrevivência, e afirma que muitos transtornos podem passar despercebidos e causar sérios problemas.

A partir desse contexto, é de grande importância que as pacientes diagnosticadas com câncer de mama tenham suporte psicológico adequado, durante todas as fases do adoecimento, assim como os envolvidos em seu tratamento estejam preparados para lidar com essas repercussões psicológicas.

Todas as repercussões psicológicas, descritas até o momento, são as esperadas diante do contexto de adoecimento, porém, cada mulher será única em sua reação e isso depende da sua organização anterior de vida. Apesar de diversos estudos sobre as repercussões psicológicas no câncer de mama, a reação ao diagnóstico e vivência do adoecimento irá variar de acordo com a idade, personalidade, experiência de vida, relacionamentos sociais ou familiares e história psicológica ou psiquiátrica.

A avaliação dessas condições só pode ser realizada com base em uma abordagem teórica, que fundamente a atuação da Psicologia. No caso deste estudo, a abordagem utilizada será a Psicanálise, mais especificamente, a idealizada por Donald Woods Winnicott. A partir da visão deste autor, pretende-se analisar as repercussões psicológicas das pacientes com câncer de mama em remissão, após os tratamentos iniciais. Com um embasamento teórico, busca-se o aprofundamento das repercussões psicológicas e maior contribuição para atuação na área da Psico-Oncologia.

2. ABORDAGEM TEÓRICA: D. W. WINNICOTT

Apesar das importantes considerações e estudos sobre o tema das repercussões psicológicas em pacientes com câncer, é, todavia, importante ressaltar que a Psico-Oncologia constitui um campo de conhecimento sem proposta teórica unificada, que oriente os profissionais da área.

Outra característica da Psico-Oncologia é que seu conhecimento não está restrito aos profissionais de Psicologia, mas a um conjunto de diferentes profissionais da Saúde. Essa especificidade da área faz com que o olhar sobre as repercussões psicológicas dos pacientes acometidos pelo câncer seja diversificado.

A Psicologia tem um olhar e uma ação específica sobre os pacientes oncológicos e sua atuação está voltada para as repercussões psicológicas diante dessa situação. No entanto, não é possível fazer apenas um simples recorte da vida do paciente, no momento do adoecimento de câncer. As experiências anteriores e a organização pessoal delimitam o trabalho do psicólogo.

Apesar de irrefutável, a ideia de que todo o paciente com câncer sofre, em maior ou menor grau, que alguma repercussão ocorre em sua vida, e que isso exerce um desgaste emocional, só pode ser contextualizada através de um pressuposto teórico. A teoria permite compreender por que os pacientes lidam de forma diferente com o adoecimento oncológico, assim como com todas as suas vicissitudes. A partir da compreensão psíquica do paciente, é possível entender as diferentes formas como ele reage ao diagnóstico de câncer, às diferentes adesões ao tratamento, ao autocuidado, à relação com a equipe, à percepção dos estigmas da doença, dos medos, às repercussões psicológicas e outros aspectos.

Um fator importante para compreender as diferentes maneiras como os pacientes aderem ao tratamento só é possível quando se leva em consideração a forma como a personalidade deles está organizada. Levando-se em conta a teoria de Donald Woods Winnicott, entende-se que, um paciente saudável, maduro e, portanto, com integração de personalidade, percebe a importância de realizar o tratamento de forma adequada. No entanto, o paciente que não conquistou essa integração, pode ter uma percepção distorcida e não realizá-lo de forma adequada. Assim, uma avaliação psicológica preliminar seria de fundamental importância na

rotina da Psico-Oncologia, para ajudar o paciente a lidar com as circunstâncias do adoecimento e tratamento, assim como permitir que a equipe de saúde tenha a percepção deste, a partir das suas experiências anteriores.

Exemplificando e consoante estudos da Psico-Oncologia, é esperado que pacientes que realizam reconstruções imediatas sofram menos conflitos diante das mudanças corporais. No entanto, na prática clínica, algumas pacientes não conseguem entender o resultado de uma reconstrução da mama como positiva, mesmo quando considerada bem sucedida, pelos médicos, esteticamente adequada e dentro dos padrões esperados. Ainda, independentemente de ter havido ou não reconstrução ou do procedimento cirúrgico escolhido, a maneira como a paciente reagirá às mudanças do seu corpo está relacionada à constituição da sua estrutura de personalidade.

Outra situação que pode ser exemplificada, no período pós-tratamento, é que as pacientes, teoricamente, sentir-se-iam livres da doença, porém, muitas não conseguem dar continuidade à rotina de suas vidas e não retomam as atividades que realizavam antes de receberem o diagnóstico oncológico.

Tomando os exemplos, pode-se argumentar que o adoecimento oncológico, por si só, não irá determinar as repercussões psicológicas de um ser humano. É de se esperar que, em função da idade, fase da doença, tipo de tratamento e rede de apoio, ocorram algumas repercussões, porém, essas só têm significado quando contextualizadas com a organização de personalidade. Assim, aponta-se a necessidade de que o psicólogo que atua na Psico-Oncologia tenha uma teoria que o fundamente.

Na atual pesquisa, a abordagem teórica para pensar a organização de personalidade das pacientes corresponde à idealizada por Winnicott. Em um breve resumo do histórico profissional de Winnicott, Laurentiis (2008) refere que o ponto de partida do autor encontra-se na Pediatria, atividade que exerceu, e lhe permitiu observar milhares de casos de mães e crianças juntas. Especializou-se na vertente psicológica da Pediatria, interessando-se por distúrbios emocionais. Posteriormente, qualificou-se como psicanalista de adultos e crianças, trabalhou com o que, mais

tarde, denominou tendência antissocial e os casos de difíceis manejos, chamados de *bordelines* e psicóticos.¹

Uma das mais notáveis colaborações de Winnicott corresponde à preocupação com o ambiente inicial e a relação entre a mãe e o bebê, em seu primeiro ano de vida. Ele elaborou uma teoria do amadurecimento pessoal e emocional² que serve como guia para avaliar, diagnosticar e analisar a saúde e a doença psíquica. A partir de seus estudos, Winnicott propõe etiologias associadas a falhas ambientais, no atendimento às necessidades do bebê e da criança. Dessa forma, estabeleceu um novo olhar para compreender o adoecer (MORAES, 2014).

A teoria do amadurecimento consiste na descrição e conceituação das diferentes tarefas, conquistas e dificuldades, que são intrínsecas ao desenvolvimento psíquico, em cada estágio da vida (DIAS, 2003).

Winnicott define que o indivíduo passa por estágios do desenvolvimento para constituir um si mesmo pessoal, para tornar-se pessoa, num processo que abrange desde o momento da concepção até os relacionamentos interpessoais (MORAES, 2014). O desenvolvimento humano deve ser descrito e estudado desde o momento da concepção, prosseguindo pela vida intrauterina, nascimento, as fases primárias do bebê, a criança em fase de latência, adolescência, até o adulto maduro, o envelhecimento e a morte (WINNICOTT, 1990).

Winnicott (1990) acentua que o desenvolvimento pessoal prossegue de acordo com a idade do indivíduo, que, gradualmente, passa de criança a adulto, até chegar ao envelhecimento. Destaca que o “ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana” (Winnicott, 1990, p. 29). No período de envelhecimento, várias funções desaceleram para deixar uma marca na saúde física e fazer com que a

¹ As ideias de Winnicott, acerca do desenvolvimento, saúde e doença psíquica, foram tão inovadoras, que o autor encontrou resistência dentro da Sociedade Britânica de Psicanálise. Ao longo dos anos, conseguiu consolidar uma mudança teórica e uma abordagem própria. Ele abandonou determinados conceitos da Metapsicologia e criou novos. Estudos atuais propõem que Winnicott promoveu uma mudança de paradigma, ao passar o eixo da teoria psicanalítica da sexualidade para o amadurecimento do indivíduo. Para maior aprofundamento desse tema, procure o artigo: Esboço do Paradigma Winnicottiano de Zeljko Loparic – Cadernos de História e Filosofia da Ciência, Campinas, Série 3, v. 11, n. 2, p. 7-58, jul.-dez. 2002.

² Termo criado por Elsa de Oliveira Dias – maior aprofundamento da teoria: DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

morte natural ocorra. A morte é considerada a última etapa do desenvolvimento, porém, Winnicott (1968) ressalta que a morte só pode ser percebida quando existe integração.

Não há morte, exceto considerando-se uma totalidade. Revertendo o raciocínio, o sentido de totalidade da integração pessoal traz consigo a possibilidade e realmente a certeza da morte; e a aceitação da morte advém de um grande alívio, alívio do medo das alternativas, tais como a desintegração ou os fantasmas. (Winnicott, 1968, p. 48).

Como se percebe, em termos de estrutura de personalidade, o conceito fundamental para Winnicott é o de integração ou unidade pessoal, que cada indivíduo alcança na relação com o ambiente.

De acordo com o autor, para que essa integração se consolide, muitas coisas devem acontecer, no primeiro ano de vida de uma criança. Ele destaca que na questão da personalidade e do caráter não se podem descartar os primeiros dias e horas e, nem mesmo, a experiência de nascimento de um indivíduo. Para Winnicott (1958), o desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida lança fundações da saúde mental do ser humano. A maior ênfase é dada aos estágios iniciais, pois, nesse período é que são construídas as bases da personalidade e da saúde psíquica (DIAS, 2003).

Apesar do processo de amadurecimento não ser linear, descreve-se que algumas conquistas têm pré-requisitos e só podem ser alcançadas depois de outras. Ou seja, a resolução satisfatória das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução das tarefas de estágios anteriores. Se ocorre fracasso na resolução de determinadas tarefas, de certa etapa, outras novas vão surgir, porém, o indivíduo carecerá de maturidade necessária para enfrentá-las e, assim, se estabelece um distúrbio emocional, em decorrência da paralisação do processo de amadurecimento (DIAS, 2003).

Ao pensar as questões do desenvolvimento humano, o autor descreve existir uma tendência inata ao amadurecimento. Assim como fisicamente é previsto que o bebê realize certas funções físicas, como andar ou falar, em determinada idade, isso também é previsto no processo evolutivo do desenvolvimento emocional (WINNICOTT, 1958).

No entanto, o autor ressalta que, diante do processo emocional, esse desenvolvimento só se torna possível diante de um ambiente com condições suficientemente boas (WINNICOTT, 1958). Nesse sentido, Moraes (2014) acentua que a tendência natural ao amadurecimento, apenas se concretiza a partir de certas condições ambientais. Pondé (2012) enfatiza que o aspecto emocional tem seu desenvolvimento marcado pela provisão e adaptação ambiental às necessidades do indivíduo, tornando-se, assim, um ambiente facilitador.

Desse modo, é fundamental entender que, para Winnicott, cada estágio possui tarefas e conquistas específicas, que devem ser alcançadas, e que cada uma delas sempre depende da provisão ambiental (MORAES, 2014):

O ambiente que sintoniza com o bebê apenas facilita o desenrolar do amadurecimento e do desenvolvimento emocional deste, e proporciona condições para que o bebê possa realizar as tarefas de cada estágio. (MORAES, 2014, p. 155).

Esse cuidado pode ser desempenhado pelas mães que, apesar de não terem um conhecimento formal, são capazes de atitudes sensíveis, adquiridas no decorrer da gravidez, e, depois, gradativamente perdidas, à medida que a criança se desenvolve e se afasta (WINNICOTT, 1958).

Winnicott destaca que todo o primeiro ano de vida reporta-se à aquisição de independência e, para que isso aconteça, é necessário partir da dependência. Com um ano de vida, se tudo correr como esperado no desenvolvimento, a criança já é capaz de manter a ideia viva da mãe e também do tipo de cuidado que ela acostumou a receber (WINNICOTT, 1958).

Winnicott descreve as fases do amadurecimento pessoal em três estágios: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Nesses estágios as tarefas e conquistas irão acontecer.

No estágio de dependência absoluta, o bebê é totalmente dependente da provisão física da mãe, porém, ao mesmo tempo, tem uma tendência inata ao amadurecimento, que é herdada, incluindo os processos de maturação. Winnicott descreve que:

[...] o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar o seu potencial. (WINNICOTT, 1963, p. 81).

A provisão natural, nessa fase, é algo extremamente complexo, pois exige um alto grau de adaptação da mãe às múltiplas necessidades do bebê. A mãe deve ser capaz de proteger o vir-a-ser de seu bebê e preservar a tendência natural que o indivíduo tem de torna-se uma unidade integrada (WINNICOTT, 1963).

Aos poucos, vem o estágio de dependência relativa, em que ocorre uma falha gradual às adaptações ao bebê. A mãe promove uma desadaptação gradativa, o bebê já adquiriu a capacidade de esperar pela mãe e confia que ela vai aparecer. O ambiente seguro e confiável lhe dá indicadores dos acontecimentos, como o ruído, na cozinha, que indica que a comida está chegando (WINNICOTT, 1963).

Durante os estágios de dependência absoluta e dependência relativa, as tarefas e conquistas do indivíduo são: integração do si mesmo, integração tempo e espaço, personalização (alojamento da psique no corpo), relações objetais, conquista de um grau de preocupação consigo e com o outro, que o capacitará para relacionamentos interpessoais. Essa é apenas uma divisão didática, todas essas tarefas e conquistas ocorrem de forma simultânea e dependem uma da outra.

A integração do si mesmo é adquirida gradualmente, por cada criança, não é apenas uma questão neurofisiológica, exige, como já foi dito, a necessidade de condições ambientais e o melhor provedor, a própria mãe (WINNICOTT, 1958).

A integração acontece a partir de estados não integrados da criança. Como a mãe lhe passa senso de segurança, através de cuidados físicos, como segurá-la no colo adequadamente, o estado de não integração não significa medo. Aos poucos, a mãe conserva a criança em uma unidade de si mesma, reunindo-a em si mesma. A criança passa do estado de não integração para o de reintegração. Aos poucos, a integração afirma-se como uma conquista estabelecida, e o indivíduo se constitui uma unidade. Se tudo ocorrer como esperado, com um ano, a criança já está com a base da personalidade fundamentada (WINNICOTT, 1958).

Na conquista da integração do espaço e tempo, se o bebê sente garantida a sua continuidade de ser, ou seja, que seu desenvolvimento pode progredir sem que haja invasão ambiental, suas experiências se repetem de acordo com um padrão, assim começa a ter a noção do si mesmo e do que vai acontecer no ambiente. Através dos cuidados maternos, que devem se ajustar ao ritmo fisiológico, pela elaboração imaginativa desses funcionamentos e das sensações corpóreas, o bebê começa a prever o que vai acontecer a partir das suas próprias necessidades. Dessa forma, a previsibilidade dos cuidados adaptativos é central para que essa integração aconteça, assim como a vivacidade do lugar (DIAS, 2003).

A conquista da personalização, alojamento da psique no corpo, também ocorre em decorrência de uma adaptação às necessidades do indivíduo, em seus momentos iniciais (WINNICOTT, 1958). O cuidado da mãe com a temperatura da água do banho, testada pelo seu cotovelo, pois a criança não sabe que a água pode estar muito quente ou não, faz com que, posteriormente, ela a perceba de natural à temperatura corporal. Gradualmente, a partir desses cuidados, a criança passa a alojar a sua psique no corpo e suas funções dão uma boa base para integração corporal (WINNICOTT, 1963).

Em termos teóricos, a base da psique³ será a soma, a partir de elaborações imaginativas das funções somáticas, que realiza a tarefa de interligação das experiências passadas com potencialidades, para criar a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro (WINNICOTT, 1990).

De acordo com Laurentiis (2008), Winnicott cria uma abordagem que busca compreender o indivíduo como uma pessoa inteira, ao considerar sua presença corpórea, gestualidade, aspectos somáticos, comportamento e patologia. A autora

³ Para aprofundar sobre o tema de elaborações imaginativas consultar as obras:

WINNICOTT, D. W. O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: _____. **A família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. cap. 1, p. 3-20.

WINNICOTT, D. W. Psicossoma e a Mente. In: _____. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990. – cap. 1, p. 29-36.

WINNICOTT, D. W. Sobre as bases para o Self no Corpo. In: _____. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Atrmed, 1994. cap. 37, p. 203-218.

LAURENTIIS, V. R. F. **Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott**. 2008. 231 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

refere que para Winnicott o corpo não é como o anatômico da Medicina ou como o ego corporal freudiano, porém, um corpo vivo. Esse corpo é animado, respira, tem necessidades, expressa-se e possui uma qualidade criativa, no encontro com outras coisas e pessoas.

Quando o indivíduo conquista a unidade, sendo capaz de sentir-se inteiro, passa a perceber um interior e um exterior. Essa condição conduz ao sentimento de ser um indivíduo inteiro. Desenvolve-se um sentimento de responsabilidade pela experiência instintiva e pelos conteúdos do EU e um sentimento de independência em relação ao que está fora. Surgem as possibilidades de relacionamento, que ocorrem entre o EU e os objetos (WINNICOTT, 1990).

Em continuidade a essas tarefas, a conquista da capacidade de concernimento relaciona-se à capacidade de deprimir-se e preocupar-se e à condição da pessoa em lidar com dificuldades inerentes ao estar vivo e estar com o outro (MORAES, 2014; WINNICOTT, 1990).

Com essas conquistas e tarefas, no primeiro ano de vida, estabelecidas e consolidadas, o indivíduo passa a se confrontar com o mundo e suas complexidades. O indivíduo torna-se capaz de viver uma existência pessoal satisfatória: “agora é um ser humano completo, relacionando-se com seres humanos completos” (WINNICOTT, 1990, p. 55). Nesse estágio, de rumo à independência, ainda existem desafios diante das fases pré-escolares, latência, puberdade e adolescência, em que os pais são necessários no manejo. De qualquer forma, é esperado que os adultos continuem o processo de amadurecimento e crescimento e sabe-se que a maturidade completa raramente é alcançada (WINNICOTT, 1963).

Winnicott concentrou-se em descrever os parâmetros de um desenvolvimento normal para compreender as doenças e as diversas imaturidades (MORAES, 2014). O autor pautou que a saúde psíquica significa uma conquista do desenvolvimento pessoal, quando associada aos cuidados ambientais. Então, essa teoria de distúrbios psíquicos está baseada na teoria da saúde, ou seja, a mesma linha de amadurecimento que orienta a compreensão da vida saudável orienta o pensamento sobre o adoecer (MORAES, 2014).

Pondé (2012) destaca, diante dos conceitos de saúde e doença estabelecidos por Winnicott, que a saúde está de acordo com a compatibilidade entre amadurecimento emocional e idade cronológica. A saúde da psique deve ser avaliada em termos de crescimento emocional, pois consiste em uma questão de maturidade. “O ser humano saudável é emocionalmente maduro tendo em vista sua idade no momento” (WINNICOTT, 1990, p. 30). Essa maturidade envolve o ser humano em uma relação de responsabilidade com o ambiente.

Moraes (2014) destaca que, de modo geral, ao se pensar em saúde e doença, é importante considerar três aspectos, no início do desenvolvimento emocional: hereditariedade; ambiente, que apoia ou falha; e vida, defesa ou crescimento do ser humano.

Assim, se o indivíduo realiza as tarefas e as conquistas estabelecidas nos estágios iniciais, dispõe da base de personalidade assegurada. Apesar dessa condição, apenas é possível falar de saúde psíquica, em um indivíduo adulto, quando este conquista o si mesmo pessoal, ao utilizar como base a capacidade de sentir-se real. Este indivíduo vai ter as dificuldades inerentes à vida e a seus conflitos, porém, vai viver sua própria vida, dar continuidade ao seu existir, ter um senso de existir e de si mesmo, assumir responsabilidades por suas ações ou inatividade e reconhecer as censuras por suas falhas. Essa é a pessoa capaz de experimentar a vida de modo adequado à sua idade (MORAES, 2014).

No entanto, quando existe doença psíquica, ela se deve à interrupção do desenvolvimento que acusa um fracasso ambiental na adaptação dos cuidados às necessidades do bebê (PONDÉ, 2012).

Uma boa proporção de mães e pais não consegue fornecer à criança condições suficientemente boas, na época do nascimento, devido a diversas causas, sociais, familiares e/ou pessoais. Diante dessas condições, percebe-se a necessidade de profissionais da Saúde que tenham capacidade de entender, tratar e prevenir distúrbios de aspectos emocionais, assim como, com frequência, ocorre nos casos de enfermidades físicas (WINNICOTT, 1958).

Para Winnicott, não existe uma descrição simples das doenças da psique. De forma didática e simplificada, o autor define uma classificação de distúrbios em

neuróticos e não neuróticos. Ao pensar nos distúrbios neuróticos, as questões centrais começam a surgir entre 2 e 5 anos de idade, a criança já tem finalizada a constituição das tarefas primitivas e está constituída como uma pessoa total. (LAURENTIIS, 2008; WINNICOTT, 1990).

As psicoses podem constituir-se de diferentes formas, como a esquizofrenia, uma defesa do indivíduo através da cisão, em que ocorre a desintegração, perda do sentimento de realidade e perda do contato, em decorrência do fracasso da adaptação ambiental, aos estágios iniciais (WINNICOTT, 1990). “A primeira infância perturbada, que torna impossível o crescimento saudável em qualquer fase posterior” (WINNICOTT, 1990).

As patologias consideradas psicóticas estão relacionadas a falhas ambientais e, em decorrência, à impossibilidade do indivíduo em cumprir as tarefas dos estágios iniciais: “sem um ambiente suficientemente bom o bebê não pode nem chegar a ser”, não conquista a integração, a unidade pessoal (LAURENTIIS, 2008, p. 35).

Assim, se o indivíduo não chegar à conquista do si mesmo e da estruturação da sua personalidade, apresentará problemas referentes a tempo/espço, ao alojamento da psique no corpo e à capacidade de relacionar-se com os outros. (LAURENTIIS, 2008; MORAES, 2014).

Dessa forma, a compreensão quanto à quebra da continuidade e quando a falha se estabelece no indivíduo é um aspecto significativo na teoria do amadurecimento, pois, com sua identificação, pode-se descobrir a sua natureza, intensidade e sobreposição de distúrbios psíquicos, dentro da linha de amadurecimento (MORAES, 2014).

A compreensão da origem da falha e da organização da personalidade pode ser de grande valia para direcionar a prática do psico-oncologista. Segundo as descrições da Psico-Oncologia, diversas repercussões psicológicas são esperadas em pacientes acometidos pelo câncer e influenciam, diretamente, a saúde mental de seus portadores. Autores associam esse adoecimento a sofrimento, medo, desesperança, ansiedade, tristeza, entre outros sentimentos. Quando tratam de câncer de mama, acentuam repercussões psicológicas importantes diante das mudanças corporais, ao referir que afetam questões do feminino e da sexualidade.

Apesar desse panorama se aplicar à parcela da população portadora de doença oncológica, sabe-se que esses pacientes vivenciam e experienciam o câncer de forma muito particular, de acordo com a organização da sua personalidade.

Winnicott faz poucas descrições sobre a influência do câncer na organização da personalidade e suas repercussões no indivíduo. O autor ressalta que doenças físicas podem ser classificadas em diversas categorias, como, hereditárias, congênitas, problemas de excreção e doenças que têm origem essencialmente no corpo, como as neoplasias. Descreve que apesar de muitos tipos de câncer não possuírem causa conhecida, ainda assim, existe um fator emocional que é desencadeado pelo adoecimento, já que várias dessas doenças podem ser acompanhadas de crise emocional ou de forte tensão psicológica (WINNICOTT, 1990).

O desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física pode lhe provê um reassuramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional. (WINNICOTT, 1990, p. 43).

As tensões e pressões do crescimento emocional normal, assim como certos estados anormais da psique têm um feito adverso para o corpo (WINNICOTT, 1990).

Ao se pensar no adoecimento oncológico, como o caso do câncer de mama, observa-se a necessidade de compreender a organização da personalidade do indivíduo para se ter a percepção da doença e saber como lidar com as repercussões psicológicas.

As diferentes fases do adoecimento exigem adaptações do paciente e, na maioria das vezes, rotinas impostas de acordo com a exigência hospitalar. Nessa condição, é o paciente que vive de acordo com as necessidades da doença e com as condições de tempo e espaço que lhe são impostos. Os tratamentos oncológicos, como a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, têm características invasivas e acarretarem diversas modificações no corpo do indivíduo.

Avaliar qual o estado de integração psíquica da pessoa facilita compreender as diferentes repercussões psicológicas da doença no paciente. Um paciente que conquistou a integração e é mais saudável ou maduro, do ponto de vista do desenvolvimento com bases winnicottianas, deve apresentar melhor condição para

lidar com os conflitos do tratamento. Vale lembrar que, para Winnicott, os indivíduos saudáveis têm condição de lidar com os conflitos inerentes à vida, mas, mesmo assim, sentem-na e têm a percepção da realidade que há à sua volta. Já, pacientes que não alcançaram uma integração podem apresentar maior dificuldade de orientar-se diante da instituição de Saúde, de lidar com as modificações corporais e as distorções da realidade não os deixem perceber a gravidade da doença ou, por outro lado, a exagerem.

Com todo esse panorama da fundamentação teórica, baseada em Winnicott, o conceito de indivíduo saudável ou maduro, utilizado nesta pesquisa, está baseado na maturidade individual, e implica em um movimento em direção à independência.

Em suma, uma pessoa saudável é capaz de viver, ser e se sentir real. Experencia a vida com relações interpessoais, com uma realidade psíquica interna rica ou profunda ou criativa, e vive a possibilidade de uma experiência cultural (WINNICOTT, 1967).

É importante ressaltar que Moraes (2014) refere ser necessária uma elaboração psíquica constante, em decorrência do crescimento e das transformações somáticas, assim, as mais variadas integrações, parciais ou totais, podem ser alcançadas, perdidas, fortalecidas ou enfraquecidas, no decorrer da vida. Esse panorama também remete ao adoecimento oncológico, como uma circunstância que acarreta mudanças somáticas e pode exigir elaborações da psique.

O autor ressalta, ainda, que as conquistas podem ser perdidas e ocasionar retrocesso ou paralisação no amadurecimento pessoal. Apesar dessa condição, nada impede que o desenvolvimento emocional seja retomado, a partir do atendimento às necessidades do indivíduo, seja pela experiência pessoal, seja por um processo analítico (MORAES, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar quais as repercussões psicológicas nas pacientes em primeira remissão de câncer mama.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a incidência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes em primeira remissão do câncer de mama;
- Avaliar a desesperança em pacientes na primeira remissão do câncer de mama.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Estudo transversal descritivo. O método proposto foi misto, devido à técnica associada, que utiliza entrevistas semidirigidas, com dados qualitativos e escalas com dados quantitativos para complementar a avaliação das participantes.

No método misto, são combinados o método predeterminado das pesquisas quantitativas com o método emergente das pesquisas qualitativas, com forma múltipla de dados, que contemplam todas as possibilidades. Além disso, a investigação que utiliza o método misto supõe que a coleta de diversos tipos de dados garanta um melhor entendimento do problema pesquisado (CRESWELL, 2007).

Utilizou-se a *estratégia aninhada concomitante*, em que os instrumentos são aplicados no mesmo encontro com uma participante, para realizar uma coleta simultânea de dados qualitativos e quantitativos, havendo um método predominante que guia o processo. Os dados coletados, através dos dois métodos, são reunidos durante a fase de análise de dados (CRESWELL, 2007).

No caso desta pesquisa, o método predominante foi o qualitativo. Essa opção se faz porque favorece a percepção do ser humano como um todo, de forma contextualizada. As informações obtidas através deste modelo de pesquisa dão mais detalhes das experiências individuais, pois incluem crenças, emoções e comportamentos subjacentes nas narrativas das entrevistadas. Além disso, ele é fundamentalmente interpretativo e, por isso, o pesquisador pode atribuir sentido à relação entre os dados. Mais ainda, o pesquisador, com critério qualitativo, vai refletir sobre quem é aquele entrevistado referente à sua biografia (CRESWELL, 2007).

O método quantitativo foi utilizado para enriquecer a descrição das repercussões psicológicas. Baseia-se em teorias nas quais o pesquisador busca testá-las, para dar uma explicação ou precisão sobre a relação entre as variáveis do estudo (CRESWELL, 2007). Assim, com o uso de escalas padronizadas sobre determinados fenômenos, é possível garantir uniformidade nos resultados.

4.2 Amostra

A amostra foi composta por oito participantes, que realizavam tratamento oncológico na especialidade de Mastologia da Unidade de Obstetrícia e Ginecologia, na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, selecionadas por critério de conveniência, no período de coleta, de outubro a novembro de 2014.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Idade superior a 18 anos e do sexo feminino;
- Ter diagnóstico de câncer de mama;
- Estar na primeira remissão do câncer;
- Estar orientada e contactante;
- Não ter realizado acompanhamento psicológico.

4.2.2 Critérios de exclusão

- Pacientes diagnosticadas com transtorno mental ou com prejuízos cognitivos, que comprometam a compreensão da entrevista;
- Pacientes não orientadas e não contactantes;
- Pacientes que não aceitassem participar do estudo.

4.3 Instrumentos

- *Ficha sociodemográfica* – elaborada pela pesquisadora para essa finalidade específica, para recolher informações como idade, escolaridade, estado civil, renda familiar (APÊNDICE A).
- *Entrevista semidirigida* – Investigativo de Repercussões Psicológicas – elaborada pela pesquisadora para finalidade específica de investigar quais as repercussões psicológicas das pacientes em primeira remissão de câncer de mama. As entrevistas foram gravadas para transcrição posterior e análise dos dados colhidos no discurso das pacientes. A forma de entrevista foi baseada

no Método Clínico Qualitativo, que, segundo Turato (2003), é usado quando o pesquisador conhece as questões, mas não pode prever as respostas. Tem resultado expressivo, pois garante obter todas as respostas dando liberdade ao participante para responder e ilustrar o conceito. As perguntas são baseadas em questões abertas, marcadas apenas pela proposta de tópicos (TURATO, 2003). Na entrevista semidirigida, foram elencados seis tópicos, com o intuito de abordar as repercussões psicológicas do câncer de mama, na vida da mulher, após os tratamentos iniciais e durante a sua remissão. Os tópicos são: (1) Como você tem se sentido após o término dos tratamentos oncológicos realizados (cirurgia, quimioterapia e radioterapia)? (2) Quais foram as mudanças que aconteceram na sua vida com o adoecimento? (3) Como era a sua vida antes do adoecimento oncológico e como é agora? (4) Com que frequência você pensa sobre o câncer? (5) Como você se sente diante das pessoas após o adoecimento? (6) O que você sente que está fora do lugar na sua vida? (APÊNDICE B)

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD) – elaborada por Zigmond e Snaith (1983), que possui versão portuguesa validada por Botega et al. (1998). É um instrumento utilizado tanto para rastreamento diagnóstico quanto para medir a gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão. É uma escala de autopreenchimento, com sete itens para ansiedade e sete para depressão. A pontuação em cada subitem pode ir de 0 a 21. As pontuações acima de sete são sugestivas de quadros de ansiedade e depressão (ANEXO A).
- Escala de Desesperança Beck (*Beck Hopelessness Scale* – BHS) – desenvolvida por Beck, Weissman, Lester e Trexler (1974), está validada para o Brasil por Cunha (2001). É um instrumento utilizado para medir a extensão de atitudes negativas diante do futuro. Cada afirmação é pontuada com 0 ou 1. Das vinte afirmações, nove são falsas e onze são verdadeiras e indicam uma avaliação de pessimismo sobre o futuro. Os resultados dos 20 itens são somados para atingir um resultado que pode ir de 0 a 20, sendo que os valores mais altos indicam maior desesperança. Resultados entre 0 e 3 estão dentro do nível normal ou assintomático; de 4 a 8, médio; de 9 a 14 a

desesperança é moderada e mais de 14 considera-se pessimismo severo (ANEXO B).

4.4 Procedimentos

A coleta de dados teve início após a submissão do projeto de pesquisa à Comissão Científica do Serviço de Psicologia, Comissão Científica da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, através do cadastramento na Plataforma Brasil.

A terapeuta ocupacional e a equipe médica encaminharam à pesquisadora pacientes avaliadas em primeira remissão de câncer de mama. A pesquisadora realizou contato telefônico, convidando-as a participar do estudo, de acordo com os critérios de inclusão, e agendando um horário para a coleta de dados, na sala da Psicologia. Ao chegar ao local, foram fornecidas informações quanto aos objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO C), elaborado conforme a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias, e sobre a entrevista semidirigida a ser gravada.

Após a concordância em participar do estudo, a paciente preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em seguida, respondeu às questões da ficha sociodemográfica, e realizou a entrevista semidirigida – Investigação de Repercussões Psicológicas. Ao término dessa primeira etapa, foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a Escala Beck de Desesperança (BHS). A pesquisadora fez a leitura das perguntas e auxiliou na compreensão da Escala HAD e da Escala BHS, para garantir o entendimento das questões. A coleta de dados da pesquisa aconteceu em cerca de 1 hora.

4.5 Análise dos dados

Os dados da ficha sociodemográfica foram categorizados e inseridos no programa *Microsoft Excel*. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e a Escala Beck de Desesperança foram corrigidas, conforme os critérios dos autores, e seus resultados também inseridos no programa *Microsoft Excel*.

O discurso das participantes, na entrevista semidirigida, foi submetido à Análise de Conteúdo, como formulada por Turato (2003). Inicialmente, o material foi preparado através da transcrição das entrevistas gravadas para arquivos do computador, seguido de leituras flutuantes, para uma fase de pré-análise, para que o conteúdo ganhasse sentido. Em seguida, iniciou-se a categorização e subcategorização de tópicos, segundo critérios de relevância e repetição, transformando dados brutos em dados organizados. Os dados foram apresentados de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, ao final, com discussão e interpretação do conteúdo (TURATO, 2003).

As compreensões psíquicas dos pacientes foram feitas à luz da teoria psicanalítica, com base na fundamentação teórica de D. W. Winnicott.

4.6 Análise dos aspectos éticos

A pesquisa proposta não incluiu medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção ou riscos previsíveis para as participantes. Após aceitar participar deste estudo, cada participante preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e respondeu aos instrumentos propostos. A participação foi voluntária e se a paciente decidisse não participar ou desistir, ao longo da pesquisa, seu tratamento na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo seguiria sem qualquer prejuízo.

As participantes foram informadas que todos os dados coletados são sigilosos e mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será possível para os pesquisadores. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão revelados nomes que possam identificar as participantes da pesquisa. Dessa maneira, é garantida a confidencialidade, o sigilo e a privacidade, conforme a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Nos casos em que a pesquisadora notou repercussões psicológicas relevantes, durante as entrevistas, ou a possibilidade de demanda psicológica, as pacientes envolvidas no estudo foram encaminhadas ao ambulatório específico, com finalidade de avaliação e acompanhamento.

5. RESULTADOS

5.1 Questionário Sociodemográfico – Panorama geral

Foram realizadas oito entrevistas, com mulheres dos 37 aos 76 anos.

Destas, seis (75%) nasceram no estado de São Paulo, uma (12,5%) na Bahia e uma (12,5%) em Minas Gerais.

Três das participantes eram casadas (37,5); três (37,5%) viúvas; uma (12,5%) solteira e uma (12,5%) separada/divorciada. Todas tinham filhos, sendo um deles adotivo.

Quatro (50%) tinham o Ensino Fundamental incompleto; uma (12,5%) era analfabeta; duas (25%) tinham Ensino Fundamental completo e uma (12,5%) possuía Ensino Médio completo.

Com relação à religião, seis (75%) das participantes eram católicas e duas (25%) eram evangélicas.

Quanto à situação ocupacional, três (37,5%) estavam aposentadas (por adoecimento ou contribuição ao INSS) e uma (12,5%) recebia pensão (por morte do marido), mas continuava trabalhando. Das demais, duas (25%) eram assalariadas, uma (12,5%) era autônoma e uma (12,5%) não trabalhava, mas recebia benefício.

A renda familiar de quatro (50%) das entrevistadas era de até 2 salários mínimos, de duas (25%), até 4 salários mínimos, de uma (12,5%), até 8 salários mínimos e de uma (12,5%), acima de 8 salários mínimos.

Do total de participantes, seis (75%) realizaram todas as modalidades terapêuticas oferecidas em casos de câncer de mama: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia e duas (25%) realizaram apenas as modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

O período de remissão da doença, verificado nas participantes, variou de 8 a 56 meses (4 anos e 8 meses). A média de remissão, em meses, foi de 30 meses (2 anos e 6 meses).

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Entrevistadas	Idade	Naturalidade	Estado civil	Filhos	Escolaridade	Religião	Situação ocupacional	Renda familiar	Modalidades de tratamento	Tempo de remissão
Entrevistada 1	57	Estado de São Paulo	viúva	2	Ensino Fundamental incompleto	católica	pensão do marido (trabalha como costureira)	até 4 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	4 anos e 8 meses (56 meses)
Entrevistada 2	74	Estado de São Paulo	solteira	1 (adotivo)	Ensino Fundamental completo	católica	aposentada	acima de 8 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	3 anos (36 meses)
Entrevistada 3	59	Estado de São Paulo	casada	1	Ensino Fundamental incompleto	católica	autônoma (empregada doméstica)	até 2 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	3 anos e 10 meses (46 meses)
Entrevistada 4	64	Estado da Bahia	divorciada /separada	4	Ensino Fundamental incompleto	evangélica	aposentada	até 2 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	1 ano e 1 mês (13 meses)
Entrevistada 5	48	Estado de São Paulo	casada	1	Ensino Médio completo	católica	assalariada (prestadora de serviço para Recursos Humanos)	até 4 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	2 anos e 6 meses (30 meses)
Entrevistada 6	76	Estado de Minas Gerais	viúva	3	analfabeta	católica	aposentada	até 8 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia e radioterapia	8 meses
Entrevistada 7	37	Estado de São Paulo	casada	3	Ensino Fundamental incompleto	evangélica	Não trabalha, mas recebe benefício	até 2 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia	1 ano e 7 meses (19 meses)
Entrevistada 8	64	Estado de São Paulo	viúva	1	Ensino Fundamental completo	católica	empregada doméstica	até 2 salários mínimos	cirurgia, quimioterapia e radioterapia	2 anos e 8 meses (32 meses)

5.2 Escalas

Tabela 2 – Resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD

Entrevistadas	Ansiedade	Depressão
Entrevistada 1	11	5
Entrevistada 2	0	0
Entrevistada 3	2	0
Entrevistada 4	1	5
Entrevistada 5	8	5
Entrevistada 6	4	4
Entrevistada 7	0	0
Entrevistada 8	11	11

0 – 7 pontos: improvável

8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)

12 – 21 pontos: provável

Das participantes, três (37,5%) apresentaram possíveis sintomas de ansiedade e cinco (62,5%) apresentaram improváveis sintomas de ansiedade. Apenas uma (12,5%) apresentou possíveis sintomas de depressão, as outras sete (87,5%) apresentaram improváveis sintomas de depressão. A mesma participante que apresentou possíveis sintomas de depressão é a que apresentou possíveis sintomas de ansiedade, com o mesmo escore.

Tabela 3 – Resultados da Escala Beck de Desesperança – BHS

Entrevistadas	Escore	Nível de desesperança
Entrevistada 1	1	nível mínimo
Entrevistada 2	6	nível leve
Entrevistada 3	2	nível mínimo
Entrevistada 4	10	nível moderado
Entrevistada 5	2	nível mínimo
Entrevistada 6	9	nível moderado
Entrevistada 7	3	nível mínimo
Entrevistada 8	7	nível leve

Escore de 0 a 3 – nível mínimo

Escore de 4 a 8 – nível leve

Escore de 9 a 14 – nível moderado

Escore superior a 14 – nível grave

Das participantes, quatro (50%) apresentaram nível mínimo, duas (25%), nível leve e duas (25%), nível moderado.

5.3 Entrevistas semidirigidas de repercussões psicológicas

As entrevistas semidirigidas foram transcritas, seguidas por leituras flutuantes e categorizadas em tópicos, segundo critérios de relevância e repetição. Elencaram-se quatro categorias, a partir desses critérios: (1) *alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*, (2) *reação ao diagnóstico*, (3) *medo da recidiva* e (4) *medo da morte*.

Primeiramente, será apresentada cada participante, com dados relevantes da entrevista e impressões da pesquisadora, depois, serão expostas as categorias, utilizando falas ilustrativas e, ao final, a compreensão psíquica.

5.3.1 Entrevistada 1

Apresentação

C. tem 57 anos, era viúva, morava com dois filhos, de 24 e 27 anos. Nascida no Estado de São Paulo, tinha o Ensino Fundamental incompleto e era católica. Recebia uma pensão do marido, falecido há 14 anos, depois de doente por 8 anos, com sequelas de um derrame que paralisou seu lado direito. Viveu esse período com necessidade do suporte de cadeira de rodas e hemodiálise. C. foi a principal cuidadora dele. Referiu-se, com pesar, à falta de tempo com os filhos e à impossibilidade de ajudar a filha, na adolescência. Após o falecimento do marido, montou um ateliê de costura e, depois, foi convidada para trabalhar em uma loja, onde permanecia, como costureira, até o momento da entrevista. Tinha renda familiar de até 4 salários mínimos. Justificava o retorno ao trabalho porque não tinha mais de quem cuidar e nem outras atividades para realizar. Ficava sempre em casa, nos períodos de ócio.

Após a viuvez, se relacionou com duas pessoas, mas, depois do tratamento do câncer, não se sentia mais à vontade para ter novas relações. C. mencionava sentir-se triste e sozinha. Ela evitava solicitar a presença dos filhos, pois entendia que eles tinham suas vidas.

Estava em remissão há 56 meses (4 anos e 8 meses) e realizou todas as modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Iniciou seu tratamento com quimioterapia, depois, passou por cirurgia, com reconstrução, seguida de radioterapia e se mantinha com hormonoterapia.

Durante os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, C. relatou que não sentiu os efeitos colaterais mencionados e esperados e que conseguiu realizar o serviço de casa, porém, nesse período, suspendeu o trabalho como costureira. Ela não ficou satisfeita com o resultado estético da cirurgia de reconstrução e acreditava que outras pessoas podiam perceber que sua mama estava diferente, por isso, escolhia roupas que escondessem a região do peitoral.

Referiu-se à religião, durante toda a entrevista, costumava ir à igreja, em busca de respostas para decidir sobre o tratamento. Citava Deus como expressão de linguagem, em suas falas, e comentou que rezava muito quando ia fazer o tratamento que, mesmo suportável e promissor, sempre que entrava no hospital, recorria às orações.

C. relatou sentimentos como tristeza, solidão, angústia, pavor e medo, durante o seu depoimento.

1) *Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico.*

Com a análise da entrevista, pôde-se observar que C. tinha dificuldade para lidar com as alterações físicas do tratamento cirúrgico e quimioterápico, devido aos efeitos colaterais, em especial, a alopecia. A percepção de suas alterações corporais fazia com que ela sentisse medo. C. ainda relatou preocupação com o que os outros pensavam ou sentiam ao ver as mudanças em seu corpo. Essas condições puderam ser observadas nas seguintes afirmações de C.:

“(...) é muito deprimente. Nossa, eu não deixei ninguém me ver careca. Ninguém. O cabelo começou a cair, eu fui no banheiro, eu já tinha comprado uma peruca. Fui no banheiro, não raspei, coloquei a peruca em cima mesmo. Ninguém nunca viu que eu tinha pavor.”

“(...) fica careca, porque fica pálida, cai isso aqui (aponta para os cílios), fica com cara de cobra. Fica, por mais que a gente faça uma maquiagem, fica... fica ridículo.

“(...) depois que fez a cirurgia, a gente se olha assim e não é mais a mesma.”

Para a entrevistada, a quimioterapia, mais do que o câncer, foi a maior responsável pelos infortúnios físicos-relacionais enfrentados por ela. Por essa razão, afirmou que, no caso do retorno da doença, se fosse necessário realizar o tratamento quimioterápico novamente, ela não o faria. Quando C. referiu-se a esse tema, ressaltou que a mudança no corpo, causada pela quimioterapia, era difícil de ser descrita:

“Essas coisas, só de imaginar, que Deus não, nunca me... mais essa doença, porque eu não quero mais fazer quimio. Não quero mais. Mesmo me sentindo bem. Não faço, não faço mesmo.”

“Não faço, prefiro morrer, do que fazer. O tratamento foi maravilhoso, os médicos, enfermeiros. Nossa, foi muito bom o tratamento, muito bom o tratamento mesmo, mas dá uma coisa esquisita no corpo da gente. O corpo muda. Muda, muda. Não me senti mal, mas...”

Em decorrência das mudanças no corpo, C. também afirmou que não gostaria de expor seu adoecimento e cicatrizes da cirurgia para eventuais namorados e, por isso, desistia de novos relacionamentos.

“Não tem mais vontade de namorar. Não mais vontade né, não quer mais passar por isso. Sabe? Mudou isso, só. Tenho vergonha. Antes eu ficava na frente dos filhos, hoje eu não fico, não fico. Tenho vergonha. Até da minha filha e do meu filho eu tenho vergonha de me ver meu... ver minha mama. Porque ficou horrível, ficou feio.”

“Eu tenho muitos pretendentes. Muitos não, também não é assim, não estou com a bola toda, mas eu tenho vergonha. Só de pensar em me relacionar de novo eu tenho vergonha.”

2) *Reação ao diagnóstico*

A primeira reação da entrevistada, ao iniciar o tratamento, foi de desistência. Sua reação indicava desesperança relativa ao prognóstico, a partir do entendimento de que o câncer não tem qualquer possibilidade de cura. C. entendia a doença como uma sentença de morte, compreensão comum às pessoas leigas, em razão dos estigmas dessa patologia. Essa impressão de que o câncer não tem cura e a total falta de confiança num tratamento com bom resultado para a sua saúde era demonstrada na crença que ela seria uma cobaia. Em oposição à sua descrença na Medicina, mostrava esperança no aspecto espiritual: em Deus.

“(...) quando a doutora deu os papéis para mim passar de quimio a primeira vez eu sai transtornada do hospital. Falei não, eu vou servir de cobaia. Eu não vou fazer a quimio. E saí, em vez de eu ir para a sala da quimio eu fui para rua, aí minha filha foi atrás, aí eu fui andando, andando, aí cheguei na estação na Santa Cecília né, aí uma força me levou dentro da Igreja. Aí eu entrei, quando eu entrei na Igreja, olhei para cruz assim, parece que uma voz falou pra mim para minha cabeça ‘você não terminou de carregar sua cruz’. Eu chorei, chorei bastante mesmo. Aí minha filha falou ‘mãe, vamos! Pelo amor de Deus faz isso por nós’, até que ela me convenceu. Aí eu voltei e fiz a quimio, mas eu achava que eu já estava morta. Tinha pavor. Tenho pavor.”

3) *Medo da recidiva*

C. retomou a ideia de desesperança de cura do câncer, ao expor a certeza de retorno da doença. Administrava o temor da recidiva com a ideia de que se a enfermidade voltasse, isso aconteceria quando estivesse mais velha e, por isso, ela seguiria a vida até esse momento, sem ter que refazer possíveis tratamentos. Relatou a possibilidade de recidiva, a partir da experiência de outras pessoas.

“Aí que nem a mãe desse rapaz que me apoiou bastante na quimio, ela teve câncer no intestino, há 20 anos atrás e ele me ligou faz uns 10 dias ‘ah a minha mãe quer ver você’, tal, aí falou que o câncer dela voltou. Então é isso que eu falo, volta! Volta! Aí que eu fiquei mais ainda. A Dona C. tem 20 anos que ela teve câncer, esta velhinha, quase nem enxerga direito, depois de 20 anos, a coitadinha ainda vai sofrer com essa doença.”

4) *Medo da morte*

Como tem sido demonstrado, C. mantinha presente a ideia de que o câncer não tem cura, bem como a desesperança e o medo da recidiva. Embora não deixasse isso explícito, foi possível extrair de sua entrevista a percepção de que venha a morrer da doença.

“Ah, eu pensava que num..., que mesmo eu estando me sentindo bem com o tratamento, eu pensava que não ia resolver. Que eu sempre achava que ia, sei lá, que o câncer não tinha jeito mesmo, que quando aparece o câncer a pessoa não importa se é de irmã, não importa qual seja, era só isso que vinha na minha cabeça ‘ah, pouco tempo né de vida, não preciso pensar em mais nada’. Eu pensava assim. Só isso que eu pensava. E eu rezava, rezava, rezava muito.”

“Tinha pavor. Tenho pavor. (...) da doença. Pavor. Não importa né, câncer de mama tem cura, não importa, eu tenho pavor.”

“Eu penso que... que nem eu pensava comigo, agora coitada tem pouco tempo de vida. Penso assim.” (referência a quando descobre que alguém recebeu o diagnóstico de câncer)

Compreensão psíquica:

C. estava em remissão há 4 anos e 8 meses, mantinha-se na margem entre a fase de sobrevivência prolongada e a de sobrevivência permanente, idealizadas por Mullan (1985). A primeira fase se refere a pacientes que realizam exames periódicos e ações de consolidação, em seu caso, a hormonoterapia; já a segunda, pacientes que convivem com a possibilidade de um novo câncer, com efeitos secundários do tratamento, porém, existe uma sensação de vitória.

No caso de C., vê-se que ela mantinha os sentimentos referentes a uma fase de sobrevivência aguda, como quem tivesse um diagnóstico recente e estivesse em processo de tratamento. Apresentava medo de uma morte dolorosa e implacável, somada à dificuldade de lidar com as mudanças físicas impostas pelas terapêuticas, a falta de vontade em estabelecer novos relacionamentos, o sentimento de solidão e a certeza de que o câncer de mama não tem cura.

Considerados os resultados de C., era de se esperar que, gradativamente, ela se adaptasse à condição de adoecimento e suas repercussões. Porém, devido a uma vivência psicológica anterior, que revelou insegurança e desesperança, percebeu-se que não conseguiu retomar sua vida pregressa.

Dessa forma, a análise do caso de C. permite considerar, em razão da desesperança, que existia uma fragilidade emocional. O modo de projetar no câncer toda a carga de insatisfação e desorganização com a vida confirmou essa possibilidade. Em termos winnicottianos, pode-se supor uma imaturidade psíquica decorrente de problemas com a integração e alojamento da psique no corpo.

A desesperança de C. revelou falta de confiança em si e no outro e, provavelmente, uma experiência de instabilidade na relação com o outro.

A forma como C. se mostrava ameaçada em sua existência, em seu eu, em relação ao seu corpo e com outro, pode ser resultado de falhas estruturais de personalidade.

5.3.2 Entrevistada 2

Apresentação

N. 74 anos, solteira, tinha um filho adotivo de 43 anos e era católica. Paulista, tinha o Ensino Fundamental incompleto, estava aposentada, há 2 anos, por idade, e recebia acima de 8 salários mínimos. Trabalhou até os 35 anos de idade, numa loja de roupas de crianças, quando deixou o emprego para prestar cuidados à mãe doente. Justificou ser a única filha solteira e dispunha, naquele momento, de renda para ficar desempregada e desempenhar esse papel na família. Foi escolhida pela família e não ofereceu resistência para assumir essa tarefa. Após a morte da mãe, disse que ficou mais difícil retomar atividades laborais. Sua rotina era se manter no computador ou tricotando. Afirmou não gostar de sair de casa.

No mesmo terreno em que ela morava, o filho tinha uma casa, com a esposa. Afirmou que quem lhe fazia companhia eram seus animais de estimação, ela tinha cachorros e aves, um papagaio e uma calopsita. Não tinha outros ambientes de convívio e apenas se relacionava com dois irmãos e suas famílias.

Estava em remissão há 36 meses (3 anos) e realizou todas as modalidades de tratamentos: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Não mencionava qualquer sintoma da doença ou tratamento e lembrava-se do bom relacionamento com a equipe médica, afirmou que são pessoas “agradáveis” e que foi tratada muito bem.

Durante a entrevista, N. respondia apenas ao que lhe era perguntado, não estendia sua fala, sempre mencionava que se sentia bem e que durante toda a sua vida tinha sido muito tranquila. Relatou que não ficava nervosa com qualquer situação vivida. Justificava que até por essa tranquilidade parecia mais nova do que é, apesar de esse fato não ser um dado que chame a atenção da pesquisadora.

N. cuidou dos pais e da irmã, todos com diagnóstico oncológico. Importante destacar que N., ao contar da doença dos familiares, ressaltou a dor e o sofrimento, no entanto, ao falar de seu adoecimento oncológico tendia a minimizar essas dificuldades. Ao discorrer sobre o seu câncer de mama não referiu sofrimento e mudanças advindas dele, disse: “minha vida foi sempre a mesma coisa”.

1) *Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*

N. fez raras referências às mudanças corporais e, nos poucos momentos que são comentadas, na entrevista, aparecem num tom corriqueiro e sem sofrimento:

“Não. caiu muito pouco, mas acho que foi normal assim e tal, e por causa da idade, mas é não chegou assim a ficar caiu... assim, ficar assim, caía muito cabelo, mas depois comecei a tomar aquele medicamento aí melhorou.”
(referência à queda do cabelo)

2) *Reação ao diagnóstico*

N. não apresentou nenhuma reação específica ao diagnóstico, segundo ela, viveu todo adoecimento sem qualquer repercussão psicológica que mereça menção. Não atribuiu sentimentos a essa vivência e justificou isso por ser uma pessoa tranquila. Em determinados momentos da entrevista, passou a impressão de que a doença não existia ou não ocorreu com ela. Apesar de mostrar-se tranquila, em um único momento da entrevista, mencionou ter procurado o serviço de Saúde, ter sentido medo quando o caroço na mama surgiu.

“É que, eu fui mesmo porque aí começou a surgir um caroço, me deu medo, aí eu fui né, pra saber, né, assim tinha problema, aí deu como se dá pra operar né.”

Importante citar que a entrevistada mostrou dificuldade em dimensionar o tamanho do nódulo, apesar de descrevê-lo como palpável.

Pesquisadora: Era um caroço grande? Pequeno?

Entrevistada: É, depois... era cinco milímetros, né, que eles falam...

Pesquisadora: Cinco milímetros ou centímetros?

Entrevistada: Não. É um caroço...

Pesquisadora: Pequeninho.

Entrevistada: É, é, dava pra se destacar assim, zero, cinco, não sei se é milímetro. Acho que é milímetro, né. Centímetro, acho que é centímetro né, grandinho. Que até na biópsia aparecia, né?

Pesquisadora: Então, tinha mais ou menos um centímetro e meio?

Entrevistada: É, mais ou menos.”

3) *Medo da recidiva*

N. não fez nenhuma referência ao medo da recidiva. A interpretação da dificuldade de N. em falar sobre a possibilidade de retorno do câncer sinaliza um empobrecimento interior. Tem-se a impressão que a doença não ocorreu com ela. Apesar dessa condição, expressou a possibilidade implícita da recidiva, quando citou o medo da morte.

4) *Medo da morte*

A participante manteve um afastamento das questões relacionadas à doença. Em alguns momentos, expressou, de forma sutil, alguns tópicos que sugerem o assunto da morte. Ao contrário do que se percebe, com o tema da recidiva, margeou a questão da morte:

“agora é esperar o que vem de, o de bom e de ruim”

“Não, eu não ia muito em médico. É que, eu fui mesmo por que aí começou a surgir esse caroço, me deu medo, aí eu fui, né? Pra saber, né? Assim se tinha problema aí deu como se dá pra operar, né?”

“Ah eu adoro esses bichos, se eu pudesse tinha mais, mas a gente nunca sabe o que vai acontecer, né? Para ficar juntando aí a turma não gosta, muitas vezes, né?”

“Não, a gente não pode achar nada porque de repente às vezes você tá boa pouco né, tem que se conformar com tudo na vida, né doutora?”

Compreensão psíquica:

Dada à idade da participante, suas repercussões psicológicas poderiam ser amenizadas com a sobreposição da questão do envelhecimento e do adoecimento oncológico. Porém, durante toda a entrevista, N. afirmou tranquilidade diante do câncer e que este não acarretou mudanças e nem sofrimento psíquico.

A entrevistada estaria na fase de sobrevivência prolongada, porém não referiu repercussões psicológicas esperadas para esta etapa. Apesar de sutilmente abordar temas, como o medo inicial da doença e da morte, não apresentou qualquer sofrimento diante do diagnóstico, reações às alterações físicas, modificação da rotina ou das relações interpessoais e medo da recidiva. Essa postura chamou a atenção, pois, diante do câncer, é de se esperar que as pacientes demonstrem

alguma repercussão psicológica. Na maior parte da entrevista, passou a impressão que o adoecimento não ocorreu com ela.

Mostrou-se esvaziada, com falta de riqueza pessoal e sem capacidade para elaborar o sofrimento. Não foi possível observar, em N., a repercussão psicológica com o câncer, a entrevistada não percebeu a gravidade da doença e as implicações em sua vida atual. Ela tratou o tema do adoecimento como algo alheio a ela ou, quando admitido, como um acontecimento sem importância.

Diante do histórico que N. apresentou, observa-se que ela estabeleceu poucas conquistas como uma pessoa inteira, com autonomia e integração. No momento que foi requisitada para cuidar de sua mãe, não se posicionou e aceitou a tarefa com resignação, como parece repetir-se em outras situações de sua vida.

Diante desse panorama, supõe-se que N. não tenha estabelecido uma integração do si mesmo. Percebe-se uma dissociação psicossomática decorrente da não integração em uma unidade pessoal.

O empobrecimento de N. estende-se para a vida relacional, com escassas relações interpessoais. A entrevistada não apresentou relacionamentos amorosos, nunca foi casada e manteve pouco contato familiar.

Dessa forma, a continuidade de sua vida, após o adoecimento, permaneceu similar à anterior. Manteve uma rotina empobrecida e poucos relacionamentos interpessoais.

5.3.3 Entrevistada 3

Apresentação

Z. 59 anos, era casada, há 33 anos, e tinha uma filha. Natural do Estado de São Paulo, católica, com Ensino Fundamental incompleto. Trabalhava como autônoma, em uma casa de família, há 20 anos, e sua renda era de até 2 salários mínimos. Em sua casa também realizava as atividades domésticas, como lavar e passar roupa, cozinhar e limpar.

Estava em remissão do câncer há 46 meses (3 anos e 10 meses) e realizou todas as modalidades de tratamentos: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Começou com a quimioterapia e depois realizou a cirurgia, seguida da radioterapia e continuava com a hormonoterapia. Na cirurgia de mama, realizou reconstrução com prótese de silicone, porém, sofreu intercorrências que levaram-na à sua retirada, mantendo-se sem ela, até o momento da entrevista. Devido a essas intercorrências, passou por diversas internações. Comentou a proposta médica de colocar uma nova prótese, mas recusava essa possibilidade.

Z. mostrou dificuldade em relatar sobre as possibilidades do adoecimento oncológico, evitando falar sobre os diferentes caminhos que a doença poderia percorrer, porém, apresentou conhecimento do diagnóstico e tratamento, quando questionada.

Durante a entrevista, Z. relatou a percepção de que a equipe de médicos surpreendeu-se com sua reação positiva ao tratamento, pois conseguiu superá-lo com uma tranquilidade maior do que a esperada, na maioria dos pacientes.

Descreveu que quem manifestava maior dificuldade emocional com relação ao tratamento era o marido, que se apresentava choroso e deprimido, desde que ela descobriu o câncer. Na época da entrevista, fazia um tratamento para a próstata e Z. relatou que ele temia também receber um diagnóstico oncológico.

Explicou que era uma pessoa muito nervosa, que discutia por tudo e sem razão aparente, mas, que hoje, não via motivo para esse comportamento. Acrescentou que essa mudança aconteceu em sua vida antes de ela ficar doente e que esse equilíbrio a ajudou a passar pelo adoecimento de uma forma mais tranquila. Afirmou, também, ter dado apoio ao marido, ao mesmo tempo que não conversava sobre os seus problemas com nenhuma pessoa, finalizou com: “não sou de falar”.

1) Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico

Z. apresentou aparência de tranquilidade, sem conseguir expressar os sentimentos em relação à alteração física, porém, observaram-se mudanças físicas importantes, como a perda significativa de peso, em decorrência da quimioterapia, e

a retirada da prótese de silicone. Realizou a cirurgia da mama, mas, posteriormente, teve que retirar a prótese. Julgou que o resultado cirúrgico final foi negativo, mas sempre comunicou que lida bem com a situação e evitou falar de qualquer sofrimento que as alterações possam ter trazido.

“E me dava falta de vontade de comer. Eu fiquei pesando 30 quilos.”

“(...) depois que eu fiz a cirurgia dessa mama, eu, da minha turma, a que mais foi internada fui eu. Uma hora porque rejeitou, uma hora porque infeccionou, uma hora que abriu, outra hora porque tinha que dar mais ponto.”

“Não vou ficar me martirizando. Ah, porque eu olho no espelho, entendeu. Não ponho isso na cabeça. Porque tem gente que chora, que fica se martirizando que tá sem a mama. O meu esposo fala pra mim ‘você faz o que você quiser, o que você achar que tá bom pra você, pra mim também tá’.”

“Olha... pra mim foi horrível. Quando eu acordei e vi que não estava, aí o doutor foi lá falou ‘agora você vai ter que ficar sem e colocar só daqui seis meses’. Foi tudo isso, aí ele falou assim, pra mim assim, ‘você vai... e não é assim, vai voltar né, vai ter que levantar pele, fazer isso, aquilo’.”

“A única coisa que eu acho que eu precisava agora mesmo pra mim ter um pouco de calma, era me aposentar. Eu acho queria ficar sossegada, de boa. Não que meu... eu trabalho para uma pessoa só, mas incomoda mesmo, né, porque fica esse buraco né.”

“(...) Eu estava falando com o doutor agora, tem hora que está bem, mas tem hora que dói. Tem hora que dá, sabe aquele puxão. Não sei explicar.”

Z. comentou que os médicos propuseram colocar novamente a prótese de silicone, porém, ela não se sentia preparada para essa intervenção. Evitou expressar sentimentos e sempre insistia que estava vivenciando bem a situação.

“Eles querem que, principalmente o Dr. F., que eu coloque a prótese, mas já falei que ainda não estou preparada.”

“se eu tô me sentindo bem assim, porque que eu vou mexer?”

2) *Reação ao diagnóstico*

Assim como em sua reação às alterações corporais, Z. relatou tranquilidade diante do diagnóstico. Apesar dessa postura, observa-se que Z. não conseguia lidar com o adoecimento e negava todas as condições negativas que pudessem advir dele, mantendo apenas expressão de aspectos positivos, para não lidar com a angústia da situação.

“E eu nunca pus quimio, operação, essa doença, na cabeça. Quando eu fui saber do resultado eu fui sozinha, porque o médico falou pra mim, né.”

“‘Vou encaminhar pra Santa Casa, porque deu câncer.’ Desse jeito ele falou. Eu falei ‘nossa, doutor, deu isso?’ Fiquei de boa.”

“Não é uma coisa de outro mundo.”

3) *Medo da recidiva*

Z. manifestou entendimento de que a doença poderia retornar, porém, não se colocava nessa condição, referindo como algo que ouviu de outras pessoas, mas que não aconteceria com ela. Dessa forma, apesar de ter conhecimento das possibilidades da recidiva, não percebia, na realidade, que um dia isso poderia lhe acometer.

“que o câncer mata, que o câncer faz isso, que o câncer aquilo, que pode voltar, entendeu?”

4) *Medo da morte*

Observou-se que a entrevistada não tinha percepção que a gravidade da doença poderia ameaçar a sua vida e, dessa forma, colocá-la em risco. Z. relatou que após 15 dias da sua cirurgia, os pontos abriram, infeccionaram e vazou líquido. Ao procurar os médicos do serviço de Mastologia, do seu hospital de referência, disseram que ela teria que ser internada. Questionou os motivos da internação e os médicos explicaram que ela poderia evoluir a óbito. Nessa internação, retiraram a prótese de silicone. Continuou a negar seu adoecimento e a gravidade do seu quadro clínico, ainda pediu para ir para casa, antes de ser internada, e retornar no mesmo dia, à noite:

“Ela falou ‘você vai ser internada agora’. Eu ainda... eu falei ‘eu ainda posso ir embora pra minha casa à noite voltar, porque eu não trouxe roupa nenhuma?’. Ela falou ‘Não. Eu sei que você não vai voltar’. A doutora falou, sabe. Eu falei ‘mas como a senhora sabe?’. Eu ‘sei que a senhora não ia’, mas eu ia voltar, ia só pegar minhas roupas. Entendeu? Mas pra mim na hora assim eu não pus isso na cabeça. Sabe? Não coloco isso na cabeça nada, nada, nada. Não tem isso comigo, de ficar encucando as coisas, não tem o porquê.”

Compreensão psíquica:

Durante toda a entrevista, Z. comportou-se como se o câncer de mama não tivesse trazido alterações e sofrimento à sua vida. Não relatou repercussões psicológicas esperadas para a fase de sobrevivência prolongada, na qual se encontrava, e apresentou a crença que a doença não acarretou dificuldades e alterações em sua rotina. Apesar de já estar em remissão há 3 anos e 10 meses, as intercorrências, a infecção e a retirada da prótese de silicone ampliaram seu período de tratamento.

Embora Z. dissesse que convivia bem com o câncer, observou-se que ela apresentava um quadro de defesa, que revelava a impossibilidade de lidar com a realidade. Ficou evidente que Z. não conseguia enfrentar a preocupação e o medo, protegendo-se da angústia, através de uma negação defensiva quanto aos problemas que a doença e o tratamento lhe traziam.

Manteve uma aparência de tranquilidade, com o adoecimento, sempre esclarecia que conduzia a situação de maneira melhor do que a esperada por todos, porém, ficou evidente sua dificuldade para lidar com o câncer, com os problemas, com a prótese de silicone e a referência à perda de algo concreto. Apesar dessa condição, Z. nunca fez alusão à preocupação com a sua saúde.

Mostrou dificuldade para colocar-se com relação ao adoecimento, referiu, em grande parte, a tristeza do outro (marido) para esconder a sua. Não mostrou ter percepção de que o marido se preocupava com a sua condição e atribuía exagero a seu sentimento.

A partir desse contexto, notou-se falta de maturidade, dificuldade da participante com a percepção da realidade e, em alguns momentos, o fato de minimizar a gravidade da doença e a sua possibilidade de morte. A principal implicação com o tratamento oncológico envolveu a questão laboral, sobre a qual manifestou o desejo de parar de trabalhar devido às dores, que, em diversos momentos da entrevista, também foram minimizadas. Apresentou um repertório típico de pessoa empobrecida para expressar seus sentimentos.

5.3.4 Entrevistada 4

Apresentação

E. 64 anos, divorciada/separada, tinha quatro filhos (45, 42, 40, 38 anos). Casou-se duas vezes, no primeiro casamento teve um filho e, no segundo, três. Natural da Bahia, evangélica e tinha o curso de Ensino Fundamental incompleto. Estava aposentada, há 4 anos, por tempo de contribuição ao INSS, e tinha renda familiar de até 2 salários mínimos. Mesmo aposentada, mantinha-se empregada em casas de famílias, interrompeu o trabalho quando iniciou o tratamento e queixou-se por não conseguir retomar as atividades laborais devido a limitações físicas.

Estava em remissão do câncer há 13 meses (1 ano e 1 mês) e realizou todas as modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Iniciou o tratamento com quimioterapia, depois, realizou cirurgia de mama, com esvaziamento de axila, seguida de radioterapia e submetia-se à hormonoterapia. Referiu que a quimioterapia teve pouco resultado na redução do nódulo e que, por isso, a cirurgia teve de ser mais radical, com retirada interna de toda a mama e conservação da pele para reconstrução com prótese de silicone.

Descreveu que sua maior dificuldade com o adoecimento oncológico correspondia ao acesso a um serviço de Saúde, que realizasse o tratamento. Afirmou que, desde os 40 anos, sempre esteve atenta à sua saúde e quando percebeu o nódulo na mama, buscou cuidado, porém, não foi marcada uma biópsia devido ao alto custo e, por isso, aguardou durante meses a liberação do exame, pelo governo. Após perceber o crescimento do nódulo, resolveu buscar o Hospital da Santa Casa de São Paulo, para descobrir se nesse local poderia realizar a avaliação do nódulo. Iniciou o tratamento nessa instituição, onde era paciente até a época da entrevista. Devido à espera de cinco meses, ela acreditava que o caso tinha se agravado.

Reconheceu que sua família a levava e a trazia nas consultas, mas que suportou o tratamento sozinha, não queria pedir auxílio a ninguém, pois as pessoas tinham de cuidar de suas vidas. Também relatou conflitos familiares, como o relacionamento ruim com seu filho caçula que, segundo ela, a tratava mal.

Comentou que sempre passou por dificuldades na vida e situações de crise até maiores do que a do câncer:

“Olha, pra falar a verdade, minha vida sempre foi difícil. Difícil assim numa, eu, eu, eu às vezes tem coisa que passou na minha vida que eu, eu me vejo que é pior do que o câncer”.

Contou que o seu primeiro casamento foi arranjado pelo pai, quando ela tinha 18 anos, apesar de não querer se casar e de não gostar da pessoa. Descreveu-o como um homem mau e agressivo. Teve o primeiro filho e se separou. Casou-se, novamente, e teve mais três filhos. No entanto, descreveu o segundo marido como alcoolista e, também, agressivo, características que favoreceram uma nova separação. Além dos dois relacionamentos, falou que dois filhos “foram para o mundo das drogas” e que isso poderia ser considerado como “outra morte na minha vida”. Segundo E., seu esforço e determinação fizeram com que eles abandonassem o vício.

1) Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico

E. relatou que, quando começou o tratamento, seu nódulo já estava avançado e não regrediu, com a quimioterapia, como era esperado, e suas proporções tornaram necessária a retirada de toda a mama e o esvaziamento da axila:

“Eu tive que tirar o tumor porque eu tomei (quimioterapia) e ele não diminuía né. E ele ficou... tive que tirar toda mama, não tirou a pele, tirou todo o peito por dentro, comprometeu o braço também.”

Durante toda a entrevista, E. descreveu com precisão as alterações corporais. Afirmou que a parte mais difícil de seu tratamento correspondeu à quimioterapia, que a obrigou a permanecer mais dias em casa, sem vontade de realizar atividades, sem apetite e com baixa imunidade. Apesar dessa condição, acreditava que não sofreu repercussões psicológicas com o tratamento e efeitos colaterais, como a alopecia, pois conseguia pensar que seria algo temporário.

“Éee, Éee, éee, éee... a quimio. A quimio judia muito da gente. Não é... éee, ainda bem que é assim, são só três dias. Mas naqueles três dias a gente fica lá embaixo. Bem, bem mal. Dá dá enjoo. Tomei oito, oito sessão... quatro branca... quatro vermelha e quatro branca. Primeiro com a vermelha. Essa vermelha dá um enjoo... terrível! Eu não es... tirando o mal-estar que dá. E a branca dá dor nos ossos, quase que eu morro com tanta dor nos meus ossos.

E esse aí foi o pior que eu achei né, até que a cirurgia, se você perguntar, dói né, mas foi outro tipo de dor, não foi aquela dor que eu senti quando tive que tomar... o tratamento é muito doloroso, mas eu não me abalei não.”

“Vi aquele cabelo caindo e igual e dei graças a Deus, eu vi muitas mulheres da quimio chorando... chorava, chorava por causa que ia fazer quimio e o cabelo ia cair. Porque não ia fumar mais, porque tava proibida de fumar, porque o cabelo ia cair se fumasse de novo. O cabelo nasce de novo. Fiquei triste não.”

E. referiu a percepção da doença e a alteração corporal, com a prótese de silicone, como algo que lhe causava desconforto, ao afirmar que não fazia parte de seu corpo e que não conseguia se adaptar:

“A única coisa que eu não gostei foi desse silicone aqui. Se não fosse meu medo de cirurgia eu ia mandar tirar de novo.”

“É porque é. Porque uma coisa você mexe aqui... ó você tá sentindo alguma coisa que tá mexendo não é teu. Uma coisa estranha, às vezes eu viro aqui e ali, sempre que eu vou mexer dói. Dói. Dói. E, ele normal não era assim. E eu acho que se... eu penso assim que se tivesse deixado, que já tinha sarado isso aí. E agora passou seis meses isso aí.”

As mudanças corporais implicam em interrupção nas atividades laborais. E. relatou sentimento de tristeza diante da impossibilidade de trabalhar, já que, depois de ter enfrentado todas as questões do adoecimento não conseguia retomar sua rotina pregressa.

“A única coisa que eu fiquei triste disso aí foi o que os médicos falou pra mim que eu agora não posso trabalhar, eu queria voltar a trabalhar. Disse que não posso trabalhar por causa do meu braço, porque meu braço ficou comprometido. Isso aí me deixou triste, mais triste até mesmo que a doença.”

2) *Reação ao diagnóstico*

E. relatou o longo período de espera pelo tratamento. Dessa forma, para ela, a assimilação de sua doença ocorreu de forma gradual. Expôs a ideia de que precisava cuidar do próprio corpo e da saúde, porém, que encontrava dificuldades concretas que a surpreenderam e decepcionaram, por obrigá-la a procurar um serviço de Saúde que pudesse atendê-la de forma adequada.

“Então, a única coisa, que eu senti, nesse tratamento... vou falar uma coisa pra você, eu não me espantei com essa enfermidade. Desde que o médico me falou, na primeira vez que eu tava com suspeita de câncer, que pra mim

não, não me comoveu não. Eu fiquei esperando na fila por cinco mês. Aí depois me chamaram. Aí eu fui fazer todos os exames que faz, né? Aí depois veio a cirurgia. Aí depois... Fiz a quimio primeiro. Aí depois a cirurgia, da cirurgia, fiz também radio. Aí eu me sinto bem.”

“Desde os meus quarenta, eu sempre cuidei da minha saúde né. Então, quando eu fiz... eu fiz em 2012, eu fiz não deu nada. 2013 eu fui fazer já deu. Aí o que que aconteceu, eu tinha, já havia um carocinho já grande desse tamanho, do tamanho de um botãozinho, carocinho, assim ó, como... parecia isso aqui da minha blusa aqui, da minha saia...”

“E é o que ela fez, ela, ela deveria ter pedido pra uma biópsia, assim que o médico me explicou, ela me deu um tipo de exame esse que ia marcar. Diz que esse exame é muito difícil, não marca... ela pediu a mamosca... mamoscopia e ficou... pass... ficou passando um mês, passando dois meses... quando tava com três meses eu voltei no hospital, eles estavam de greve, falaram assim: ah mais, esse exame é caro, o governo ainda não liberou. Aí depois um dia de madrugada me deu um estalo assim, eu falei “eu vou na Santa Casa”. Vim na Santa Casa, e lá o médico me falou vai buscar a mamografia, eu estava com a mamografia lá, né. Eu peguei a mamografia e vim pra Santa Casa. Aqui na Santa Casa eu esperei dois mês.”

“logo no começo, se ela falasse ‘vamos fazer uma biópsia’, não precisava tirar a mama, era uma cirurgia bem pequenininha... Não tirou, né? E complicou mais.”

2) Medo da recidiva

Apesar de descrever, com simplicidade, o medo do retorno do câncer, apresentou noção da realidade e das possibilidades da doença. Também, através do contato real com alguém que já teve experiência da recidiva, conseguiu relatar o medo do retorno da doença:

“(...) me dá um tipo de medo, porque tenho de medo voltar em outro lugar... só isso...”

“Que às vezes a gente pode melhorar, piorar, depois um dia volta. Que eu penso é isso, né?”

“Aí, eu peço a Deus que não, que não deixe, mas que eu tenho esse medo eu tenho. Porque quando eu tava fazendo a radio, para cá, tinha uma moça lá, era lá da região de... Taboão da Serra, ela falou que tava com sete anos que ela teve, ela tinha trinta e poucos anos quando ela teve da mama esquerda. Agora tá com quarenta e pouco, ela teve do outro lado, e do mesmo jeito, agora ela falou que comprometeu os dois lados, que vai operar, porque ela teve... da mama e do braço. Agora de novo, a mama e o braço, agora ela tá fazendo também. Depois de sete anos... sete anos.”

4) Medo da morte

E. relatou que o medo da morte aparecia em seu cotidiano, assim como a percepção de que o câncer tinha a possibilidade de se alastrar e ser considerada uma doença crônica, sem cura:

“Vem de repente. Eu, eu conheço as pessoas que já morreram que tratou, que ficou muito tempo, depois voltou e voltou com dor e... é isso que eu tenho medo.”

“Foi assim... quando eu, eu pensei assim... eu pensava assim: que ia demorar, e depois ia espalhar no meu corpo, porque eu ouvi falando que ‘câncer de mama era o câncer que mais avança’. A gente vê na televisão. A gente vê tudo essas coisa e aí eu tinha medo, porque não chamava.”

“ah eu não sei, eu penso, eu acho... eu penso, eu acho que o câncer é uma doença assim que não tem cura.”

Compreensão psíquica:

A entrevistada estaria na transição entre a fase de sobrevivência aguda e a prolongada, apresentando repercussões importantes, como o medo da recidiva e a percepção das consequências e restrições do tratamento, como a interrupção do trabalho, pois começava o período de retomada das atividades pregressas à doença. E. narrou, ao longo da entrevista, que a doença oncológica lhe alterou a vida laboral e mostrou o desejo do retorno às atividades.

Apresentou concepções corretas sobre as possibilidades do câncer de mama, como a recidiva e a morte. Diante dessa compreensão, também percebia que o tratamento e seus efeitos colaterais são temporários e não lhe impediam o desejo de retomar sua vida anterior. Já revelava uma vida familiar conturbada, anterior ao adoecimento, e sentia, na vivência do câncer, ter passado por essa situação sozinha.

A realidade é construída por intermédio da demora para ser atendida por um serviço de Saúde e leva E. a expressar, com clareza, a percepção de que, com o tempo de espera, sua doença se agravou e os tratamentos tornaram-se mais radicais. Nota-se uma integração saudável em E., já que apresentava um cuidado anterior com a saúde, com uma percepção corporal adequada. Observou-se que a

prótese de silicone pode ser uma representação do câncer, devido à dificuldade de adaptação e o incômodo que essa lhe causava.

Apesar dessa maturidade, E. apresentou dificuldade com relacionamentos que parecem corresponder a períodos anteriores ao desenvolvimento da doença.

5.3.5 Entrevistada 5

Apresentação

E.S. tinha 48 anos, estava casada há 25 anos e tinha um filho, de 16 anos. Natural de São Paulo, católica, com o Ensino Médio completo, atuava como prestadora de serviço para Recursos Humanos e tinha renda familiar de até 4 salários mínimos. Voltou a trabalhar após o término dos tratamentos iniciais.

Estava em remissão do câncer há 30 meses (2 anos e 6 meses) e realizou todas as modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Na cirurgia foi feita a reconstrução com prótese de silicone e o esvaziamento de axila. Não considerava que tivesse tido um resultado estético cirúrgico bom, pois queixava-se da aparência feia, e tinha sequelas doloridas no braço. Realizava acompanhamento com a terapia ocupacional mantinha-se com hormonoterapia.

Relatou que durante todo o tratamento recebeu apoio da família, que a ajudou no pós-cirúrgico, em situações como limpeza do dreno, com o qual saiu do hospital, e na quimioterapia, quando sofreu os efeitos colaterais. Apesar dessa condição, afirmava que não gostava de depender dos outros e quando começou a melhorar, reiniciou suas atividades.

Ela foi a cuidadora da mãe, que faleceu de câncer no esôfago. Deixou sua casa por dois anos, para cuidar dela e passou a ver o marido apenas nos finais de semana. Naquele momento, ainda não tinha o filho. Relatou que como sua mãe passou por cirurgia e quimioterapia, ela já estava familiarizada com os tratamentos propostos, quando foi diagnosticada.

E.S. descreveu o adoecimento como uma quebra da continuidade de sua vida, uma interrupção de suas atividades:

“Ah eu, saia com meu marido. Ah pro sitio, eu ficava... tinha relação com meu s... com meu marido normalmente. Curtia pra caramba, entendeu. É, vivia, trabalhava. Eu tinha uma mercearia, eu trabalhava, entendeu. Sempre... eu sempre consegui fazer tudo, só que depois... perdão... ajudava as pessoas que eu curtia, mas depois me travou. Depois da doença eu fiquei meia travada. Luto contra, né? Mas fiquei meia travada. Eu vivia normal. Tinha ânimo pras coisas, né?”

“Eu acho que eu peguei outro rumo, sabe. De querer viver. Antes eu não pensava muito em viver não. Agora eu luto pra viver, entendeu?”

1) *Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*

A entrevistada descreveu diversos sintomas que a incomodavam por causa do tratamento, como os calores decorrentes da hormonoterapia. No procedimento cirúrgico, descreveu intercorrências, tais como a abertura de pontos, que foram cuidados durante quatro meses, e afirmou que o resultado estético foi negativo.

“Os meus seios estão feios.”

“Você fica meia atordoada né, o corpo dói, você não é mais a mesma né, muda tudo. Os ossos, dói, sente muita canseira. Mas agradeço a Deus que tô viva né”.

E.S. relatou a interrupção das atividades anteriores, em decorrência do tratamento. Referiu mudanças no corpo e impossibilidade de manter atividades prévias:

“Quer trabalhar o dia inteiro, quer... andar, fazer ginástica, porque eu tenho que emagrecer, porque eu não posso engordar. Eu tenho andar, mas o corpo não deixa entendeu. O corpo tá lento. O corpo fica lento. Depois do tratamento eu percebi isso, que meu corpo tá lento, entendeu. E outra é a fisionomia muda né você... Seu corpo muda, tudo muda.”

“Ah meu corpo. Eu tô mais gorda, meu seio tá feio, meus dentes tão caindo, perdi seis dente. Todo mês é um dente que cai. Quebra e simplesmente cai, não tem nem mais nada o que fazer. É tudo consequência da doença, porque antes, nun... eu não tinha isso, entendeu. E agora ficou e eu vou levando, entendeu? Vou lutando contra. Tô caindo em depressão? Vou... Me apego muito com Deus, entendeu. Vou levando, mas é complicado.”

“Aí você tem que lutar por você mesma entendeu, por seu pensamento. porque o seu pensamento é de ficar pensando assim. Ó tá vendo, é isso, é o dente, é o osso que dói, é o seu seio que tá feio, é você que tá gorda, é você que não consegue fazer o que você fazia antes, entendeu. Isso é depressão. Aí você tem que lutar, entendeu. E eu tava mais ainda, agora tô bem melhor porque antes eu não conseguia arrumar emprego. Emprego normal eu

sempre trabalhei em RH né, eu ia atrás, quando eu tive câncer, a pessoa ficava meio assim, entendeu. Aí eu falei assim, pu, eu vou atrás... porque eu fiquei com sequela um pouco no braço né o meu braço, depois que eu esvaziei a axila ele dói demais.”

E.S. referiu que a partir do tratamento oncológico sentiu mudança no relacionamento com o marido. Afirma que não conseguia manter a mesma relação com ele, em decorrência dos sintomas físicos e alterações corporais:

“eu me sinto feia. Os meus seios, até o médico queria fazer a cirurgia de novo né, pra ver se dá pra fazer alguma coisa, mas eu tenho medo, entendeu, de mexer e eu sofrer tudo o que eu sofri né aí então eu prefiro não mexer. Por enquanto não, só depois de passar cinco anos, né, aí eu posso até pensar. Uso sutiã vinte quatro horas, né. Entro em dieta toda horas pra mim poder emagrecer. A minha relação com ele (marido) mudou totalmente, porque... éee... com o tamoxifeno (hormonoterapia) eu fico muito seca entendeu, pra mim ter relação com ele dói demais. Uso gel, uso... a gente se vira, né, mas não é a mesma coisa né. Muda... eu até falo pra ele, falo assim, ó se você... eu sou bem franca... porque você perde até o apetite de fazer um sexo. Esse tamoxifeno eu acho que, não sei o que que acontece, eu vou até vou passar com a minha ginecologista e explicar pra ela, porque eu não tenho apetite de nada do sexo entendeu. Eu faço porque tenho que fazer e é bom, porque você se sente bem né mas é complicado você fazer e não sentir. E eu falo pra ele, ó, se você tá... Eu cheguei, no começo do tratamento, porque eu sabia da... das consequências que ia ter porque minha mãe morreu de câncer né.”

E.S. descreveu o sofrimento durante todo o tratamento, com mudanças corporais, dor, queda dos dentes e outras reações. Afirmou o desejo de retornar à vida anterior, com a percepção de que antes vivia melhor.

“Aí, comecei a fazer a quimio, deu quinze dias meu cabelo caiu. Segurei pra caramba, por que meu pai não tava sabendo né Es... Eee, esperei uns dez dias assim, cortei ele aqui porque eu sabia que depois de quinze dias, ele ia cair... cortei, aí eu vi meu pai, aí chegou a noite eu falei pro meu marido, olha eu vou cortar o meu cabelo, porque já tava solto...”

“Aí cada vez que eu fazia um curativo era aquele aqueles berros de dor. Porque chegou uma hora, minha sogra que dava banho em mim né. depois que eu tirei os drenos, saquei o outro e tirei os pontos, eu peguei, eu falei pra ela ‘agora é comigo’. Porque ela não aguentava ver e eu não aguentava os outros me ver, entendeu. E eu sabia que ela tava ficando mal que ela é de idade né, de ficar me vendo. Aí você pensa nos outro, e né. Deixa que eu me viro. Aí meu marido olhou, você fica sozinha, aí eu me sentia melhor entendeu. Aí eu ia no banheiro, queimava a água. A água queimava, queimava. Mas eu sempre... e chorava, nessa época eu chorei muito. Agora a radio, já não. A radio eu me senti melhor, porque aí eu já comecei a fazer

sozinha, né. Não precisava de ninguém. Tomava meu ônibus, vinha, pegava o metro sossegada entendeu.”

“E agora o que me incomoda é meu corpo. Já não consigo fazer o que eu quero, entendeu. Aí, eu emagreço seis quilos, aí daqui a pouco, eu penso assim, eu acho que tô gorda. Não é. Porque eu emagreci seis quilos. Aí eu continuo... dói, eu fiz exames, acabei de fazer a cintilografia né.”

“É porque às vezes você tá pensando assim né, ‘pu... será que não vai melhorar nunca né?’, ‘será que você não vai voltar ao que era antes?’. Aí quando cai os dentes, é a pior coisa do mundo. Você ver seus dentes caindo assim, aí você perde. Aí você chora, chora, chora, e daqui a pouco você fala assim ‘não, tudo tem um jeito’. O que não tem jeito é só a vida, né?”

“Se você tivesse com câncer, você podia tá chorando, mas não por causa dos dentes. Aí brigo comigo mesma entendeu? Mas, é autoestima né.”

2) *Reação ao diagnóstico*

E.S. recebeu o diagnóstico após uma hemorragia de 5 ou 7 dias e depois de sentir cansaço. A hemorragia parou apenas quando procurou um Posto de Saúde. Naquele momento, acreditava tratar-se de um mioma ou de alguma doença no útero. Submeteu-se a uma mamografia e a um ultrassom intravaginal e recebeu o resultado de nódulo na mama. Referiu:

“Fiquei meio abalada, mas, eu falei assim: ah vai fazer o que tem que cuidar, né?”

Descreveu para o marido:

“ó, eu acho, que eu tô com um carocinho no seio, posso fazer uma cirurgia, ou posso assim fazer quimioterapia. Eu me sinto, meio estranha, então, eu sinto que não é coisa boa que até eu comecei a sentir cansaço, falta de ar, né? E coisas que eu não sentia”.

Relatou que apesar de o marido querer participar da consulta com ela, preferiu ir sozinha: “Porque eu sabia que se a pessoa tivesse junto comigo, eu ia sofrer mais.” No momento do diagnóstico, reconheceu ter chorado um pouco. Com a evolução dos encaminhamentos e com a notícia de que iria tirar toda a mama, referiu sua crise de choro e seu nervosismo. A conduta, porém, estipulou realizar primeiro a quimioterapia para redução do tumor e depois a cirurgia.

3) Medo da recidiva

E.S. percebeu a possibilidade de recidiva da doença oncológica, a partir das histórias de retorno de outras pacientes:

“Aí você pensa assim, pu, elas que tão ali daquele jeito, com metástase, tão lutando, então, porque que eu que tô curada, num vou erguer, aí você se sente vontade de reagir entendeu.”

“Triste. Eu fico triste porque eu sei que a pessoa tá sofrendo, entendeu. Porque eu fiz quimio, eu fiz radio, eu sei como é, então, e a pessoa precisa muito de apoio, né?”

E.S. afirmou que, a partir da recidiva em outra paciente, começou a perceber que isso também poderia acontecer com ela, ainda referiu que as pessoas, nessa situação, precisam de apoio, como já mencionado anteriormente:

“Quando eu fiquei sabendo que as minhas amigas tinham voltado, eu fiquei arrasada por elas, de pensar que ó, sofrendo, cada vez que a gente se encontrava, ela chorava. Todo mundo se reunia, desabafava. Aí você vê ela passando tudo de novo. Aí falou pu ó, de repente pode acontecer isso comigo, do jeito que aconteceu com elas, isso pode acontecer comigo. eu falei assim ‘e eu tenho que ser forte se acontecer, porque se pode... pode acontecer’. Aí eu falei assim, elas você entra no face, elas tão lá forte. Entendeu. Mas umas pessoas que precisam muito apoio...”

E.S. ainda citou sua apreensão diante dos exames de controle, como a cintilografia:

“Eu fiquei, porque eu s... sinto muita dor aqui nesses ossos do lado entendeu. E senti muita dor nas minhas costelas. Aí eu já fiquei meia apreensiva já.”

Observa-se que E.S. tinha medo da recidiva, presente no seu cotidiano, por mais que buscasse evitar esses pensamentos. Em entrevista, transpareceu que um dos motivos eram as sequelas do corpo, como as dores, que a deixavam sempre atenta:

“Eu ainda tô em tratamento. Ainda tenho as sequelas dele entendeu. Ainda tenho um tratamento que me deixou com dores, deixou isso... eu penso vinte e quatro horas, né? Que eu ‘tenho que lutar’, que eu não posso, deixar, éee, pensar na... negativo, que eu tenho que pensar positivo. Que eu tenho vencer, entendeu. Não posso ficar pensando ‘ah vai aconteceu comigo, aconteceu com a minha amiga’, voltou o câncer nela. Ah vai acontecer comigo de novo.”

4) Medo da morte

Apesar de E.S. não mencionar diretamente o medo da morte, deixava esse tema evidente, ao falar da recidiva e da compreensão de que a doença não tem cura e pode voltar. Esse assunto também se tornava claro, pois quando contou sobre o câncer de esôfago da mãe, que a levou à morte, após dois anos de tratamento, evidenciou que acreditava que isso poderia também acontecer com ela, inclusive, dizia ao marido para arranjar uma nova companheira.

“E eu fiquei com ela dois anos, né? Então quando eu descobri eu já tava sabendo mais ou menos o que ia acontecer comigo né. Aí eu falei, ‘ó, aconteceu isso, isso, e isso. A porta tá aberta pra você, entendeu, mesmo arrumar outra pessoa, sei lá, porque vai mudar. eu sei que muda porque e... eu, eu vi que a minha mãe mudou’...”

Compreensão psíquica:

E.S. narrou modificações significativas em sua vida, com o adoecimento, a maioria ocasionada pelas mudanças no seu corpo. Ressaltou que as alterações físicas, devido às terapêuticas, eram muito difíceis de se adaptar, pois permaneciam, mesmo após o término do tratamento inicial. Justificou que a mudança no seu relacionamento com o marido também se deu pelas alterações corporais, tanto pelos sintomas que afetavam a relação sexual quanto pelas sequelas físicas que lhe causavam desconforto.

Nessa fase de sobrevivência prolongada, é de se esperar que o medo da recidiva esteja presente, como se observou no caso desta entrevistada. E foi nesse momento, que ela buscou retornar às atividades cotidianas, realizar ajustes à rotina, de acordo com suas possibilidades físicas. Dessa forma, apesar de referir sequelas concretas do tratamento e mudanças corporais, E.S. também ressaltou uma melhora progressiva ao retomar atividades como o trabalho.

E.S. mostrou a percepção das mudanças corporais advindas do câncer, referiu dor, mudança da mama, obesidade e lentidão, após tratamentos. O que remeteu a uma coesão entre psique e soma. A clareza que tinha sobre a possibilidade de recidiva da doença ameaçava constantemente sua integração psíquica.

O desânimo que E.S. demonstrou, após o tratamento, advindo principalmente da continuidade das mudanças corporais, revelou concernimento e preocupação com o futuro, demonstrou maturidade.

5.3.6 Entrevistada 6

Apresentação

C., 76 anos, viúva, tinha três filhos, natural de Minas Gerais, católica, analfabeta, aposentada por doença, com renda familiar de até 8 salários mínimos. Antes de se aposentar, trabalhava com limpeza de empresas.

Estava em remissão do câncer há 08 meses e realizou os tratamentos de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A cirurgia retirou um quadrante (a parte da mama em que o nódulo estava). Antes do diagnóstico oncológico, fez acompanhamento de um nódulo benigno, em outra instituição.

C. chegou acompanhada da filha, apresentou-se calma, falava devagar e foi colaborativa. Referiu o momento inicial da doença como difícil, mas manteve tranquilidade, com o seguimento do tratamento:

“Foi engraçado que eu tinha tanto medo e agora eu tô tão calma, que só vendo.”

Relatou que a família sempre esteve presente. No momento do diagnóstico do câncer de mama, uma filha permaneceu calma, a outra, porém, preocupou-se e chorou. Afirma que sempre teve uma vida boa e que sua família nunca lhe deu trabalho. Durante toda a entrevista, citou Deus e referiu que “só peço a Deus para ficar boa” ou “se Deus quiser vou ficar boa”.

1) Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico

Durante a entrevista, C. relatou a retirada do tumor maligno e a exploração da axila, sem necessidade de esvaziamento. Apesar dessa condição, afirmou que a doença lhe proporcionou maior atenção e autocuidado. Não mencionou alterações físicas diante da doença e do tratamento.

“antes eu... agora eu... cuido mais, entendeu?”

“No caso, eu tenho pressão alta, eu comia doce, comia, tenho colesterol alto. Agora já não como mais, porque, né? Né, agora eu tô cuidando mais, né? Medo de morrer eu tenho não.”

2) *Reação ao diagnóstico*

C. tinha um histórico anterior de acompanhamento médico ao diagnóstico oncológico de nódulos benignos. Relatou repercussões psicológicas iniciais, associava a questão da idade ao medo de sentir dor e aos estigmas da doença:

“Eu fiquei preocupada... eu fiquei um pouco preocupada por causa da idade, né? Mais com medo não fiquei não...”

“Eu fiquei um pouco assim nervosa, depois acalmei, não tive mais nada, viu?”

“eu tinha muito medo, o pior foi isso. Que eu tinha medo porque o povo falava que doía muito, o câncer em mim não dói nada. Eu tinha medo de ficar assim, na cama sentindo dor, essas coisas, né?...”

“eu tinha horror. não gostava nem de ouvir falar o nome dessa doença”

3) *Medo da recidiva*

Não apresentou nenhuma fala ou referência sobre o medo da recidiva.

4) *Medo da morte*

C. descreveu que o medo da morte a acometeu quando recebeu o diagnóstico e tomou conhecimento do tratamento, porém, considerava que a idade e sua vida já lhe possibilitavam morrer:

“Por causa da idade eu falei assim, eu vou morrer (risada), eu não vou aguentar. Daí graças a Deus deu tudo certo, né?”

“Depois que operei. Eu fiquei, né? Assim, né? Porque eu falei assim, né? Mas, não tenho medo de morrer não, viu? Morrer... uma hora eu vou morrer também, vai ser em boa hora. Eu tô com setenta e seis. Eu vivi muito também, né?”

Compreensão psíquica:

C. acabara de realizar as terapêuticas iniciais, porém, pouco mencionou sobre os sintomas da doença e do tratamento. Não referiu alterações físicas e

sofrimento com o câncer de mama, apesar de relatar dificuldades iniciais de citar o nome da doença, devido aos seus estigmas.

Assim como se espera nessa fase de sobrevivência, margeada entre a fase de sobrevivência aguda e de sobrevivência prolongada, os pacientes referem a questão da mortalidade, o que esteve presente na entrevista da participante. Porém, esse tema é apresentado sobreposto à questão do envelhecimento e ao reconhecimento de ter tido uma boa vida. Apesar dessa condição, a participante, durante a entrevista, requisitou a Deus que fique bem da doença, mostrou o desejo de que a morte não lhe acometa.

É importante ressaltar que, apesar da escassa referência à repercussão do adoecimento, em sua vida, C. mostrou mais atenção ao autocuidado, preocupava-se em manter sua saúde, devido à experiência do câncer.

C. tinha reações esperadas diante do diagnóstico e do tratamento, relatou nervosismo, inicialmente, e, depois, adaptação à situação. Descreveu uma família presente, preocupada, que a auxiliava.

Diante desse panorama, apesar de não apresentar mudanças diante do adoecimento e tratamento, observou-se nela um amadurecimento pessoal adequado para a idade e reações de acordo com o esperado.

5.3.7 Entrevistada 7

Apresentação

E.M., 37 anos, casada, tinha três filhos (20, 18, 12 anos), natural de São Paulo, evangélica, com Ensino Fundamental incompleto. E.M. apesar de não trabalhar, recebia benefício e sua renda familiar era de até 2 salários mínimos. Antes do adoecimento, trabalhava como diarista.

Estava em remissão do câncer há 19 meses (1 ano e 7 meses) e passou por todas as modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. A cirurgia se constituiu da retirada da mama, incluindo a auréola, e da sua reconstrução com prótese de silicone. Também foi feito o esvaziamento da

axila. Realizava terapia ocupacional, porque tinha problemas para movimentar os braços.

E.M. contou que recebeu o diagnóstico meses após o falecimento da mãe e do pai. A mãe, de infarto, em casa, no mesmo dia em que a havia levado ao hospital, com dores no peito e cansaço, diagnosticados como sintomas de uma intoxicação alimentar. Referiu-se a essa experiência como um momento de crise em sua vida. Acrescentou que perder o pai não foi tão difícil quanto perder a mãe.

Apesar de descrever que tinha uma família unida, optava em ir sozinha às consultas, exames e tratamentos. Acreditava que os filhos mais velhos já tinham a vida deles e quando chegava em casa, de algum compromisso no hospital, apenas informava ao marido o que foi feito.

Relatou com dificuldade o período em que parou de trabalhar, para realizar o tratamento de câncer de mama, afirmou que gosta de sua profissão e que detesta não ter atividade. Para ocupar-se e não ficar com tempo ocioso, buscava cursos de bordado, pintura no tecido, entre outros.

Durante toda a entrevista, afirmou sua procura por formas positivas de lidar com o adoecimento, para evitar pensamentos de recidiva do câncer ou a possibilidade de morte. Apesar dessa condição, referiu-se ao choque inicial com a mudança do corpo. Descreveu a rede de apoio familiar (marido e filhos), sempre presentes e prestativos.

1) Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico

E.M. referiu que as reações físicas ao tratamento oncológico foram difíceis e que principalmente a quimioterapia a impediu de realizar atividades. Descreveu, com riqueza de detalhes, os efeitos dos tratamentos e a ambivalência entre o desejo de realizar atividades e não conseguir, devido aos sintomas. Mesmo com essa condição, E.M. se esforçava em manter uma rotina.

“logo no início eu me senti um pouco cansada, né? Dá uma sensação de cansaço... mas agora eu tô bem. Bem em tudo mesmo. Eu sentia muita dor nas perna, dor nos braço, né? Mas agora... super bem.”

“A quimio... a quimio éee... não é fácil. Porque a quimio ela é assim: logo quando eu tomava no primeiro dia, não sentia nada. Aí no segundo dia que eu sentia a reação dela: as ânsia de vômito, as dores... Então, eu via que ali ela já tava fazendo efeito né. Muitas ânsia de vômito mesmo. E foi as dores que eu sentia, né? Que davam nas perna, formigação... Aí eu sentia. Mas, eu... daí eu fui indo, fui indo, passando os dia, também, eu coloquei na minha cabeça assim pra estudar, né? Eu voltando pra sala de aula. Aí eu fui levando. Mas, muitas vezes não deixei me abater. Não deixava mesmo, porque muitas vezes a quimio queria que eu ficasse só em cima da cama, ali né. Mas de... compensação eu não deixava... eu não ficava em cima da cama ali, com a ânsia de vômito e com as dores, preferia ocupar minha cabeça com alguma coisa, que eu gostasse de fazer. O que eu gostava de fazer era estudar. Como eu tava voltando a fazer o supletivo... aí eu fui pra escola. Fiz o supletivo... algumas atividades eu não podia participar... porque eu via que não dava pra mim fazer, então... mas ali tando com as pessoas foi o que mais me animou.”

E.M. tentou voltar a trabalhar, porém, ainda sentia cansaço, que relacionava ao tratamento e tinha também a percepção de que muitos empregadores não conseguiam entender a necessidade de realizar as avaliações médicas.

“Ah, é que eu sinto muitas dores nas perna. Eu tenho muitas dores nas pernas, eu tenho muitas dores no pé. Eu tentei voltar a trabalhar, né? Depois da cirurgia... e eu vejo que... pra mim... no meu caso, como são... um ano que ainda vai... são dez meses que eu operei, né? Eu tentei, mas eu não consegui. Aí eu preferi encostar... né? Mas eu tô bem. Que eu sinto é muito cansaço. Porque tem serviço que às vezes... muitas vezes, que até sabe a gente vai ter que estar passando, que a gente vai ter que estar fazendo uma avaliação aqui, tem patrão que não entende né. Muitos entendem, mas tem firma que não.”

E.M. descreveu as tentativas de adaptação à sua nova realidade corporal, com a percepção de que seu corpo estava diferente, principalmente com a cirurgia, porém, afirmou que não deixava que isso lhe causasse sofrimento, buscava alternativas para não se “abater”:

“Eu me olho com olhar e eu não vejo nada diferente ni mim. Nada. Nem mesmo quando eu olho pro meu corpo, com as marcas que eu fiquei, né? Com prótese, a gente vê que não é mais o seio da gente, mas a gente tem que manter a cabeça em pé.”

“Eu acho que assim, quando... quando eu... quando eu olhei assim pra mim sem a parte do meu peito, né?... sem a auréola do peito, eu me senti, querendo me olhar de... com outro olhar, mas aí não deixei, né? Me abater.”

“Éee... nunca me imaginava, me olhado né, sem a... minha própria, a minha mama né. Mas aí a gente, dá uma recaída, mas aí tive que me manter super bem né.”

“Hoje eu já me encaro, com olhar de diferença. Me olho no espelho, me amo do mesmo jeito. Que eu sempre me amava, né? E muitas vezes assim, eu tô levando a minha vida, mas eu não me deixo me abater em nada.”

2) *Reação ao diagnóstico*

E.M. identificou o diagnóstico oncológico muito próximo à morte dos pais, e afirmou que isso lhe trouxe mais sofrimento. Ainda se colocava como uma pessoa que teve mais dificuldade em identificar os sintomas, devido à sobreposição de situações, como a morte de seus pais e a intensa rotina de trabalho que realizava naquele momento:

“Então, eu já tinha perdido minha mãe e meu pai há poucos meses quando eu recebi esse diagnóstico. E seis meses após que minha mãe faleceu eu recebi o diagnóstico. Vocês imagina como que minha cabeça não ficou né. Pai ainda a gente tenta se... manter, mas a mãe não. A minha deitou e não acordou mais. Aí, eu investigando as dores no meu peito, cansaço na minha vida, foi que eu descobri que eu tava com câncer de mama.”

“(...) comecei a passar mal mesmo, depois que tinha, né? Que foi dois meses depois da morte do meu pai, que ela foi embora. Então pra mim, mexeu muito comigo. Muito mesmo. Sentia muito cansaço, trabalhava em cinco casas, como diarista.”

E.M. referiu o momento do diagnóstico como muito difícil, porém, como antes, sempre considerou que deveria se manter bem e realizar os tratamentos indicados:

“E eu me sentia super cansada, então às vezes eu sentia formigamento nos braços, muitas vezes eu notava que o braço inchava, um peito tava diferente do outro, mas as minhas mamografia não dava nada. Até que eu vim pra cá o Dr. F. pegou e pediu uma biópsia. Aí na biópsia que constou que eu tava com câncer. Então, foi uma baque assim, muito forte pra mim. Mas, aí eu falei tenho que pensar agora ni mim, né? Porque se eu for deixar eu sei que isso daqui, tem pra algumas... se a gente detectar logo, sabe que tem cura, se detectar tarde, sabe que não tem, né? Porque a gente tem que ter ciência disso. Então o Dr. F. quando deu o diagnóstico também já deu encaminhamento pra quimio, fiz tudo direitinho e em janeiro cheguei a operar. Tirei as duas mamas. Ele já fizeram a cirurgia da prótese e aqui eu tô, super bem, tive que me manter bem, né?”

3) Medo da recidiva

E.M. evitou pensar sobre o retorno da doença, contou que preferia pensar que não havia mais problema algum, porém, reconheceu a possibilidade de recidiva, por escutar e observar histórias de outras pacientes:

“Eu não, eu muitas vezes, eu nem imagino que tenho problema nenhum. Eu posso abrir minhas fichas, meus prontuário, eu não fico pensando que ‘eu tenho esse problema’... eu faço de conta que não tenho problema nenhum. E pra mim tá funcionando super bem. E tô sendo super forte em tudo. Às vezes tem que fazer exame, tô aqui eu faço, mas eu não fico pensando no que vai dar o diagnóstico, eu tento não pensar. E se dar também, se eu tenho que fazer, eu vou passar por aquele tratamento, que é muito importante pra mim saber, né?”

“Então, esse vem, como assim, muitas vezes eu olho o problema aqui, eu ouço uma história: a pessoa chega e fala “Ah eu fui no médico, refiz um exame, deu tal diagnóstico voltou”. E se eu vim aqui fiz o mesmo exame que aquela pessoa fez, eu... eu ponho na minha cabeça que o meu diagnóstico não vai dar. Penso que ele vai ser outro diagnóstico que vai tá ali naquele papel. E eu tento não pensar.”

“E assim eu me mantenho, porque só pensar num diagnóstico triste, a gente vai... sempre ouve história triste, né? Então eu penso que a nossa história tem que ser diferente. E eu ponho na minha cabeça assim. Super bem.”

“Tem umas que... a gente fica... torce pra que... não sai mais nada. Mas infelizmente tem diagnóstico, história de outras pessoas que vêm na outra parte do corpo... vem já de outro estado já avançado.”

“Ah, eu fico muito triste. Triste, porque, muitas vezes, a gente se apega nas histórias, né? Porque a gente conhece muitas pessoas aqui, né? E muitas vezes quando a gente chega até no câncer, pergunta: a pessoa tem cirurgia vamos supor daqui um ano atrás. Às vezes a pessoa volta e quando você pensa que não, ela já partiu. Então, isso mexe muito com a gente. Muito. Mas e tem... história de muitos amigo aqui que venceram. Então, eu tento pensar que a minha história ‘eu vou vencer!’ Que eu sou mais uma vencedora.”

Apresentou a compreensão de que a doença poderia voltar, apesar de sempre afirmar que evitou esse pensamento, enfatizou as atitudes que deveria tomar quando isso acontecesse:

“... né? Que a gente sabe que ele pode voltar, mas infelizmente ele volta quietinho, daqui a pouco ele é enraizado. Então eu penso assim que, eu não tô pensando se ele vai voltar. Penso que ele não vai mais voltar. Eu tô sempre assim. Não vai voltar mesmo. E eu, tento manter minha cabeça sempre em pé e se também eu chegar num ponto e saber que ele voltou, eu

vou correr do mesmo jeito do mesmo jeito que eu corri quando eu detectei o primeiro.”

4) *Medo da morte*

Apesar de não expressar diretamente o medo da morte, E.M. trazia a percepção de que o câncer estava diretamente ligado a esse tema. Dessa forma, muitas pessoas já se desesperam por esse motivo, porém, acreditava que o câncer de mama é uma doença que pode ter cura, dependendo do estágio em que foi descoberto:

“Porque quando a pessoa recebe um diagnóstico que tá com câncer, tem muita gente que se deses... assim, elas fica deses... desesperada, acha que é a morte, que é o fim... e não é o fim.”

“Porque tem gente que só sabem o diagnóstico pelo olhar da televisão. Sobre o estar com câncer, tem muitos pensa que o câncer não tem cura, eles acham que câncer nunca vai ter cura. Nunca vai. Mesmo quem investe, né? Eles acham que nunca vai ter cura.”

“E pra medicina tem doença que não tem cura. E pro câncer de mama dependendo do estágio, tem cura.”

Compreensão psíquica:

E.M. referiu modificações com o câncer de mama, em relação à interrupção do seu trabalho e mudança do corpo. Apesar de ficarem claras essas mudanças, E.M. não se aprofundou no tema das alterações físicas e, em toda a entrevista, buscou apresentar uma visão positiva da forma como lidava com a doença.

A entrevistada encontrava-se na fase de sobrevivência prolongada, que é associada ao final dos efeitos colaterais físicos e retorno às atividades cotidianas, com ajustes decorrentes de sintomas mais duradouros do tratamento e da doença. E.M. mostrou repercussões psicológicas esperadas nessa etapa, como o medo da recidiva, e ainda, devido à sua dinâmica pessoal, buscava reestabelecer sua rotina.

E.M. mostrou, a partir do câncer, uma postura ativa, buscava atividades que não a deixassem apenas concentrada no adoecimento. Apresentou-se como uma pessoa que conquistara a recuperação e que se adaptava a situações de crise. Apesar de essa atitude facilitar o enfrentamento da enfermidade, notou-se que ela

tinha dificuldade para falar sobre questões que poderiam gerar sofrimento e evitou expressar sentimentos.

E.M. evitou falar dos sentimentos relacionados ao câncer e apresentou-se como uma pessoa que conquistou a recuperação e que se adaptava. Observou-se uma integração psíquica, em que, apesar das atividades ocuparem um papel de amenizar as angústias relacionadas à situação da doença, também representavam manter a sua rotina e a continuidade de sua vida.

5.3.8 Entrevistada 8

Apresentação

A. tinha 64 anos, era natural de São Paulo e católica. Possuía Ensino Fundamental completo. Trabalhava como doméstica, numa casa de família, e tinha renda familiar de até 2 salários mínimos. Era viúva, há 23 anos, quando o marido faleceu em um acidente de carro. Tinha um filho, de 37 anos, com quem morava, mas quando este chegava do trabalho, ela, normalmente, já dormia. Afirmou que na sua rotina caseira permanecia mais tempo sozinha. Era a filha caçula de uma prole com mais 2 irmãs e 3 irmãos, seus pais estavam mortos. Relatou que, na época da entrevista, mantinha pouco contato com seus irmãos.

Estava em remissão do câncer há 32 meses (2 anos e 8 meses) e realizou os tratamentos de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A cirurgia consistiu na retirada da mama, incluindo a auréola, e a sua reconstrução, com prótese de silicone. Na época da entrevista, estava em acompanhamento com a terapia ocupacional, devido à dificuldade de movimentação dos braços. O filho sempre a levou às consultas médicas, exames e sessões de quimioterapia.

Relatou o falecimento de uma irmã, com câncer ginecológico, e que ela acompanhava todo o seu tratamento, numa época em que não trabalhava. Referiu que ao estar presente no hospital, todos os dias, compartilhava todo seu sofrimento.

Descreveu a si mesma como uma pessoa caseira e introspectiva, que nunca conseguiu expressar como se sentiu, com os problemas que viveu. A. contou que, na época da entrevista, sentia-se triste e sozinha. Afirmou que eram os mesmos

sentimentos que a acometeram, quando da morte da mãe, há 33 anos, e, posteriormente, do marido. Não sabia o que era um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

1) Alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico

A. afirmou que a quimioterapia e a cirurgia eram dois tratamentos que lhe causaram dificuldades, devido à repercussão física. Com a quimioterapia, teve muitos efeitos colaterais, que desaparecem após o término dessa terapêutica. Já com a cirurgia, descreveu sequelas físicas que a impediam movimentar o braço e atrapalhavam suas atividades diárias:

“Ah, eu, pra mim foi a quimio... a quimioterapia.”

“Ah, por causa do... do efeito que ela faz, né? Na pessoa, né? Um efeito assim, não comia, não tinha vontade de comer...”

“Passava dois três, dias assim sem comer nada. Nada. Eu tinha que comer, né? Pra ficar forte. Pra aguentar a quimio a cada vinte um dias. Então é, cheguei a ficar três meses sem poder fazer porque a minha imunidade tava muito baixa e é isso, né?”

“igual, igual não ficou, que eu não posso fazer o que eu fazia antes, né? Eu não tenho assim... eu tô até fazendo um tratamento até hoje porque não consigo levantar o meu braço, tá vendo?”

“Tento levantar e ele não vai, tá preso, parece que tem uma coisa presa assim, que não deixa o braço levantar.”

A. explicou que a cirurgia retirou a auréola e colocou uma prótese de silicone. A entrevistada referiu que não sofria ao lidar com essas mudanças, pois não se considerava uma pessoa vaidosa:

“quanto a isso, eu não sou vaidosa, não. O que eu não quero é passar pelo que... tenho medo, né? Que nem levantar o braço, né? Eu não sei se eu... se eu f... se eu mexer vai piorar, vai melhorar, eu não sei, né?”

2) Reação ao diagnóstico

A. não referiu, durante toda a entrevista, sua reação ao diagnóstico do câncer de mama. Porém, demonstrava dificuldade no enfrentamento da doença oncológica, em que tinha oscilações de humor, durante os dias, com predomínio do sentimento de tristeza.

“Ah, eu tenho dias que eu me sinto bem. Tem dias que eu tô, assim pra baixo. Então, mas eu não na medida do possível acho que eu tô bem. Eu acho, não sei, né?”

“Ah eu fico com aquela tristeza aquela, sabe? Não sei, é difícil de explicar, né?”

“Ah, eu... fico pensando no que eu passei né..., que não foi... que não foi nada fácil né. Quando... é uma coisa terrível que a gente passa, né?”

3) *Medo da recidiva*

A. relatou o medo de que a doença oncológica retornasse, apesar de sentir que, com o decorrer do tempo, esse medo diminuiu, afirmou que não gostaria de passar novamente pelo tratamento, ao qual atribuía todo o sofrimento, nesse período:

“Ah que eu tenho que voltar. Tenho medo que ele volta. Não quero, não queria passar por isso de novo né. É muito... é muito dolo... é muito dolorido assim... muito sofrimento, né?”

“Agora, agora, eu tô ficando mais tranquila eu tinha medo que ele voltasse, te falei... mas ainda tenho medo, né? Não passou aquele... aquele período de cinco anos, que eles falam, né? Porque eu... eu vi minha irmã que ela morreu de câncer também. O quanto que ela sofreu.”

4) *Medo da morte*

A. conseguiu descrever o medo da morte a partir da morte da irmã, que também teve câncer, e da morte do marido, que sofreu um acidente de carro. No caso da irmã, acentua a questão do sofrimento que padeceu, durante todo o percurso da doença. Dessa maneira, apesar de não deixar explícita a possibilidade de morte decorrente do adoecimento oncológico, referiu sua preocupação em morrer e deixar o filho sozinho, já que sua família era constituída apenas por eles dois.

“Ah eu vi praticamente a doença toda dela. Porque pra... pra mim, foi como... como a gente tava em... era... era mais ligada ela foi pra mim com contou. Não deu pra contar com meus irmãos né. Então vi todo o sofrimento dela. Sofreu bastante, coitada. E eu tenho medo disso, né? Eu num... que a gente sabe que vai morrer, né? O problema é o sofrimento, né?”

“Penso no meu filho, porque... se acontecer alguma coisa pra mim, ele vai ficar assim, desorientado, né?”

“sai, né? Né? pra trabalhar... bateu o carro... morreu... é duro!”

Compreensão psíquica:

Durante a entrevista, A. não apontou modificações significativas em sua vida, após o adoecimento. Apresentou-se como uma pessoa introspectiva e com dificuldade de se expressar, mesmo antes do diagnóstico de câncer, seus sentimentos e suas crises, aos outros. Observou-se, na entrevistada, humor entristecido e forte sentimento de solidão, emoções presentes em situações anteriores de sua vida.

A entrevistada estaria na fase de sobrevivência prologada, referindo questões como o medo da recidiva e tangenciando o tema da morte. Apesar de serem repercussões esperadas para esse momento do adoecimento, percebeu-se que sua retomada da vida pregressa não foi a ansiada e não conseguiu estabelecer relações interpessoais e adaptar sua rotina à sua nova condição física e psicológica.

A. não se preocupava com as alterações físicas, até porque não se considerava uma pessoa vaidosa. Seu cuidado com a saúde e com seu corpo ocorreu para que não tivesse problemas que pudessem interromper suas atividades laborais, como, por exemplo, realizar a prevenção do linfedema. A participante apresentou uma coesão frágil entre psique e soma, sua principal queixa, em relação aos tratamentos oncológicos, estava na diminuição das atividades devido à sua condição física.

Sua maior preocupação, com relação ao câncer, pareceu ser ativada pelo medo da recidiva, com seguimento para uma morte dolorosa e sofrida. Também referiu o tema da morte relacionada ao outro, ao não querer deixar o filho desamparado. A situação de desamparo é observada durante toda a entrevista e pode remeter a uma experiência anterior, em que não teve o suporte necessário para alcançar o seu desenvolvimento psíquico.

6. DISCUSSÃO

O grupo entrevistado foi composto por mulheres, em grande parte, casadas, nascidas em São Paulo e com Ensino Fundamental incompleto. A renda familiar das participantes era, na maioria, de até dois salários mínimos. Elas representam uma parcela das pacientes da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, hospital que atende ao público por intermédio do SUS – Sistema Único de Saúde.

Em relação às escalas aplicadas, na HAD, a maior parte das participantes não apresentou sintomas de ansiedade e depressão, apenas três tiveram resultados com indícios de sintomas de ansiedade e, entre elas, uma também apresentou indícios de sintomas depressivos.

Os resultados das escalas corroboraram os dados da literatura, em que Campos (2010), Graner, Cezar, Teng (2008) e Carvalho (2008) destacam a incidência de quadros de ansiedade e transtorno de humor, em uma parcela de pacientes portadores de câncer. Porém, as escalas podem não ter tido alcance na avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, como o esperado, dada a dificuldade de diagnosticá-los, devido aos sintomas desencadeados pela própria doença oncológica.

Em relação ao sentimento de desesperança, avaliado pela Escala BHS, metade, ou seja, quatro das participantes apresentaram o nível mínimo de desesperança, ou seja, sem manifestações mais relevantes; duas indicaram nível leve, com baixa expressividade para a pesquisa, enquanto outras duas expuseram nível moderado. Dessa forma, não ficaram confirmados os índices constantes na literatura específica. Macieira e Maluf (2008) ressaltam sofrimento com desprazer e desesperança de vida, em pacientes com câncer.

As escalas não acusaram resultados estatisticamente significativos para avaliação das repercussões psicológicas na vida das participantes, após o adoecimento oncológico, em função da amostragem limitada e não foram constatados índices relevantes de sintomas de ansiedade, depressão e desesperança.

Todas as participantes tinham histórico de cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e apenas duas não se submeteram à hormonoterapia. Apesar de considerar as mesmas categorias de tratamentos, para cada paciente é formulado um esquema, de acordo com o estágio do câncer diagnosticado, o tipo de câncer de mama, entre outros critérios médicos. Assim, as pacientes podem se submeter a diversos tipos de cirurgia, como a retirada total da mama ou a retirada total da mama com a conservação de pele ou a retirada de um quadrante da mama, ou a extirpação seletiva do local onde o nódulo maligno está localizado, com a devida margem de segurança. Possibilidades, com ou sem reconstrução da mama. O mesmo pode acontecer na quimioterapia, em que há várias propostas quimioterápicas, que podem acontecer antes ou depois da cirurgia, ou em ambos os momentos. Apesar das diferenças, neste trabalho não foram levadas em conta as múltiplas escolhas terapêuticas e não se pode generalizar as repercussões psicológicas de cada paciente, uma vez que realizaram distintos esquemas de tratamento, apesar de serem as mesmas modalidades.

Esta pesquisa mostrou que as variações e intensidades das repercussões psicológicas são influenciadas, primeiramente, pela organização da personalidade. Apesar de haver a ideia de que quanto maior o tempo de remissão, menores as repercussões psicológicas relacionadas ao impacto do câncer, essa relação nem sempre acontece. Em pacientes com saúde psíquica, com o tempo, a variedade e a intensidade das repercussões psicológicas diminuem, como é esperado na Psico-Oncologia. No entanto, nos casos das participantes que mostraram fragilidade na integração do si mesmo e falhas na organização da personalidade, notou-se que as repercussões psicológicas não diminuíram, podem até terem se intensificado, ao longo dos anos.

Isso pôde ser observado com as Entrevistadas 4 e 1. O caso da Entrevistada 4, que estava há 1 ano e 1 mês em remissão, apresentava, na compreensão psíquica, integração do si mesmo e melhor adaptação às questões do adoecimento. Enquanto a Entrevistada 1, que tinha o maior tempo de remissão da amostra desta pesquisa, 4 anos e 8 meses, apresentou falhas estruturais de personalidade e diversas dificuldades diante do diagnóstico e tratamentos oncológicos.

Dessa forma, as repercussões psicológicas das participantes, variaram de mulher para mulher, conforme relatado na teoria. Maluf (2006) descreve que essa variação ocorre de acordo com a idade, personalidade, experiência de vida, relacionamentos sociais e familiares, e a história psicológica e psiquiátrica da paciente.

A teoria de Mullan (1985) descreve três fases de sobrevivência do paciente oncológico, que se inicia com a fase aguda, que consiste no período do diagnóstico e do tratamento; seguindo para a fase de sobrevivência prolongada, em que os pacientes estão em remissão oncológica e termina o curso mais rigoroso do adoecimento e, por último, a fase de sobrevivência permanente, em que já se passou todo o momento de controle da doença. Mullan (1985) descreve as repercussões psicológicas esperadas, de acordo com cada fase de sobrevivência do câncer.

Também foi observado que as fases sistematizadas por Mullan (1985) precisam de uma teoria de apoio. Pode-se dizer que a teoria de Winnicott contribuiu para a compreensão das participantes que apresentaram dificuldades no desenvolvimento pessoal e falhas na integração e tiveram reações ímpares, ou desencontradas, com o momento do adoecimento, o que não condiz com o que é esperado, segundo os estudos de Mullan (1985). A Entrevistada 1, por exemplo, apresentou repercussões psicológicas similares às descritas na fase de sobrevivência aguda do câncer, enquanto pelo que seria idealizado por Mullan (1985) estaria na transição entre as fases de sobrevivência prolongada e permanente. Apresentou angústia diante do período do diagnóstico e tratamento, como se ainda estivesse vivendo aquele momento, não conseguindo retomar sua vida e com um medo intenso da recidiva da doença.

Por outro lado, participantes com integração psíquica e organização saudável de personalidade mostraram reações de acordo com as fases descritas por Mullan (1985), como o caso da Entrevistada 5. Ela referiu sua dificuldade em lidar com as consequências do tratamento, medo da recidiva, realizou ajustes na rotina, de acordo com sua possibilidade física, e ressaltou sentir-se melhor com o retorno ao trabalho. Essas são reações esperadas e descritas por Mullan (1985), na fase de sobrevivência prolongada.

Nota-se que, quando a paciente é considerada madura, segundo a linha de desenvolvimento pessoal de Winnicott, mais repercussões psicológicas são esperadas e encontradas na literatura da Psico-Oncologia. Porém, pacientes imaturas no seu desenvolvimento pessoal não apresentam repercussões psicológicas aguardadas pelas pacientes com câncer de mama e nas fases de sobrevivência. Supõe-se que, como Winnicott (1990, p. 30) descreve: “O ser humano saudável é emocionalmente maduro tendo em vista sua idade no momento”, também a paciente com câncer de mama pode ser considerada saudável se apresentar reações emocionais de acordo com o momento do adoecimento.

As participantes entrevistadas e avaliadas como maduras, do ponto de vista do desenvolvimento pessoal, ou seja, as que estabeleceram uma base da saúde mental e da personalidade, nos estágios iniciais do amadurecimento, apresentaram uma melhor capacidade em retomar a vida. A Entrevistada 4 referiu o desejo de retornar às atividades anteriores e percebeu o tratamento e seus efeitos colaterais como temporários. A Entrevistada 5 relatou preocupação e preocupação com o futuro. Enquanto a Entrevistada 6, a partir do adoecimento, melhorou o seu autocuidado, prestou mais atenção à sua saúde. A Entrevistada 7, apesar de sua dificuldade em relatar sentimentos sobre o câncer, buscou alternativas para lidar com o adoecimento e atividades que não a deixassem apenas focada nessa experiência.

Segundo Moraes (2014), a partir do estabelecimento das tarefas e conquistas, nos estágios iniciais, a base da personalidade está assegurada. Ainda assim, o indivíduo terá dificuldades inerentes à vida e seus conflitos, terá uma vida própria, dará continuidade ao seu existir. Esse indivíduo integrado é uma pessoa capaz de viver de modo adequado à sua idade.

As entrevistadas avaliadas com maturidade psíquica passaram pela vivência do adoecimento, relataram suas preocupações, dificuldades e problemas diante dessa experiência, porém, conseguiram retomar ou enxergar a possibilidade de continuidade da vida, fora do contexto da doença. Em todos os casos, as entrevistadas apresentaram a noção de realidade, com a ideia de que deveriam cuidar do próprio corpo e da saúde. Winnicott (1990) acentua que o desenvolvimento

emocional sadio fornece ao indivíduo a percepção de uma saúde física, noção que essas participantes expuseram durante as entrevistas.

No entanto, quando analisadas as entrevistas de participantes que não possuíam as bases de personalidade, ou seja, maturidade psíquica, compreendeu-se que elas apresentaram maior dificuldade em retomar sua vida anterior e mostraram uma percepção distorcida do adoecimento. Laurentiis (2008) e Moraes (2014) acentuam que os indivíduos que não alcançam a conquista do si mesmo apresentam problemas referentes à relação tempo/espço, ao alojamento da psique no corpo e à capacidade de se relacionar.

No caso da Entrevistada 1, apesar de a participante possuir o maior tempo de remissão, manteve-se apavorada com a possibilidade de recidiva e esquivava-se de relacionamentos amorosos. A Entrevistada 3 não era capaz de reconhecer a gravidade do câncer, colocava sua vida em risco e não mostrava vontade de continuar a trabalhar. A Entrevistada 8 reviveu sentimentos que acompanharam toda sua vida, como o desamparo, o medo da reincidência oncológica e de uma morte dolorosa.

No caso da Entrevistada 2, avaliada com uma dissociação psicossomática decorrente da não integração em uma unidade pessoal, era considerada a mais imatura, dessa forma, para ela, a doença tampouco significava mudança na vida e não trazia qualquer repercussão psicológica. No caso dessa participante, passou a impressão de que o câncer não aconteceu com ela. Não foi possível perceber, da maneira postulada por Winnicott (1990), que a entrevistada possuísse uma unidade, dotada de interior e exterior.

A análise das entrevistas por categorias (*alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico, reação ao diagnóstico, medo da recidiva, medo da morte*) realizou-se a partir da teoria winnicottiana, com apoio dos estudos da Psico-Oncologia. Enquanto os estudos da Psico-Oncologia definem, com clareza, as repercussões psicológicas, em geral, foi observada a importância da teoria de Winnicott para esclarecer e fundamentar as variações e diferenciações das atitudes e comportamentos das participantes, levando-se em conta a estrutura da personalidade de cada uma. A análise das entrevistas por categorias apresentou

dados relevantes diante da avaliação psicológica, que colaboraram para um entendimento das repercussões psicológicas das participantes, após a vivência do adoecimento oncológico. Agora, faremos a análise de cada categoria.

Na categoria referente às *alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*, é comum as pacientes citarem desconfortos consequentes das terapêuticas oncológicas, em seu cotidiano. Relativo a isso, destaca-se que o tratamento quimioterápico foi considerado, pelas participantes, como o mais agressivo para o corpo e que trouxe maior sofrimento. Das oito entrevistadas, quatro delas, as Entrevistadas 1, 4, 7 e 8, relataram que a quimioterapia trouxe implicações e mudanças em suas vidas. Em alguns casos, como o da Entrevistada 1, que fez questão de ressaltar que não iria voltar a realizar novo tratamento quimioterápico, mesmo que essa decisão resultasse em morte, por acreditar que essa terapêutica foi pior que o próprio adoecimento.

Outra observação importante, ainda na categoria *alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*, é que três entrevistadas apresentaram insatisfação com o resultado cirúrgico. A Entrevistada 1 considerou que uma mulher não é mais a mesma após a cirurgia e que o resultado estético é feio. A Entrevistada 5 também se referiu a resultados estéticos ruins, qualificou suas mamas, depois da cirurgia, como feias. Já a Entrevistada 8 relatou o resultado insatisfatório pelas limitações que trouxe à sua vida e por causa das dores que se mantinham.

Outro aspecto, ainda na categoria *alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*, é o da prótese de silicone. Nos relatos de duas das oito entrevistadas, as participantes reclamaram não adaptar-se a ela. A Entrevistada 3 contou que teve que retirar a prótese e não se sentia preparada para colocá-la novamente, por apresentar um resultado cirúrgico desfavorável. A Entrevistada 4 referiu que não se adaptou à prótese, ressaltou não sentir que faça parte de seu corpo e que se pudesse a retiraria, a considerava como algo estranho a ela, que evidenciava, lembrava, o adoecimento.

É importante ressaltar que em termos de amadurecimento pessoal, a Entrevistada 3 apresentou falhas no desenvolvimento emocional, não apenas quanto

à prótese de silicone, mas também por evitar procurar o serviço de Saúde. Enquanto a Entrevistada 4 apresentou um amadurecimento psíquico adequado e a prótese aparentava ter uma representação do adoecimento, como algo que não seria colocado se não estivesse doente, evidenciando sua boa coesão do corpo.

Ainda nessa categoria, *alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*, das oito entrevistadas, cinco referiram a questão do trabalho, destas, três abordaram as dificuldades diante das interrupções, devido ao tratamento e suas consequências. Seabra e Porto (2013) apontam que a mulher diante do câncer de mama passa por diferentes mudanças significativas em sua vida, entre elas, o trabalho. Mullan (1985), em seu artigo sobre as diferentes fases de sobrevivência, apresenta que na fase de sobrevivência prolongada, as pacientes têm que lidar com as consequências físicas do tratamento em suas casas, na comunidade e no trabalho, nesse momento, voltam a estabelecer as relações com empregadores e outros contextos sociais. Nesta pesquisa, a maioria das participantes estava na fase de sobrevivência prolongada e se esperava que a atividade laboral fosse uma questão apresentada por elas.

A Entrevistada 3, a partir da doença, mostrou o desejo de aposentadoria, descreveu que não desejava mais trabalhar. Em contrapartida, a Entrevistada 4 expressou o desejo de retornar ao trabalho. A Entrevistada 5 relatou tanto a interrupção do trabalho como de suas atividades cotidianas, destacou que não consegue exercer as mesmas funções, e que gostaria de retomar a vida anterior, por ser melhor que a atual. A Entrevistada 7 tentava retomar a atividade laboral, mas relatou muito cansaço e dificuldade de retorno após o adoecimento. As interrupções também foram citadas pela Entrevistada 8, que retomou o trabalho, porém, tinha mais dificuldades de realizar suas atividades devido às consequências cirúrgicas.

Apesar dessa condição, nota-se que as Entrevistadas 4, 5 e 7 descreveram o incômodo de não trabalhar e do cansaço, devido às sequelas do tratamento, assim como relataram a vontade de retorno a essa atividade. Essas entrevistadas apresentaram uma integração do si mesmo e uma organização de personalidade saudável. No entanto, as Entrevistadas 3 e 8, que também referiram a questão do trabalho, descreveram a dificuldade em realizá-lo. A Entrevistada 3 afirmou a vontade de não trabalhar mais. Essas entrevistadas apresentaram falha na estrutura

de personalidade e imaturidade psíquica que colaboraram com a dificuldade de retomarem as atividades laborais.

Novamente, é importante associar a análise com base na teoria de Winnicott. A Entrevistada 3 não tinha o desejo de voltar ao trabalho, em sua organização psíquica, mostrou-se mais imatura e com menor possibilidade de retomar sua vida anterior ao adoecimento. Enquanto a Entrevistada 4, que manifestou seu sofrimento com o câncer e ficou verdadeiramente triste com as perdas do adoecimento, mostrou o desejo de retomada da vida pregressa e a vontade de retornar ao trabalho. A possibilidade de retomar a vida está relacionada com as bases de personalidade já estabelecidas.

Ficam confirmados, nesta pesquisa, os apontamentos realizados por Menezes, Schultz e Peres (2012), em que o diagnóstico e a implementação dos tratamentos oncológicos podem gerar sofrimento na mulher e tendem a afetar suas relações interpessoais. Almeida, Guerra e Filgueiras (2012) também ressaltam que as repercussões na imagem corporal, em decorrência do câncer, podem trazer consequências em diversos âmbitos da vida da mulher, como na relação sexual, conjugal, autoestima e feminilidade. Das entrevistas realizadas, duas participantes apresentaram problemas nos seus relacionamentos afetivos, atribuindo a causa dessa condição às alterações físicas. A Entrevistada 1 não procurou novas relações afetivas, já que afirmou ter vergonha de mostrar seu novo corpo. Antes do câncer de mama, foi casada e, após a viuvez, teve dois relacionamentos, não pensava mais em se relacionar, devido às consequências do adoecimento. A Entrevistada 5 afirmou que a relação com seu marido estava alterada pela dificuldade em expor seu corpo e também pelos efeitos colaterais da hormonoterapia, não conseguia ter a satisfação sexual anterior à doença.

É importante ressaltar que, na avaliação com base na teoria winnicottiana, a Entrevistada 1 apresentou falha na organização da sua personalidade, em que não conseguia retomar sua vida anterior, pelas ameaças à sua existência, seu eu, em relação ao seu corpo e com o outro. Esta participante, mesmo após 4 anos e 8 meses em remissão da doença, não conseguiu se adaptar ao seu corpo e estabelecer novos relacionamentos. Já no caso da Entrevistada 5, sua dificuldade no relação amorosa pareceu ser um efeito duradouro dos tratamentos e uma fase

esperada da sobrevivência prolongada, em que, nesse momento, voltam a reestabelecer as atividades em casa e com sua família. Já no caso da Entrevistada 5, sua dificuldade na relação amorosa pareceu ser um efeito duradouro dos tratamentos e acentuada pela fase da sobrevivência prolongada, em que, nesse momento, voltam a reestabelecer as atividades em casa e com sua família.

O último aspecto relativo à categoria *alterações físicas e psicológicas em decorrência do tratamento oncológico*, assim como apontado na literatura, Maluf (2006) destaca que o câncer de mama tem como característica aumentar o senso de responsabilidade consigo mesma. Como foi o caso da Entrevistada 6, que, a partir do tratamento oncológico, começou a cuidar de outras doenças prévias, que não dava a atenção necessária.

Na categoria *reação ao diagnóstico*, notou-se que duas das oito entrevistadas relataram tranquilidade ao receber o diagnóstico, e descreveram poucas reações diante dessa situação específica, parecendo que minimizavam o seu impacto. As participantes, no caso, são as Entrevistadas 2 e 3, que, durante toda a entrevista, mostraram poucas reações psicológicas, pela impossibilidade de lidar com a realidade, devido às falhas na conquista do si mesmo e falta de maturidade psíquica. Dessa forma, para se defenderem da ameaça à vida, que a notícia de ter um câncer de mama impõe, acabaram por criar defesa às angústias. É importante ressaltar que, no caso da Entrevistada 2, a dissociação psicossomática passa a impressão de que a doença nem tinha acontecido com ela.

Já a *reação ao diagnóstico*, em casos de pacientes com uma organização de personalidade saudável, notou-se que expressam sentimentos referentes ao diagnóstico e seguem realizando o tratamento de forma adequada. Esses foram os casos das Entrevistadas 4, 5, 6 e 7.

É importante destacar que, com a Entrevistada 4, apareceram situações em que gradualmente a participante assimilou a doença e, por isso, lidou com o adoecimento com mais tranquilidade. Nesse caso, ela esperou 5 meses para receber o diagnóstico, em função da demora no sistema de Saúde. Durante esse período, recebeu indicações da possibilidade do câncer de mama, que a fizeram, gradativamente, adaptar-se à situação.

Há casos de outras participantes que, com respeito à mesma categoria, afirmaram, claramente, que ficaram nervosas e choraram com o diagnóstico. Quando expressaram o que sentiam também deram a entender que, apesar do sentimento de tristeza e da dificuldade, acabaram por realizar o tratamento de forma adequada. Foi o caso das Entrevistadas 5, 6 e 7, que citaram um momento de grande dificuldade ou de medo, porém, a superação pela forma adequada de conduzir o tratamento prevaleceu.

Ainda na categoria de *reação ao diagnóstico*, um fato que chamou a atenção foi o medo, ou como a Entrevistada 1 relatou o “pavor”. Durante as entrevistas, a palavra medo permeou ou margeou diversos discursos, mas, no caso dessa categoria, a palavra apareceu em dois contextos diferentes, para mostrar como esse sentimento pode interferir na maneira de agir da paciente. No caso da Entrevistada 1, o medo ou o pavor, foi descrito e desencadeou a possibilidade de desistir do tratamento, por considerar a doença uma sentença de morte. Já com a Entrevistada 2, houve uma passagem em que ela citou o sentimento de medo, e referiu que isso a fez procurar o médico para, posteriormente, receber o diagnóstico de câncer de mama. Dessa forma, o medo teve um papel favorável, que levou a participante a procurar o serviço de Saúde.

Na categoria do *medo da recidiva*, a maioria das participantes manifestou a percepção da possibilidade de retorno da doença, porém, apenas a Entrevistada 5 relatou a questão da apreensão, durante as consultas médicas de controle, com o objetivo de checar a saúde e rastrear a recidiva. Essa categoria revelou que a grande importância dada, pelas participantes, ao possível retorno do câncer foi adquirida a partir da experiência relacional com outros pacientes. Por mais que a equipe de saúde troque informações com as pacientes, a compreensão é elaborada a partir de conversas com outros portadores da doença. Portanto, a importância desse acontecimento é que a relação entre os pacientes possibilita a formação de conhecimento sobre o adoecimento oncológico.

A Entrevistada 1 descreveu a percepção de uma possível recidiva, a partir do retorno do câncer na mãe de um antigo relacionamento amoroso dela. A Entrevistada 3 disse ter ouvido falar sobre a possibilidade, porém, não acreditava que pudesse acontecer com ela. As Entrevistadas 4, 5 e 7, durante o tratamento,

acabaram por conhecer pessoas em que a doença retornou. No caso da Entrevistada 8, que conheceu a recidiva a partir do câncer da irmã e referiu o medo de sofrer com essa possibilidade.

Diante da categoria *medo da morte*, notou-se que muitas participantes tangenciavam esse tema, e não conseguiam abordá-lo de forma direta. Assim, ficou nítido que elas perceberam a ligação entre o câncer e a morte, como ressaltado por Carvalho (1992), porém, observou-se que essa questão é um tabu, que as participantes demonstraram dificuldade para falar sobre esse tema e discutir como se sentem nesse contexto.

Grande parte das participantes citou que o câncer de mama é uma doença que não tem cura, como as Entrevistadas 1, 4, 5 e 8. Acrescentaram a dificuldade em falar sobre o tema da morte. A pesquisa concorda com Kovács (2008), quando destaca que a Medicina não está pronta para lidar com processos longos de adoecimento, em situações que exijam cuidados técnicos. A Entrevistada 8 acentuou que um dos seus medos, diante da morte, era o sofrimento.

É importante ressaltar que, para Winnicott (1990), o desenvolvimento humano deve ser estudado, desde a concepção até a morte, sendo essa a sua última etapa. No entanto, Winnicott (1968) acentua que, para perceber a morte, é necessário ter maturidade psíquica, ter integração psíquica. O que é percebido, no caso da Entrevistada 6, que referiu ter uma boa vida e não temer a morte, pois esta viria em um bom momento. Essa participante já estava na fase do envelhecimento e foi avaliada como detentora de integração psíquica, dessa forma, pode-se esperar uma percepção adequada da morte.

Observou-se, de maior relevância ainda, a necessidade da intervenção da Psicologia na avaliação de casos como o da Entrevistada 3, que passou a falsa impressão de que estava mais fortalecida do que na realidade pareceu e a equipe de saúde não teria o preparo específico para compreender essa condição. A entrevistada, devido à sua organização de personalidade, não evidenciava demanda psicológica para os profissionais da equipe de saúde, não psicólogos, e poderia não procurar o serviço de Saúde quando tivesse seu quadro clínico agravado. A Entrevistada 3 mostrou a percepção de que a equipe médica se surpreendeu com

sua reação ao tratamento e com sua tranquilidade, porém, quando os pontos cirúrgicos se abriram, após 15 dias da sua cirurgia, não percebeu a gravidade do seu quadro, demorou para recorrer ao serviço de Saúde e não entendeu a necessidade de ficar internada. Casos como o da Entrevistada 3 foram exemplos importantes de pacientes que mostraram uma impressão de domínio e calma com o tratamento, mas que, devido à falta de percepção da realidade, apresentaram baixa adesão ao tratamento e dificuldade no cuidado da saúde.

Mesmo que Winnicott (1990) faça poucas referências aos aspectos psicológicos, em caso de adoecimento oncológico, considera que ainda existe um fator emocional desencadeado por ele. Esta pesquisa quer deixar claro que o câncer de mama provoca diversas repercussões psicológicas e afirma que como elas acontecem em cada paciente também vai depender da saúde psíquica e do desenvolvimento emocional de cada uma delas.

7. CONCLUSÃO

Com a mudança de percepção quanto ao câncer não ser sempre uma doença fatal e com o crescente sucesso das terapêuticas oncológicas, o olhar para as pacientes que já tenham passado pelos tratamentos iniciais do câncer de mama, e estejam em remissão da doença, revelam que o término de um período de tratamento não significa o fim das preocupações com a enfermidade.

Conclui-se a importância da atuação da Psicologia na reabilitação psicossocial das pacientes portadoras de câncer de mama, com a finalidade de colaborar com a retomada de vida após o adoecimento, buscando atenuar as incapacidades causadas por essa patologia e suas modalidades terapêuticas, promovendo uma melhor reintegração social e qualidade de vida.

Este estudo também esclarece, através do relato das pacientes submetidas aos tratamentos iniciais, questões relacionadas ao período de diagnóstico, tratamento, medo da recidiva e da morte. Assim, auxilia nas formas de intervenção, com a visão retrospectiva desses temas, abrange não apenas o período de pós-tratamento, como também todas as outras etapas do adoecimento.

As repercussões psicológicas apresentadas na primeira remissão de câncer variam de acordo com a organização da personalidade de cada indivíduo. Assim, apesar da importância fundamental da Psico-Oncologia no bem-estar das portadoras de câncer, esta pesquisa também considera de extrema importância a fundamentação teórica, que permitiu contextualizar a paciente e ter consciência da sua totalidade e não apenas das repercussões que são esperadas no adoecimento oncológico.

O autor Donald Woods Winnicott se mostrou de grande valor na fundamentação teórica, com seus estudos sobre o amadurecimento pessoal, ao auxiliar no esclarecimento de que o câncer de mama acarreta repercussões psicológicas na vida da mulher, porém, a forma como cada paciente reage ao diagnóstico e ao tratamento e, posteriormente, retoma suas atividades cotidianas, depende da organização da sua personalidade.

Pacientes que não apresentam integração do si mesmo mostram maior implicação da doença na vida e em suas rotinas atuais, com dificuldade de retomar a vida anterior à enfermidade. Indivíduos que tiveram um bom início do amadurecimento pessoal e, por isso, podem ser considerados mais maduros e integrados, mostraram-se mais capazes de lidar com questões pessoais e com a realidade, assim como lidar com as circunstâncias do adoecimento.

Nesse contexto, a equipe de saúde deve primar por uma avaliação psicológica, para compreender a forma como esse indivíduo vivencia o adoecimento oncológico, a partir da sua experiência de vida pregressa. Compreender quais são os entraves no desenvolvimento pessoal de quem está com câncer de mama é formular o diagnóstico com o qual é possível compreender as condições que o indivíduo dispõe para transformar a perda e quais são as suas necessidades, em termos psicoterapêuticos, assim como, qual será a sua adesão ao tratamento e o seu relacionamento com a equipe médica.

Dessa forma, a interligação entre os estudos da Psico-oncologia e Psicanálise winnicottiana se mostra útil para o desenvolvimento de um trabalho da Psicologia mais conciso e com uma visão mais detalhada do indivíduo, o que possibilita intervenções específicas, de acordo com a necessidade das pacientes.

Apesar de este estudo visar analisar pacientes em primeira remissão de câncer de mama, a avaliação psicológica, com base em uma fundamentação teórica, mostra-se de grande valor para qualquer etapa do adoecimento, colaborando para uma melhor compreensão e interpretação da paciente e permitindo uma atuação mais coesa durante todo o adoecimento.

Com este trabalho, pretende-se avançar nos temas da Psico-Oncologia e gerar subsídios para psicólogos, oncologistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros profissionais da área da Saúde, que tratem pacientes com câncer de mama, para que conheçam melhor suas necessidades e dificuldades, através das particularidades de suas vidas, e para que disponham de mais recursos para atuar com as demandas que surgem em suas práticas de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. et al. Construindo o Significado da Recorrência da Doença: A Experiência de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 9, p. 63-69, 2001. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 07 dez. 2013.
- ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p. 1003-1029, 2012.
- AURELIANO, W. A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Estudos Femininos**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 296, janeiro-abril/2009.
- BARROS, M. C. M. de. A experiência da recidiva em pacientes oncológicos: convivendo com a incerteza. In: VEIT, M. T. (Org.) **Transdisciplinariedade em Oncologia**: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.
- BORGES, A. D. V. S. et al. Percepção da Morte pelo Paciente Oncológico ao Longo do Desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 2, n. 11, p. 361-369, 2006.
- BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, p. 285-289. jun. 1998.
- CAMPOS, E. M. P. **A Psico-Oncologia**: uma nova visão do câncer – uma trajetória. 2010. 155 f. Tese (Livre Docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- CAPONERO, R.; LAGE, L. M. Quimioterapia. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 155-167.
- CARVALHO, V. A. de. Atendimento Psicossocial a Pacientes de Câncer. In: KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e o Desenvolvimento Humano**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. Cap. 12. p. 204-225.
- _____. Transtorno de ansiedade em pacientes com câncer. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 257-270.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007, 247p.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em Português da Escala Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 172p.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DÓRO, M. P. O cuidado interdisciplinar no caminho da cura. In: VEIT, M. T. (Org.) **Transdisciplinariedade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado**. São Paulo: HR Gráfica e Editora, 2009.

FREGONESE, A. A. et al. Psico-oncologia. In: BRUSCATO, W. L. et al. (Org.) **A Psicologia na Saúde: da atenção a alta complexidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 273 -286.

GRANER, K. M.; CEZAR, L. T. S.; TENG, T. T. Transtornos de humor em Psico-Oncologia. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 243-256.

HOLLAND, J. C. Historical Overview. In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. H. **Handbook of Psychoncology**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1989, p. 3-21.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação Geral de Ações estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativas 2014: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 126 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

_____. **Hormonoterapia**. [20--] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=103>. Acesso em: 31 mai. 2015.

KOVÁCS, M. J. A Aproximação da Morte. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 388-397.

_____. **Educação sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____. Medo da Morte. In: KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e o Desenvolvimento Humano**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. Cap. 2. p. 14-27.

LANZA, L. F. **Histórias de mulheres sobreviventes ao câncer de mama**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15012013-150720/>>. Acesso em: 2014-05-14.

LAURENTIIS, V. R. F. **Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott**. 2008. 231 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIBERATO, R. P. Dimensão Feminina e o Câncer. In: CHAGAS, C. R. et al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. p. 1371-1373.

LOPARIC, Z. Esboço do paradigma winnicottiano. **Cadernos de história e filosofia da ciência**, v. 11, n. 2, p. 7-58, 2002.

MACIEIRA, R. C.; MALUF, M. F. Radioterapia. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 303-315.

MALUF, M. F. M. O Luto no Câncer de Mama. In: PIATO, S.; PIATO, J. R. M. **Doenças da Mama**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 259-239.

MENEZES, N. N. T.; SCHULZ, V. L.; PERES, S. R. Impacto psicológico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 17, p. 233-240, Mai-Ago 2012.

MORAES, A. A. R. E. **Depressão na Obra de Winnicott**. São Paulo: Dww Editorial, 2014.

MULLAN, F. Seasons of Survival: reflection of physician with cancer. **N. Engl. J. Med. N.**, England, v. 4, n. 313, p. 270-3, July 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Are the numbers of cancer cases increasing or decreasing in the world?** 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>>. Acesso em: 21 abr. 2012.

_____. **Câncer**. [20--]. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/cancer/en/>>. Acesso em: 21 abr. 2012.

PERDICARIS, A. A. M. A Cirurgia de câncer e suas fronteiras. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 145-149.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Personalidade e câncer de mama: Produção Científica em Psico-Oncologia. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 611-620, Dez.-2009.

PINTO, C. A. S.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Sobreviventes de cancro: uma outra realidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 16, p. 142-148, Jan-Mar. 2007.

PONDÉ, D. Z. F. **O Conceito de Medo em Winnicott**. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Filosofia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SALVAJOLI, J. V.; SILVA, M. L. G. Radioterapia. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 150-154.

SEABRA, R. C.; PORTO G. P. G. A Psico-Oncologia no cuidado do câncer de mama. In: CARBONARI, K.; SEABRA, R. C. (Org.) **Psico-Oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida**. São Paulo: Editora Comenius, 2013. p. 163-182.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Será que não vai acabar nunca: Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 17, p. 61-568, Jul-Set. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA – SBM (2011) Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/rastreamento-diagnostico-cancer-de-mama/cancer-de-mama-9.htm>>. Acesso em: 20 de março de 2014.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa: clínico-qualitativa**. São Paulo: Vozes, 2003.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. de. Radioterapia. In: CARVALHO, V. A. de et al. (Org.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 15-20.

VERMONT, M. H. R. R. Cuidados gerais às sobreviventes do câncer de mama. In: CHAGAS, C. R. et al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. p. 1371-1373.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento individual. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983 (1963). cap. 7, p. 79-87.

_____. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

_____. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005 (1967). p. 3-22.

_____. O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005 (1958). cap. 1, p. 3-20.

_____. Sobre as bases para o self no corpo. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994. cap. 37, p. 203-218.

_____. Sum: Eu sou. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em Casa**. São Paulo: Martins Fontes, 2005 (1968). p. 41- 51.

ZECCHIN, R. N. **A Perda do Seio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**. v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA****Data de preenchimento:** ____/____/____**Telefones:** _____**1. Idade:** _____ anos**2. Data de nascimento:** ____/____/____**3. Etnia:**

(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Mulata (5) Outros

4. Estado Civil:

(1) Nunca fui casada (2) Casada (3) Convivente/União Estável (4) Viúva

(5) Divorciada/Separada

5. Tem filhos? (1) Sim (2) Não**6. Se sim, quantos filhos:** _____**7. Naturalidade: Estado:** _____**8. Tempo de residência na cidade:** _____**9. Cidade:**

(1) Grande São Paulo (2) Interior de São Paulo (3) Litoral de São Paulo (4) Outros Estados

10. Escolaridade:

(1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo

(4) Ensino Médio incompleto (5) Ensino Médio completo (6) Superior completo

11. Situação ocupacional atual:

(1) Estudante (2) Assalariada (3) Autônoma

(4) Desempregada (5) Nunca trabalhou e/ou estudou (6) Não trabalha, mas recebe benefício.

(7) Dona de Casa (8) Aposentada – Motivo: _____ Tempo: _____

12. Renda familiar:

(1) até 2 salários mínimos (2) até 4 salários mínimos (3) até 6 salários mínimos

(4) até 8 salários mínimos (5) acima de 8 salários mínimos

13. Religião:

(1) Católica (2) Protestante-Cristiano (3) Evangélica

(4) Espírita (5) Nenhuma (6) Outra religião

14. Qual é o seu diagnóstico? _____**15. Tempo de tratamento:** _____**16. Tratamentos realizados:**

(1) Cirurgia (2) Quimioterapia (3) Radioterapia (4) Hormonoterapia

APÊNDICE B

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA – INVESTIGAÇÃO DE REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DO CÂNCER

1. Como você tem se sentido após o término dos tratamentos oncológicos realizados (cirurgia, quimioterapia e radioterapia)?
2. Quais foram as mudanças que aconteceram na sua vida com o adoecimento?
3. Como era a sua vida antes do adoecimento oncológico e como é agora?
4. Com que frequência você pensa sobre o câncer?
5. Como você se sente diante das pessoas após o adoecimento?
6. O que você sente que está fora do lugar na sua vida?

ANEXOS

ANEXO A

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD

Nome: _____ Registro: _____ Data: ____/____/____

Marque a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana

A Eu me sinto tenso ou contraído

- 3 () a maior parte do tempo
2 () boa parte do tempo
1 () de vez em quando
0 () nunca

D Ainda gosto das mesmas coisas que antes

- 0 () sim, do mesmo jeito que antes
1 () não tanto quanto antes
2 () só um pouco
3 () já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- 3 () sim, e de um jeito muito forte
2 () sim, mas não tão forte
1 () um pouco, mas isso não me preocupa
0 () não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- 0 () do mesmo jeito que antes
1 () atualmente um pouco menos
2 () atualmente bem menos
3 () não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações

- 3 () a maior parte do tempo
2 () boa parte do tempo
1 () de vez em quando
0 () raramente

D Eu me sinto alegre

- 3 () nunca
2 () poucas vezes
1 () muitas vezes
0 () a maior parte do tempo

A Consigo ficar à vontade e me sentir relaxado

- 0 () sim, quase sempre
1 () muitas vezes
2 () poucas vezes
3 () nunca

D Eu estou lento pra pensar e fazer coisas

- 3 () quase sempre
2 () muitas vezes
1 () de vez em quando
0 () nunca

A Eu tenho uma sensação ruim de medo

- como um frio na barriga ou um aperto no estômago
0 () nunca
1 () de vez em quando
2 () muitas vezes
3 () quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3 () completamente
2 () não estou mais me cuidando como deveria
1 () talvez não tanto quanto antes
0 () me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar

- 3 () sim, demais
2 () bastante
1 () um pouco
0 () não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0 () do mesmo jeito que antes
1 () um pouco menos do que antes
2 () bem menos do que antes
3 () quase nunca

A De repente tenho a sensação de entrar em pânico

- 3 () a quase todo momento
2 () várias vezes
1 () de vez em quando
0 () não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa

- 0 () quase sempre
1 () várias vezes
2 () poucas vezes
3 () quase nunca

ANEXO B

ESCALA DE DESESPERANÇA BECK (*BECK HOPELESSNESS SCALE – BHS*)

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com “C”, indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com “E”, indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	☐ C	☐ E
2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.	☐ C	☐ E
3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.	☐ C	☐ E
4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	☐ C	☐ E
5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	☐ C	☐ E
6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	☐ C	☐ E
7. Meu futuro me parece negro.	☐ C	☐ E
8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	☐ C	☐ E
9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	☐ C	☐ E
10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	☐ C	☐ E
11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.	☐ C	☐ E
12. Não espero conseguir o que realmente quero.	☐ C	☐ E
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	☐ C	☐ E
14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	☐ C	☐ E
15. Tenho uma grande fé no futuro.	☐ C	☐ E
16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.	☐ C	☐ E
17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.	☐ C	☐ E
18. O futuro me parece vago e incerto.	☐ C	☐ E
19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.	☐ C	☐ E
20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	☐ C	☐ E

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **“A Mulher e o Câncer: a vida após diagnóstico e tratamento oncológico”**, pela pesquisadora e psicóloga Diana Bomeny Espallargas, CRP 06/89120. O objetivo deste estudo é investigar as repercussões psicológicas das pacientes em remissão, com a finalidade de desenvolver intervenções que favoreçam a prática desses profissionais.

Esta pesquisa não inclui medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção ou risco sobre as participantes. Ao aceitar participar deste estudo, você será entrevistada pela pesquisadora e responderá às questões referentes a dados sociodemográficos, ansiedade, depressão, desesperança e repercussões psicológicas do câncer.

Sua participação precisa ser voluntária e se você decidir não participar ou desistir de participar, ao longo do estudo, seu tratamento nesta instituição seguirá normalmente, sem qualquer prejuízo.

Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será realizada pelas pesquisadoras. Caso o material venha a ser utilizado para a publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-las, estando garantida a confidencialidade, o sigilo e a privacidade, conforme a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

As pacientes que aceitarem participar da pesquisa podem receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos a ela relacionados. A pesquisadora estará à disposição através do telefone (11) 2176-7980, ou no endereço Rua Santa Isabel, 305, Bairro Santa Cecília, São Paulo.

Declaro que li as informações e recebi todos os esclarecimentos necessários junto à pesquisadora e concordo em participar do estudo. Recebi uma via deste documento que ficará em meu poder.

Data: São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Nome da participante: _____

Documento de identificação: _____

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____