UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde

Laboratório de Ensino e Pesquisa
em Psicologia da Saúde
FFCLRP-USP

Janaína de Fátima Vidotti

Descobrimo o câncer de mama:

Uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica

Ribeirão Preto

2017

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde

Laboratório de Ensino e Pesquisa
em Psicologia da Saúde
FFCLRP-USP

Janaína de Fátima Vidotti

Descobrimo o câncer de mama:

Uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e
Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Ribeirão Preto

2017

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.

Vidotti, Janaína de Fátima

Descobrimdo o câncer de mama: uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica. Ribeirão Preto, 2017.

183 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento. Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1. Câncer de mama. 2. Comunicação diagnóstica. 3. Pacientes. 4. Médicos. 5. Fenomenologia.

Este estudo foi desenvolvido junto ao

Apoio financeiro:

Esta Dissertação de Mestrado foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de março a maio de 2015, e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), no período de junho de 2015 a março de 2017, mediante concessão de bolsa de Mestrado, processo número 2015/04445-2.

Nome: Vidotti, Janaína de Fátima

Título: Descobrindo o câncer de mama: uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovada em: ____ / ____ / 2017

Comissão Julgadora

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pela abertura de oportunidades e pelas possibilidades oferecidas ao longo de minha formação desde os primeiros anos do curso de graduação, por guiar-me até aqui e por sempre acreditar em meu potencial e no vigor de meu trabalho, auxiliando-me com maestria no desbravamento de caminhos e me encorajando a buscar e a me apropriar cada vez mais do meu *mundo-vida* e de mim mesma.

Aos/às queridos/as colegas do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq), por compartilharem generosamente de seus aprendizados, me enriquecendo com suas descobertas e novos conteúdos, e por estarem sempre dispostos a colaborar com o desenvolvimento dos integrantes do nosso grupo de pesquisa, compartilhando bons momentos de trocas e resultando em um conjunto coeso de pesquisadores em formação.

Ao Prof. Dr. William Barbosa Gomes e Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda, que compuseram a banca do Exame de Qualificação de Mestrado, pela disponibilidade imediata, pelo esmero e generosidade com que olharam para o meu trabalho, compartilhando dicas e referências preciosas, e pelo interesse em contribuir para o meu processo de desenvolvimento.

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), por abrir as portas para mim e aceitar minha proposta de desenvolvimento do projeto no Ambulatório. Agradeço, em particular, ao Prof. Dr. Hélio Humberto Angotti Carrara e ao Prof. Dr. Jurandyr Moreira de Andrade, coordenador das atividades da Divisão/Unidade de Mastologia e Oncologia Ginecológica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP), que se interessaram pelo meu trabalho e me acolheram com prontidão, responsabilizando-se por minha inserção e mediando a aproximação com os/as profissionais e pacientes da instituição.

Ao apoio financeiro concedido a esta pesquisa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entre março e maio de 2015, e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), na forma de Bolsa de Mestrado (processo número 2015/04445-2), entre junho de 2015 e março de 2017.

Aos meus pais, Sidney e Rosemary, por serem meus pilares de sustentação, sempre me apoiando em minhas jornadas e incentivando meu crescimento. Vocês são exemplos de força, amor, respeito, cuidado e dedicação pela vida. Com vocês não tem tempo ruim: é sempre hora de acordar, viver, celebrar e sonhar. Com vocês aprendi que, quando lutamos, tudo tende a dar certo, basta correr atrás dos nossos sonhos e estar feliz.

Às minhas irmãs Jaqueline e Júlia, por alegrarem e colorirem minha vida, cada uma com seu jeito único, por completar-me e me fazer sentir uma saudade deliciosa de estar com vocês todos os dias. Vocês me transportam para um mundo lúdico, uma dimensão da vida na qual tudo é mais leve e doce.

Às minhas amigas Mariana e Bruna que, mesmo não tão perto fisicamente, fazem-se presentes em todos os momentos: vocês estão nas minhas lembranças e em meus planos. Obrigada por me acompanharem e por aceitarem dividir comigo a sorte e também as mazelas da vida. Com vocês a caminhada fica mais fácil.

Às minhas amigas Geovana e Camila, com quem divido não só o apartamento, mas também momentos de todos os tipos, cores e texturas. Vocês foram meu suporte durante todo o mestrado, com quem pude dividir cotidianidades e profundidades tão significativas como essenciais.

À minha amiga e colega de laboratório de pesquisa, Mayara, por sua imensa generosidade, suporte, doçura e sabedoria. Por compartilhar momentos pessoais e profissionais comigo,

ajudando-me sempre com extrema disponibilidade e conselhos preciosos. Em você encontrei mais do que uma companhia para trilhar o caminho da pós-graduação. Encontrei uma amiga, que me acompanhará pela vida afora.

Ao meu namorado, Rafael, por oferecer espaços em sua vida para me ouvir, acolher e acalmar, sempre com muita tranquilidade e amor. Obrigada por todo o respeito, dedicação e paciência demonstrados nos momentos difíceis, por ser responsável por muitos dos meus momentos felizes, pela paz que você me transmite e por ser um companheiro incrível.

Às pacientes colaboradoras desta pesquisa, por compartilharem comigo suas histórias de vida e por me permitirem estar com vocês no delicado momento de vida em que se encontravam, ao se depararem com o imponderável da vida e as facticidades da existência. A vocês que, mesmo nos momentos mais desafiadores, tiveram a generosidade de me aceitar e de me dar seus testemunhos, estando comigo por inteiro. Agradeço, sobretudo, por me ensinarem sobre luta, força, esperança, transformação e amor.

Aos/às médicos/as colaboradores/as deste estudo, por me oferecerem espaço em sua corrida rotina profissional, abrindo sua agenda em meio a tantas atribuições cotidianas para exercerem a tarefa nada fácil de refletir sobre si e seu trabalho. Obrigada pela disponibilidade interna de encarar suas próprias vivências e compartilhá-las comigo.

“Mas que coisa é homem,
que há sob o nome:
uma geografia?

Um ser metafísico?
Uma fábula sem
signo que a desmonte?

Como pode o homem
sentir-se a si mesmo
quando o mundo some?

Como vai o homem
junto de outro homem
sem perder o nome?

[...]

Por que chora o homem?
Que choro compensa
o mal de ser homem?

Mas que dor é homem?
Homem como pode
descobrir que dói?

Há alma no homem?
E quem pôs na alma
algo que a destrói?

Como sabe o homem
o que é sua alma
e o que é alma anônima?

Para que serve o homem?
Para estrumar flores,
para tecer contos?

Para servir o homem?
Para criar Deus?
Sabe Deus do homem?

E sabe o demônio?
Como quer o homem
ser destino, fonte?

Que milagre é o homem?
Que sonho, que sombra?
Mas existe o homem?”

Carlos Drummond de Andrade, *Especulações em torno da palavra homem*.

RESUMO

Vidotti, J. F. (2017). Descobrimdo o câncer de mama: uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

O evento do câncer de mama pode ser traumático para a mulher que o vivencia, impactando e alterando sua qualidade de vida, principalmente em termos da organização da vida cotidiana, familiar e social, o que implica na necessidade de se adaptar às novas condições de existência e às transformações que podem resultar em uma nova identidade pessoal e social. No momento do diagnóstico de câncer de mama, diversos sentimentos são vivenciados, dentre os quais se destacam a desesperança, angústia e medo do desconhecido, sendo o impacto do diagnóstico muitas vezes considerado como uma vivência extremamente significativa, que influencia todo o processo até a reabilitação da pessoa adoentada. Além disso, os profissionais da saúde são considerados elementos importantes no enfrentamento do câncer, principalmente quando informam sobre a doença e sua evolução, bem como quando confortam e encorajam a mulher durante o diagnóstico e tratamento. O objetivo deste estudo é compreender a vivência do processo de comunicação do diagnóstico de câncer de mama na perspectiva da mulher e do médico informante. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, prospectivo e apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa. Colaboraram com o estudo seis mulheres que se encontravam em processo de investigação diagnóstica e que receberam, posteriormente, a confirmação do câncer de mama, e seis médicos oncologistas que são responsáveis pela comunicação do diagnóstico. Os colaboradores foram recrutados no Serviço de Mastologia e Oncologia Ginecológica da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Os instrumentos utilizados foram: Formulário de Dados Sociodemográficos do LEPPS; entrevista aberta, desenvolvida a partir de questão norteadora; e diário de campo. A análise dos dados foi pautada no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia. Os resultados mostram que a comunicação do diagnóstico de câncer de mama é vivenciada como uma experiência complexa, tanto para as pacientes quanto para os/as médicos/as. Ao mesmo tempo em que se vê como transmissor da má notícia, o/a médico/a compreende seu papel como aquele/a que também oferece possibilidades de vida para a pessoa adoecida. Quanto às mulheres, é possível apontar que a vivência desse processo é uma experiência liminar, não linear e passível de significação singular, pela qual perpassam diversos

sentimentos paradoxais, como medo, incerteza, angústia, tristeza, tranquilidade, esperança e indiferença, que suscitam diferentes modos (negação, enfrentamento, aceitação), de lidar com as facticidades do adoecimento. Conclui-se que, tanto para as pacientes quanto para os/as médicos/as, é importante que se valorizem as singularidades em seus modos de existência, buscando oferecer espaço para manifestação de subjetividades, a fim de alcançar um cuidado integral tanto na perspectiva de quem cuida como na de quem é cuidado.

Palavras-chave: Câncer de mama. Comunicação do diagnóstico. Pacientes. Médicos. Fenomenologia.

ABSTRACT

Vidotti, J. F. (2017). Discovering breast cancer: a phenomenological understanding of the experiences of the diagnostic communication process. Thesis (Master's Degree), Faculty of Philosophy, Sciences and Letters at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The event of breast cancer can be traumatic for who experiences it, impacting and changing these women's quality of life, mainly in terms of the organization of daily family and social life, implying the need to adapt to new conditions of existence and to the transformations that may result in a new personal and social identity. At the time of the diagnosis, several feelings are experienced, among which despair, anguish and fear of the unknown stand out, being the impact of the diagnosis often considered as an extremely significant experience that influences the entire process until the rehabilitation of the patient. In addition, health professionals are considered important elements in coping with cancer, especially when they inform about the disease and its evolution, as well as when they comfort and encourage women during the diagnosis and treatment. The objective of this study is to understand the experience of the communication process of the breast cancer diagnosis from the perspective of the woman and the physician diagnosing the condition. This is a descriptive, exploratory and prospective qualitative research. Six women who underwent diagnostic investigation and who subsequently received confirmation of breast cancer and six oncologists who are responsible for communicating the diagnosis collaborated with the study. The collaborators were recruited at the Department of Mastology and Gynecological Oncology of the Gynecology and Obstetrics Service at the Hospital das Clínicas of the Ribeirão Preto Medical School. The instruments used were: Sociodemographic Data Form of the LEPPS, open interview, developed based on a guiding question; and a field diary. The data analysis was based on the theoretical and methodological framework of Phenomenology. The results show that both patients and physicians go through the communication of the breast cancer diagnosis as a complex experience. At the same time as the physicians see themselves as transmitters of the bad news, they understand their role as the people who also offer possibilities of life for the sick person. As for the women, it can be appointed that the experience of this process is liminal, nonlinear and of singular significance, through which they go through different paradoxical feelings, such as fear, uncertainty, anguish, sadness, tranquility, hope and indifference, which arouse different ways (denial, coping and acceptance) of dealing with the particularities of the illness. It is concluded that, for both patients and physicians, it is important to value the singularities in their

modes of existence, aiming to provide space for the manifestation of subjectivities, in order to achieve integral care from the perspectives of those who care and those who receive care.

Keywords: Breast cancer. Diagnostic communication. Patients. Doctors. Phenomenology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Etapas do processo diagnóstico e respectivos procedimentos de pesquisas.....	62
Tabela 3. Caracterização socioeconômica das pacientes colaboradoras	71
Tabela 2. Caracterização socioeconômica dos médicos colaboradores	74
Tabela 4. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como é vivenciar a possibilidade de estar com câncer de mama”	88
Tabela 5. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como foi receber o diagnóstico de câncer de mama”	91
Tabela 6. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como está sendo a vivência do pós-diagnóstico”	94
Tabela 7. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como é comunicar um diagnóstico de câncer de mama”	111
Tabela 8. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Relação médico-paciente”	113
Tabela 9. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Formação e preparação para a realização de uma comunicação diagnóstica”	115

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DC	Diário de campo
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
LEPPS	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
REMA	Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa em Reabilitação de Mastectomizadas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. PREÂMBULO	23
1.1. Inquietações da pesquisadora: o encontro pessoal com o fenômeno	23
1.2. Rastreamento dos passos do percurso de formação: aproximação ao tema	24
2. INTRODUÇÃO	27
2.1. O câncer de mama	27
2.1. O diagnóstico de câncer de mama	30
2.1. Comunicação de más notícias	32
2.1. Marco teórico-metodológico: A Fenomenologia	37
3. JUSTIFICATIVA	49
4. OBJETIVOS	51
5. MÉTODO	53
5.1. Estratégia metodológica	53
5.2. Delineamento da pesquisa	54
5.3. Colaboradores	55
5.4. Cenário do estudo	56
5.5. Instrumentos	56
5.6. Procedimento	60
5.6.1. Coleta de dados	60
5.6.2. Análise de dados	63
5.7. Considerações éticas	70
6. RESULTADOS	71
6.1. Caracterização dos colaboradores	71
6.2. Colaboradoras pacientes	76
6.2.1. Descrição	76

6.2.2. Redução.....	86
6.2.3. Interpretação.....	97
6.3. Colaboradores médicos.....	105
6.3.1. Descrição	105
6.3.2. Redução.....	110
6.3.3. Interpretação.....	115
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES.....	137
ANEXOS	179

1. PREÂMBULO

1.1. Inquietações da pesquisadora: o encontro pessoal com o fenômeno

Impossível escrever este preâmbulo sem me perguntar quando que as temáticas relacionadas ao adoecimento se tornaram tão atraentes ao meu olhar e, conseqüentemente, tão próximas a mim. Quando olho para minha história de vida, percebo que não me deparei com muitas perdas em minha vida – das pessoas mais próximas e significativas, apenas meu avô paterno, que partiu quando eu tinha quatro anos. Mas de uma coisa eu sei: o adoecer e a morte sempre me despertaram curiosidade. A mobilização familiar, as perdas significativas do adoecido em vida, a dor da morte precoce, a fé, a revolta, a compaixão, o clima de consternação gerado na família. Tudo me saltava aos olhos e me despertava sensações indefinidas. E foi assim que, logo no início do curso de graduação em Psicologia, comecei a traçar meu caminho na direção da – tentativa de – compreensão do adoecer e seu entrelaçamento existencial. Lancei-me, então, no segundo ano de Faculdade, no mundo da pesquisa científica, abraçando o desafio de compreender como mulheres que haviam tido câncer de mama estavam sobrevivendo. Posteriormente, já mais amadurecida quanto aos meus anseios e possibilidades, optei pelos estágios na área da saúde, por meio dos quais continuei minha busca pela compreensão das vivências de pacientes e familiares ante o adoecimento por câncer. Identificava nessas tarefas alguns nós, que eu gostaria de poder desatar, e queria cada vez mais me aproximar para captar de perto as vivências e os contextos.

Muitos colegas me perguntam: “Jana, como você consegue trabalhar com doença?” E eu sempre respondo reafirmando que gosto e que não me imagino trabalhando em outras áreas da Psicologia. Na verdade, o que eu gostaria de dizer é: “trabalhar com o adoecimento é sensacional”. Explico. Quando você trabalha com a ideia de morte, é com vida que você está lidando. *Yin-yang*, doce e amargo, preto e branco. Os supostos pares antitéticos se definem, simplesmente, pela contrariedade. Complementam-se, não são antagônicos, assim como o binômio vida-morte. A oposição não significa que esses pares estão em extremos distintos. Significa que são possibilidades diferentes. A possibilidade de morte dá espaço para a vida. E é nesse interstício que o indivíduo adoecido tende a aproximar-se da vida, respirar vida, lamentar vida, esperar vida, e viver a vida que lhe cabe viver. A vida, simplesmente, em sua nudez. Assim, é de vida que falamos o tempo todo! Quando se adoecer, é para a vida que se olha e é dela que se pretende cuidar. E é sobre essa profissão de vida que desenvolvo este trabalho:

sobre como as pessoas voltam-se para suas vidas quando o adoecimento se apresenta, anunciando a possibilidade de abreviar os seus dias.

Hoje, guardo muitas histórias dentro de mim. São narrativas que me constituem como pessoa, profissional e pesquisadora em Psicologia. Hoje, tenho aprendido cada vez mais a relativizar vida e morte, sucesso e fracasso, felicidade e dor. Acredito que a polarização do sofrimento acaba por engessar o sujeito adoecido. É preciso sim olhar para as perdas. Elas estão aí e precisamos cuidar das dores que elas envolvem. Mas nos cabe também resgatar as possibilidades existenciais do doente, de sua família e da equipe multiprofissional. Compreender que a vida – pelo menos como nós a conhecemos – se encerra com a morte, única certeza humana, mas que não podemos esquecer da vida que acontece e se manifesta diariamente, inclusive e principalmente nos adoecidos: em um abraço caloroso, em uma escuta ativa, em um passeio, em uma boa refeição, na esperança renovada, na reformulação e elaboração de novos planos e, é claro, no amor e na compaixão pelos que sofrem.

1.2. Rastreado os passos do percurso de formação: aproximação ao tema

Minha aproximação ao tema câncer de mama se iniciou após assistir a uma aula ministrada pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, orientador da presente pesquisa, na disciplina *Seminários de Pesquisa I*, quando eu era aluna do primeiro ano do curso de Psicologia da FFCLRP-USP. Essa disciplina é oferecida logo no primeiro ano da graduação e objetiva apresentar e iniciar o aluno no contexto da pesquisa científica. Nessa aula, foi apresentada a linha de pesquisa *Repercussões psicológicas das doenças crônicas*, que imediatamente despertou meu interesse, levando-me a procurar o docente em busca de uma compreensão mais detalhada sobre o trabalho a ser desenvolvido. O interesse foi imediato e, assim, no meu segundo ano de graduação, fui inserida no grupo de pesquisa – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS. Após algumas reuniões para discussão e direcionamento do tema de pesquisa a ser abordado, comecei a desenvolver um projeto de Iniciação Científica que teve por objetivo compreender as experiências de mulheres mastectomizadas de longo termo, ou seja, daquelas pacientes que haviam recebido o diagnóstico e passado pelos tratamentos para o câncer de mama havia pelo menos cinco anos.

Logo no segundo semestre de 2011, em meu quarto período da graduação, fui inserida, primeiramente como observadora, no Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa em Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (REMA-EERP-USP). O REMA é um grupo multidisciplinar de apoio às mulheres que foram submetidas à mastectomia e que estão em processo de reabilitação física e

psicossocial. Dentre seus objetivos, destaca-se o de prestar assistência integral à mulher com câncer de mama e apoio a seus familiares. O REMA existe há 26 anos e, desde sua fundação, promove atividades de reabilitação psicossocial e presta atendimento gratuito às mulheres mastectomizadas, estimulando seus papéis e habilidades sociais dentro de seus contextos de vida. Em 2012, mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, assim como a concessão de bolsa de mestrado da FAPESP (processo 2012/11945-3), dei início à coleta e concomitante análise de dados, que se estenderam até meados de 2014, culminando na defesa da Monografia intitulada *“Sobreviver ao câncer de mama: experiências de mulheres mastectomizadas de longo termo”*, em outubro de 2014, em meu quinto ano de graduação.

Além de desempenhar o papel de pesquisadora, também tive a oportunidade de atuar neste serviço como estagiária de Psicologia. Em fevereiro de 2013, dei início ao Programa de Estágio Profissionalizante no REMA, que prevê a realização de atividades assistenciais, nas modalidades grupal e individual, e que se encerrou formalmente em dezembro daquele ano. O estágio é coordenado pelo orientador desta pesquisa, que também é psicólogo da equipe do REMA, sendo responsável pela coordenação da equipe de Psicologia do serviço. Nesse estágio, fui responsável pelo atendimento individual de usuárias do serviço (psicoterapia individual na abordagem existencial-fenomenológica). Os atendimentos eram realizados semanalmente, nos dias e horários de funcionamento do serviço. Também vivenciei o papel de observadora (e, eventualmente, co-coordenadora) dos grupos verbais. Também participei de algumas atividades recreativas, implementadas como parte do plano de reabilitação psicossocial das mulheres mastectomizadas. Esse programa também inclui a supervisão semanal dos atendimentos individuais e da inserção nos grupos, bem como a participação nas reuniões de equipe do REMA, as quais também são realizadas quinzenalmente. De modo geral, é possível considerar que essas atividades incrementaram a aquisição de experiência clínica como psicóloga da saúde, provendo a conjugação e integração de saberes teóricos e práticos.

Após a finalização da graduação, ainda desejando obter um aprofundamento na temática do câncer de mama, e compreendendo o Mestrado como uma possibilidade de estender meu contato com essas mulheres, decidi que este seria o caminho que traria a partir de então. Assim, a partir da experiência que pude ter no contato com as mulheres mastectomizadas, tanto como pesquisadora como estagiária, pude perceber que as questões relacionadas à comunicação do diagnóstico era um tema recorrente entre tais mulheres, que confidenciavam lembranças muito particulares sobre suas vivências desse momento marcante de suas vidas. Assim, foi pensando na possibilidade de um maior refinamento da compreensão de como essa importante etapa do processo de adoecimento se dá que decidi que este seria o recorte de meu estudo.

Nessa direção, este estudo foi desenvolvido para buscar compreender como se dá um importante momento na vida do adoecido: aquele em que, após perceber que há algo diferente acontecendo consigo, quando ele se encontrava no “curso natural” de sua vida, depara-se com um diagnóstico que tem o condão de transformar radicalmente sua trajetória existencial. Além da experiência do adoecido, também se mostrou de interesse da pesquisadora o desvelamento da vivência do outro lado do protagonismo em uma situação de descoberta diagnóstica: a do médico oncologista, responsável pela comunicação do diagnóstico à pessoa acometida pelo câncer de mama. Deste modo, a presente Dissertação de Mestrado é composta por um estudo empírico, intitulado “*Descobrendo o câncer de mama: uma compreensão fenomenológica das vivências do processo de comunicação diagnóstica*”, que buscou, de modo prospectivo, compreender como mulheres têm vivenciado o processo de investigação e diagnóstico de câncer de mama, e como tem sido, para os médicos oncologistas, comunicarem essa notícia para tais mulheres.

2. INTRODUÇÃO

2.1. O câncer de mama

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo e, depois do câncer de pele não melanoma, o mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, correspondendo a 25% dos casos novos a cada ano (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2016). No Brasil, as taxas de mortalidade continuam elevadas, possivelmente pelo fato de a doença ser comumente diagnosticada em fases avançadas. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo tanto fatores individuais, como idade e padrão alimentar, como fatores ambientais, reprodutivos, hormonais e genéticos (INCA, 2004). Este tipo de câncer ocorre quando as células da mama passam a se dividir rapidamente e de forma desordenada, sendo, portanto, uma neoplasia maligna que acomete as estruturas mamárias e que pode desenvolver metástase à distância, mas que é curável se detectada e diagnosticada precocemente (Jesus & Lopes, 2003; Zapponi, Tocantins, & Vargens, 2011).

O tratamento oncológico tem início após a definição do diagnóstico, que é determinado por exames clínicos, laboratoriais e de imagem. O Sistema Unificado de Saúde (SUS) oferece tratamento gratuito e universal à população brasileira, seguindo protocolos internacionais para cada tipo de tumor. Centros especializados para o cuidado oncológico oferecem cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, considerando as necessidades específicas da paciente e a resposta ao tratamento (Brasil, 2008). O prognóstico pode variar considerando fatores individuais (sexo, idade, etnia, *status* socioeconômico, entre outros), do tumor (se localizado ou disseminado, extensão, morfologia, entre outros aspectos), e do sistema de saúde (efetividade do rastreamento do diagnóstico e tratamento) (Brasil, 2008).

Atualmente, para o tratamento do câncer de mama é preconizada a cirurgia e como tratamento adjuvante são utilizadas a radioterapia para o tratamento loco-regional, a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico. Quanto às cirurgias, há diferentes tipos de intervenção, como a conservadora, na qual se é retirado apenas um segmento da mama, ou não conservadora, em que há a retirada por completa da estrutura mamária. Dentre os tratamentos adjuvantes, a radioterapia é utilizada para destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes desta etapa, enquanto a quimioterapia é recomendada com base no risco da recorrência do câncer (INCA, 2004). A finalidade do tratamento quimioterápico neoadjuvante é diminuir a chance de metástases, uma vez que a droga age sobre todas as células com multiplicação acelerada, potencializando a possibilidade

de sobrevida. Entretanto, os efeitos colaterais que acarreta são considerados agressivos, destacando-se a diminuição da resistência a infecções e a queda de cabelo, o que confere à quimioterapia, muitas vezes, o *status* de doença, sendo considerada a principal fonte de sofrimento durante o tratamento em muitos casos (Jesus & Lopes, 2003; Tavares & Trad, 2005).

A cirurgia para retirada do tumor pode despertar sentimentos ambíguos na mulher que será submetida ao procedimento. A vivência deste momento envolve tanto o temor relacionado aos procedimentos cirúrgicos e medo do desconhecido, quanto tranquilidade relacionada à possibilidade de melhora (Salazar-Maya, 2011). Em momento posterior ao procedimento, é possível apontar que a mastectomia, cirurgia para a retirada completa da mama, promove um impacto mais negativo sobre as mulheres do que aquelas que se submetem à cirurgias conservadoras, uma vez que, diante da maior deformidade que este tipo de procedimento cirúrgico pode causar, há maior depreciação da imagem corporal em comparação com mulheres submetidas à retirada de apenas uma parte da mama (Moniz, Fernandes, & Oliveira, 2011; Veiga et al., 2010).

Isso ocorre porque a remoção da mama implica em mutilação de um órgão relacionado simbolicamente à feminilidade, fragmentando e alterando a imagem corporal da mulher e seu senso de corporeidade, o que ocasiona rupturas entre o seu reconhecimento como mulher e sua identidade como tal. Este acontecimento traumático pode gerar cicatrizes físicas e psicológicas consideradas irreversíveis, impactando e alterando a vida cotidiana, familiar, profissional e social da mulher mastectomizada (Kappaun & Ferreira, 2008; Mezzomo & Abaid, 2012; Oliveira & Monteiro, 2004). Constata-se, portanto, que os tratamentos para o câncer de mama são extremamente invasivos e agressivos, o que pode desencadear estresse e repercussões psicológicas importantes na mulher adoecida (Silva & Santos, 2008; Veiga et al., 2010).

Do ponto de vista sociocultural, a mama é um símbolo da sexualidade, da sensualidade e da maternidade, sendo impossível desvincular a imagem de mulher da imagem da mama (Peres & Santos, 2007). Perdê-la representa um grande impacto emocional que confronta com a autoimagem e a vaidade pessoal e tangencia, portanto, a questão da identidade feminina, já que, ao perder sua mama, a mulher perde também uma peculiaridade que se supõe parte de sua essência (Scorsolini-Comin, Santos, & Souza, 2009). Por isso, a mastectomia traz uma perspectiva de agressão à imagem e ao esquema corporal, fazendo com que a mulher perceba o seu corpo alterado e estranho (Lôbo, Santos, Dourado, & Lucia, 2006). Mulheres submetidas à mastectomia geralmente se sentem assimétricas, vivenciam modificações do modelo postural e sentem sua beleza física comprometida, o que desencadeia sentimentos como tristeza, estranheza com seu corpo e preocupação, podendo afetar, também, outras áreas vitais da

paciente, como a sexualidade, o desejo e o sentimento de feminilidade e atratividade (Cesnik & Santos, 2012; Ferreira & Mamede, 2003)

Além disto, a vivência do câncer de mama pode resultar em uma piora na qualidade de vida da mulher adoecida, em decorrência do comprometimento psicológico, desconfortos físicos, dor, declínio do estado de saúde, falta de adesão ao tratamento e possibilidade de maior risco de mortalidade associados com maior prevalência de angústia relacionada à doença (Ferreira, Silveira, Gomes, Ruiz, & Silva, 2015). Assim, constata-se na literatura científica que a vivência do adoecimento e dos tratamentos para o câncer de mama ocasiona transformações dolorosas na vida das mulheres, sendo, geralmente, vivenciada como uma experiência estressante permeada de intenso sofrimento psicológico (Almeida, 2006; Cesnik & Santos, 2012; Scorsolini-Comin et al., 2009) e de vários lutos ocasionados, principalmente, pelo declínio da saúde, pelo corpo desfigurado com a perda da mama e pelas limitações advindas da cirurgia (Maluf, Mori, & Barros, 2005).

Além dessas questões, sabe-se que o “estar com câncer” carrega um forte estigma social, uma vez que há representações e crenças dominantes, que são produzidas e veiculadas socialmente, nas quais o câncer é frequentemente associado a fatores mórbidos e as pessoas doentes são comumente identificadas por imagens relacionadas à mutilação, à perda do desejo sexual, à invasão da intimidade, à queda dos cabelos, às alterações da feminilidade e, principalmente, à iminência da morte. Tal condição faz com que a experiência de doença seja permeada pela convivência com o preconceito, e o diagnóstico, muitas vezes, converta-se em objeto de medo e de vergonha, o que faz com que o câncer de mama não seja compreendido apenas como um “desvio” biológico, mas também como um “desvio” social (Almeida, Mamede, Panobianco, Prado, & Clapis, 2001; Otani, Barros, & Marin, 2015; Scorsolini-Comin, et al., 2009). Deste modo, o câncer é representado tanto pelos pacientes quanto pelos familiares como algo negativo, limitante, traumático e invasivo, remetendo ao medo e à dor, na maioria das vezes (Tavares & Trad, 2005)

As implicações de ter o câncer de mama, portanto, podem afetar tanto o nível biológico quanto o emocional e estético, muitas vezes impedindo mulheres acometidas de reestabelecerem suas vidas normais (Salazar-Maya, 2011). Para Bergamasco e Ângelo (2001), a experiência do câncer de mama implica na necessidade de adaptar-se às novas condições de vida e a uma nova identidade. Assim, diante de tal necessidade, os ajustamentos psicossociais podem ser decorrentes do estabelecimento de novos propósitos de vida, uma vez que descobrir-se com câncer pode levar a uma reflexão sobre o papel da mulher e a uma descoberta de alternativas para desfrutar de uma melhor qualidade de vida, constituindo-se, também, como

oportunidade para o crescimento pessoal (Ganz et al., 2002; Oliveira & Monteiro, 2014; Stewart et al., 2001).

Esse achado é corroborado por Garcia (2007) e Scorsolini-Comin et al. (2009), que identificaram, dentre as estratégias de superação dos problemas advindos da mastectomia, a reformulação de projetos existenciais, o desejo de se manterem vivas, a adoção de estratégias de autocuidado e a capacidade de adaptação e de reconstrução diante das modificações que a doença impõe ao cotidiano. Também Mezzono e Abaid (2012) constataram mudanças significativas quanto às atitudes e valores das mulheres mastectomizadas, com ênfase nas novas formas de pensar e lidar com as situações adversas da vida, como a própria situação do câncer. Além disso, outros estudos também sugerem que a experiência do câncer de mama representou, em alguns casos, um elo de união entre os familiares, capaz de promover certas mudanças na dinâmica familiar e um estreitamento dos laços afetivos (Ambrósio, 2009; Melo, Silva, & Fernandes, 2005).

2.2. O diagnóstico de câncer de mama

A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento tem sido investigada nos últimos anos (Arrais, & Jesuino, 2015). As repercussões psicológicas advindas com a experiência do câncer de mama variam em função dos diferentes momentos do tratamento, sendo que, no momento do diagnóstico, há um grande impacto inicial, que pode se concretizar em uma reação traumática (Rossi & Santos, 2003). Isto ocorre porque essa fase seria intensamente marcada pelo vislumbre da morte, que traz junto de si sentimentos disfóricos, como tristeza e insegurança, o medo de sofrer além da conta e temores relacionados a um futuro incerto. No diagnóstico, algumas mulheres se reconhecem como seres finitos e assumem a possibilidade de morte como parte da sua existência (Alves, Silva, Santos, & Fernandes, 2010, Rossi & Santos, 2003). Nesse momento, o sofrimento pode ser intenso devido ao fato de as mulheres saberem que suas vidas mudariam substancialmente após a confirmação do resultado (Morse et al., 2014). Assim, o maior desejo da mulher é, primeiramente, livrar-se do câncer, removendo-o do seu corpo, uma vez que a doença representa exposição à incerteza e ao sofrimento, permitindo-as prever um futuro difícil para si (Rossi & Santos, 2003).

Para Bergamasco e Ângelo (2001), o período de diagnóstico pode ser vivenciado com reações e sentimentos que variam desde indiferença ao mundo real, sendo o tempo de espera dos resultados marcado principalmente por sinais de ansiedade, angústia e desamparo, podendo ser preenchido com pensamentos de morte e pânico. Já no momento de revelação diagnóstica, descobrir-se uma mulher com câncer de mama pode ser uma situação permeada de ansiedade,

angústia e desamparo, com pensamentos de pânico e morte, podendo representar, em muitos casos, um grande trauma psicológico para a mulher que recebe a notícia (Bergamasco & Ângelo, 2001; Peres & Santos, 2007). Mezzomo e Abaid (2012) consideram que o diagnóstico do câncer de mama representa, metaforicamente, a primeira forma de mutilação, uma vez que interfere em todas as significações que até então davam sentido à vida da mulher acometida pela doença. O diagnóstico desencadeia, além dos sentimentos de choque, tristeza, ansiedade e angústia, o sentimento de impotência, pois a mulher, muitas vezes, encontra-se impossibilitada de decidir sobre seu próprio corpo e destino, temendo não poder mais cuidar de sua família e de si, tornando-se dependente, assim como se sente vulnerável em relação à possibilidade de vivenciar sua própria finitude (Ferreira & Mamede, 2003; Silva & Santos, 2008).

Estudo realizado por Aziato e Clegg-Lamprey (2015) também mostrou que o diagnóstico de câncer de mama resulta em fortes emoções na mulher, tendo a maioria expressado descrença, medo, ansiedade, choque e tristeza. Estes dois últimos sentimentos foram observados, principalmente, quando havia esperança de que o nódulo poderia não ser maligno. Além disso, o choro também foi um achado comum, ao serem informadas de que seriam submetidas à mastectomia. Para os autores, a perda da mama é emocionalmente difícil para as mulheres por ser um órgão de estimulação erótica importante e por ser um significativo componente da feminilidade da mulher. Além dos múltiplos significados pessoais, familiares, sociais e culturais associados simbolicamente à mama e do consequente impacto diante de sua perda, considerou-se que as reações emocionais vividas pelas mulheres também provêm do medo de morrer em função da devastação causada pelo câncer.

O período de confirmação representa um momento de grande impacto para a mulher, que é surpreendida com uma variedade de sentimentos que acompanham o aparecimento inesperado da doença. Os sentimentos no momento do diagnóstico variaram desde indiferença a um intenso medo do sofrimento e da morte, bem como o sentimento de incerteza sobre o controle de sua vida. É comum o uso de expressões como “caindo em um buraco” e “sem chão”, revelando sentimentos de desespero e desamparo, bem como os sentimentos de proximidade da morte, raiva por sua condição e tentativa de buscar um sentido para isto (Morse et al., 2014; Otani et al., 2015). Ao descobrir-se com câncer de mama, a mulher vivencia uma trajetória na qual a representação de estar doente remete a razões de sofrimento, provocando sentimentos antagônicos de vulnerabilidade e determinação para o enfrentamento da doença, como medo e coragem, fraqueza e força (Bergamasco & Ângelo, 2001).

No estudo realizado por Paiva, Salimena, Souza e Melo (2015), emoção, medo, rejeição do diagnóstico e conformismo com a nova realidade foram as reações mais comuns entre as

mulheres ao se descobrirem com o câncer. Foram relatadas reações de choro e negação frente ao diagnóstico, tendo sido esta última uma reação comum verificada. Também Nascimento et al. (2015) identificaram em seu estudo que os sentimentos relacionados ao diagnóstico de câncer de mama foram de consternação, como desespero, nervosismo, preocupação, medo, tristeza. Além destes, indiferença e estado de tranquilidade também foram identificados. No estudo desenvolvido por Morse et al. (2014) foi possível observar entre as participantes um movimento de um inicial sofrimento emocional intenso para uma postura de lidar com a doença e encarar o tratamento, plano de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. De acordo com os autores, mais da metade das participantes afirmaram que estavam tão sobrecarregados emocionalmente neste momento que não sabiam o que perguntar aos seus médicos.

Em outro estudo que se analisou as diferentes reações diante do diagnóstico de câncer de mama, verificou-se que as respostas mais frequentes em um grupo de mulheres foram a negação, a aflição e o enfrentamento, sendo a mais comum o estoicismo, que corresponde à aceitação passiva da doença e ao entendimento de se que trata de uma fatalidade, sendo, portanto, inevitável (Peres & Santos, 2007). É possível compreender, portanto, que o modo como se dá a compreensão e a percepção em face do diagnóstico do câncer de mama e os consequentes sentimentos que a confirmação pode gerar sofre influências dos conceitos que a mulher tem dela mesma e da doença (Araújo & Fernandes, 2008; Otani et al., 2015). Considera-se que significados atribuídos ao câncer afetam profundamente a maneira como a mulher recém-diagnosticada percebe a doença, assim como a resposta de outras pessoas com relação à sua nova condição (Bergamasco & Ângelo, 2001). Compreende-se, portanto, que suas atitudes e comportamentos frente ao diagnóstico vão depender dos significados atribuídos ao câncer, de suas relações e interações sociais, dos papéis sociais desempenhados e do contexto sociocultural no qual se está inserido. Assim, o diagnóstico pode levar as mulheres a vivenciarem sentimentos contraditórios ante a doença, como o medo da morte e o desejo de reformular sua vida (Araújo & Fernandes, 2008).

2.3. Comunicação de más notícias em Oncologia

A comunicação é um elemento fundamental na relação humana e um componente essencial do cuidado, podendo ser considerada uma ferramenta indispensável para a promoção de cuidado com o paciente assistido (Silva & Zago, 2005; Silva & Araújo, 2012; Santos et al., 2014). Ela se apresenta como um elo entre o paciente, a família e o profissional de saúde, caracterizando, portanto, uma habilidade para a inter-relação diante de uma prática humanizada. É possível afirmar que uma boa comunicação é um componente indispensável na qualidade das

relações que serão estabelecidas, assim como na identificação do processo saúde-doença e no desenvolvimento de uma assistência efetiva (Santos et al., 2014). Entende-se que a comunicação adequada na relação equipe médica-paciente, em todas as suas formas, seja verbal ou não, fortalece e enriquece o cuidado ao permitir o intercâmbio de informação, sentimentos e preocupações (Salazar-Maya, 2011).

Uma má notícia pode ser compreendida como qualquer informação que afeta a perspectiva de futuro de um indivíduo. Em saúde, portanto, uma má notícia pode estar relacionada, entre outras coisas, a um diagnóstico inicial de uma doença grave, à piora do estado de saúde, à descoberta de recidivas no pós-tratamento, à comunicação da necessidade de realização de procedimentos desconfortáveis ou dolorosos, internações prolongadas, tratamentos que possam acarretar prejuízos na qualidade de vida, como a toxicidade de tratamentos quimioterápicos e efeitos adversos da radioterapia, à perdas, como em cirurgias mutiladoras e incapacitantes, e, enfim, à morte (Buckman, 2010; Penello & Magalhães, 2010; Gonçalves et al., 2015).

De acordo com o Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2010), é dever do médico a realização da tarefa de comunicar más notícias. Estes profissionais de saúde são, então, frequentemente confrontados com esta situação, embora a maioria não tenha recebido qualquer formação para lidar com a mesma (Lopes & Graveto, 2010). A comunicação de notícias difíceis é uma das tarefas mais penosas do profissional de saúde, uma vez que aprendem na academia a salvar vidas e a buscar saúde, mas não aprendem a lidar com situações que envolvem a perda de saúde, vitalidade, esperança e, sobretudo, morte (Silva & Araújo, 2012). Para Baile et al. (2000), transmitir más notícias é uma tarefa difícil, aversiva e particularmente estressante quando o médico é inexperiente, o paciente é jovem ou quando há perspectivas limitadas de um tratamento bem-sucedido.

Em uma comunicação diagnóstica, estar presente, acompanhar, dar suporte e compartilhar com os pacientes exige uma disponibilidade que não é atingida sem um preparo e sensibilidade. Entretanto, sabe-se que este preparo não é oferecido na formação médica ou até mesmo durante o período de residência profissional, assim como não encontram espaços dentro das instituições de trabalho para compartilhamento e elaboração das situações que vivem, inclusive relacionadas às dificuldades na comunicação de uma notícia difícil (Luisada, Fiamenghi-Jr, Carvalho, Assis-Madeira, & Blascovi-Assis, 2015; Penello & Magalhães, 2010; Silva & Zago, 2005). Estas situações seriam, então, vivenciadas pelos profissionais de maneira solitária e não compartilhada com os outros colegas de trabalho, caracterizando, portanto, um isolamento dos profissionais em suas competências e responsabilidades individuais (Penello &

Magalhães, 2010). Um estudo sobre a comunicação do diagnóstico aos pais de bebês com deficiência mostra que alguns dos sentimentos vivenciados pelos médicos neste momento são a tristeza, angústia, solidariedade, frustração e impotência (Luisada et al., 2015).

Uma revisão bibliográfica realizada por Silva e Zago (2005) sobre a importância da revelação do diagnóstico de câncer mostrou que a comunicação é um dos principais instrumentos do cuidado em saúde, especialmente quando é dirigida a pacientes com diagnósticos amedrontadores como o câncer. Estudos apontam que, nessas condições, uma comunicação efetiva é considerada como sendo de importância vital na relação do profissional de saúde com o paciente, assim como a qualidade de comunicação está relacionada ao ajuste emocional à doença e ao envolvimento do paciente e de seus familiares no tratamento (Araújo & Fernandes, 2008; Cavalcanti, 2005; Gomes, Silva, & Mota, 2009; Oliveira, Oliveira, Gomes, & Gasperin, 2004; Silva & Zago, 2005). Para Silva e Araújo (2012), o emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais da saúde é uma medida terapêutica comprovadamente eficaz. Desta forma, compreende-se que aprimorar a comunicação médico-paciente-família permite construir uma relação de confiança, considerada essencial para o atendimento integral ao paciente (Gonçalves et al., 2015).

Pesquisas que abordam o que é considerado como importante para o paciente em uma comunicação diagnóstica mostram que, em geral, receptividade, clareza, comunicação-empática, atenção e contato visual, ser discutido o prognóstico, a sobrevivência e o estágio do câncer, bem como implicações do diagnóstico, prognóstico e tratamentos indicados são diferenciais na comunicação médico-paciente (Azu, Jean, Piotrowski, & O’Hea, 2007; Miranda, Feliciano, & Sampaio, 2014; Molina et al., 2014; Ristevski et al., 2012; Padilla, Sarmiento-Medina, & Ramirez-Jaramillo, 2014). Além destas questões, também foi considerado importante que o diagnóstico fosse administrado por um médico e que este tivesse amplo tempo e atenção para uma conversa que permita esclarecimentos suficientes. Considerou-se importante também que os pacientes deveriam ser perguntados sobre a quantidade de informação que desejam ouvir na conversa inicial, assim como ser oferecido material de leitura sobre a sua doença (Azu et al., 2007).

Além disto, a escuta de medos e ansiedades, bem como a atitude solidária marcada pela percepção da existência de interesse e compromisso do médico frente ao problema da participante pode permitir que as pacientes se sentam emocionalmente apoiadas (Ristevski et al., 2012). Estudo realizado com mulheres latinas revelou que a comunicação empática foi bastante valorizada por esta população, que fazem parte de uma cultura na qual relações interpessoais calorosas e fortes são importantes, mostrando a importância de um diagnóstico

individualizado, que respeite as características individuais de cada paciente (Molina et al., 2014).

Caprara e Rodrigues (2001) apontam que grande parte dos médicos ainda não consegue explicar de forma clara e compreensiva o problema a seus pacientes, assim como não verificam o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico na maioria dos casos, o que pode resultar em uma percepção negativa da qualidade da primeira informação que pacientes que recebem diagnóstico de câncer de mama têm (Primo & Garrafa, 2010). Primo e Garrafa (2010) apontam para os conflitos concernentes à comunicação, à autonomia, à falta de poder real de decisão das pacientes e às atitudes paternalistas exercidas pelo médico em se tratando do processo de comunicação do diagnóstico. Além disto, chamam a atenção para a falta de preparo destes profissionais que, muitas vezes, colocam os doentes à margem de seu diagnóstico e opções de tratamento. Especialmente na área da oncologia, o esclarecimento a respeito das possibilidades de tratamento deve envolver um diálogo aberto entre o médico e o paciente. Assim, ao omitir o diagnóstico de câncer, o profissional exerce sua autoridade em detrimento da opção e liberdade do paciente (Gomes et al., 2009).

Malta, Schall e Modena (2009) mostram que revelação da verdade durante o diagnóstico tem se mostrado um importante instrumento terapêutico, principalmente porque a informação atenua o sentimento de isolamento do paciente, assim como colabora para uma cooperação mútua na relação médico-paciente. É de fundamental importância que os profissionais saibam reconhecer a angústia, o medo, a ansiedade, a inquietação e os mecanismos de defesas utilizados pelos pacientes que receberam uma má notícia (Silva & Zago, 2005). Para este momento, são necessários calma e disposição de tempo, sendo importante um local privado, no qual médico, paciente e acompanhantes possam ficar tranquilos e o paciente possa processar a informação junto aos mesmos (Malta et al., 2009; Padilla et al., 2014; Silva & Zago, 2005).

Além destas questões, Silva e Zago (2005) também apontam para o fato de que a utilização desmedida de termos médicos pode provocar sérios problemas de interpretação da comunicação, sugerindo ser necessário que o profissional compreenda qual a interpretação que o doente e seus familiares atribuem ao fenômeno, sempre levando em consideração suas características culturais e sociais. Para as autoras, portanto, os profissionais que comunicam o diagnóstico devem tomar o cuidado de se fazerem entender, principalmente por meio de uma comunicação honesta, clara e compreensiva, ao mesmo tempo em que deve ser sensível e respeitosa. Em relação à quantidade de informações que deve ser fornecida aos pacientes, apesar de controvérsias, sugere-se que se considere a capacidade de tolerância psicológica individual de cada paciente, levando em conta o “tempo do ouvinte”, suas condições de vida e

nível cultural, o estágio do prognóstico da doença e a possibilidade de colaboração dos familiares, o que é corroborado por Oliveira et al. (2004). Para ambos os estudos, é importante que a informação seja dada gradualmente, em um ambiente que possibilite a conversação, que privilegie a preservação da expressão da tristeza e que não se negligencie a principal fonte de esperança do paciente, que é o tratamento (Oliveira et al., 2004; Silva & Zago, 2005)

Deste modo, diante da constatação de que as condições em que um diagnóstico é dado podem influenciar a capacidade de compreensão, recordação e aceitação da informação, a literatura aponta que, para que a comunicação seja efetiva, deve-se, em suma, prestar atenção ao *o que, como, quando, quanto, quem e a quem* se deve informar (Oliveira et al., 2004; Silva & Zago, 2005; Gomes et al., 2009). Entende-se que a compreensibilidade da mensagem e o seu entendimento estão diretamente ligados à forma como o profissional transmite a informação (Silva & Zago, 2005). Além disto, faz-se importante ressaltar que comunicar um diagnóstico não é simplesmente informar, mas que se trata de um processo que deve ser realizado em várias etapas. Isto porque a informação em si não implica em uma conversa, cabendo ao paciente apenas aceitar e obedecer a ordens, enquanto a comunicação permite a sua participação (Gomes et al., 2009; Oliveira et al., 2004)

Por fim, ressalta-se que, para diversos estudos produzidos sobre a temática, o momento do diagnóstico é considerado uma vivência extremamente significativa que influencia todo o processo até a reabilitação do doente (Cavalcanti, 2005; Gomes et al., 2009; Oliveira et al., 2004; Silva & Zago, 2005). Para Cavalcanti (2005), a comunicação do diagnóstico marca o início de uma série de mudanças negativas na vida do paciente. Além disso, também se constata que os profissionais da saúde são considerados elementos importantes no enfrentamento do câncer, principalmente quando informavam sobre a doença e a evolução, bem como quando confortavam e encorajavam o paciente durante o diagnóstico e tratamento (Araújo & Fernandes, 2008; Oliveira et al., 2004; Silva & Zago, 2005). Estudo realizado por Mager e Andrykowski (2002) mostrou que, muito mais do que a percepção da competência técnica do profissional, o bem-estar psicológico das participantes que receberam o diagnóstico de câncer de mama esteve relacionado à percepção de apoio emocional e carinho durante as consultas. Desta forma, compreende-se que é importante que o paciente sinta que, por pior que seja sua situação, não será abandonado e que, além disto, será cuidado (Silva & Araújo, 2012). Por último, vale ressaltar que o desenvolvimento de um processo de comunicação não deve se restringir ao momento inicial de comunicação de diagnóstico, devendo se estender durante todo o tratamento (Giovanini & Braz, 2013)

2.4. Marco teórico-metodológico: a Fenomenologia

A Fenomenologia nasceu no início do século XX como movimento filosófico, com a obra *Investigações Lógicas*, de Edmund Husserl (1859-1938) (Moreira, 2002). Este movimento se originou como reação ao positivismo e contestação do método experimental, que consideravam válido apenas o fenômeno empiricamente pesquisado (Forghieri, 1984; Valle, 1997). A Fenomenologia teria, portanto, raízes calcadas na preocupação com os rumos da ciência e sua fundamentação, nascendo, então:

Como crítica à psicologia objetivista e experimental que – como as demais ciências –, buscava o conhecimento absoluto ignorando a subjetividade. Ao propor isto, a ciência constrói uma imagem de homem que não condiz com a sua realidade. O homem não é uma coisa entre as coisas, e como tal não pode ser assim considerado. O mundo é um objeto intencional com referência a um sujeito pensante. (Holanda, 2014, p. 46)

Etimologicamente, fenomenologia é derivada das palavras de raiz grega *phainomenon* (fenômeno) e *logos* (ciência ou estudo). É, portanto, o estudo ou ciência do fenômeno, ou seja, aquilo que se manifesta, que “se mostra”, “que vem à luz”, “aquilo que aparece” para uma consciência (Holanda, 2014; Moreira, 2002; Valle, 1997). Compreende-se por fenômeno não o objeto de uma experiência, mas sim o aparecer deste objeto para a consciência. Não constitui, então, um dado em si, independente da experiência, pois está sempre correlacionado à determinada vivência (Giorgi & Sousa, 2010; Holanda, 2014). Por isto, entende-se que o fenômeno sempre será dado através da perspectiva de quem o vivencia, sempre em relação a uma subjetividade (Holanda, 2014).

Nesse sentido, a Fenomenologia pode ser compreendida como um método de acesso à realidade concreta do mundo, que pretende dar conta do que acontece por meio do clareamento do fenômeno (Amatuzzi, 2001; Holanda, 2001). Não parte de uma teoria construída previamente a fim de comprová-la ou refutá-la, mas busca compreender o fenômeno como algo que pede um desvelamento, mostrando-se de maneiras distintas para aqueles que o vivenciam (Boemer, 1994). Este conhecer do qual a Fenomenologia trata significa conhecer de maneira originária, resgatando as coisas como elas são, evidenciando ou clarificando fenômenos. Assim, não se fala em “revelar” o mundo, como se estivesse oculto, mas desvelar sentidos, compreendendo o mundo da forma como se apresenta à consciência, como fenômenos dotados de significados. O inconsciente pode ser considerado, portanto, não mais como o lugar do não-

sabido, mas sim como o já-sabido no encobrimento (Holanda, 2009). Ao se compreender o mundo como fenômeno que se mostra, mas que precisa ser desvelado, pretende-se desvelar os sentidos para, então, chegar àquilo que a coisa é (Silva, Lopes & Diniz, 2008).

Para Husserl, a Fenomenologia era uma nova forma de fazer filosofia, na qual se deixam de lado especulações metafísicas abstratas para se entrar em contato com as “próprias coisas”, com destaque à experiência vivida (Moreira, 2002). Pode ser compreendida como um método que pretende chegar ao fenômeno, a fim de captar sua essência (Forghieri, 1984). Seu objetivo seria a investigação e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, com enfoque exclusivo a eles, deixando de lado o uso de teorias, pressuposições, explicações casuais e preconceitos, explorando simplesmente o fenômeno tal como é dado à consciência (Moreira, 2002; Valle, 1997). Seu objetivo não será a verificação e o estabelecimento de relações causais, mas a construção de uma compreensão de algo (Amatuzzi, 2001; Valle, 2002).

Em relação à compreensão mencionada, Merleau-Ponty (1945/1999), importante teórico que se propôs a repensar o método fenomenológico de Husserl, afirma:

Que se trate de uma coisa percebida, de um acontecimento histórico ou de uma doutrina, “compreender” é reapoderar-se da intenção total – não apenas aquilo que são para a representação as “propriedades” da coisa percebida, a poeira dos “fatos históricos”, as “ideias” introduzidas pela doutrina -, mas a maneira única de existir que se exprime nas propriedades da pedra, do vidro ou do pedaço de cerca, em todos os fatos de uma revolução, em todos os pensamentos de um filósofo (p. 16).

Assim, para o estudo do fenômeno puro, tal como ele se apresenta à consciência, Husserl propõe a busca das essências ou “volta às coisas mesmas”, considerando-as como ponto de partida para o conhecimento, a fim de se apreender o mundo tal como se apresenta enquanto fenômeno (Amatuzzi, 2009; Forghieri, 2004; DeCastro & Gomes, 2011b; Holanda, 2001; Holanda, 2014; Moreira 2002). Para isto, é preciso um “olhar ingênuo”, que possibilite olhar para este mundo como de fato ele se apresenta, deixando de lado as possíveis representações que já existem em nós sobre ele. Não é apenas olhar e achar algo a respeito, mas olhar e ver, buscando conhecer determinada experiência (Holanda, 2014).

Deve-se partir das “coisas mesmas”, por meio da apreensão, análise e descrição do fenômeno, e não dos fatos como se apresentam em sua pureza à consciência. Todo fenômeno tem uma essência que não se reduz ao fato, sendo que a intuição da essência se distingue da percepção deste na medida em que sua visão, que atribuímos ao fato materialmente percebido,

é o que nos permite identifica-lo (Moreira, 2002). As essências correspondem ao sentido ideal ou verdadeiro de alguma coisa. Assim, podem ser compreendidas como unidades básicas de entendimento comum do fenômeno, ou seja, como algo inerente, sem a qual o próprio fenômeno não pode ser pensado. A essência, portanto, pode ser definida como a maneira característica do aparecer de um dado fenômeno (Moreira, 2002). Husserl, ao falar de “essências”, remete-se ao termo latino *eidos*, sentido. Para a Fenomenologia, portanto, ela está diretamente relacionada às suas significações. A essência de um fenômeno está em seu sentido, que não se encontra nem apenas no sujeito da consciência e nem apenas no objeto formal, mas no entrelaçamento entre o sujeito e mundo (Holanda, 2014).

O conhecimento das essências se dá por meio da intuição (Moreira, 2002). Isto porque, “a coisa mesma”, entendida como o fenômeno, é a única coisa à qual se tem acesso imediato e intuição originária, uma vez que o fenômeno integra a consciência e o objeto, unidos no ato de significação (Forghieri, 2004). Para Moreira (2002), a intencionalidade pode ser definida como “a característica da consciência de ser consciente de algo, ou seja, de ser dirigida a um objeto” (p.84). Assim, pressupõe-se uma intencionalidade da consciência, que não existe independentemente do objeto (Forghieri, 2004; Valle, 1997). Isto porque a consciência só pode ser consciência quando está dirigida por alguma coisa – consciência-de-alguma-coisa, sempre em movimento, configurando a noção de intencionalidade. Graças à intencionalidade, o mundo deixa de ser um mero lugar das coisas e passa a ser o lugar onde os fenômenos ocorrem, onde as essências se darão para as consciências. Desta forma, para a Fenomenologia, consciência e mundo se constituem mutuamente (Holanda, 2014). Para Husserl (1931/2001, p. 28), “a palavra *intencionalidade* não significa nada mais do que esta particularidade fundamental e geral que tem a consciência de ser consciência de alguma coisa, de portar, em sua qualidade de *cogito*, seu *cogitatum* nela mesma”.

Compreende-se, então, que a consciência é sempre intencional, pois está constantemente voltada para um objeto, enquanto este sempre será objeto para uma consciência (Forghieri, 2004). Consciência e objeto existem em uma correlação recíproca, não sendo entidades separadas na natureza. Nesse sentido, o objeto do conhecimento da Fenomenologia não seria, então, nem o sujeito e nem o mundo, mas o mundo enquanto vivido pelo sujeito. (Carvalho & Valle, 2002; Valle, 1997). A intencionalidade, é, portanto, o ato de atribuir um sentido, unificando a consciência e o objeto, o sujeito e o mundo. Por meio dela, reconhece-se que o sujeito não é apenas interioridade e o mundo exterioridade (Forghieri, 2004). Compreende-se, portanto, que a intencionalidade da consciência expressa a correlação de correspondência entre atos e seus objetos intencionais (Valle, 1997). De acordo com AmatuZZi (2009), “o modo

fenomenológico de pensar pode ser caracterizado pela consideração da experiência intencional no encontro das subjetividades envolvidas com o mundo” (p.96). Nesse sentido, o objetivo da Fenomenologia husserliana seria a análise do movimento intencional ou fluxo do vivido da consciência, compreendendo consciência como propriedade ontológica do ser, isto é, inseparável da vivência do real (DeCastro & Gomes, 2011b). Esta correlação essencial entre sujeito e mundo só se dá na intuição originária da vivência (Forghieri, 2004).

A vivência, por sua vez, pode ser compreendida como a significação da consciência imediata do objeto, ou seja, o dado de sua imediatez, a situação na qual sujeito e objeto são ainda indistintos” (Holanda, 2003, p. 173). A vivência é sempre imediata, anterior às interpretações, tendo sempre um resultado que é significado e que permanece. Por isto, tem um caráter de *relação intencional*, sempre se dando na correlação sujeito-mundo (Holanda, 2003; Holanda, 2014). Na Fenomenologia, as vivências são tratadas como um todo, sendo imprescindível a compreensão do homem como sujeito histórico. Ao resgatar a historicidade e as relações intencionais presentes no ato psíquico, possibilita-se o resgate da visão de totalidade e real concepção da “vivência” do fenômeno psíquico. Ao se superar a dicotomia tradicional dos modelos metafísicos do pensamento ocidental e recuperar a essência dialética da realidade, faz-se possível a compreensão da essência do psicológico para a realidade atual. (Holanda, 2003).

A experiência vivida não é um dado imediato, o que nos obriga a reconstruí-la, edificando uma rede de inter-relações e de significados. Holanda (2003) conclui, então, que: existe uma estrutura por detrás da vivência, a qual é passível de compreensão; ela é experimentada, embora não de forma imediata; é reconstruída, mas não abstraída pela lógica causal; e, por fim, é entendida como a realidade significativamente organizada. A significação, portanto, apesar de não ser acessível diretamente, é passível de compreensão. A realidade do significado pode ser apreendida a partir da compreensão da totalidade do fenômeno, que se dará, também, na medida em que o pesquisador entra em contato com seu objeto de pesquisa em si mesmo (Holanda, 2003).

A Fenomenologia, ao retomar o interesse em como se interpretam o ser das coisas e em sua *verdade*, coloca um ponto de tensão no discurso metafísico tradicional quanto ao conhecimento, pois implica no problema da “perspectiva”, invocando o caráter provisório, mutável e relativo da verdade, em contraposição à noção metafísica de verdade única, absoluta e estável. Não se trata, portanto, de provar que a perspectiva metafísica é inválida ou errônea, mas de mostrar que não é única e absoluta, superando o equívoco de sua soberania. Desta forma, ao compreender que há diferentes pontos de vistas, a Fenomenologia se autocompreende como

uma perspectiva relativa e provisória e parte, então, do pressuposto de que a perspectiva do conhecer e a verdade que este alcança só podem ser relativas. “O reconhecimento da relatividade da perspectiva é, simultânea e necessariamente, o reconhecimento da relatividade da verdade” (Ceribelli, 2007, p.13).

Para a Fenomenologia, a insegurança advinda com esta relatividade, que tenta ser superada pelo pensamento ocidental, é própria do existir (ser). Não compreende, portanto, essa insegurança ou a fluidez do aparecer dos entes e de sua interpretação como falha deste mostrar-se ou defeito do pensar: são modos constitutivos e originários de manifestação. A possibilidade do conhecimento está, então, intimamente ligada à aceitação desta fluidez. A relatividade não é um problema a ser superado, mas uma condição que os entes têm de se manifestarem, pois diz respeito “à provisoriedade das condições em que tudo o que é vem a ser e permanece sendo” (Critelli, 2007, p. 16)

Husserl é claro ao afirmar que não se nega o mundo, nem se separa o homem do mundo: mas se re-coloca – como afirma a definição de Merleau-Ponty – o homem em intrínseca relação com esse mundo. O mundo de significados a que nos referimos passa pela história cultural do sujeito, passa pela sua vida privada, passa pelo seu contexto imediato (o seu “fluxo de vivências”), passa ainda pelo seu horizonte de futuro (seus desejos, seus anseios, suas expectativas); enfim, ao invés de se tornar uma outra teoria determinista, a fenomenologia descortina a imensidão do mundo ao redor desse sujeito da vivência. Portanto, a fenomenologia não pode ser interpretada apenas pela ótica subjetivista, mas deve ser compreendida como essencialmente *intersubjetiva e mundana*. (Holanda, 2014).

A relação intencional da consciência pode se mostrar por meio da reflexão e descrição, desvelando, assim, as facetas da consciência e da experiência na totalidade da atividade humana, a qual poderá ser mais bem compreendida (Valle, 1997). Compreende-se, portanto, que, para que os significados sejam compreendidos adequadamente, devem ser remetidos à relação intencional, que, para Valle (1997), “nada mais é do que o diálogo entre o homem e o mundo” (p.38). A análise da intencionalidade da consciência, como proposta por Husserl, deveria contemplar compreensivamente a relação entre sujeito e mundo, revogando, desta forma, o modelo explicativo naturalista. Para os autores, as vivências intencionais podem ser compreendidas como o movimento da consciência em direção à experiência (DeCastro e Gomes, 2008, 2011b). Como destaca Merleau-Ponty, o fenômeno subjetivo sempre será intersubjetivo, pois o mundo não é apenas a minha representação, mas um intermundo

(Holanda, 2009). Por isto, em uma investigação fenomenológica, “o objetivo último não é ficar a nível individual, mas clarificar as estruturas invariantes que sejam validadas intersubjetivamente” (Giorgi, 2010, p. 69).

O fenômeno pode ser encontrado no *mundo-vivido*, experiência básica do ser humano (Forghieri, 2004). De acordo com Valle (1997), “por *mundo-vivido* Husserl designa a “presença imediata do homem à realidade, o mundo cotidiano no qual a vida se desenrola, o mundo tal como é encontrado na experiência cotidiana, cenário de todas as atividades humanas” (p.35). Deste modo, para a autora, o fenômeno se mostra ao se experienciar o mundo. A consciência desta coisa que se mostra é o que permite ao homem ver o objeto (Valle, 1997). A importância de se mostrar o fenômeno da forma como ele se mostra consiste em trazer para o nível da consciência o que antes era vivido apenas de forma pré-reflexiva (Amatuzzi, 1996). O fenômeno inclui todas as formas de se estar consciente de algo, como pensamentos, sentimentos, desejos e vontades, sendo tarefa da Fenomenologia investigar como algo percebido, recordado, representado, simbolizado, apresenta-se (Moreira, 2002).

Em sua leitura da Fenomenologia, Merleau-Ponty (1945/1999) discorre:

O que é a fenomenologia? Pode parecer estranho que anda se coloque esta questão, meio século após os primeiros trabalhos de Husserl. Ela está, entretanto, longe de ser resolvida. A fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua “facticidade”. É uma filosofia transcendental que coloca em suspenso, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural, mas é também uma filosofia para a qual o mundo já está sempre “ali”, antes da reflexão, como uma presença inalienável e cujo esforço todo consiste em reencontrar este contato ingênuo com o mundo, para dar-lhe enfim um estatuto filosófico. É a ambição de uma filosofia que seja uma “ciência exata”, mas também um relato do espaço, do tempo, do mundo “vividos”. É a tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é, e sem nenhuma referência à sua gênese psicológica e às explicações casuais que o cientista, o historiador ou o sociólogo possam fornecer (pp. 1-2).

Como aponta o filósofo, para se voltar às coisas mesmas e chegar às essências dos fenômenos, é necessário suspender a atitude natural e assumir uma atitude fenomenológica. Na atitude natural, vê-se o homem separado do mundo, em uma distância sujeito-objeto (Valle,

1997). Husserl chama de atitude natural a concepção do senso comum, na qual a consciência vê os objetos como exteriores e reais (Moreira, 2002). Na atitude natural, considera-se os movimentos da consciência como fato, procurando explicar o psiquismo por meio do estabelecimento de relações entre eles e deles com outros fatos (Forghieri, 2004). A atitude natural são juízos de realidade ou de valor que espontaneamente fazemos. Dessa forma, para o autor, a “volta às coisas mesmas”, como apontado anteriormente, deve ser compreendida como um retorno ao que se aparece na experiência ao se adotar uma atitude fenomenológica (Amatuzzi, 2009).

Diferentemente da atitude natural, a atitude fenomenológica procura visualizar a forma pela qual o mundo se apresenta ao homem, considerando o mundo como simplesmente o que ele é para a consciência, ou seja, o fenômeno (Moreira, 2002; Valle, 1997). Para Forghieri (2004), na atitude fenomenológica, “todos aqueles fatos e explicações são colocados entre parênteses ou fora de ação, permitindo a reflexão sobre a experiência variada da vivência, chegando ao que lhe é essencial, ou invariável nas suas transformações” (p.17). Trata-se, portanto, de um deslocamento de uma posição para outra, ou seja, de um desalojamento de uma posição natural para a fenomenológica, o que possibilitaria um desvelamento do mundo. Para isto, é preciso se despir dos *a priori*s para se colocar diante do mundo numa atitude ingênua (Holanda, 2014).

Suspender os *a priori*s significa colocar “entre parênteses” os conhecimentos adquiridos anteriormente sobre o objeto, que está sendo investigado, como ideias, valores, conceitos e julgamentos, para então se apoiar no que surgirá da experiência pesquisador-pesquisado (Andrade e Holanda, 2010). Deve-se colocar de lado os próprios pensamentos e interesses e estar aberto a qualquer conteúdo ou tema que possa emergir (V. Moreira, 2004). Nesta mudança de atitude na investigação científica, desloca-se de uma aceitação do mundo sem questionamento, a atitude natural, para o questionamento do mundo natural e do próprio questionamento, a atitude fenomenológica (DeCastro & Gomes, 2008).

É neste sentido que, um tipo de redução – a *epoché* – se apresenta. Primeiramente, antes de introduzir o sentido do termo e suas implicações, faz-se importante destacar que falar de redução na Fenomenologia implica considerar várias reduções que seriam passos dentro de um mesmo processo de investigação. Entretanto, esta questão das reduções não é um consenso entre os pesquisadores, pois Husserl, ao longo de sua obra, tratou delas de forma distinta e empregando diversas terminologias (Giorgi & Sousa, 2010). O conceito de redução fenomenológica é definido de forma heterogênea na obra de Husserl, o que dificulta a argumentação em defesa de uma única forma de redução. Entretanto, é possível apontar que,

apesar das diversas definições, o fundamento da prática redutiva busca acessar a consciência pura e imanente das coisas (DeCastro & Gomes, 2011b).

Na *epoché*, a existência deve ser colocada entre parênteses, pois o mundo existente não seria o verdadeiro tema da Fenomenologia, mas sim a forma pela qual o conhecimento do mundo se revela. Deste modo, nesta etapa da redução, suspende-se opiniões e crenças na tradição e nas ciências, colocando-os entre parênteses, a fim de se ater ao dado enquanto tal e, assim, descrevê-lo em sua pureza (Moreira, 2002). Compreende, assim, uma mudança de atitude, da natural para a fenomenológica, o que permitiria visualizar o mundo e o sujeito como fenômenos, ou como constituintes de uma totalidade, em meio à qual se revelam reciprocamente, como significações (Forguieri, 2004). Neste sentido, Moreira (2002) aponta:

Enquanto toda a ciência é, de certa forma, uma ciência do ser no mundo, do ser perdido no mundo, só a Fenomenologia, através da análise radical da intencionalidade, poderá ser a ciência das ciências, justamente por “perder o mundo” através da redução fenomenológica para encontra-lo pela análise da intencionalidade da consciência. Para isso, é preciso passar de uma atitude ingênua a uma atitude transcendental, na qual a consciência constitui o mundo como fenômeno puro (p. 71).

Na *epoché* não se afirma ou se nega algo, apenas se abandona uma pré-compreensão da realidade. O resultado disto seria, então, uma intuição das essências (Holanda, 2014). Propõe-se uma inversão de nossa posição no mundo resultando em uma amplificação de nossa capacidade de refletir. Aqui, a consciência destaca-se da atitude natural e se posiciona reflexivamente, aberta ao estudo da essência dos fenômenos. Para isto, é necessário abdicar e suspender de conhecimentos preestabelecidos, colocando-os entre parênteses (Giorgi & Sousa, 2010).

Paralelamente ao uso da *epoché*, a redução fenomenológica implica na correlação entre o objeto da experiência e a experiência desse mesmo objeto. Além da busca pelo objeto, tal como é dado à consciência, pretende-se, também, analisar descritivamente a subjetividade do ato intencional, ou seja, como ele é dado à consciência. A redução fenomenológica seria, portanto, um dispositivo metodológico criado por Husserl para estudar a consciência intencional e o fenômeno tal como se dá, sem pressuposições, a fim de alcançar a essência das vivências intencionais (Giorgi & Sousa, 2010). Merleau-Ponty ressalta que a redução fenomenológica evidencia a existência, ou seja, o ser no mundo, sendo impossível apreender o sujeito como puro sujeito nem o mundo como puro objeto. Sendo assim, dois aspectos

necessários da ética do pensamento fenomenológico se destacam: a intersubjetividade e a compreensão da consciência como doadora de sentido, ou seja, a intencionalidade, resultando na perspectiva do sujeito sempre em relação com o mundo (Holanda, 2009). Assim, as reduções não podem ser consideradas como produtos de um esvaziamento do self, pois implicam em uma consciência crítica e em um rigor metodológico (Giorgi & Sousa, 2010).

Além da *epoché* e da redução fenomenológico, outro tipo de redução também deve ser considerado: a redução eidética. Em Platão, *eidos* ou “essência” corresponde à imagem que as coisas dão quando contempladas naquilo que são verdadeiramente (Holanda, 2001). Busca-se, então, a estrutura essencial e invariável de um fenômeno, separando o que lhe é contingente ou acidental (Moreira, 2002). A redução eidética, como afirma Merleau-Ponty (1945/1999), “é a resolução de fazer o mundo aparecer tal como ele é” (p.13), podendo ser compreendida, portanto, como a essência propriamente dita de algo. DeCastro e Gomes (2011b) definem redução eidética como o ato de reduzir os fenômenos dados à consciência à sua essência, ou seja, às partículas constituintes de sua evidência. Para atingir a essência, a redução eidética se utiliza do chamado método da variação imaginativa livre, na qual seriam suscitadas as possíveis variações evidentes de um fenômeno com o objetivo de descobrir os limites de sua identidade expressiva (DeCastro & Gomes, 2011b; Moreira, 2002). Na redução eidética, por meio do método da variação imaginativa livre, modifica-se os elementos essenciais de um fenômeno para então se verificar se este ainda se encontra reconhecível, buscando-se aceder às dimensões, características e propriedades essenciais dos objetos, em busca de sua identidade, ou seja, aquilo que ele é, a sua essência, eliminando as variações fatuais (DeCastro & Gomes, 2011b; Giorgi & Sousa, 2010).

Em síntese, o método fenomenológico apresentado por Husserl (1907/1986) pode ser compreendido como uma técnica que, por meio da descrição, interroga a experiência consciente, clarificando a articulação entre o real, a experiência e a consciência. É por meio do método fenomenológico que se faz possível investigar a vivência do sujeito em situações diversas e, assim, chegar a sua compreensão, entendendo o mundo tal como ele existe para o homem, em sua relação, e não qualquer um entendido de maneira separada (Valle, 1997). A reflexão fenomenológica vai em direção ao “mundo vida”, da vivência cotidiana imediata em que todos nós vivemos (Forghieri, 2004). É, portanto, o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, “a pesquisa que lida com o significado da vivência” (Amatuzzi, 1996, p.5), e um método de acesso à realidade concreta do mundo que busca alcançar o significado da realidade e do mundo para o sujeito que é protagonista de sua própria vivência (Holanda, 2001).

É neste sentido que a Psicologia Fenomenológica surge do questionamento da Psicologia como ciência natural e de sua adequação para investigação do homem e dos fenômenos intrínsecos a ele, conforme vividos no mundo cotidiano (Valle, 1997). A Fenomenologia se volta para os mesmos objetos considerados pela psicologia quando se propõe a investigar temas como percepção, linguagem, a relação inter-humana ou os estados perturbados da mente. Entretanto, diferentemente de uma psicologia positivista, que faz isto com um enfoque empírico, por meio de mensurações e da separação entre sujeito e objeto, a Fenomenologia considera estes objetos enquanto vivências, pretendendo elucidar sua natureza, baseando-se na consideração de experiências concretas e situadas, resultando em uma compreensão teórica que possibilite lidar melhor com o fenômeno (Amatuzzi, 2009). A Psicologia concebida como uma ciência humana de base fenomenológica aspira observar, descrever e tornar inteligíveis os fenômenos que se apresentam para e são vividos pelo homem em sua relação com o mundo físico e humano. (Valle, 1997). Na transposição do método fenomenológico do campo da Filosofia para o da Psicologia, assume-se como objetivo primordial procurar captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações experienciadas em seu existir cotidiano (Forghieri, 2004).

Para Holanda (2014) a psicologia fenomenológica pode ser compreendida tanto como a possibilidade de se fundar fenomenologicamente alguns conceitos da psicologia, como método para análise de significados psicológicos das experiências subjetivas.

É neste sentido que se faz presente um projeto de “psicologia fenomenológica”, cujos alicerces se encontram na redescoberta e valorização da subjetividade consciente, suas manifestações e inter-relações, abarcando toda a complexidade do fenômeno humano: indivíduo, cultura, sociedade, etc. Assim é que a “psicologia fenomenológica” se apresenta como uma abordagem que se propõe a ver esta realidade de forma mais complexa e o mais amplamente possível. Ao se propor a isto, a fenomenologia questiona o reducionismo presente nas metodologias naturalistas (tal qual apontado por Husserl), em especial quando aplicadas ao fenômeno psicológico, pelo seu caráter atomístico e restritivo. A psicologia fenomenológica, enquanto preocupação com a experiência consciente difere do método introspectivo pelo fato deste último estar interessado nos elementos mentais, ou seja, tratar-se de um método reducionista, não se atendo, pois, à relação entre o objeto do estímulo e o significado da experiência (Gomes, 1985). (Holanda, 2014, p. 84)

Compreende-se, portanto, que uma psicologia fenomenológica seja capaz de revelar o ser humano para si próprio, que se observará e refletirá sobre estas observações (Holanda, 2014).

Quanto à utilização da Fenomenologia como método para pesquisa empírica, ao longo do século XX, foram várias as tentativas de união da epistemologia e metodologia fenomenológica de Husserl com a investigação empírica dos fenômenos (DeCastro & Gomes, 2008). Apesar de Husserl não ter elaborado a pesquisa em psicologia fenomenológica com a concretude com que tem sido praticada na academia (Amatuzzi, 2009), na transposição da Fenomenologia para a pesquisa empírica, a pesquisa fenomenológica se desdobra em vários modelos que, apesar de divergirem em alguns aspectos, como a não uniformidade das reduções, são unânimes em alguns pontos, como a busca pela essência de uma experiência, a redução fenomenológica e o cuidado descritivo (DeCastro & Gomes, 2011b; V. Moreira, 2004).

Um exemplo disto é a releitura que Merleau-Ponty (1908-1961) realizou do de Husserl e seu método fenomenológico (V. Moreira, 2004). O filósofo também define Fenomenologia como o estudo das essências, mas dá destaque à existência, esclarecendo que o que a Fenomenologia busca são as essências na existência, visto que o mundo estaria sempre aí, antes mesmo da reflexão, sendo que o homem é parte do mundo e vice-versa, reconsiderando, então, a relação entre homem e mundo (Andrade & Holanda 2010; V. Moreira, 2004). Em sua releitura da Fenomenologia, toma como ponto de partida a descoberta da intencionalidade – descoberta do sentido do objeto para a experiência consciente -, ponto de chegada do método proposto por Husserl. Desse modo, Merleau-Ponty parte da intencionalidade do outro para recoloca-lo no mundo, pois entende que não há um ego-transcendental ideal que exista aprioristicamente, mas que existe no mundo. Esta transformação da Fenomenologia transcendental em existencial resulta em importantes implicações para a ciência psicológica (Gomes, 1998).

Quanto à redução, Merleau-Ponty (1945/1999) também nos avisa, diante da característica do homem de ser mundano, que “o maior ensinamento da redução é a impossibilidade de uma redução completa. . . . Se fôssemos espírito absoluto, a redução não seria problemática. Mas, ao contrário, nós estamos no mundo” (p.10). Deste modo, para o filósofo, o pesquisador nunca conseguirá deixar suas hipóteses em absoluto ao pesquisar um fenômeno (Andrade e Holanda, 2010). Apesar de a redução consistir no artifício lógico para o alcance da realidade pelo pesquisador, não se pode esquecer que esta nunca será completa, mas sempre uma tentativa nunca inteiramente realizada. A diferença entre a Fenomenologia clássica e a pesquisa fenomenológica é que, nesta última, o pesquisador sempre estará buscando o significado da experiência vivida ao invés da essência do fenômeno (V. Moreira, 2004).

Por fim, destaca-se que a pesquisa fenomenológica pode ser compreendida como uma forma de pesquisa qualitativa que “designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método. É a pesquisa que lida, portanto, com o significado da vivência” (Amatuzzi, 1996, p.5). A pretensão se uma pesquisa fenomenológica seria, portanto, conhecer melhor determinado objeto – objeto da experiência consciente –, no caso da Psicologia, um mundo vivido comum, situado em redes significativas associadas (Gomes, 1998). Assim, a Fenomenologia, em busca da experiência vivida, como fundamento teórico e metodológico, apresenta-se como um modelo adequado para as ciências humanas, sociais e da saúde quando estas buscam investigar o sujeito em seu contexto de vivência, tendo o homem como protagonista (Andrade & Holanda, 2010). A pesquisa fenomenológica na enfermagem, e aqui inclui todas as áreas de atuação na saúde, alerta para o fato de que fenômenos como saúde e doença, vida e morte não podem ser compreendidos isolados de quem os vive. Isto porque a doença traz modificações para quem a vivencia, como quebra de rotina, estar em ambiente estranho, mudanças subjetivas, como limites pessoais, impotência e isolamento, exigindo do adoecido adaptações diversas, sendo necessário compreender o fenômeno a partir do ser que o vivencia, em seu mundo vivido (Carvalho & Valle, 2002).

Boemer (1994) destaca a Fenomenologia como uma perspectiva teórico-metodológica que tem implicações epistemológicas importantes para a produção de conhecimento no contexto da saúde, pois compreende que o olhar fenomenológico permite que se resgate a subjetividade, a experiência vivida e a dimensão humana, que não se reduz à faceta biológica, mas a incorpora em articulação com a psicológica, social, cultural e espiritual, considerando, assim, o sujeito em sua complexidade e, portanto, em sua dimensão existencial. Além disto, a pesquisa com abordagem fenomenológica na área da saúde também pode contribuir para a ação profissional na medida em que, ao valorizar a compreensão do ser, aproxima-o de um cuidado autêntico, para além da técnica, buscando promover possibilidades para o poder-ser do ente adoecido (Silva et al., 2008). Ressalta-se, portanto, que a vivência de uma doença crônico-degenerativa e, particularmente, os significados atribuídos ao diagnóstico, assim como a vivência de profissionais da saúde, são tópicos apropriados ao método fenomenológico porque são recorrentes à experiência de vida das pessoas (D. Moreira, 2004), o que justifica a utilização deste método na presente pesquisa para alcançar os objetivos que serão propostos a seguir.

3. JUSTIFICATIVA

A partir do que foi apresentado, é possível constatar que, no momento do diagnóstico, especificamente no de câncer de mama, diversos sentimentos difíceis podem ser vivenciados pela mulher que recebe a notícia, dentre os quais se destacam a desesperança, angústia e medo (Alves, Silva, Santos, & Fernandes, 2010; Araújo & Fernandes, 2008; Bergamasco & Ângelo, 2001; Peres & Santos, 2007; Rossi & Santos, 2003; Silva & Santos, 2009). Para a literatura, o impacto do diagnóstico é uma vivência extremamente significativa que influencia todo o processo até a reabilitação do doente (Gomes, Silva, & Mota, 2009; Oliveira, Oliveira, Gomes, & Gasperin, 2004; Silva & Zago, 2005; Cavalcanti, 2005). Além disso, como pode ser constatado, os profissionais da saúde são considerados elementos importantes no enfrentamento do câncer, principalmente quando informavam sobre a doença e sua evolução, bem como quando confortavam e encorajavam a mulher durante o diagnóstico e tratamento (Araújo & Fernandes, 2008; Oliveira, Oliveira, Gomes, & Gasperin, 2004; Silva & Zago, 2005).

Desse modo, diante da complexidade de descobrir-se com uma doença grave e das implicações que o processo de comunicação do diagnóstico tem na assimilação do impacto e na adesão ao tratamento, faz-se necessária a compreensão de como esta comunicação está se dando, tanto para quem a recebe, no caso a mulher em processo de investigação, quanto para quem o formula, o médico oncologista. Investigar como está sendo processada a compreensão da investigação e consequente diagnóstico de câncer de mama por parte da mulher, contingente ao momento em que ela é diagnosticada, permitirá lançar luz sobre as vivências e sobre os processos psicológicos de significação que são colocados em marcha durante os primeiros momentos da conscientização de que se está sofrendo de uma doença potencialmente fatal e altamente estigmatizante como o câncer de mama. A literatura é farta em pesquisas que investigam o impacto do diagnóstico para a mulher acometida, porém os dados disponíveis são obtidos por meio de estudos retrospectivos, havendo poucos estudos prospectivos e escassas evidências produzidas sobre os diversos momentos do processo de comunicação. Além disto, também há lacunas do conhecimento relacionado às vivências do profissional que realiza a comunicação diagnóstica no câncer de mama, importante figura neste momento. Considera-se que o foco na díade possa ser um recurso valioso para ampliar a compreensão sobre como o fenômeno “a vivência do processo de comunicação diagnóstica” está se dando para ambos os protagonistas da situação.

4. OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivo geral compreender a vivência do processo de comunicação do diagnóstico de câncer de mama.

Os objetivos específicos são:

(a) Compreender como o processo de diagnóstico de câncer de mama é vivenciado pela mulher que o recebe.

(b) Compreender como o médico oncologista vivencia o processo de comunicação do diagnóstico de câncer de mama.

O objetivo do presente estudo é, portanto, desvelar o fenômeno da descoberta do câncer de mama, buscando compreender as questões vivenciadas por seus protagonistas, considerando, assim, as vivências tanto de quem o recebe o diagnóstico quanto de quem o comunica.

5. MÉTODO

5.1. Estratégia metodológica

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, prospectivo e apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa e nos pressupostos do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia.

Quanto à abordagem metodológica, a pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser mensurados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (Fonseca, 2002). A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 2001, p. 14). Os métodos qualitativos comumente são descritos como diferenciados da abordagem empírica por serem voltados para os “fenômenos humanos”, fugindo da tradicional conexão com aspectos empíricos como medição e controle (Holanda, 2006).

A pesquisa qualitativa pode ser compreendida como sendo multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística, o que significa que os pesquisadores qualitativos estudam os fenômenos em *setting* natural, propondo-se a dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes trazem (Denzin & Lincoln, 1994). De acordo com Bogdan e Biklen (1997), a metodologia qualitativa pode ser definida como aquela que busca uma melhor compreensão do comportamento e da experiência humana. Compreende-se, portanto, que os pesquisadores qualitativos procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem significados por meio da observação empírica. Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa rico em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico, privilegiando, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir das perspectivas dos sujeitos de investigação. A pesquisa qualitativa é marcada pela subjetividade e pelo envolvimento do pesquisador, que participa diretamente e se envolve com todo o processo de coleta, análise e interpretação dos dados, sendo impossível desvincular-se de sua subjetividade para condução da pesquisa (Fonseca, 2002).

Além de ser um estudo qualitativo, outro ponto a ser destacado no delineamento da presente pesquisa é o fato de ser prospectiva. Outra classificação que os estudos podem receber

se dá de acordo com o momento da coleta de dados no tempo (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007). Nesse sentido, podem ser classificados como *transversal*, no qual as variáveis e suas relações são identificadas em um ponto do tempo; *longitudinal*, no qual os dados são coletados em diferentes pontos do tempo, ou de acordo com a época da experiência ou evento estudado; *retrospectivo*, no qual um evento no presente é conectado a fatores do passado; ou *prospectivo*, como no caso do presente estudo, em que aspectos potencialmente relevantes nas vivências, identificados no presente, são conectados a resultados possíveis no futuro (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007). Em um delineamento prospectivo, monta-se um estudo no presente e os participantes são seguidos no futuro para que se possa compreender como o fenômeno investigado evolui em períodos subsequentes (Hochman, Nahas, Filho, & Ferreira, 2005).

5.2. Delineamento do estudo

A coleta de dados referentes às pacientes foi realizada com aquelas que estavam sob investigação diagnóstica de possível neoplasia mamária. Com os casos suspeitos nos quais se obteve confirmação do diagnóstico e indicação para tratamento (cirúrgico, quimioterápico adjuvante ou neoadjuvante, entre outros), deu-se seguimento à pesquisa com a realização de mais uma entrevista, conforme indicado na Figura 1.

Figura 1. Delineamento do estudo.

No delineamento acima, T0, T1, T2, T3 e T4 correspondem, respectivamente, ao primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto tempos do processo diagnóstico e início do tratamento, sistematizados pela pesquisadora para fins didáticos. A coleta de dados ocorreu nos seguintes momentos: entre T0 e T1, ou seja, entre a identificação de caso novo e durante a realização de exames para investigação da qualidade do nódulo mamário; em T2, que corresponde ao momento imediato após a comunicação do diagnóstico; e em T3, período pós-diagnóstico, também caracterizado pelo início do tratamento.

A coleta de dados referente aos médicos foi realizada em um único momento.

5.3. Colaboradores

Colaboraram com o presente estudo mulheres que se encontravam em processo de investigação diagnóstica relacionada à suspeita de possível neoplasia mamária e médicos oncologistas responsáveis pela comunicação do diagnóstico.

Em relação aos critérios de inclusão referentes às pacientes, foram convidadas a participar do estudo mulheres que: (a) estavam em processo de investigação diagnóstica de câncer de mama pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – HCFMRP, independentemente de idade, escolaridade, *status* socioeconômico e estado marital; (b) aceitassem participar voluntariamente da pesquisa, afirmando sua anuência a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foram critérios de exclusão: (a) preencher critérios diagnósticos de recidiva do câncer de mama; (b) ter tido diagnóstico anterior de outro tipo de câncer; (c) ter dificuldades acentuadas de comunicação ou deficiência auditiva, que possam inviabilizar a participação nas entrevistas.

Em relação aos critérios de inclusão referentes aos médicos oncologistas, foram convidados a participar do estudo médicos: (a) vinculados à Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e que atuam na área do diagnóstico e assistência a pacientes com câncer de mama; (b) que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa, afirmando sua anuência a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Foram critérios de exclusão: (a) médicos que, ainda que atuem no serviço, não tenham tido experiência prévia de realizar a comunicação do diagnóstico de câncer de mama.

Foram contatados 16 colaboradores (onze pacientes e seis médicos). Uma paciente se recusou a participar da pesquisa com a justificativa de que não dispunha de tempo; outro contato foi realizado com a filha de uma paciente que afirmou que, se o diagnóstico fosse positivo, não contaria para a mãe que ela estaria com câncer; em um terceiro caso a consulta diagnóstica foi antecipada para uma data anterior à que seria a primeira coleta de dados; um quarto contato recebeu a notícia de que seu caso não se tratava de câncer logo após a biópsia e, por fim, uma colaboradora recebeu diagnóstico negativo para câncer, resultando em sua exclusão do presente estudo, que objetiva compreender especificamente a vivência daquelas que receberam diagnóstico positivo. Não houve recusa por parte dos médicos. Desse modo, na presente

Dissertação de Mestrado, serão discutidos os dados referentes a seis colaboradoras pacientes e a seis colaboradores médicos.

5.4. *Cenário do estudo*

Os participantes (pacientes e médicos) foram arregimentados no Serviço de Mastologia e Oncologia Ginecológica da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC-FMRP). Esse serviço é considerado de referência na área e tem por objetivo prover assistência a pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer ginecológico e de mama.

No total foram realizados 24 encontros, 18 com as pacientes e seis com os/as médicos/as. Destes, quatro foram realizados na residência das participantes (três encontros com duas pacientes e um encontro com uma médica), por conveniência e escolha das mesmas, e 20 foram realizados no próprio hospital, em uma sala reservada do ambulatório ou da enfermaria do serviço e, em um único caso, no leito da enfermaria durante a internação de uma das pacientes colaboradoras.

5.5. *Instrumentos*

(a) *Formulário de Dados Sociodemográficos*: Trata-se de um formulário utilizado e validado pelo Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq (Apêndice C), que contempla: dados pessoais, sociais e econômicos dos/das participantes, englobando ainda o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2015). Esse formulário foi utilizado no presente estudo com o objetivo unicamente descritivo, de modo a destacar as características socioeconômicas dos/das participantes. O Critério Brasil é um instrumento padronizado e de acesso aberto, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), com base nos itens de conforto doméstico e nível de escolaridade da pessoa de referência (“chefe de família”).

A utilização do instrumento se deu em razão do interesse da pesquisadora em recolher informações amplas sobre os/as colaboradores/as, a fim de compreender melhor o contexto em que vivem e apreender alguns aspectos pessoais relacionados às características sociodemográficas, que poderiam passar despercebidos durante a entrevista. Para V. Moreira (2004), como o sujeito-colaborador é um ser mundano, constituído por aspectos múltiplos no mundo em que vive, é útil ao pesquisador conhecer sobre sua mundaneidade, a fim de tentar compreender quais aspectos concretos circunscrevem a existência desse sujeito.

(b) *Entrevista Fenomenológica*: De acordo com Carvalho e Valle (2002), para compreender rigorosamente o fenômeno, é essencial que se busque uma descrição da experiência que se está sendo estudada pelos sujeitos que o vivenciam ou vivenciaram, porque esse seria o caminho para a sua compreensão. Uma boa descrição seria aquela em que o participante relata suas vivências detalhadamente, incluindo os contextos cognitivo e emocional, buscando regressar à experiência vivida com a maior fidedignidade possível em relação às condições em que ela foi experienciada no momento em que ocorreu (Giorgi & Sousa, 2010). Desse modo, para se obterem as descrições, o pesquisador pode recorrer à entrevista (Boemer, 1994).

A entrevista, ao servir como veículo de comunicação, proporciona a exploração do mundo vivido do entrevistado, estando o pesquisador à procura do sentido que esse mundo vivido tem para o entrevistado (Gomes, 1997). No momento da entrevista, cabe ao pesquisador perguntar, dialogar, questionar, observar e facilitar o acesso do entrevistado à própria experiência subjetiva, o que inclui a evocação de memórias e a atribuição de significados aos fatos vividos. Durante a coleta de dados, na Fenomenologia também cabe ao pesquisador permanecer ativo, presente como um interlocutor privilegiado que solicita e acolhe, assim como pede à pessoa que retorne à sua experiência quando ela por ventura tende a se afastar dela no decorrer da elaboração de seu relato. É apenas posteriormente, no silêncio de seu gabinete, que o pesquisador exercerá o olhar analítico, também fenomenológico, para os dados construídos (Amatuzzi, 2009, 2001). A coleta de dados manifesta-se como intersubjetividade, pois resulta sempre de um encontro singular entre o pesquisador que desconhece uma determinada situação e o sujeito que a vivencia intimamente. Nesse momento de aproximação, a atitude de empatia, diálogo, liberdade e cooperação do investigador são requisitos que podem favorecer a abertura necessária para a compreensão fenomenológica (Carvalho & Valle, 2002).

Para Amatuzzi (2001) existem formas de relato mais favoráveis a uma determinada forma de análise, sendo que, para a fenomenológica, o melhor relato seria procurar trazer e tornar presente a experiência vivida pelo colaborador. Um modo de se fazer isso seria colhendo relatos, dizendo à pessoa algo do tipo: “Estou pesquisando tal coisa; o que você pode me dizer sobre isso a partir de sua experiência pessoal?” (p. 18). Desse modo, não se partiu da apresentação de um roteiro de entrevista previamente estabelecido para a coleta dos dados do presente estudo, uma vez que se compreende que é característico da pesquisa fenomenológica a utilização de entrevistas abertas para coletar os dados e, assim, alcançar seus objetivos. A entrevista aberta tem finalidade exploratória e implica em propiciar ampla liberdade ao entrevistado para discorrer sobre o tema investigado, da maneira como lhe parecer mais

conveniente e desejável. Assim, há nesse tipo de entrevista uma interferência mínima do pesquisador, que deve assumir uma postura de ouvinte atento e interessado no que seu interlocutor tem a dizer. Interrupções da fala do participante se darão apenas em casos extremos, quando o pesquisador não compreende algo ou julga que determinada questão introduzida pelo próprio entrevistado deva ser mais explorada, para melhor elucidar o objetivo da pesquisa (Boni & Quaresma, 2005). Vale ressaltar que essa modalidade de entrevista é amplamente utilizada na investigação qualitativa e, nesse caso, está associada ao referencial teórico-metodológico da Fenomenologia, que solicita e comporta a utilização desse tipo de instrumento.

No presente estudo, as entrevistas com as participantes se deram em dois momentos: no pré-diagnóstico, durante o processo de investigação, e no início do tratamento, após receberem a confirmação da doença oncológica. As questões que nortearam as entrevistas com as pacientes foram: *Conte-me como está sendo, para você, vivenciar esse momento de investigação de um possível diagnóstico de câncer de mama?* E, posteriormente, após a confirmação do diagnóstico: *Conte-me como foi, para você, vivenciar o momento de comunicação do diagnóstico de câncer de mama?* E: *Conte-me como está sendo, para você, vivenciar este momento de pós-diagnóstico?*

A questão norteadora das entrevistas com os/as médicos/as foi: *Conte-me como é, para você, vivenciar a comunicação de um diagnóstico de câncer de mama?*

(c) *Diário de campo*: Complementando as entrevistas, utilizou-se como instrumento neste estudo o diário de campo, elaborado a partir das experiências da pesquisadora nos momentos de aproximação com as/os colaboradoras/es, da coleta de dados e da observação participante realizada no próprio ambulatório. Os diários de campo encontram-se anexados à Dissertação (Apêndice D).

Para Boni e Quaresma (2005), uma forma pertinente de se coletar dados se dá por meio da utilização da observação participante, advinda do método etnográfico, que se distingue da comum na medida em que pressupõe a integração do investigador ao grupo investigado. Apesar da distinção entre os métodos fenomenológico e etnográfico, a utilização de instrumentos da Etnografia que complementam a entrevista, como no caso da observação participante, que corresponde à imersão do pesquisador no campo de investigação, pode ser bastante útil ao método fenomenológico (Moreira & Cavalcanti Jr, 2008). Quando se inclui a observação participante como instrumento integrante do método fenomenológico, introduz-se a possibilidade de aprender sobre o fenômeno estudado sob a perspectiva de diferentes lentes – da perspectiva dos profissionais, pacientes e pesquisador. A tentativa de alcançar a

compreensão da experiência vivida do adoecer sob diversas perspectivas concomitantes está muito próxima de uma compreensão do fenômeno em seus múltiplos e complexos contornos, tal como preconiza a Fenomenologia (Moreira & Cavalcanti Jr, 2008). No presente estudo, a observação participante ocorreu a partir da imersão no campo, que ocorreu a partir de julho de 2015, até o final da coleta de dados, em janeiro de 2017, e se deu por meio da observação do que se passava no ambiente hospitalar e a partir da interação estabelecida pela pesquisadora com profissionais e pacientes no contexto de estudo.

Assim, a pesquisadora teve sempre em mãos uma caderneta, na qual anotou as observações realizadas em campo, tanto no ambiente hospitalar, em interação com profissionais e pacientes, quanto durante as coletas dos dados utilizando as entrevistas, constituindo, assim, o *diário de campo*. Esse recurso metodológico é importante para a caracterização minuciosa do campo de pesquisa, para o detalhamento dos comportamentos dos participantes do estudo e para o registro das impressões e reflexões da pesquisadora. O diário de campo é um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir dia após dia ao longo de toda a experiência investigativa, na medida em que ela acontece, e que tem por base a realização de observações diretas dos comportamentos de um determinado grupo (Weber, 2009).

A utilização de notas de campo oferece um suplemento importante aos outros instrumentos utilizados, permitindo que o pesquisador obtenha informações valiosas e detalhadas dos fatos ocorridos no campo de coleta de dados, incorporando os aspectos não verbais, assim como suas impressões, sentimentos e percepções advindos da experiência (Bogdan & Biklen, 1997). Nos diários de campo são registradas as atividades desenvolvidas no campo de pesquisa, incluindo descrições, trechos de fala dos participantes considerados significativos, impressões marcantes e sentimentos vivenciados pelo observador (Dalmolin, Lopes, & Vasconcellos, 2002).

O diário de campo é composto por duas partes: a descritiva e a reflexiva. A descritiva corresponde ao registro do investigador acerca dos detalhes do que ocorreu no campo, englobando, assim, um retrato parcial dos sujeitos, reconstruções de fragmentos de diálogos, descrição do espaço físico, relatos de acontecimentos particulares, descrição de atividades e reações e comportamentos do observador. Já a dimensão reflexiva refere-se à parte mais subjetiva do investigador, em que a ênfase está na especulação, a partir da consideração dos sentimentos, problemas, ideias, palpites, impressões das entrelinhas das comunicações, conceitos e preconceitos. Tais autores aconselham ainda que, de tempos em tempos, o investigador escreva fragmentos de pensamentos adicionais acerca do progresso da investigação, denominados de *memorandos*, que contêm reflexões do pesquisador a respeito da

análise, do método, de seus conflitos, de seus pontos de vista e de sugestões de codificação do material reunido (Bogdan & Biklen, 1997).

Dessa maneira, a fim de complementar os dados da pesquisa, foram elaboradas notas de campo sobre as vivências hospitalares da pesquisadora, sobre os contatos estabelecidos com as colaboradoras e, após a coleta de dados com cada participante, anotações nas quais buscou-se escrever, da maneira o mais detalhada possível, aquilo que ela viu, ouviu, vivenciou e pensou no decurso da coleta de dados, de acordo com o recomendado por Bogdan e Biklen (1997). Espera-se que, por meio das anotações no diário de campo, seja possível levantar dados pertinentes ao contexto da pesquisa – o universo da comunicação do diagnóstico de câncer de mama – e de seus protagonistas, assim como a fluidez da pesquisadora inserida nesse contexto, transitando com leveza pela experiência, de modo a trazer à luz a intersubjetividade presente na pesquisa fenomenológica.

5.6. Procedimento

5.6.1. Coleta de dados

(a) *Imersão no campo*: Preliminarmente, houve uma imersão no campo de investigação, para permitir que houvesse uma familiarização com a rotina do serviço e com o trabalho cotidiano da equipe de profissionais. A imersão se deu durante todo o segundo semestre de 2015 e se estendeu até a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) (Anexo 1) e da instituição coparticipante, ou seja, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) (Anexo 2), assim como a autorização, em última instância, para a coleta dos dados pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (Anexo 3), que ocorreu no dia 16 de fevereiro de 2016. Durante esse intervalo de tempo, tive a oportunidade de estar na sala de pós-consulta, para a qual os pacientes que são atendidas no ambulatório se dirigem após a consulta com os médicos. Nela, são fornecidas, basicamente, informações referentes ao tratamento, esclarecimento de dúvidas e orientações sobre exames, medicamentos, tratamentos e preparo para a cirurgia.

Em geral, essa experiência foi muito interessante e rica para mim, pois me proporcionou tanto uma melhor compreensão do funcionamento do ambulatório, da distribuição de funções e compreensão de procedimentos assistenciais, quanto um estreitamento do vínculo com diversos profissionais, principalmente com a equipe de enfermagem, e com algumas pacientes que são atendidas pelo serviço. O contato com a equipe de enfermagem, para mim, foi muito

importante para o estabelecimento de vínculo com as enfermeiras. Esse vínculo, além de me proporcionar benefícios práticos, como facilitar com que eu dirimisse algumas dúvidas sobre o funcionamento do serviço e as consultasse quando precisasse de informações, refletiu diretamente em minhas atividades como pesquisadora, pois percebi que essas profissionais assumiam uma função de ponte para a comunicação e contato com as possíveis participantes. Quanto ao contato com as pacientes, é possível apontar que minha (re)aproximação com a temática “câncer de mama” foi de extrema importância, tanto no âmbito profissional quanto pessoal. Enquanto estive na sala de pós-consulta, pude acompanhar diversas histórias que se apresentavam naquele breve espaço e tempo. Em pelo menos duas situações tive a oportunidade de me aproximar ainda mais das pacientes, acolhendo-as diante de uma demanda clara de acolhimento psicológico que surgiu após a consulta. Também nessa experiência pude reencontrar algumas das mulheres com que tive contato durante os dois anos em que frequentei o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA (EERP-USP), primeiramente como pesquisadora e, posteriormente, como estagiária-psicoterapeuta.

(b) Seleção das pacientes e coleta de dados: Quanto às pacientes, foram convidadas a participar do estudo aquelas mulheres que caracterizavam um “caso novo” no ambulatório. Ao chegar no serviço, procurava, entre as pastas das pacientes que vieram para serem consultadas naquele dia, aquelas que caracterizavam a primeira consulta e que estivessem em processo de investigação, sendo excluídos os casos em que, apesar da primeira consulta, o câncer já estivesse confirmado. Identificadas as participantes em potencial, essas mulheres eram chamadas no ambulatório e o convite era realizado. Outra estratégia utilizada para identificar potenciais participantes e realizar o convite para participação na pesquisa, que desenvolvi posteriormente, foi permanecer no local do ambulatório onde ocorriam as biópsias, a fim de identificar as mulheres que a estavam realizando pela primeira vez na mama suspeita. Identificando potenciais colaboradoras, apresentava-me como psicóloga e pesquisadora do serviço e perguntava se tinham disponibilidade para conversarem comigo após a realização da consulta ou procedimento agendado. Para aquelas que tinham disponibilidade de realizar a entrevista naquele mesmo dia, após a consulta ou a coleta do material para biópsia, eu as direcionava para uma sala no próprio ambulatório, onde conversávamos sobre o objetivo da pesquisa e o convite para participação. Para aquelas que manifestaram interesse em participar, mas não dispunham de tempo naquele dia, eu anotava o contato para que a entrevista pudesse ser combinada no próximo retorno, anterior à consulta diagnóstica.

Na primeira entrevista, no início dos encontros, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado para as pacientes (Apêndice A). Após a assinatura, foi aplicado o Formulário de Dados Sociodemográficos (Apêndice C). Realizávamos, então, a entrevista. Ao seu final, perguntava às colaboradoras o dia de seu retorno, no qual seria revelado os resultados dos exames, e dizia a elas que eu estaria no ambulatório naquele dia, disponível para que falassem comigo caso desejassem ou sentissem necessidade.

No dia da consulta para comunicação do diagnóstico, encontrava-me com as colaboradoras anteriormente à consulta, no próprio ambulatório, reforçando a minha disponibilidade de conversar com elas nesse momento. Após as consultas em que os diagnósticos para câncer de mama foram confirmados, colocava-me à disposição novamente. Todas as colaboradoras demonstraram interesse e vontade de conversar comigo. Esse momento de pós-consulta diagnóstica, que também ocorreu em uma sala reservada do ambulatório, consistiu, portanto, em um momento em que não foi realizada nenhuma questão norteadora. Era um momento no qual eu, como psicóloga, simplesmente abria um espaço e me colocava à disposição para acolher as demandas que emergissem. Nesse encontro, busquei deixar em suspenso o papel de pesquisadora, colocando-me no papel de psicóloga-colaboradora disponível para dar acolhimento ao que emergisse naquela situação-limite, imediatamente após a confirmação do diagnóstico de câncer de mama. Em respeito à singularidade do momento vivido pelas participantes, não houve gravação dessa situação, mas sua vivência pela pesquisadora foi, logo após o seu término, relatada em diário de campo.

A Tabela 1 sistematiza as etapas do processo diagnóstico vivenciado por cada colaboradora e os respectivos procedimentos utilizados na investigação para a coleta dos dados.

Tabela 1. Etapas do processo diagnóstico e respectivos procedimentos de pesquisa.

Etapas	Procedimentos de pesquisa
Pré-diagnóstico	Aplicação do Formulário Sociodemográfico, entrevista aberta audiogravada e anotação em diário de campo.
Diagnóstico	Acolhimento imediato após o diagnóstico e anotação em diário de campo.
Pós-diagnóstico/ pré-cirurgia	Entrevista aberta audiogravada e anotação em diário de campo.

Passados cerca de 10 dias da consulta diagnóstica, o contato com as colaboradoras foi retomado a fim de agendar a entrevista pós-diagnóstica. Desse modo, a última entrevista foi realizada cerca de 20 dias após a consulta na qual houve a comunicação do diagnóstico.

(c) Seleção dos/as participantes médicos/as e coleta de dados: A seleção dos/as médicos/as deu-se a partir de uma escolha guiada pelo critério de disponibilidade e interesse em colaborar com o estudo, de acordo com a receptividade percebida nos membros da equipe ou por meio de indicação dos/das próprios/as colaboradores/as. O convite foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, em contato estabelecido no corredor do próprio ambulatório, durante as atividades assistenciais, para três dos colaboradores. Os outros três foram acionados pela mediação estabelecida por uma das médicas participantes.

Cinco dos seis colaboradores preferiram que a entrevista fosse realizada no espaço do próprio hospital, durante seus intervalos de trabalho, de modo a não prejudicar o andamento das atividades. Uma colaboradora preferiu que a entrevista fosse realizada em sua residência. Combinado horário e local, a entrevista ocorreu após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado para os médicos (Apêndice B), que foi lido e assinado pelos/as colaboradores/as, e a aplicação do Formulário de Dados Sociodemográficos (Apêndice C).

5.6.2. Análise dos dados

Após a realização de diversas leituras de um vasto acervo bibliográfico reunido pela pesquisadora sobre a Fenomenologia e as características do Método Fenomenológico aplicado à pesquisa, especificamente à pesquisa em Psicologia, foi possível constatar que há uma diversidade na forma com que a aplicação desse método vem sendo realizada pelos pesquisadores, assim como uma clara reafirmação da noção de que realmente não há um consenso evidente sobre a sua melhor forma de execução (DeCastro & Gomes, 2008), o que seria decorrente, principalmente, da própria inconclusividade de algumas noções fenomenológicas – como as de redução fenomenológica e redução eidética e suas aplicações em pesquisa (DeCastro & Gomes, 2011b; Moreira, 2002), essenciais em um estudo que se propõe a utilizar de tal método para análise de dados. Isto porque, Husserl, que fundou e assentou as bases constitutivas do método fenomenológico, não formulou – nem seria esperado dele que houvesse formulado – diretamente uma metodologia científica que pudesse ser aplicada diretamente ao contexto da Psicologia (Giorgi & Sousa, 2010).

Para Holanda (2003), é necessário que se tenha clareza da distinção entre uma filosofia e sua aplicação a outro campo de conhecimento, no caso a pesquisa empírica. As raízes da proposta filosófica inicial se encontram em Husserl, mas sofreu reavaliações e reformulações por diversos e renomados pensadores posteriores, tais como Sartre, Scheler, Merleau-Ponty e Heidegger. O autor pondera que essa aplicação da filosofia ao campo da pesquisa empírica exige adaptações e, conseqüentemente, impõe limitações, como a impossibilidade de redução completa. Assim, apesar da impossibilidade de acesso total ao mundo vivido, é possível esboçar uma compreensão, que se dará a partir da aplicação cuidadosa de um método criterioso, composto, principalmente, por elementos axiais na formulação da Fenomenologia, tais como: redução, intencionalidade e intersubjetividade (Holanda, 2003).

Amedeo Giorgi é um influente pesquisador fenomenológico norte-americano, que se esforçou em divulgar o método e torná-lo mais funcional para a aplicação em pesquisa. Nas palavras do próprio autor, “clarificar critérios epistemológicos atinentes à Fenomenologia, como adequadas estratégias de investigação científica” (Giorgi, 2010, p. 72). Em uma adaptação do método filosófico ao contexto de investigação científica em Psicologia, Giorgi propõe, resumidamente, os seguintes passos: primeiramente, o investigador obtém descrições de experiências de outros sujeitos. Depois, realiza a redução fenomenológica, adotando uma perspectiva psicológica sobre o tema. Por fim, procura pela “essência” do objeto de estudo, por meio da variação imaginativa livre, em uma análise eidética, que resultará em uma síntese de significados psicológicos essenciais da experiência vivida pelos participantes da investigação. Assim, seguindo diligentemente esses passos, o pesquisador poderia apresentar e descrever os constituintes da estrutura de uma dada experiência (Giorgi & Sousa, 2010).

Apesar dos benefícios de um modelo para realização de pesquisas, para Gomes (1998), críticas à sistematização proposta por Giorgi ocorrem porque sua tentativa de mostrar como se definem as unidades de sentido pode ser compreendida como uma forma conclusiva de demonstrar evidência e resultados, os quais, no fim, não passam de descrições do objeto de estudo. Desta forma, apesar de atender às exigências metodológicas, trazendo disciplina e rigor para os pesquisadores interessados em trabalhar com o método, as etapas redutivas permaneceram restritas às demarcações de unidades de sentido, como apontado por pelo autor. Holanda (2014) sinaliza que, ao se realizar a transposição da complexidade da Fenomenologia para outros campos do saber, como a psicologia, algumas dificuldades se impõem naturalmente, resultando, muitas vezes, em uma simplificação ou distanciamento dos conceitos originários, que redundam em falsas interpretações.

Desse modo, diante da dificuldade de encontrar o “melhor” e “mais completo” caminho para aplicação de uma investigação fenomenológica precisa e da impossibilidade epistemológica de se optar por uma única forma de analisar os dados dentro do referencial proposto, e não sem angústia relacionada às possibilidades de se aceder à estrutura do fenômeno situado, optou-se pela realização de um caminho de análise “particular”, decorrente da captação, junto às fontes disponíveis na literatura, das várias possibilidades de se trabalhar com os dados em Fenomenologia. Juntamente com as formas de análise mais disseminadas com as quais tive contato e com suas importantes contribuições, também busquei apoiar-me nas críticas encontradas na literatura às práticas já existentes, para a construção de um modo de análise de dados adequado, que se propõe a atender aos propósitos da presente pesquisa e que tenta contemplar – ou, no mínimo, se aproximar dos – os principais pressupostos fenomenológicos.

Desse modo, a análise dos dados foi pautada no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia e nos procedimentos preconizados pela literatura produzida na área da pesquisa fenomenológica em Psicologia (Amatuzzi, 1996, 2001, 2009; Andrade & Holanda, 2010; Forghieri, 2004; Giorgi & Sousa, 2010; Gomes, 1998; Gomes, 2007; Leite & Gomes 1998; Moreira, 2002; Valle, 1997). O modelo adotado está constituído de quatro etapas: a) Apreensão do todo; b) Descrição; c) Redução; e d) Interpretação.

a) **Apreensão do todo:** Primeiramente, realiza-se uma leitura geral dos dados coletados por meio das entrevistas e do diário de campo, em busca de uma visão global, conectando-se e apreendendo o sentido da experiência em sua globalidade (Amatuzzi, 1996; Giorgi & Sousa, 2010). Lêem-se calmamente as transcrições completas das entrevistas, colocando, já nesse momento inicial, a atitude de redução fenomenológica em prática. Para empreender essa tarefa, é necessário ter uma compreensão da linguagem de quem descreve a experiência, sem a tentativa de identificar as unidades significativas no texto (Andrade & Holanda, 2010). Em um segundo momento dessa etapa, retoma-se a leitura do material com o objetivo de dividi-lo em partes menores, a partir da determinação de unidades de significado, que permitem uma análise mais aprofundada. Busca-se transições de sentido nas descrições dos colaboradores da pesquisa, as quais serão assinaladas com marcas no texto. Durante toda essa primeira etapa, faz-se importante manter a redução fenomenológica (Giorgi & Sousa, 2010). Ressalta-se que a busca pela conexão com os relatos dos colaboradores também foi realizada, além do momento da entrevista, durante todo o processo de transcrição dos relatos. Apesar de esta ser uma importante etapa no curso da análise dos dados, não há, nesta explanação, uma

seção exclusivamente destinada a ela, pois, como consta em sua descrição, corresponde essencialmente à leitura atenta e exaustiva do material coletado.

b) **Descrição:** Nessa segunda etapa do procedimento metodológico de análise, buscou-se ordenar e apresentar os dados obtidos segundo os pressupostos da pesquisa fenomenológica (Amatuzzi, 2003; Gomes, 1997, 2007). Como apontado anteriormente, a descrição, na Fenomenologia, pode ser compreendida como um meio de apropriação da realidade do modo como ela é, por meio do retorno à experiência imediata da consciência (Gomes, 2007). Nessa etapa, trata-se de dizer o que foi dito no fluxo desordenado do encontro, mas de forma organizada e clara. Nesse sentido, toma-se a aparência do fenômeno na forma em que ela foi expressa (Amatuzzi, 2001). A descrição do fenômeno investigado deve ser realizada com base no material empírico colhido durante a entrevista. É nesse momento que se faz o uso da *epoché*, ou seja, da suspensão das pressuposições (Gomes, 2007). É preciso que o pesquisador pratique a redução fenomenológica colocando de lado seus pensamentos e interesses imediatos e se mantendo aberto a receber os conteúdos que possam emergir na pesquisa (V. Moreira, 2004). Atenta à necessidade de se manter receptiva à imprevisibilidade, busquei descrever o fenômeno como se ele tivesse sido acessado pela primeira vez, suspendendo o que já era conhecido por mim a respeito dele. Um cuidado rigoroso com a evidência deve ser tomado nessa etapa. O produto final deve ser uma descrição consistente e factível, que permitirá o encontro do leitor com a situação tratada (Gomes, 1998). Na descrição fenomenológica, busca-se limitar ao fenômeno tal como é dado, evitando-se explicações sobre ele por meio de características que lhe são externas (Giorgi & Sousa, 2010). Atenta-se, aqui, para a impossibilidade de colocar toda a experiência do pesquisador, por completo, entre parênteses (Gomes, 1998).

Algumas das principais pressuposições em relação às pacientes e profissionais médicos, que se buscou suspender, foram: o processo de investigação diagnóstica é difícil e angustiante para a paciente; a vivência do momento da comunicação é marcada por ser bastante desafiadora e difícil, permeada por sentimentos como tristeza, angústia e desamparo; receber o diagnóstico gera um choque na mulher que se descobre acometida por uma doença potencialmente fatal; o medo de morrer é algo constante na experiência, desde os primeiros momentos da conscientização de que se está doente; há também outros sentimentos negativos que permeiam o se descobrir com câncer de mama, como o de sofrer demais, ficar dependente de outras pessoas, não conseguir cuidar mais de si e da família. Já as pressuposições e crenças relacionadas aos médicos e à comunicação do diagnóstico foram: esses profissionais não se

sentem preparados para dar a notícia; não há preocupação por parte deles em relação a como informar minimizando os potenciais danos psicológicos que a comunicação da má notícia pode vir a ter na vida da mulher acometida; também não há sensibilização ou preocupação relacionada a como essa informação chega aos pacientes; pode ser angustiante ter que informar a alguém que está com uma doença grave e que é amplamente associada no senso comum com a finitude e que, mesmo no âmbito do discurso biomédico, ainda pode ter um prognóstico reservado.

c) **Redução:** Essa etapa consiste na busca pela delimitação das unidades de sentido nas falas dos/as colaboradores/as. Nesse passo metodológico, há uma exploração e especificação da descrição, colocando em prática as tarefas de redução (Gomes, 1998). Também aqui é importante o uso da *epoché* pelo pesquisador, que deve manter em suspensão a atitude natural (Giorgi & Sousa, 2010). Por meio da aplicação da redução fenomenológica e da análise eidética, a linguagem cotidiana da atitude natural é transformada em expressões que possam clarificar o significado psicológico das descrições fornecidas pelos colaboradores (Giorgi & Sousa, 2010). Desvela-se, então, o sentido psicológico da vivência em relação ao objeto de estudo da investigação. Cabe ao pesquisador, agora, intuir e descrever os significados psicológicos contidos nas descrições oferecidas, retirando, por meio da variação imaginativa livre, particularidades não essenciais e pormenores secundários ao fenômeno que se deseja elucidar, clarificando, assim, a estrutura essencial dos significados psicológicos (Giorgi & Sousa, 2010). Na redução, questiona-se os dados brutos obtidos mediante a aplicação dos protocolos das entrevistas e se organiza esse material em unidades compreensivas (Gomes, 1998).

Para Gomes (2007), a busca pelas unidades corresponde à identificação e nomeação de percepções, experiências, opiniões, conhecimentos e sentimentos expressos no texto. Assim, após a descrição, identificaram-se frases elucidativas no texto, denominadas por Gomes (2007) de termos nativos, que posteriormente foram aglutinados em unidades por convergência temática e, então, reduzidos para termos analíticos. Transformou-se, então, as expressões utilizadas pelos sujeitos em linguagem psicológica, com ênfase no fenômeno investigado, dando origem, assim, às unidades significativas (Andrade & Holanda, 2010). Para atingir a proposta dessa etapa do método de análise, também conhecida como redução eidética, utilizou-se da variação imaginativa, como exposto anteriormente. Mediante a instrumentalização desse procedimento, o pesquisador deve “procurar a essência do fenômeno, a estrutura de significado psicológico, a síntese do sentido da experiência vivida pelos vários sujeitos que participaram

na investigação” (Giorgi, 2010, p. 77). De acordo com DeCastro e Gomes (2011a), “cabe ao pesquisador, na execução da variação, exercitar sua criatividade para redefinir as possibilidades de evidência de um fenômeno, tomando como base os limites concretos do relato experiencial a que tem acesso” (p. 159). Esse passo consiste, portanto, na exploração exaustiva do material descritivo, retornando à descrição para questioná-la, especificando, assim, suas partes temáticas e evidenciando o que é essencial para a identificação do fenômeno em questão (Gomes, 1998). Recorreu-se, então, à imaginação livre para o estabelecimento de um diálogo crítico com a síntese descritiva, a fim de se descobrir os limites da identidade expressiva do fenômeno e encontrar, assim, suas essencialidades (Gomes, 2007, 2010).

d) **Interpretação:** Nessa etapa, buscou-se realizar uma síntese das unidades significativas relacionadas à experiência vivida, resultando, portanto, em uma *estrutura do vivido*. Procurou-se encontrar as invariantes e variantes entre os relatos, buscando os constituintes relevantes do objeto, a fim de se identificar a estrutura do fenômeno (Amatuzzi, 2001). Por meio da variação imaginativa livre, transforma-se as unidades de significado em uma estrutura descritiva geral, que engloba os sentidos mais invariantes pertencentes às unidades de significado transformadas em linguagem psicológica, resultando em uma síntese das unidades de significado psicológico (Giorgi & Sousa, 2010). Nessa fase, o pesquisador deve iniciar a construção de uma interpretação mais abrangente do fenômeno, elaborando, assim, uma possibilidade de compreensão que lhe permita ir além das situações particulares de onde partiu a pesquisa. Nesse passo, a intencionalidade da consciência se revela para aquele determinado objeto da experiência, ou seja, revela-se o sentido que aquele objeto assume para a consciência (Amatuzzi, 2009). A interpretação do pesquisador surge do exercício do seu estatuto existencial, pois aqui se coloca em ação suas capacidades cognitiva, conativa e afetiva, recolocando o sujeito no mundo (Gomes, 1998). Para Gomes (2007), a interpretação consiste no “encontro da intencionalidade que o objeto traz com a intencionalidade do sujeito que se apropria do objeto” (p. 230). Assim, de acordo com o autor, nessa etapa o pesquisador se encontra livre para imaginar, criticar, propor e transformar. É nesse contexto que se toma plena consciência da consciência do pesquisador (Gomes, 1998). O sujeito intencional está sempre em relação com o mundo, então a análise intencional basear-se-á na correlação entre a subjetividade com a objetividade (Giorgi & Sousa, 2010). A análise fenomenológica dar-se-á, portanto, a partir da noção de sujeito-objeto como relação indissociável (Giorgi & Sousa, 2010).

Desse modo, a apresentação dos resultados foi desenvolvida da seguinte maneira: primeiramente, buscou-se apresentar uma caracterização de todos os colaboradores por meio da apresentação dos dados coletados com o Formulário de Dados Sociodemográficos, complementados por algumas informações obtidas durante a própria entrevista. Posteriormente, os dados foram trabalhados separadamente, de acordo com as atribuições dos/as colaboradores/as. Assim, as etapas *descrição, redução e interpretação* foram desenvolvidas individualmente para as categorias “médicos” e “pacientes”. Por último, foi elaborada a seção *Considerações Finais*, na qual se buscou apresentar uma visão global e conclusões a respeito dos resultados obtidos.

5.7. Considerações éticas

Em relação às exigências éticas, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CEP-FFCLRP-USP), CAAE nº 49077515.5.0000.5407 (Anexos 1 e 2, respectivamente), bem como pelo Serviço de Oncologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, protocolado sob o nº 82/2015 (Anexo 3), estando amparado na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados só foi realizada mediante leitura e assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Termo de Assentimento. Em relação ao material audiogravado, os registros serão armazenados por um período de cinco anos após a conclusão do presente estudo nas dependências do LEPPS, laboratório que congrega o grupo de pesquisa responsável por esta investigação, como forma de resguardar a privacidade do material e manter a identidade dos/as participantes em absoluto sigilo, em atenção às disposições éticas vigentes.

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização dos colaboradores

Os dados socioeconômicos referentes às pacientes colaboradoras podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização socioeconômica das pacientes colaboradoras

Nome*	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Procedência	Escolaridade	Situação ocupacional	Renda familiar	CCEB**
Ana	67	Casada	2	Jaboticabal	Ensino Médio incompleto	Dona de casa	R\$2.800,00	C1
Carmem	66	Casada	3	Ribeirão Preto	Ensino Fundamental completo	Lavadeira	R\$3.700,00	B2
Marta	56	Casada	3	Altinópolis	Ensino Fundamental incompleto	Comerciante	R\$2.100,00	B2
Laura	57	Viúva	2	Batatais	Ensino Fundamental incompleto	Empregada doméstica	R\$2.500,00	C1
Neide	71	Solteira	1	Cravinhos	Ensino Fundamental incompleto	Costureira (aposentada)	R\$2.700,00	D-E
Dora	69	Divorciada	3	Ribeirão Preto	Ensino Fundamental completo	Comerciante	R\$2.500,00	C1

* Fictício

** Critério de Classificação Econômica Brasil

Ana tem 67 anos, é casada e tem dois filhos adultos. Atualmente, mora em Jaboticabal, SP, com seu filho mais velho, de 45 anos, e sua ocupação é dona de casa. Tem Ensino Médio incompleto, tendo cursado até a 7ª série, atual oitavo ano. Refere renda familiar de R\$2.800,00, o que a classifica no estrato econômico C1 (CCEB). Até surgir a suspeita de câncer de mama, Ana nunca havia se submetido a uma mamografia. Em março de 2015, ao tomar banho, passou a mão embaixo da mama e sentiu um caroço duro, palpável. Apenas em outubro daquele ano procurou um clínico geral, que a encaminhou para um ortopedista, que por sua vez a indicou para uma dermatologista e, só então, teve acesso a uma ginecologista, que a encaminhou para o Hospital das Clínicas. O primeiro encontro com Ana ocorreu no dia 18 de março de 2016, a consulta diagnóstica se deu no dia 30 de março e a segunda entrevista em 15 de abril.

Carmem tem 66 anos, é casada e tem três filhos do sexo masculino. Mora em Ribeirão Preto, SP, e trabalha como lavadeira há quase 50 anos. Tem Ensino Fundamental completo, tendo cursado até a 8ª série, atual nono ano. Sua renda familiar é de R\$3.700,00, o equivalente ao estrato econômico B2 (CCEB). Carmem mora com seu marido, 73 anos, que é pedreiro aposentado. No momento de realização das entrevistas, Carmem declarou que estava parando de trabalhar gradualmente, em função de seu problema na mama. A suspeita de câncer de mama surgiu em janeiro de 2016, após a ginecologista do postinho que frequenta ter encontrado um nódulo em sua mamografia de rotina. Foi, então, encaminhada para o HC para uma investigação mais detalhada. A primeira entrevista com Carmem ocorreu em 8 de março de 2016. A consulta diagnóstica foi realizada em 23 de março e a última entrevista ocorreu em 4 de abril daquele ano.

Marta tem 56 anos, é casada, tem três filhos, duas mulheres e dois homens. Reside em Altinópolis, SP, onde trabalha como comerciante em uma loja de roupas. Sua renda familiar é de R\$2.100,00 e seu estrato econômico é o B2 (CCEB). Tem Ensino Fundamental incompleto, tendo cursado até a 7ª série. Antes mesmo de fazer seus exames de rotina, Marta já havia constatado alterações em sua mama esquerda, pois sentia dores e percebia um nódulo palpável. Por meio de sua rede pessoal, conseguiu rapidamente agendar uma consulta no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para uma investigação mais precisa sobre sua condição. A primeira entrevista com Marta ocorreu no dia 6 de junho de 2016. Sua consulta de confirmação diagnóstica ocorreu no dia 20 do mesmo mês e a segunda entrevista se deu no dia 1 de agosto.

Laura, no momento da entrevista, tinha 57 anos, era viúva e tinha dois filhos homens. Morava em Batatais, SP, onde trabalhava como empregada doméstica. Tinha Ensino Fundamental incompleto, o qual cursou até a 4ª série, atual quinto ano. Sua renda era de R\$2.500,00 e seu estrato econômico, C1 (CCEB). Laura, assim como Ana, não realizava exames de rotina. Procurou ajuda médica porque estava sentindo seu corpo “duro” (sic), com muitas dores nas articulações. Após ser diagnosticada com reumatismo e anemia, comunicou à sua médica que tinha apalpado um caroço na mama. A profissional logo a encaminhou para a ginecologista do postinho da cidade onde residia, tendo sido, posteriormente, encaminhada para Ribeirão Preto. A primeira entrevista com Laura ocorreu no dia 15 de junho de 2016, e sua consulta diagnóstica foi realizada no dia 22 do mesmo mês. A segunda entrevista com Laura ocorreu no dia 16 de agosto. Devido ao estágio avançado do câncer e à agressividade do tumor, Laura permaneceu internada no Centro de Terapia Intensiva (CTI) da Unidade de Emergência de Ribeirão Preto (UE-HCMFRP) por cerca de dois meses, vindo a falecer no dia 7 de dezembro de 2016.

Neide tinha 71 anos, era solteira e tinha uma filha. Residia em Cravinhos, SP, onde trabalhava como costureira, tendo já diminuído suas atividades por conta da idade. Estava aposentada no momento da entrevista. Tinha Ensino Fundamental incompleto, tendo cursado até a 5ª série, atual sexto ano. Sua renda mensal era de R\$2.700,00 e seu estrato econômico era D-E (CCEB). Neide também nunca havia realizado exames de rotina, mas conta que sabia da existência de algo diferente na sua mama havia muitos anos e que desconfiava da possibilidade de estar com câncer, o que nunca revelou a ninguém por não querer parar de trabalhar e por considerar que teria que depender dos cuidados de sua filha para se tratar. A filha, que mora em São Paulo, desconfiou que havia algo errado com a saúde da mãe após ter observado sua perda substancial de peso, mas isso não desencadeou a busca de atendimento médico. Um dia, Neide foi levada a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pelo neto porque estava sentindo muita dor na perna e na coxa, com tal intensidade que não conseguia se manter em pé. Nessa circunstância, a médica percebeu o curativo que a própria Neide realizava em sua mama já bastante lesionada, e a encaminhou para o HC em caráter de urgência, já referindo no pedido de encaminhamento a suspeita de câncer de mama. Já extremamente debilitada, em suas consultas a paciente era atendida em cadeira de rodas. A primeira entrevista com Neide ocorreu em 28 de setembro de 2016, sua consulta diagnóstica ocorreu no dia 17 de outubro e o último encontro ocorreu em 14 de dezembro, em sua residência em Cravinhos. Devido ao estágio avançado da doença, foi considerada fora de possibilidades terapêuticas de cura e, assim, não foi submetida à cirurgia e aos tratamentos adjuvantes, permanecendo sob cuidados paliativos até sua morte, que ocorreu na véspera de Natal, no dia 24 de dezembro de 2016.

Dora tem 69 anos, é divorciada e tem três filhos, uma mulher e dois homens. Reside em Ribeirão Preto, SP, e é dona de um bar nessa mesma cidade. Sua renda mensal é de R\$2.500,00, o equivalente ao estrato C1 (CCEB). Tem Ensino Fundamental completo. Dora descobriu a existência de um nódulo em sua mama em uma mamografia realizada após encaminhamento de um médico do postinho, que ela havia procurado para resolver um problema de câimbra, sendo imediatamente encaminhada para o hospital para melhor esclarecimento diagnóstico. A primeira entrevista com Dora ocorreu no dia 21 de novembro de 2016, um dia antes de sua consulta diagnóstica. O segundo encontro se deu em 19 de dezembro.

Os dados socioeconômicos referentes aos colaboradores médicos podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização socioeconômica dos/as médicos/as colaboradores/as

Nome*	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Procedência	Escolaridade	Situação ocupacional	Renda familiar	CCEB**
Camila	35	Casada	1	Ribeirão Preto	Ensino Superior completo	Médica contratada	R\$50.000,00	A
Érika	30	Solteira	-	Ribeirão Preto	Ensino Superior completo	Médica Residente	R\$2.800,00	B1
Paula	32	Casada	-	Ribeirão Preto	Ensino Superior completo	Médica Residente	R\$5.500,00	B2
Débora	32	Casada	-	Ribeirão Preto	Ensino Superior completo	Médica Residente	R16.000,00	A
Bruno	28	Solteiro	-	Ribeirão Preto	Ensino Superior completo	Médico Residente	R\$20.000,00	B2
Lívia	28	Solteira	-	Ribeirão Preto	Ensino Superior completo	Médica Residente	R\$4.000,00	B2

* Fictício

** Critério de Classificação Econômica Brasil

Camila tem 35 anos, é casada, tem um filho e, atualmente, mora em Ribeirão Preto, SP. Refere renda familiar de R\$50.000,00 e, quanto à classificação econômica, encontra-se no estrato A (Critério de Classificação Econômica Brasil [CCEB]). Formou-se em Medicina em 2006, portanto, há 10 anos, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), quando então ingressou na Residência em Ginecologia e Obstetrícia, com duração de três anos. Após a residência, deu continuidade com a Especialização em Mastologia e Oncologia Ginecológica, com duração de dois anos, também no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. A diferença prática entre a residência médica e a especialização é que, enquanto na primeira os residentes lidam com todos os tipos de caso envolvendo ginecologia geral e obstetrícia, na especialização os pacientes são especificamente oncológicos, com câncer de mama ou pélvico. Em seguida, em 2011, ao término de sua especialização, foi contratada pelo hospital para trabalhar nesta mesma área, de Mastologia e Oncologia Pélvica, função que desempenha até o momento. Seu trabalho no hospital consiste em acompanhar e orientar os residentes, tanto teoricamente quando em suas atividades práticas no atendimento ambulatorial. Além desse trabalho, Camila também atua em clínica particular, na qual trabalha especificamente com mastologia e ginecologia geral, mas não com oncologia ginecológica.

Érika tem 30 anos, é solteira e não tem filhos. Reside em Ribeirão Preto, SP. Declara auferir uma renda mensal de R\$ 2.800,00, o que a classifica no estrato econômico B1 (CCEB). Formou-se em Medicina em 2012, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP),

tendo ingressado logo após a sua formação na Residência em Ginecologia e Obstetrícia, com duração de três anos, a qual finalizou em março de 2016. No momento da entrevista, havia recém-ingressado na especialização em Mastologia e Oncologia Pélvica, estando, portanto, no quarto ano de residência (R4).

Paula tem 32 anos, é solteira, sem filhos e reside em Ribeirão Preto, SP. Sua renda mensal é de R\$ 5.500,00, o que lhe confere uma posição em termos de estrato econômico equivalente a B2 (CCEB). Formou-se em Medicina em 2011 na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP). Logo após a sua formação, ingressou na Residência em Ginecologia e Obstetrícia na mesma faculdade, finalizando-a no início de 2015 e ingressando, logo em seguida, na especialização em Mastologia e Oncologia Pélvica. Atualmente, é R5 e finalizará a especialização em fevereiro de 2017.

Débora tem 32 anos, é casada, não tem filhos e, atualmente, reside em Ribeirão Preto, SP. Desfruta de uma renda mensal de R\$ 16.000,00, o que a classifica no estrato econômico A (CCEB). Formou-se em Medicina em 2010 na Faculdade de Juazeiro do Norte, Fortaleza, CE. Ingressou na Residência em Ginecologia e Obstetrícia, com duração de três anos, no Hospital Geral de Fortaleza. Em 2016, ingressou na especialização em Mastologia e Oncologia Pélvica no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, estando, atualmente, no quarto ano de residência (R4).

Bruno tem 28 anos, é solteiro e não tem filhos. Reside em Ribeirão Preto, SP e sua renda mensal é de R\$20.000,00, o que o situa no estrato econômico B2 (CCEB). Formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de Botucatu, da UNESP, em 2012, ingressando posteriormente na Residência em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e, em seguida, na especialização em Mastologia e Oncologia Pélvica na mesma instituição, onde é, atualmente, R4.

Lívia tem 28 anos, é solteira e não tem filhos. Mora em Ribeirão Preto, SP, refere renda mensal de R\$4.000,00 e seu estrato econômico é B2 (CCEB). Formou-se em Medicina na Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), em Pouso Alegre, MG, tendo cursado os primeiros anos da residência de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Julia Kubitschek em Belo Horizonte, MG. Posteriormente, ingressou na especialização em Mastologia e Oncologia Pélvica no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, estando no quarto ano da residência (R4).

Como apontado anteriormente, os resultados obtidos foram subdivididos em seções, de acordo com os pressupostos da análise fenomenológica, percorrendo as etapas de *descrição*, *redução* e *interpretação*. Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes aos médicos oncologistas e, posteriormente, às pacientes.

6.2. Colaboradoras pacientes

6.2.1. Descrição

Em relação a como estava sendo a vivência do **momento pré-diagnóstico**, em que ocorrem as investigações mais precisas sobre a suspeita já surgida em momento anterior ao encaminhamento ao hospital, alguns excertos das vivências das colaboradoras foram destacados para elucidar suas elaborações acerca desse momento decisivo de suas vidas:

É, uma coisa assim que te incomoda. Quando você lembra que está com suspeita de câncer de mama você leva aquele susto, por conta de tanta morte que eu já assisti por causa de câncer de mama, e tudo gente nova, gente que eu gostava. Que você acha assim, que nunca vai acontecer comigo. . . . Eu sei que se eu tiver com câncer eu vou ter que fazer quimio, vou ter que fazer radio, aí vai cair o cabelo, vai mudar totalmente a minha vida, cê entendeu? Então é uma coisa assim que incomoda, que chateia, às vezes eu perco o sono à noite. . . . Até saber que já está com câncer, a sua cabeça já vai aceitando, já vai... Cê já vai assimilando que aquilo ali você vai ter que enfrentar e não vai ter como fugir. Então você passa a aceitar mais. Aí depois, quando que vem o tratamento, aí cê fica naquela dúvida: como que vai ser? Como que vai ser comigo? Será que eu vou ter condições de cuidar de mim, de fazer minha comida, de lavar minha roupa? . . . Nossa, eu tô com nódulo, como é que vai ser? Será que é maligno, será que é benigno? . . . Agora eu tô assim, tô calma, não tô nervosa, não tô estressada, eu tô chateada. . . . O que me deixa mais chateada é: será que eu vou ter que parar de ter a vida que eu tenho, vou ter que ficar parada, não vou poder ir nas festinhas que eu vou, fazer as bagunças que eu faço, tomar a minha cervejinha de final de semana com meus amigos, ir nos buteco que nós ia comer, então tem tudo isso, né. . . . Ah, eu diria que primeiro [medo] é o sofrimento, né, porque câncer é sinônimo de sofrimento. . . . Então primeiro é o sofrimento e depois você passa a ser uma pessoa dependente. Porque você não tem como cuidar de você. Porque fisicamente você já vai ficar uma pessoa debilitada, porque a quimioterapia deixa a pessoa muito debilitada. . . . A própria pessoa tem que ir trabalhando o subconsciente dela, porque também não adianta ficar chorando, ficar descabelando, o problema tá lá, então cê tem que ir assimilando, pondo coisas boas na sua cabeça, ó, cê vai fazer um tratamento? Vai, mas vai ser uma coisa boa, você vai melhorar, você vai voltar a sua vida de rotina, cê entendeu? Eu espero, né [risos]. Pelo menos eu espero que seja assim. (Carmem, 66 anos)

Não tá sendo fácil, né. É o medo, né. Eu tenho muito medo de ser mesmo, assim, no caso que seja não benigno, que seja maligno, né. Então eu to nessa dúvida aí, nesse sofrimento, então, pra mim não tá sendo fácil. . . . Porque eu fico muito sozinha. Meu marido tá trabalhando em São Paulo, então, é, a gente tá muito sozinha, sabe? . . . Então, eu sou uma pessoa que fica muito dentro de casa, não sou de ficar muito pra fora, né, então a gente se sente sozinha, preocupada, entendeu? Tem hora que a gente chora, né, eu não tô dormindo direito, não tô comendo [choro], então pra mim tá muito difícil. . . . Tá me prejudicando em tudo né. E, às vezes, cê quer sair, cê tá com dor, cê não sai. . . . Cê sabe que ainda não caiu a ficha ainda muito não, viu. Não sei [o que vai mudar].... Ainda não [pensei] e não... às vezes, cê não quer pensar.... Cê faz força pra não pensar [que é maligno]... É, vamos ver antes primeiro o resultado, vamos, né. . . . Olha, você sabe que eu tendo essas coisas muito difícil, você tem vontade de não morrer, cê quer viver, né. Que tem tanta coisa ainda pra você ver, então cê quer... Cê quer viver. É nesse estado que eu tô. Eu não quero morrer. Quero viver. Faço força pra viver. (Ana, 67 anos)

Não pensei nada, durante todo esse tempo ainda estou calma. Não sei se a reação aqui para frente seja diferente, entendeu? Mas não sei se é por que sou uma pessoa de rezar, de pedir muito a Deus, tem muitas pessoas a meu favor, tenho muitos amigos, então ainda não desesperei, graças a Deus. . . . Fiquei [calma], todo o tempo. [A investigação está sendo] Normal, porque se tiver que ser aquela pessoa que sei lá... o que é meu você não vai passar, então tudo o que vier nós vamos enfrentar, seja lá o que for. . . . Deus sabe o que é melhor. . . . Se eu tiver que morrer hoje ou amanhã vai acontecer, não adianta desesperar, não adianta arrancar os cabelos, porque aí vou ficar careca mais depressa. . . . Não, aí eu não penso [nos tratamentos]. . . . Ainda não tenho pensado nisso não. . . . Um pouco ansiosa [com a consulta diagnóstica], porque você fica naquela de será que é, será que não é, será que vai ser maligno, benigno... então você se pergunta, mas não deixo isso ficar tomando conta de mim. Às vezes se eu estiver deitada [e penso nisso], eu levanto, saio e vou para a rua, converso com uma vizinha ou com a outra, então não deixo aquilo ficar abatendo. . . . Eu não cobro nada de ninguém, nem de Deus. Acho que o que é meu ele me dá, não tenho essa preocupação. Não sei se é isso que me deixa tranquila. . . . Ao mesmo tempo que às vezes fico pensando “Ai meu Deus se isso não der certo”, é como se ele estivesse falando para mim “Calma, estou contigo”. . . . Se eu morrer eles [os filhos] estão criados. A gente pensa muito no outro, não só na gente. Hoje se eu tiver que morrer, eu sei que eles vão sentir, mas não vão morrer comigo, entendeu? (Laura, 57 anos)

Nesse ponto estou bem, graças a Deus. Não me abati, não vou me abater, porque sei que primeira coisa coloquei Deus na frente, e vamos enfrentar porque tem que enfrentar. Não pode desesperar. . . . Graças a Deus não [bateu desespero] . . . . [Pela cabeça, não passa] Nada... assim, a gente sabe do risco, mas estou firme. . . . Eu espero que seja benigno, . . . mas se for o outro vamos lutar. . . . Lá em casa somos em seis, então é muito serviço, tudo por minha conta e tem o serviço da loja. Chego em casa e sempre tem gente de fora, a casa sempre cheia, então não tenho tempo para pensar em nada. Está indo como Deus manda. . . . Já entrei na internet, já li a porcentagem do negócio da BI-RADS 5, já sabe a porcentagem, o que mais ou menos é, mais ou menos preparada eu estou. . . . Diz que 95% a chance é de já ser câncer, então eu entrego na mão de Deus. . . . Não tenho [nenhum medo]. . . . Estou [preparada para a consulta diagnóstica, mesmo se o resultado for positivo, Deus está comigo e do meu lado. . . . Estou bem tranquila. A gente vai levando o que dá para levar. (Marta, 56 anos)

Já tem mais de dez anos [o nódulo]. . . . A senhora sabe, família de pobre é assim: a gente tem aquela responsabilidade. Eu, como não tinha marido para me ajudar, já tinha filho, minha mãe também, coisa assim, então, às vezes, eu marcava consulta e não ia, de medo de perder o emprego, porque eu era responsável. Mas eu sabia que, mais para frente, iria dar problema. Só que não sentia dor, nada. Isso que desenvolveu, foi coisa de dois anos para cá, tanto é que eu fazia curativo e ninguém da minha família sabe, ficaram sabendo agora. . . . [Escondi] Porque eu não queria dar problema para ninguém, porque cada um tem a sua própria vida. Como eu sei que é uma doença que requer alguém para estar cuidando... a senhora vê: eu ainda nem operei, nem nada, e a minha filha precisou deixar tudo para vir me acompanhar. . . . [Precisar da ajuda a minha filha está sendo] Bem ruim. . . . Até pouco tempo atrás, eu fazia muitos planos. A senhora está me vendo assim, desse jeito, mas foi agora, de dois meses para trás, mas eu sou vaidosa, eu gosto de arrumar meu cabelo, usar roupas modernas. . . . Gosto de sair, de frequentar lugares que tem um ambiente alegre. Então, para mim, isso aí, agora, acabou. Eu acho que, daqui para frente, eu não vou ter mais essa oportunidade. . . . Eu falei assim: eu trabalhei tanto, e, agora, na minha velhice, eu tenho que pegar uma coisa? Queria aproveitar, sabe? Aproveitar minha vida, mas de forma saudável. . . . Quando a médica chegou e falou: “a senhora está com câncer”. Eu sou muito assim: qualquer coisinha que eu ponho na cabeça... eu acho que eu sofri por antecipação, porque eu tinha medo, mesmo, de ter câncer, uma doença mais assim, mas, no momento em que ela falou, não senti, não. . . . Então, agora, eu fico preocupada, depois de todo esse processo, e se chegar lá na cirurgia, se eu puder fazer, se sair com vida, eu tenho medo da

dor, porque ficou muito tempo. . . . Acho que não [tenho medo de morrer]. Não gostaria. Ninguém quer morrer, mas acho que, medo, não tenho. . . Nova eu não sou, mas eu queria ficar mais uns tempos aqui. Eu penso assim: se eu morrer, eu não vou poder... acabou tudo. . . . A esperança é essa, como eu estou falando para a senhora, . . . de poder fazer as minhas coisas, enfim, viver uma vida normal. (Neide, 71 anos)

É doloroso, você fica com a cabeça com um monte de bobeira, mas eu preciso lidar. Não tem o que explicar, é um negócio diferente... meus irmãos morreram de câncer, meu pai morreu de câncer, então mesmo que não seja nada, você sempre fica com aquela pontinha de. . . . Depois do almoço eu estou sempre sozinha, então fico pensando um monte de bobeira. . . . Sinceramente eu não tenho medo de nada, se você perguntar se tenho medo de morrer, não tenho. Eu não tenho porque estou preparada, se eu morrer amanhã... eu só olho para os meus filhos e acho que eles ainda precisam de mim, então me deixa muito assim. . . . Tenho fé em Deus que vou superar mais essa. Eu tenho muita fé em Deus, confio muito em Deus; é só nele que confio, mais nada. . . . Você tem que psicologicamente estar preparada, porque se for é por aquilo que você vai ter que passar, não tem como você sair fora. (Dora, 69 anos)

Quanto ao encontro ocorrido no momento posterior à confirmação do diagnóstico de câncer de mama, mas imediato à consulta e, portanto, a revelação do médico, algumas observações foram pontuadas no diário de campo (DC). Vale lembrar que essa etapa da investigação não se caracterizou formalmente como uma entrevista, mas um momento de escuta e acolhimento psicológico, não havendo, portanto, audiogravação das falas.

Encontro com Carmem, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico: Ao nos sentarmos, pergunto o que os médicos falaram e ela diz, sem aparentar emoção: “Deu positivo, foi até agendada a cirurgia para o dia 5 de maio. Mas não sabe se vai ter que fazer quimioterapia ainda, só disse que vai operar. Eu disse que podia tirar toda a mama, mas eles disseram que isso depende do caso e que às vezes tira e depois pode voltar do mesmo jeito”. Pergunto como estava se sentindo, ao que ela responde: “Ah, eu já sabia, né. A gente nutre uma esperança de que não seja, mas eu já sabia. . . . Eu sou muito forte, sempre encarei os problemas da minha vida, então vou encarar esse também” . . . . De modo geral, Carmem pareceu de fato estar tranquila naquele momento, em que acabara de ter conhecimento do diagnóstico positivo de câncer de mama. Isso me chamou a atenção,

especialmente diante de algumas brincadeiras que ela fez, relacionadas aos filhos e à política do país. (DC, Janaína, 23/03/2016)

Encontro com Ana, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico: Logo que se senta diante de mim, Ana começa a chorar. Chora bastante, durante alguns minutos, permanecendo com a mão no rosto durante um certo tempo. Procuro dar espaço para que se expresse e digo que ela pode se sentir à vontade parar chorar comigo. Ainda chorando e com a mão no rosto, diz: “Eu tinha esperança, mas infelizmente o resultado foi que era câncer”. Continua chorando, pega folhas de papel toalha da sala e começa a enxugar as lágrimas copiosas, que continuam a cair. Prossegue: “Eu não entendo porque isso aconteceu comigo, eu sempre fiz coisas boas, ajudei os outros quando precisavam e nunca fiz maldade. É injusto isso, eu não sei se eu merecia. Talvez eu mereça, mas eu acho que não”. Pergunto se o que ela estava sentindo podia ser chamado de revolta. Ela diz que sim e que está se sentindo revoltada com a notícia que recebeu. “Eu não vou mais poder fazer o que gosto de fazer e eu tô muito triste com isso”. . . . “Não está sendo fácil, Janaína, não está. Isto deve ser um teste de Deus. Ele deve estar me testando pra ver se eu consigo aguentar. Mas eu vou aguentar, eu vou passar por mais essa”. . . . Ana chorou muito durante esse encontro, expressando raiva e revolta diante da confirmação da doença. (DC, Janaína, 30/03/2016)

Encontro com Laura, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico: [Laura] Entra na sala, senta-se e eu pergunto como havia sido a consulta. Ela diz: “Ah, vou começar a quimioterapia amanhã já”. Pergunto o que o médico havia falado para ela, ao que ela responde: “Tem que começar a tratar agora”. E como a senhora está se sentindo? “Eu tô tranquila. Eu já sabia, né, já imaginava. Desde quando apareceu, eu só esperava confirmar mesmo”. Digo que ela havia me dito em nosso primeiro encontro que estava ansiosa pelo resultado. Pergunto como foi quando o médico confirmou que era câncer. “Ah, deu um frio na barriga, né, mas aí já pensei que vou tratar e que Deus vai me ajudar. Deus vai me dar força e vai me ajudar. . . . “Eu já sabia. Não tem como fugir. O que é nosso, é nosso, só a gente pode passar pelo que nos é dado”. . . . Laura se mostrou bastante tranquila durante toda a nossa conversa. Me incomodou bastante sua postura de aceitação resignada, incontestável, diante da confirmação do diagnóstico. (DC, Janaína, 22/06/2016)

Encontro com Marta, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico: Marta entra na sala, senta-se e já começa a falar: “É câncer mesmo”. Eu pergunto: É? “É.”

E como a senhora está se sentindo? “Eu tô tranquila. Acho que já esperava, né. Vinha investigando. Mas ela disse que, dos tipos que existem, o meu é bom. Tem 80% de chance de curar, então eu tô acreditando que vai dar certo”. Pergunto quais seriam os próximos passos, ela responde: “A cirurgia ficou marcada para o dia 2 de agosto”. Químio e radio vai ter que fazer? “Não, ainda não. Primeiro vai fazer a cirurgia e aí vai ver o que precisa fazer”. Questiono sobre como ela estaria se sentindo frente à necessidade de cirurgia, ela diz: “Eu tô bem, tô tranquila. . . . Ah, assim, tô um pouco sentida, . . . você vê acontecer com os outros, mas não espera que vai acontecer com você, né?”. Marta demonstrava estar realmente muito tranquila e serena após ter conhecimento do diagnóstico. Acredito que, de fato, talvez ela já estivesse se preparando há tempos para receber essa notícia. Também parece ser uma pessoa habitualmente tranquila. (DC, Janaína, 20/07/2016)

Encontro com Neide, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico: [Neide] Diz para mim que vai ser internada, que preferia ficar em casa, mas que entende que está precisando de cuidado, pois está com uma fratura na bacia. . . . Conta que está aceitando o que for melhor agora para ela, que sabe que não pode recuperar sua vida, mas que então preferia estar em casa. Conta que, se tiver que descansar, “fechar os olhos”, que espera que isso seja tranquilo. Fala com tranquilidade essas coisas, que soam impactantes para mim – como fechar os olhos, descansar, fazer a passagem dessa vida. Afirma que já fez muitas coisas na vida, que deixou muitas coisas e que cuidou de sua filha o melhor que pôde. . . . Neide aparenta estar muito tranquila ao falar, sem rodeios, sobre a possibilidade bastante palpável de morrer, o que, ao mesmo tempo, me assusta e me tranquiliza, pois entendo que seu quadro clínico é irreversível. . . . Diz que esperou muito tempo para se cuidar, mas que isso foi por um motivo nobre, para que pudesse continuar a cuidar da família. . . . Repete que agora é hora de cuidar de si, pois passou todo esse tempo sem ir atrás de cuidados para não ter de dar trabalho para os outros. . . . Percebo que estou muito emocionada ao final do encontro e me despeço de Neide com a sensação de que pode ser nosso último encontro. (DC, Janaína, 17/10/2016)

Encontro com Dora, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico: [Dora] Está com os olhos marejados e com o olhar baixo. Aproveitando que estamos sós, pergunto-lhe como foi a consulta e ela começa me dizendo que a cirurgia foi marcada para o começo de janeiro. Pergunto o que mais o médico havia falado e ela responde que fará, por enquanto, apenas a radioterapia, e que talvez não precise de quimioterapia. Entendo, portanto, que o diagnóstico foi confirmado. Dora parece estar distante quando fala. Pergunto

como ela está, o que está sentindo naquele momento, e ela afirma que está firme e que confia em Deus. . . . Apesar dos olhos marejados, Dora não chora e permanece com o olhar vago, aparentando estar em estado de choque. Conversamos muito pouco, cerca de 10 minutos, pois fui tomada pela sensação de que não havia mais nada a ser falado. Compreendi que, naquele momento, ela talvez precisasse de um tempo para digerir a informação. Ao meu ver, a notícia adversa criou uma quebra de expectativas muito grande, pois, como ela havia afirmado na entrevista que realizamos antes da consulta médica, era uma certeza sua que esse nódulo encontrado não seria maligno. (DC, Janaína, 22/11/2016)

Na entrevista realizada em **momento posterior ao diagnóstico**, ao serem questionadas sobre como tinha sido receber a notícia de que estavam com câncer de mama, as participantes evocaram algumas lembranças que haviam sido marcantes durante a consulta:

Ah, mas quando você recebe uma notícia assim, é um choque, né. Que você acha que pode acontecer com todo mundo, menos com você, né. E a primeira semana você fica assim, aborrecida, chateada, aí vem aquele monte de pensamentos ruins. . . . No dia [do diagnóstico], você sabe que eu fiquei... Você sabe que eu não tive reação nenhuma no dia? Parecia que não era comigo, mas... Aí, quando é no outro dia, que a ficha cai, é difícil, viu? . . . Ah, você chora, você pensa nos filhos, você pensa que a sua vida vai mudar totalmente, porque vai mudar mesmo. . . . Você sabe que, na hora que falou lá que era maligno, eu... eu fiquei... sabe, assim? Parecia que não era comigo [risos]. E eu não costumo fugir dos problemas, não, mas aquele lá foi um chocão mesmo, não foi um choquinho, não. Mas, no outro dia, assim, à noite, que eu acordei, falei: Poxa vida, eu já passei por tantos problemas na minha vida, agora vou passar por mais esse? Mas... já que ele tá aí, eu não pedi, mas já que ele veio xeretar aqui, vamos tratar, vamos cuidar, e vamos ver como que vai ficar. (Carmem, 66 anos)

Aquele dia foi um choque, né. Foi um choque. Que a gente tinha esperança de ser uma coisa assim, mais tranquila, né, que não tivesse tanto, né, no fundo mesmo, né. Já tava muito adiantado. . . . Foi tipo de... perguntar pro meu instinto mesmo, se eu ia conseguir vencer, né. Que eu ia fazer força pra vencer, que mesmo que foi uma coisa bem grave, do jeito que foi, mas que eu ia conseguir vencer. . . . Parece que você tá sozinha num buraco. É. E que você vai afundar nele. A sensação da angústia é muito horrível. É pior que uma dor, se você quer saber. É pior que uma dor. . . . Ah, eu cheguei [em casa] aborrecida, triste, chorei bastante lá em casa também. Meu marido tava junto comigo e tudo. (Ana, 67 anos)

Ela [a médica] me falou e eu senti assim na hora: “Meu Deus do céu, será que eu vou sair dessa?”. Foi o primeiro impacto que eu tive, mas aí já me veio na cabeça o que eu ouvi da missa, então isso não deixou assim que eu me desesperasse mesmo, você entendeu? . . . Mas eu não [chorei]. Eu recebi isso numa boa. Eu sei que existe tratamento, . . . eu não me desesperei não, a notícia caiu e é como se eu já estivesse esperando por aquilo, entendeu? . . . Deus não dá o frio se você não tem um cobertor suficiente. . . . Então, eu acho que é por isso que a gente não pode se desesperar com a situação que está. Tudo tem um porquê e um para quê. É diferente do “por quê?”. Então, quer dizer que, assim, vamos esperar a vontade de Deus agora. (Laura, 57 anos)

Ah, igual eu te falei mesmo, não foi aquela coisa que... A gente já tinha noção, né, da... já entrei na internet e vi. A gente acha chato, mas parece que eu não me abati daquele jeito igual muita gente se abate, de ficar chorando, essas coisas. Graças a Deus, Deus me deu tanta força que isso eu não fiz ainda [risos]. . . . Graças a Deus [não teve nenhum momento de desespero]. . . . A gente tem esperança, né, mas, não teve jeito. Fazer o quê? A gente pede pra Deus pra que não seja, né, mas já que é, pede pra dar força, né. (Marta, 56 anos)

Eu já sabia... eu falei [para a médica do postinho] que estava com uma ferida no seio e que eu mesma estava fazendo curativos. Ela disse: “Não, mas então eu vou mandar a senhora ir imediatamente para Ribeirão para fazer os exames”. Na hora que ela falou, eu não me abalei, porque geralmente nós sabemos que essa é uma das doenças que mais ocorrem. Você vai pensando em uma coisa, quando de repente você acaba descobrindo outra. (Neide, 71 anos)

Eu perdi o chão. Pelo amor de Deus, eu nunca esperava, eu achava que... Uma, que eu não posso nem parar, eu tenho que trabalhar. Eu não tenho renda nenhuma, se eu não trabalhar, eu não como. Então foi muito difícil para mim. Foi, muito, muito, muito difícil. Até agora está difícil, ainda mais que a minha família tem um monte de caso desse problema. Não no seio, mas perdi minha irmã, meu irmão, meu pai, um monte de gente. Então, você fica naquela. . . . Uma: eu quero ver meu neto crescer. Eu tenho cinco netos, todos moços, já. Agora, veio o pequenininho, que eu quero curtir ele. Eu falei: “Ah, não, meu Deus do céu, é muito...”. É difícil para mim, não foi fácil. . . . O chão afundou. Eu falei: “Não acredito”. Estava bem equilibrada, quando vi, vou ter que raspar a cabeça, vou ter que... Ai, meu Deus, aquilo tudo, vai formando aquela... Não é fácil, não adianta falar que é, porque não é. (Dora, 69 anos)

Ainda durante essa entrevista, ao serem questionadas sobre a vivência do momento atual de pós-diagnóstico e tratamento, as participantes descreveram diferentes experiências, sentimentos e pensamentos:

Cê sabe que eu tô bem, tô sossegada, já assimilou tudo, é uma verdade que você tem que assumir e encarar, mas eu tô bem. Não tô perdendo sono, não deixei de me alimentar, sabe? E... É, às vezes você pensa assim, você tá distraída, você lembra, cê leva aquele choque, isso é inevitável, mas, assim, de boa, daqui um pouquinho, aquilo você pensa: “Eu vou tratar, eu vou ficar bem”, cê entendeu? Eu não penso que eu não vou ficar bem, cê sempre pensa que cê vai melhorar, que isso aqui vai acabar, que tem o tratamento, que hoje em dia tem um tratamento muito bom. E vamos torcer, né. Ter força. . . . É chato? É, mas... tá pequenininho. . . . Então, passa tudo isso pela cabeça: que você vai dar trabalho, que você vai ficar, é, uma pessoa assim, que das vezes você não vai ter aquela condição física, cê vai precisar... mas, eu tô pensando muito positivo, que vai dar tudo certo, que isso aqui não vai continuar, que vai parar por aqui mesmo. . . . Vamos torcer pra Deus ajudar, para que nessa cirurgia saia tudo bem e que elimine esse, esse câncer, sabe, e pensar tudo de bom. . . . Vou pensar positivo, que eu vou continuar minha vida do mesmo jeito. (Carmem, 66 anos)

Ah, tô bem, tô bem. Tô... Só senti um pouco o cabelo. Se ele cair tudo, vou ter que... né? [Risos]. [Vou ter que] aceitar, né. . . . Eu tô sentindo que eu vou ter mais forças, viu, cada dia parece que eu to encontrando mais força... Ah, [essa força] só pode ser da fé, né. Só pode ser da fé. Tem a força que a família dá também, né, é essencial, né. . . . Me sinto [preparada para o tratamento]. Me sinto sim. . . . Eu acho que eu não vou sofrer muito. Eu posso sofrer algumas dores, né, disso a gente não escapa. De uma operação, isso depois às vezes, talvez, né. E mesmo a quimio... eu só tenho um pouquinho de receio da quimio, né, porque a quimio, porque a quimio é forte, né. Ela às vezes pode querer me derrubar mais uma vez, né. (Ana, 67 anos)

Estou bem. Psicologicamente bem. Eu acho que tem que fazer, então, não adianta chorar como eu te falei aquele dia, não adianta arrancar o cabelo que ele vai cair sozinho, já começou, né [risos]. Então, pedir a Deus que tenha misericórdia. . . . Tem dias em que eu me senti muito sensível, com aquela vontade de chorar, sabe? Quase chorei lá, então, até agora parecia que ia embargar pra chorar, mas não saiu choro não. . . . Então, em todas as circunstâncias eu falava assim: “Não, mas se Deus falou comigo, é sinal de que ele vai estar

comigo, né”. Então, na mesma hora em que eu tenho a vontade de chorar, eu já não tenho mais porque eu acho que Ele está comigo e então tudo pode se resolver. Agora, se eu tivesse sem Ele, aí seria mais difícil, a queda era maior. . . . Eu estou sempre procurando fazer alguma coisa. Então, eu não deixo a cabeça ficar vazia. . . . Eu acho, assim, que se acontecer alguma coisa hoje comigo, meus filhos se viram no mundo. Mas, quando eles eram pequenos, não, alguém precisava de alguém, . . . Hoje, se Deus quiser me levar, fica na vontade Dele, né. Apesar de que eu tenho esperanças de fazer todo o meu tratamento e sair dessa. Viver mais um pouco, porque eu gosto de viver. (Laura, 57 anos)

Graças a Deus passei bem [esses dias]. Não doeu, nada. . . . Foi, assim, pra mim [a cirurgia] foi bem. Não tive problema nenhum. . . . Eles fizeram até uma... pra não ficar muito desigual. . . . Ela fez [a mama] um pouquinho puxando pra cá, porque senão ia tombar muito pra lá, por causa do peso, né. E agora fico de sutiã direto, só tira na hora do banho. . . . Não tô sentindo dor... De sábado pra cá que parece que começou a ficar mais dolorido, né. Deve inchar um pouquinho. Mas não tô tendo problema, não, não doeu de jeito nenhum. . . . Ah, agora, assim, não tô se preocupando, não. E, se tem que fazer, vamos fazer. Tem que ir lutando. Conforme for tendo coisa pra fazer, vamos fazendo, né. Porque, como te falei, não tem jeito, né, não tem muita escapatória. (Marta, 56 anos)

Você viu que mudança que eu tive da última vez que a gente conversou? Porque, agora, até fralda estou usando. . . . Olha, eu dei uma boa decaída da última vez. Estou muito magra, eu não estava assim, você lembra que eu ainda falei que eu sou vaidosa. Eu não estava assim e de repente secou tudo. . . . É porque, na época que nós conversamos, eu estava com uma cabeça, eu ainda falei: “Deixa eu manter a esperança”, porque eu olhei para mim e pensei: “Até que eu não estou tão ruim”. Mas aí, essas últimas temporadas que eu tive aqui, eu achei que não está sendo aquilo que eu esperava. . . . Não gostaria [de morrer], não. Eu não sou jovem, mas para mim, que até um ano atrás estava fazendo tudo, de repente eu me sinto inutilizada. . . . Então eu acho que não vale a pena ficar me agarrando e dizer: “Mas eu tenho que ficar boa, eu tenho que sair, eu tenho que fazer aquilo”, não! Só Deus é quem sabe o meu limite, se eu vou conseguir superar isso. . . . Mas também não estou revoltada, eu não estou revoltada porque eu tenho a consciência que foi eu quem plantou isso aí. . . . Eu estou dependendo da minha filha, . . . eu não queria mesmo isso. Eu queria estar no meu canto, tendo ajuda, mas sem ter o envolvimento de outras pessoas. (Neide, 71 anos)

Eu estou bem, estou sempre bem. Eu acho que, agora, já que está, tem que ser. Então, eu tenho que entregar na mão de Deus. . . . Vai atrapalhar muito. Eu acho que dois meses, três, eu não vou poder nem trabalhar, não sei. Disse que eu não vou poder mexer o braço, vou ter que ficar... vai atrapalhar muito, principalmente financeiramente. É difícil, não é fácil, mas Deus dá força, vamos esperar. Não vamos sofrer com antecedência. . . . Se eu te falar que eu não tenho medo, eu tenho. Eu tenho medo, porque... Não sei te explicar. Eu ainda tenho que resolver muita coisa aqui, sabe? Então, eu tenho medo de não conseguir, mas tenho fé de que vou conseguir. . . . Você já imaginou? Depois de velha, ainda careca. É ruim, hein. E peruca eu não gosto, não quero saber disso. . . . Tem dias que você está bem lá embaixo. Tem dias que não, que você está legal, mas tem dias que eu choro quase o dia inteiro, só dá vontade de chorar. . . . Mas parece que eu estou mais convencida de que tem que ser. Não adianta querer voltar atrás e falar: “Não vou fazer”. Se tem que fazer, tem que fazer e pronto. . . . Eu acho que vai [ser difícil]. . . . Toda pessoa que tem isso é marcada, não é? Eu não sei explicar. Você vai ficar a vida inteira marcada. . . . Mas vai dar certo. Tenho fé em Deus que vai. . . . Ainda não está sendo fácil, mas eu já estou aceitando. (Dora, 69 anos)

6.2.2. Redução

A redução das falas das colaboradoras, descritas em termos analíticos, pode ser cotejada nas Tabelas 4, 5 e 6. A divisão em grandes temas, como apresentado nas tabelas, seguiu uma lógica temporal, de acordo com o momento que estava sendo investigado durante as entrevistas, pois se considerou que essa ordenação proporcionaria à análise um bom seguimento lógico, assim como uma demarcação precisa dos momentos vividos pelas colaboradoras, que naturalmente são específicos. São eles: (1) *como é vivenciar a possibilidade de estar com câncer de mama*; (2) *como foi receber o diagnóstico de câncer de mama*; e (3) *como está sendo a vivência do pós-diagnóstico*.

Nas referidas tabelas, a colaboradora correspondente à fala nativa apresentada é identificada pela primeira letra de seu nome: (C) = Carmem, (A) = Ana, (M) = Marta, (L) = Laura, (N) = Neide e (D) = Dora. Na coluna dos termos analíticos, a identificação ocorreu para identificar quais das colaboradoras abordaram determinado tema específico.

Como mostra a Tabela 4, que contém a transformação dos termos nativos em analíticos correspondente à unidade temática “*Como é vivenciar a possibilidade de estar com câncer de mama*”, para as entrevistadas essa é uma experiência que pode ser vivenciada, por um lado, com intensa dificuldade, como algo que incomoda, chateia, magoa e tira o sono, como por outro

lado com aceitação e/ou indiferença em relação à condição de um possível adoecimento. A presença de pensamentos positivos e de esperança, frente à malignidade da doença, foi apresentada pela maioria das participantes, principalmente por aquelas que vivenciaram o momento com maior sofrimento. A positividade também esteve presente quando se abordou a possibilidade de ser submetida a tratamentos para o câncer de mama, e esteve relacionada à crença em sua efetividade. Além dos pensamentos positivos, também foi possível constatar uma fuga de possíveis pensamentos negativos relacionados à confirmação do diagnóstico de câncer ou às dificuldades que um possível tratamento pode implicar. Duas das participantes afirmaram explicitamente não pensar sobre essa condição atual ou sobre possível tratamento. A confiança no plano estabelecido por Deus foi trazida com tenacidade por algumas delas.

A assimilação da possibilidade de estar com câncer se mostrou presente em algumas participantes, tanto naquelas que se mostraram indiferente ao diagnóstico, quanto nas que consideraram o momento difícil. Foram evocados medos, suposições, incertezas e ansiedades despertadas pelo câncer de mama em si e também relacionadas a seus tratamentos e ao futuro incerto e nebuloso que se anunciava com a confirmação do diagnóstico. Destacam-se o medo do sofrimento desencadeado pelo adoecimento e seus tratamentos; o medo de tornar-se debilitada e perder sua funcionalidade, o temor de ter de parar de trabalhar; o medo de se tornar dependente e, conseqüentemente, de ter que ser cuidada pelos filhos; e o medo de perder a sua autonomia e independência, assim como o temor de possíveis conseqüências decorrentes do tratamento. Já a inexistência de medo foi reportada por duas participantes, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto à possibilidade de tratamento.

As colaboradoras apresentaram suposições relacionadas tanto à doença em si, quanto ao tratamento, marcando essa fase de suas vidas como um momento de incertezas relacionadas ao futuro. Houve explicações pessoais sobre a possibilidade de origem da doença, atribuindo suas causas a fatores emocionais. As fantasias relacionadas ao tratamento e, conseqüentemente, ao futuro, giram em torno, principalmente, de suas conseqüências imediatas, como queda do cabelo e inapetência (diminuição do apetite, perda da sensação de fome e, conseqüentemente, do peso corporal), e dos possíveis impactos causados pelas terapêuticas, tais como a debilidade do organismo e o conseqüente impacto na condição física para cuidar de si e de trabalhar. A ansiedade relacionada ao diagnóstico também se mostrou presente na maioria das participantes, com especulações sobre seus possíveis resultados e conseqüências. As colaboradoras que não abordaram a qualidade da comunicação do diagnóstico mencionaram não pensar sobre a experiência e as possibilidades que ela abriria.

Tabela 4. Termos nativos, transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como é vivenciar a possibilidade de estar com câncer de mama”

Termos nativos	Termos analíticos
Uma coisa assim que te incomoda, que chateia (C)	Uma experiência difícil (C, A, N e D)
Não é fácil saber que você tá atravessando uma coisa difícil (C)	
Agora eu tô assim, tô calma, não tô nervosa, não tô estressada, eu tô chateada. Eu tô chateada (C)	Aceitação/ Indiferença (M e L)
Seu subconsciente começa a trabalhar que não é uma coisa tão simples assim (C)	
A sua cabeça já vai aceitando (C)	Presença de pensamentos positivos relacionados à qualidade da doença / Esperança (C, A, M e D)
Cê já vai assimilando que aquilo ali você vai ter que enfrentar e não vai ter como fugir. Então você passa a aceitar mais (C)	
Você tem que agora controlar sua mente, começar a pensar coisas boas: eu vou passar por esse processo, mas eu vou me sair bem (C)	Assimilação da possibilidade de estar com câncer (C, M, L e N)
Isso aqui não vai ser o fim do mundo, isso aqui você vai passar um período difícil, vai, mas não é o fim. Então eu já tô pondo na minha cabeça (C)	
Não adianta ficar chorando, ficar descabelando, o problema tá lá, então cê tem que ir assimilando, pondo coisas boas na sua cabeça (C)	Positividade relacionada a um possível tratamento (C e N)
Ah, é um nódulo que não vai ter nada (C)	
Procurar não ficar pensando, pensar outras coisas (C)	Não pensa sobre o momento e sobre possível tratamento (M e L)
Procuo não ficar com isso na minha cabeça, entendeu? Porque senão você põe isso, fica fixo na sua cabeça, cê vai acabar pirando (C)	
Primeiro [medo é] o sofrimento, né, porque câncer é sinônimo de sofrimento (C)	Fuga de pensamentos negativos (C, A e D)
Porque o medo maior do câncer é o sofrimento, porque a pessoa sofre (C)	
Você não tem como cuidar de você. Porque fisicamente você já vai ficar uma pessoa debilitada (C)	Confiança no plano estabelecido por Deus (M, L e D)
Aí eu vou ter que parar de trabalhar (C)	
O que me deixa mais chateada é: será que eu vou ter que parar de ter a vida que eu tenho, vou ter que ficar parada? (C)	Medo de sofrer com o tratamento (C, A e N)
O que eu mais não queria na minha vida era ficar assim dependente, uma pessoa doente, dependente (C)	
Depois você passa a ser uma pessoa dependente (C)	Medo de perder a funcionalidade (C, N e D)
Eu tenho medo sim [de ficar dependente] (C)	
Vou ter que fazer quimio, vou ter que fazer radio, aí vai cair o cabelo, vai mudar totalmente a minha vida (C)	Medo de ficar dependente / perder a
Porque a quimioterapia deixa a pessoa muito debilitada (C)	
Aí depois, quando que vem o tratamento, aí cê fica naquela dúvida: como que vai ser? Como que vai ser comigo? Será que eu vou ter condições de cuidar de mim, de fazer minha comida, de lavar minha roupa? (C)	
Você pensa assim: será que já esparramou? Como é que vai ser? Será que é maligno, será que é benigno? (C)	
Você tá bem, você tá trabalhando, cê tá correndo pra todo lado, tomando suas decisão, aí aparece um nódulo lá não sei da onde, que eu não pedi pra ter. E você fica impotente (C)	
Como você vai arrancar isso daí na unha? Não vai. E cê vai falar pra ele: ó, faz favor de ser um nódulo benigno, não maligno, cê vai falar isso pra ele? Vai adiantar? Não vai (C)	
Você acha assim, que nunca vai acontecer comigo (C)	
Quando você lembra que está com suspeita de câncer de mama você leva aquele susto, por conta de tanta morte que eu já assisti por causa de câncer de mama (C)	
Não foi só ela, eu perdi uma conhecida que (...) (C)	
E a dona G. tinha câncer no intestino, S. tinha no fígado, então eu já venho acompanhando isso de colegas, você entendeu? (C)	
Então não foi só ela, teve outras pessoas que teve câncer de mama que (...) (C)	
Eu fico comparando. Como é que vai ser, eu vou me sentir bem, vou me sentir mal (C)	
Não tá sendo fácil (A)	

Termos nativos	Termos analíticos
Tenho muito medo de ser mesmo maligno. Então eu tô nessa dúvida aí, nesse sofrimento (A)	independência (C e N)
Tem hora que a gente chora, né, eu não tô dormindo direito, não tô comendo [choro], então pra mim tá muito difícil (A)	Inexistência de medo (M)
Aquele medo, né, cê fica meio preocupada com as possibilidades de resultado (A)	Medo de ter que passar pelo tratamento isto sozinha (A)
Eu fico fui sozinha. Meu marido tá trabalhando em São Paulo, então a gente se sente sozinha (A)	Suposições e medos relacionados ao tratamento (C, A e N)
É triste. Eu trabalhei a vida inteira, e passar por um desse? Não é fácil (A)	
Mais é isso que eu te falei agora: não vê o dia de chegar pra você saber, né, o que é mesmo que tá acontecendo (A)	
Você tem vontade de não morrer, cê quer viver, né. Que tem tanta coisa ainda pra você ver. Faço força pra viver (A)	
Cê faz força pra não pensar [que é maligno] (A)	
Então a gente tem aquele medo [do tratamento], né. Porque perde a fome mais ainda, perde peso (A)	
[Pode acontecer a] queda de cabelo, essas coisas (A)	
Não vê o dia de chegar pra você saber o que é mesmo que tá acontecendo (A)	
Agora esse daqui eu não esperava, né. Não esperava (A)	Suposições quanto à origem da doença (C, A, N e D)
Estou bem. Não me abati, não vou me abater, porque coloquei Deus na frente (M)	
A gente sabe do risco, mas estou firme (M)	
Eu espero que seja benigno, mas se for o outro vamos lutar (M)	
Diz que 95% a chance é de já ser câncer, então eu entrego na mão de Deus (M)	
Estou [preparada para a consulta diagnóstica, mesmo se o resultado for positivo], Deus está comigo e do meu lado (M)	Ansiedade relacionada ao diagnóstico (C, A, L e D)
Não tenho [nenhum medo] (M)	
Não tenho [medo da cirurgia] não (M)	
Não tenho muito tempo de pensar [se é câncer] porque trabalho demais, serviço de casa, da loja (M)	
Não pensei nada, durante todo esse tempo ainda estou calma (L)	
Mas não sei se é por que sou uma pessoa de rezar, de pedir muito a Deus, tem muitas pessoas a meu favor, tenho muitos amigos, então ainda não desesperei (L)	
[A investigação está sendo] Normal, porque se tiver que ser aquela pessoa que sei lá... o que é meu você não vai passar, então tudo o que vier nós vamos enfrentar, seja lá o que for, Deus sabe o que é melhor (L)	
É aceitar a situação. Se eu tiver que morrer hoje ou amanhã vai acontecer, não adianta desesperei (L)	
Rezar [ajuda muito] (L)	
Às vezes eu falo que é melhor viver com a doença e em tratamento, mas às vezes Deus fala: “Não, é melhor ela viver sem tratamento e comigo” (L)	
Eu não penso [no tratamento]. Ainda não tenho pensado nisso não (L)	
Um pouco ansiosa [com a consulta diagnóstica], porque você fica naquela de será que é, será que não é, será que vai ser maligno, benigno (L)	
Se eu morrer eles [os filhos] estão criados (L)	
A primeira pessoa que me visitou quando fiquei no começo foi uma pessoa que já tirou o seio aqui. Se o dela foi bom, o meu também não pode ser ruim (L)	
Já tem mais de dez anos [o nódulo]. Eu marcava consulta e não ia, de medo de perder o emprego, porque eu era responsável. Mas eu sabia que, mais para frente, iria dar problema (N)	
Que o único jeito seria fazer o tratamento, operar, e que era uma coisa que eu não queria fazer, na época (N)	
[Precisar da ajuda da minha filha está sendo] bem ruim (N)	
Gosto de sair, de frequentar lugares que tem um ambiente alegre. Agora acabou. Daqui para frente, eu não vou ter mais essa oportunidade (N)	
Que Deus tenha misericórdia de mim, que eu não precise ficar numa cama, dependendo dos outros (N)	
	Recuperação de experiências

Termos nativos	Termos analíticos
Eu não queria dar problema para ninguém, como eu sei que é uma doença que requer alguém para estar cuidando (N)	alheias (C, A, N, D e L)
A esperança é essa, como eu estou falando para a senhora, de poder fazer as minhas coisas, viver uma vida normal (N)	
Agora, eu fico preocupada. Se chegar lá na cirurgia, se eu puder fazer, se sair com vida, eu tenho medo da dor (N)	
E estava muito fraca esses tempos atrás, então, a pessoa, quando ela está com mais força, ela tem mais resistência em uma cirurgia do que eu. Então, eu penso assim: “será que eu vou sair com vida, depois de tudo isso que eu passei, essas dores, essa fraqueza, essa magreza que eu estou?” (N)	
Acho que não [tenho medo de morrer]. Não gostaria. Ninguém quer morrer, mas acho que, medo, não tenho (N)	
Nova eu não sou, mas eu queria ficar mais uns tempos aqui. Eu penso assim: se eu morrer, eu não vou poder... acabou tudo (N)	
Depois da cirurgia, mesmo que eu saia com vida, eu já não vou poder aproveitar dessa forma, porque a gente não fica a mesma coisa (N)	
Falavam assim: “nossa, quem tem câncer, quando vai chegando em determinado tempo, sente muita dor” então, acho que, agora, daqui para frente, eu vou pensar nisso e vou ficar com medo (N)	
É doloroso, você fica com a cabeça com um monte de bobeira, mas eu preciso lidar (D)	
Tenho fé em Deus que vou superar mais essa. Eu tenho muita fé em Deus, confio muito em Deus. É só nele que confio, mais nada (D)	
Você tem que psicologicamente estar preparada, porque se for é por aquilo que você vai ter que passar, não tem como você sair fora (D)	
Estou bastante esperançosa em relação ao diagnóstico. Tem algo aqui dentro de mim que fala que não é câncer o que tem (D)	
Meus irmãos morreram de câncer, meu pai morreu de câncer, então mesmo que não seja nada, você sempre fica com aquela pontinha de medo (D)	
Sinceramente eu não tenho medo de nada, se você perguntar se tenho medo de morrer, não tenho. Eu não tenho porque estou preparada, se eu morrer amanhã... eu só olho para os meus filhos e acho que eles ainda precisam de mim (D)	
Tenho que trabalhar, é meu meio de ganhar dinheiro. Se trabalhar, come, senão não come, é o jeito. A doença a gente tira de letra (D)	
Eu tenho que pagar as contas, se não for eu, quem vai pagar, então não posso parar de trabalhar (D)	
Eu acho que nem doente eu estaria [se não tivesse o problema com meu irmão], porque sou uma pessoa muito brincalhona, eu brinco, falo besteira, então estou sentindo que acabou (D)	

Houve menção à sensação de imprevisibilidade da doença, acompanhada da ideia de perda de controle sobre si e da intensificação do sentimento de vulnerabilidade. Carmem também menciona a sensação de não merecimento e de injustiça por estar passando por essa situação penosa, bem como a impotência diante da situação que precipitou essa condição. Foi comum a recuperação, no espaço subjetivo da memória, de diversas experiências relacionadas ao câncer, até então vividas por algumas pessoas conhecidas, explorando, por meio delas, possibilidades relacionadas ao que poderia ocorrer consigo diante de um possível adoecimento. Ao retomar e levar em consideração as experiências alheias, duas colaboradoras apontam, de maneira sutil, para o medo de morrerem em função do descontrole frente à doença. O tema da

morte também foi abordado por outras participantes, que relataram não terem medo da morte, mas que sustentaram seu desejo de se manterem vivas, principalmente por considerarem que ainda tinham algumas tarefas a cumprir na terra, não querendo deixar algumas questões para trás, como o cuidado com os filhos, pendências legais e planos futuros.

O segundo momento explorado deu origem à segunda unidade temática, intitulada “*Como foi receber o diagnóstico de câncer de mama*”. Nessa segunda unidade, buscou-se abordar, por meio das descrições obtidas com as participantes, a vivência do momento do diagnóstico e seus principais desdobramentos e impactos imediatos. Para isso, os termos nativos relacionados a esse tema foram reduzidos a termos analíticos, conforme podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “*Como foi receber o diagnóstico de câncer de mama*”.

Termos nativos	Termos analíticos
Ah, mas quando você recebe uma notícia assim, é um choque, né (C)	Notícia recebida
E a primeira semana você fica assim, aborrecida, chateada, aí vem aquele monte de pensamentos ruins (C)	com dificuldade (C, A e D)
Mas é difícil pensar. Sabe quando você acorda assim à noite, cê leva aquele choque quando cê lembra (C)	Notícia recebida
No dia [do diagnóstico], cê sabe que eu não tive reação nenhuma no dia? Parecia que não era comigo, mas... Aí quando é no outro dia que a ficha cai, é difícil, viu? (C)	com aceitação (M, L e N)
Ah, cê chora, cê pensa nos filhos, cê pensa que a sua vida vai mudar totalmente, porque vai mudar mesmo (C)	Aceitação dos planos de Deus (M e L)
Cê sabe que na hora que falou lá que era maligno eu fiquei sabe assim? Parecia que não era comigo [risos]. E eu não costumo fugir dos problemas não, mas aquele lá foi um choque mesmo, não foi um choquinho (C)	Aceitação devido à suspeita preexistente (M, L e M)
Ah, cê chora, cê pensa nos filhos, cê pensa que a sua vida vai mudar totalmente, porque vai mudar mesmo (C)	
Aquele dia foi um choque, né (A)	
Que a gente tinha esperança de ser uma coisa assim, mais tranquila, né (A)	
Foi um choque (A)	Reações emocionais
A sensação da angústia é muito horrível (A)	intensas, como
Ah, eu cheguei aborrecida, triste, chorei bastante lá em casa também (A)	choque, tristeza, angústia e choro
Aí você recebe essa notícia e você se sente muito triste, muito aborrecida, muito magoada (A)	(C, A e D)
DC: Eu não vou mais poder fazer o que gosto de fazer e eu tô muito triste com isso (A)	
Ah, igual eu te falei mesmo, não foi aquela coisa que... parece que eu não abati daquele jeito igual muita gente abate, de ficar chorando (M)	Negação (C)
Graças a Deus, Deus me deu tanta força que isso [ficar chorando, entrar em desespero] eu não fiz ainda (M)	Medo das possíveis
A gente já tinha noção, né... já entrei na internet e vi (M)	mudanças em suas
A mamografia tá dando alteração aqui. É certeza que é. E todo mundo falou pra mim que não era. Não, não vai ser, né. Eu falei: não, pelo que a gente vê, já é, né, porque você tem que ter a realidade. É seguir em frente porque é, se eu correr é, se eu não	vidas e incertezas relacionadas ao futuro (C, A e D)
correr é a mesma coisa (M)	

Termos nativos	Termos analíticos
A gente sente, né [quando vê alteração na mamografia]. Mas aquele sentir, assim, pra chorar, essas coisas, eu não fiz não. Não chorei [em nenhum momento]. Ficar triste a gente fica, mas pra chorar, essas coisas, não (M)	
A gente tem esperança, né, mas, não teve jeito. Fazer o que. A gente pede pra Deus pra que não seja, né, mas já que é, pede pra dar força, né (M)	
Ela me falou e eu senti assim há hora: “meu Deus do céu, será que eu vou sair dessa?”. Foi o primeiro impacto que eu tive (L)	
Aí já me veio na cabeça o que eu ouvi da missa, então isso não deixou assim que eu me desesperasse (L)	
Mas eu não [chorei]. Eu recebi isso numa boa. Eu sei que existe tratamento, . . . eu não me desesperarei não, a notícia caiu e é como se eu já estivesse esperando por aquilo, entendeu? (L)	
O primeiro impacto foi assim: “ai meu Deus”. Mas aí você pergunta: “para que tá acontecendo alguma coisa também eu fiz, né? Por isso que eu mereço isso”. Eu acredito que sim, às vezes de alguma tristeza muito grande que eu passei. Porque eu tive uma decepção muito grande (L)	
Deus não dá o frio se você não tem um cobertor suficiente. Então eu acho que é por isso que a gente não pode se desesperar com a situação que está. Tudo tem um porquê e um para que. Então quer dizer que assim, vamos esperar a vontade de Deus agora (L)	
Quando Deus fala o outro toma o que é dele. Então o que é meu é de direito meu, porque sou filha e herdeira de Deus. A sorte minha é que eu estava fiel a Deus, segurando na mão dele quando eu recebi tudo (L)	
Na hora que ela falou eu não me abalei, porque geralmente nós sabemos que essa é uma das doenças que mais ocorrem (N)	
Eu já sabia. Eu falei [para a médica do postinho] que estava com uma ferida no seio e que eu mesma estava fazendo curativos. Ela disse: “não, mas então eu vou mandar a senhora ir imediatamente para Ribeirão para fazer os exames” (N)	
Eu perdi o chão. Pelo amor de Deus, eu nunca esperava (D)	
Uma, que eu não posso nem parar, eu tenho que trabalhar. Eu não tenho renda nenhuma, se eu não trabalhar, eu não como (D)	
Então foi muito difícil para mim. Foi, muito, muito, muito difícil. Até agora está difícil (D)	
Ainda mais que a minha família tem um monte de caso desse problema. Perdi minha irmã, meu irmão, meu pai, um monte de gente. Então, você fica naquela... eu quero ver meu neto crescer (D)	
O chão afundou, eu falei: “não acredito”. Estava bem equilibrada, quando vi, vou ter que raspar a cabeça, vou ter que... Ai, meu Deus. Não é fácil, não adianta falar que é, porque não é (D)	
Senti que era o fim, falei; “vish, agora, acabou. Agora, posso desistir dos meus sonhos”. Porque você sempre tem um sonho de fazer algo, então, chega em um ponto em que você, agora, tem que desistir de tudo porque você vai fazer o que? (D)	

A confirmação do diagnóstico de câncer de mama foi recebida de modo bastante difícil por três das colaboradoras, enquanto que as outras três vivenciaram o momento com aceitação e/ou indiferença. No primeiro caso, as participantes vivenciaram o momento com reações emocionais intensas, como choque, estupor, perplexidade, tristeza, choro e o sentimento de ter “perdido o chão”. No caso de Carmem, especificamente, após um primeiro momento de negação, algumas dessas reações negativas foram vivenciadas na primeira noite posterior à comunicação, quando, em suas palavras, considera que “sua ficha caiu” realmente. No caso das colaboradoras que vivenciaram o momento sem grande dificuldade, houve menção à vivência

de suspeita anterior e à ideia de que esse é um plano de Deus para elas, que uma vez designado deve ser vivido, sem contestar ou questionar o porquê.

Também nesse momento mostrou-se à consciência o receio, por parte de algumas colaboradoras, relacionado às possíveis consequências ocasionadas pelo adoecimento e tratamentos subsequentes. Essas mudanças estão relacionadas, principalmente, às alterações no estilo de vida, em especial nos âmbitos social e profissional.

Por fim, “*Como está sendo a vivência desse momento pós-diagnóstico*” constituiu a última unidade temática relacionada às colaboradoras pacientes. A Tabela 6 mostra a transformação dos termos nativos em termos analíticos, obtidos por meio das descrições sobre esse momento.

Uma aparente elaboração do diagnóstico de câncer de mama e consequente aceitação da doença foram vivenciadas pela maioria das colaboradoras. Apesar de ser um momento delicado para algumas, no qual muitas questões e incertezas quanto ao tratamento e ao futuro surgem inevitavelmente, despertando ansiedades, principalmente naquelas que vivenciaram o diagnóstico como um momento difícil, a aceitação foi vivenciada como algo necessário diante da imposição da doença e da impossibilidade de escapar de suas amarras. Para as colaboradoras, desesperar não seria uma reação útil para o atual momento, pois não haveria volta, já que a situação adversa estava posta. A solução mais exequível era mesmo enfrentar o câncer e o rigor de seus tratamentos. Desse modo, apesar de continuar sendo compreendido como um problema inesperado, indesejado e com dimensões sérias, há o relato de se sentir bem e disposta, e de querer cuidar e se ocupar do problema. Uma das colaboradoras relatou estar vivendo aquele momento decisivo sem preocupações e com tranquilidade.

O tratamento é compreendido como possibilidade de solução, notando-se de modo bastante presente a positividade em relação à sua eficácia. Há, então, a crença de que o plano terapêutico proposto funcionará, resultando na remissão da doença. O câncer é vivenciado por algumas das mulheres como algo a ser enfrentado com determinação e esperança, ou seja, como uma batalha a ser travada e vencida, sendo a força compreendida como importante recurso a ser utilizado nesse momento. Nesse contexto, Deus aflora como o mais importante aliado para o enfrentamento da situação adversa. Supõe-se que é Ele quem está no comando da situação e também quem fornecerá a força necessária para vencer os desafios e atribulações da doença.

O medo de morrer esteve presente na fala de três colaboradoras, que focaram suas preocupações no que será deixado aqui e no que não poderão mais fazer se partirem. Neide demonstrou estar ciente da possibilidade real de morte, mostrando-se passiva e com aceitação

diante da possível situação de agravamento de seu quadro, demonstrando significativa perda de esperança em sua possibilidade de cura e retorno à vida prévia à doença.

Tabela 6. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como está sendo a vivência do pós-diagnóstico”

Termos nativos	Termos analíticos
Eu já tô convivendo bem com isso já (C)	Momento delicado (A, C, D, L, N)
Aí, conforme vai passando os dias, você vai assimilando, sabe? Aí cê começa a pensar tudo de bom (C)	
Já que ele tá aí, eu não pedi, mas já que ele veio xeretar aqui, vamos tratar, vamos cuidar e vamos ver como que vai ficar (C)	Momento que não envolve
Cê sabe que eu tô bem, tô sossegada, já assimilou tudo, é uma verdade que você tem que assumir e encarar, mas eu tô bem (C)	preocupações (M)
Tá no começo, eu vou fazer um tratamento que vai me ajudar a melhorar. Então você vai trabalhando com aquilo na sua cabeça (C)	Elaboração e aceitação como
É lógico que esse aqui não é um probleminha, é um problemão, mas eu tô bem, minha cabeça tá boa. Eu acho que vai dar tudo certo (C)	algo necessário / desespero como
E tô pensando muito positivo, que vai dar tudo certo, que isso aqui não vai continuar, que vai parar por aqui mesmo (C)	desnecessário (M, L, D)
Às vezes você pensa assim, você tá distraída, você lembra, cê leva aquele choque, isso é inevitável. Daqui um pouquinho aquilo você pensa: eu vou tratar, eu vou ficar bem (C)	Câncer como algo a ser enfrentado (C, A, D)
Eu não penso que eu não vou ficar bem, cê sempre pensa que cê vai melhorar, que isso aqui vai acabar, que tem o tratamento (C)	
E vamos torcer, né. Ter força. É chato? É. Mas tá pequenininho (C)	Medo de morrer (D e N, L)
Mas vai dar tudo certo. Eu acredito, sabe? (C)	
A gente tem, assim, que enfrentar, fugir não adianta (C)	
Tá certo que quando cê lembra, assim, poxa, nossa, eu to com câncer de mama. Cê fica assim... Não, cê vai tratar, cê vai melhorar, cê vai ficar boa. Vai ser difícil de me derrubar viu (C)	Aceitação da morte (N)
Vou pensar positivo, que eu vou continuar minha vida do mesmo jeito (C)	Positividade em relação à eficácia do tratamento (C, A, D, L)
Que nessa cirurgia sai tudo bem e que elimina esse, esse câncer (C)	
Mas, vamos torcer pra Deus ajudar (C)	
Pensou você se olha no espelho e tá tudo careca, é horrível você se deparar assim (C)	Perda da esperança (N)
E se eu ficar numa cama, como que vai ser? (C)	
Aí se você fica doente assim, que você fica dependente (C)	
E o meu medo maior é parar de trabalhar e depender também, sabe? (C)	
Acho que o maior medo é ter que ser cuidada (C)	Tratamento como possibilidade (C, A, D)
Então passa tudo isso pela cabeça: que você vai dar trabalho, que você vai ficar, é, uma pessoa assim, que das vezes você não vai ter aquela condição física (C)	
Fisicamente, como que eu vou me sentir. Será que vai dar certo o tratamento? (C)	
Que cê acha que pode acontecer com todo mundo, menos com você (C)	Tratamento como algo inevitável (C, A, D, M, L)
Já passei por tantos problemas na minha vida, agora vou passar por mais esse? (C)	
Porque você não fez isso pra ter, você não procurou essa doença, ela veio (C)	
Tem pessoas que têm sorte e até fica bem, que eu conheço, mas tem pessoas que (...) (C)	Força como recurso de enfrentamento (C, A, M e D)
Cê sabe que eu tenho, tinha uma amiga... Menina, ela não viveu nada, ela sofreu muito, muito, muito, e aquilo lá me deixou muito traumatizada, sabe? (C)	
Mas eu tô convivendo bem porque eu tô pegando como referência pessoas que ficaram bem. Não fico atrás das pessoas que ficaram sofrendo, sabe? (C)	
Quando eu lembro do tanto que ela sofreu por ser dependente, então eu fico pensando isso (C)	Deus como uma ajuda possível / quem está no
Ah, tô bem, tô bem (A)	

Termos nativos	Termos analíticos
Eu não esperava que tivesse uma notícia dessa, mas já que veio, então vamos cuidar (A)	comando (C, A, D, L)
[Foi uma] Pergunta pro meu instinto mesmo, se eu ia conseguir vencer. Que eu ia fazer força pra vencer. Que eu ia conseguir vencer (A)	Suposições relacionadas à doença e ao tratamento (C, A, D)
É uma vitória pra mim se eu conseguir vencer, e eu pretendo muito (A)	
Vou passar, né. Achei que ia ter forças pra passar (A)	
Eu tô sentindo que eu vou ter mais forças, viu, cada dia parece que eu tô encontrando mais força (A)	
Então eu tô achando que esse tratamento vai [funcionar] (A)	
Eu vou ter que pedir a Deus muita força. Eu tenho muita fé em Deus, eu sei que ele tá acima de tudo. Que ele vai me dar muita ajuda (A)	Preocupação com a queda do cabelo (C, A, D)
Só senti um pouco o cabelo. Se ele cair tudo vou ter que... né? [risos]. Aceitar, né (A)	
Ah, eu penso que é uma doença muito humilhante, né, é uma doença que veio pra humilhar a pessoa, pra fazer a pessoa sofrer muito (A)	Medo de ficar dependente (C)
Eu só tenho um pouquinho de receio da quimio. Porque a quimio é forte, né. Ela, às vezes, pode querer me derrubar (A)	Dependência (N)
Eu acho que eu não vou sofrer muito. Eu posso sofrer algumas dores, né, disso a gente não escapa (A)	
Porque se você procura a doença, se você fuma, se você faz arte, né, você mereceu. Mas eu não fiz nada pra merecer isso, então eu achei que, pra mim, foi horrível (A)	Medo de perder a funcionalidade (C, D)
Porque tem pessoas que têm câncer, mas sofrem muito, sofrem demais, nossa. E tem outras que você... (A)	
Isso [o cabelo cair], pra mulher, é um choque. Pensou você se olha no Graças a Deus passei bem [esses dias]. Não doeu, nada. (M)	Perda da funcionalidade (N)
Foi, assim, pra mim [a cirurgia] foi bem. Não tive problema nenhum (M)	
Ah, agora, assim, não tô se preocupando não (M)	
Se tem que fazer, vamos fazer. Tem que ir lutando (M)	Sentimento de não merecimento (C e A)
Conforme for tendo coisa pra fazer, vamos fazendo, não tem muita escapatória (M)	
Estou bem. Psicologicamente bem. Eu acho que tem que fazer, então não adianta chorar como eu te falei aquele dia, não adianta arrancar o cabelo que ele vai cair sozinho, já começou né [risos]. Pedir a Deus que tenha misericórdia (L)	Quebra do sentimento de invulnerabilidade (C, A e D)
Tem dias que eu senti muito sensível, com aquela vontade de chorar, sabe? Quase chorei lá, então, até agora parecia que ia embargar pra chorar, mas não saiu choro não (L)	
Na mesma hora que eu tenho a vontade de chorar, eu já não tenho mais porque eu acho que ele [Deus] está comigo e então tudo pode se resolver (L)	
Eu estou sempre procurando fazer alguma coisa. Então eu não deixo a cabeça ficar vazia (L)	
Hoje não, eu falo assim: “se acontecer alguma coisa, meus filhos sabem se virar” (L)	
Deus quiser me levar fica na vontade dele, né. Apesar de que eu tenho esperanças de fazer todo o meu tratamento e sair dessa. Viver mais um pouco, porque eu gosto de viver (L)	
Não tem porque querer morrer. Vai que a gente chega lá e não era aquilo que a gente imaginou. Então eu tenho medo da coisa estranha, o estranho pra mim me deixa apavorada. Mas não é aquele caso assim de se desesperar tanto (L)	
Você viu que mudança que eu tive da última vez que a gente conversou? Porque agora até fralda estou usando. É difícil (N)	
Olha, eu dei uma boa decaída da última vez. Estou muito magra, eu não estava assim, você lembra que eu ainda falei que eu sou vaidosa. Eu não estava assim e de repente secou tudo (N)	
Na época que nós conversamos, eu estava com uma cabeça, eu ainda falei: “deixa eu manter a esperança”, porque eu olhei para mim e pensei: “até que eu não estou tão ruim”, mas aí essas últimas temporadas que eu tive aqui, eu achei que não está sendo aquilo que eu esperava (N)	

Termos nativos	Termos analíticos
Recuperar o que eu emagreci, eu não vou mais recuperar, mas eu queria estar fortalecida, com as minhas pernas podendo manobrar sozinha, sem precisar ocupar um ou outro (N)	
Eu não gostaria [de morrer], não. Eu não sou jovem, mas para mim, que até um ano atrás estava fazendo tudo, de repente eu me sinto inutilizada (N)	
[Queria] Não ter me preocupado tanto com a vida deles. Eu devia ter me dedicado mais para mim (N)	
Agora eu me sinto meio inutilizada, porque há um ano eu estava bem, ia para tudo que é lugar e de repente, assim, sem disposição nenhuma (N)	
Eu não tenho mais nada para fazer. Eu trabalhei, me aposentei. E disposição para sair e passear eu já não tenho mais. Então eu acho que não vale a pena ficar me agarrando e dizer: “mas eu tenho que ficar boa, eu tenho que sair, eu tenho que fazer aquilo”, não, só Deus é quem sabe o meu limite, se eu vou conseguir superar isso. Mas olhando para mim mesma eu acredito que não (N)	
Eu já estou perdendo a esperança (N)	
É complicado. Eu estou dependendo da minha filha agora (N)	
Eu estou bem, estou sempre bem. Eu acho que, agora, já que está, tem que ser. Então, eu tenho que entregar na mão de Deus (D)	
Vai atrapalhar muito. Eu acho que dois meses, três, eu não vou poder nem trabalhar. Disse que eu não vou poder mexer o braço, vou ter que ficar... vai atrapalhar muito, principalmente financeiramente (D)	
É difícil, não é fácil, mas Deus dá força, vamos esperar. Não vamos sofrer com antecedência. A gente ficar sofrendo antes, não adianta, tem que ser tudo de acordo com o que é reservado (D)	
Tenho muita fé em Deus. A única coisa que eu tenho fé em Deus, que eu acho que ele está sempre ao meu lado, ele não vai me abandonar agora (D)	
Se eu te falar que eu não tenho medo, eu tenho. Eu ainda tenho que resolver muita coisa aqui, sabe? Então, eu tenho medo de não conseguir, mas tenho fé que vou conseguir (D)	
Você já imaginou? Depois de velha, ainda careca. É ruim, hein. E peruca eu não gosto, não quero saber disso, porque eu já estou com quase 70 anos (D)	
Tem dias que você está bem lá embaixo. Tem dias que não, que você está legal, mas tem dias que eu choro quase o dia inteiro, só dá vontade de chorar. Você chora até não querer mais. Você conversa com pessoa, chora. Então, tem aquele dia que bate, mas, de resto... (D)	
Mas parece que eu estou mais convencida de que tem que ser (D)	
Medo de eu ir e não ver mais meus filhos, que são tudo que eu tenho nessa vida. Então, é só isso. Não tenho mais preocupação (D)	
Mesmo que você pense positivo, tem horas que não dá para você esquecer uma coisa que você sabe que é, não adianta. É difícil (D)	
Eu acho que vai [ser difícil]. Toda pessoa que tem isso é marcada, não é? Eu não sei explicar. Você vai ficar a vida inteira marcada (D)	
Não me preocupei com nada. Nem estou preocupada, também. Eu acho o seguinte: ainda não caiu a ficha [do tratamento], vai cair agora (D)	
Ainda não está sendo fácil, mas eu já estou aceitando. A gente vai aceitando. Você não pode se desesperar (D)	
Eu nunca esperava, eu achava que isso não ia acontecer comigo (D)	

Constatou-se, nas descrições das colaboradoras, suposições e fantasias relacionadas tanto ao tratamento e às suas consequências negativas, quanto ao câncer em si. Discorrem sobre o quanto consideram a possibilidade de sofrimento, principalmente em função dos efeitos devastadores da quimioterapia, assim como sobre as possibilidades de sua eficácia. Outra preocupação trazida envolve a queda do cabelo. A perda da funcionalidade foi abordada

novamente, relacionada, principalmente, ao medo de não poder mais trabalhar e de tornar-se dependente, uma condição altamente aversiva para pelo menos uma das participantes. A vivência da dependência e da perda da funcionalidade, já no momento atual, foram trazidas por Neide, que se autoculpabiliza pela situação difícil em que se encontrava.

Por fim, também se percebeu, entre algumas colaboradoras, o sentimento de não merecimento, de inconformismo quanto a estar acometida pela doença e de ter que passar por situações tão desafiadoras. A sensação de estar sujeita à imprevisibilidade da vida, de vivenciar uma ruptura biográfica e o rompimento da linha de continuidade do existir reforçam ainda mais a quebra do sentimento de invulnerabilidade.

6.2.3. Interpretação

Após o desenvolvimento das etapas anteriores (apreensão do todo, descrição e redução), buscou-se, nessa última fase da análise dos dados relativos às experiências das pacientes, a apresentação de uma estrutura do fenômeno que está sendo estudado, a partir de uma síntese das unidades de significado apresentadas anteriormente. Assim, na experiência do processo de comunicação do diagnóstico de câncer de mama, alguns pontos podem ser compreendidos como constituintes do fenômeno vivenciado por quem recebe a notícia. Nesse sentido, houve uma tentativa da pesquisadora de clareamento dessa estrutura do fenômeno e elucidação dos sentidos que este assume para a consciência de quem o vivencia. Esses resultados serão apresentados a seguir.

Primeiramente, o que chama a atenção, quando se olha de um modo amplo para os dados analisados até esse momento, é a multiplicidade e a singularidade dos casos estudados. Em geral, apesar do aparente agrupamento em dois grupos principais, que seriam aquelas para as quais a vivência do processo de comunicação diagnóstica representou um momento bastante intenso e impactante, e aquelas que o vivenciaram de modo brando, com relativa tranquilidade e aceitação. Entretanto, essa divisão binária pode se tornar bastante simplista se não olharmos para essas mulheres de modo contextualizado, isto é, considerando suas histórias e contextos de vida, ou seja, seu mundo circundante, e suas compreensões, relativas aos significados que elaboram tanto sobre si mesmas como sobre a doença, especificamente ao câncer de mama. Essa visão ampliada sobre cada participante foi possibilitada pelo acompanhamento longitudinal, mesmo que restrito a apenas alguns encontros. Por meio deles pude entrar em contato com vários aspectos do ente de cada participante, observando a fluidez de seus seres e resultando na sensação de que, apesar de tantos aspectos em comum, principalmente resultantes

da intersubjetividade mundana na qual todos estamos imersos, as riquezas das singularidades, também mundanas, puderam ser observadas e vivenciadas por mim.

As singularidades das vivências e do modo de existir puderam ser constatadas em vários momentos da coleta de dados, como na etapa pré-diagnóstica, na qual a condição clínica das colaboradoras se encontravam ainda em processo de investigação. Foi possível observar que algumas mulheres a vivenciaram como um momento bastante difícil de ser tolerado, embora repleto de expectativas positivas em relação a uma suposta não malignidade da alteração encontrada na mama:

[Dora] diz que tem algo dentro de si que fala que não é câncer o que ela tem. Diz que não pode ter câncer, pois não pode parar de trabalhar. “Eu tenho que pagar as contas, se não for eu, quem vai pagar, então não posso parar de trabalhar”. Conta que, caso não seja câncer, o que tem praticamente certeza, não vai querer ser submetida à cirurgia, pois não pode ficar parada. Diz que já decidiu isso para si e que nada mudaria essa decisão, nem seus filhos, pois o corpo é dela. Fala que não pensou na possibilidade de ser maligno e que, se for, verá ainda o que fazer. (DC, Janaína, 21/11/2016)

Enquanto outras participantes vivenciaram o momento de indefinição diagnóstica de um modo mais ameno:

Durante a entrevista, Marta se mostra bastante tranquila e calma, tanto em relação ao momento que vive, de estar esperando pelos resultados de seus exames, quanto pela possibilidade de ser de fato um câncer o que ela tem. A não manifestação de ansiedade da colaboradora é algo que me incomoda e que me causa estranhamento. Marta parece preparada para escutar da sua médica que, sim, tem um câncer. (DC, Janaína, 19/07/2016)

Como pôde ser observado no relato anterior, a indiferença de Marta gerou desconforto e estranhamento na pesquisadora, que, apesar de tentar deixar de lado a associação entre câncer e sofrimento, não obteve êxito em alguns momentos, refletindo o quão difícil é se afastar de algumas ideias preconcebidas, que fazem parte do pré-reflexivo, e estar totalmente aberta a viver outras experiências, como esta, tão enraizada em nossa cultura, do processo saúde-doença, que reforça a crença de que a mulher em processo de investigação diagnóstica necessariamente estará em sofrimento e afetada pela ansiedade. Na segunda entrevista com Laura, que também

manifestou aceitação e passividade em relação à doença, surge a oportunidade para que a pesquisadora compreenda e contextualize a reação da colaboradora:

Nessa segunda entrevista, Laura estava mais emotiva do que das outras vezes, deixando de lado aquele seu relato de total passividade em relação à doença para se posicionar de uma outra maneira, dessa vez. Apesar de sempre afirmar estar bem, consegue se aproximar e relatar alguns sentimentos difíceis vividos durante o processo de conhecimento da doença. Emociona-se ao dizer que enfrentou momentos de fraqueza. Não escorrem lágrimas, mas seus olhos marejam e sua face enrubesce. A parte da entrevista que mais me chamou a atenção foi quando Laura contou sobre a experiência ocorrida alguns meses antes do diagnóstico, em que o padre da igreja que frequenta disse que alguém da comunidade adoeceria. Conta, então, que naquela ocasião sentiu que poderia ser com ela e que isso a preparou para o diagnóstico. Sua tranquilidade, então, vem da crença de que Deus estabeleceu um plano para ela, e que não a abandonaria. (DC, Janaína, 16/08/2016)

Há, portanto, um sentido profundo na experiência de natureza religiosa de Laura, que, sem um desvelamento consistente, pode ser reduzida a uma vivência simplista. Também por meio dos dados coletados com a própria colaboradora e da anotação em diário de campo é possível postular que a ela também vivenciou momentos de aproximação com a possibilidade de sofrimento decorrente do momento vivido. Assim como para Laura, a vivência do processo de confirmação diagnóstica não foi vivida de modo único pelas mulheres entrevistadas, que oscilaram quanto ao significado e consequente impacto da experiência:

Diferentemente do que eu esperava, ou seja, que ela mantivesse a sua postura de indiferença à confirmação do diagnóstico como em outras entrevistas, Carmem contou ter ficado bastante triste com a notícia recebida, atribuindo sua indiferença à sensação de que o que estava acontecendo não era com ela. Me surpreendi com sua autorreflexão sobre o momento do diagnóstico e com a sua constatação de que sua reação teria sido uma forma de negar que aquilo de fato estava acontecendo consigo. (DC, Janaína, 04/04/2016)

Observa-se, portanto, que houve diversas sensações experienciadas pelas colaboradoras relacionadas à vivência de se descobrir com câncer de mama, as quais não se deram ao mesmo tempo, assim como não se restringiram ao momento do diagnóstico, ocorrendo tanto antes da notícia quanto se estendendo ao longo dos dias seguintes à comunicação, e sendo vivenciadas

de modo bastante particular. Assim, quanto ao processo de comunicação diagnóstica, desde a suspeita até a confirmação da doença oncológica, é possível apontar que essa é uma vivência complexa e não linear. E, portanto, singular porque as vivências, mesmo que semelhantes, não seguem uma ordem comum lógica, mas refletem o tempo individual de cada participante, que deve ser considerado para fins de análise do vivido.

Para aquelas participantes que demonstraram ter dificuldade com a vivência, constata-se que esse processo é extremamente marcado por oscilações entre a presença de diversos medos e positivities, assim como dificuldades e busca pela coesão de suas forças. Dessa maneira, ao mesmo tempo em que há a vivência de diversos medos, tanto comuns (relacionados à doença, como especulações sobre sua origem e sobre seu alcance, e ao tratamento, principalmente relacionados aos efeitos da quimioterapia e à possibilidade de sofrimento), como particulares, relacionados às vivências pessoais – que são advindos das inúmeras incertezas relacionadas a esse tipo de adoecimento, nota-se uma constante busca por manter o foco de atenção nos pensamentos positivos, que possivelmente consigam amenizar tais medos. Cultivar a positividade foi uma experiência extremamente comum às participantes, tanto na entrevista pré quanto pós-diagnóstica, mesmo após a expectativa em relação ao tipo de nódulo ter sido quebrada. Compreende-se, então, que a busca no sentido de manter pensamentos positivos e afastar os pensamentos negativos do campo de consciência é uma experiência comum, constituinte do fenômeno.

Também durante a última entrevista, Ana se mostrou mais tranquila do que nos outros encontros. Aparentou estar menos angustiada e mais passiva quanto ao fato de estar com câncer, desfecho agora confirmado. Se emocionou ao falar da ausência do marido, como nas outras vezes, mas demonstrou estar se sentindo forte e com coragem para encarar o câncer e seus tratamentos. Percebo que esse estado psíquico de Ana também me afetou, pois terminei a entrevista mais leve e com a sensação de que a colaboradora também estava bem, o que a possibilitava encarar com positividade as incertezas do futuro impostas pela doença. (DC Janaína, 15/04/2016)

Em meio a esse momento de oscilação entre o vislumbre de possíveis dificuldades e a crença no sucesso do tratamento, a busca de fortalecimento de seus recursos para enfrentar a situação compreendida como difícil e a compreensão de que o momento exigiria a luta pela vida caracterizaram a vivência do câncer como uma espécie de batalha, da qual as colaboradoras esperam sair vivas, mas não totalmente ilesas, sendo a expectativa do sofrimento algo bastante

presente e palpável em suas descrições. A dúvida que permeia tal vivência é: o quanto vou sofrer? Desse modo, diante desta e de tantas outras dúvidas que emergiam, foi um ponto de convergência na experiência de várias entrevistadas o fato de recorrerem ao seu repertório pessoal de experiências relacionadas à doença, tanto o câncer de mama quanto outros tipos de câncer, para pensarem, então, nas próprias possibilidades. Nesse sentido, constata-se que, diante das diversas histórias difíceis mencionadas pelas colaboradoras, e pensando no possível impacto que essas recordações podem gerar na reflexão sobre as possibilidades da própria experiência, é compreensível que muitos temores e incertezas permeiem esse momento.

De modo geral, a presença da insegurança em relação à doença, aos tratamentos e ao porvir foi algo vivenciado por todas as colaboradoras. Entretanto, o modo como essa insegurança foi vivenciada foi distinto para cada uma. Marta e Laura claramente mencionam que não pensam sobre o momento que estão vivendo, tanto antes, diante das possibilidades de diagnóstico, quanto depois, em relação ao futuro e ao tratamento. Elas não sabem o que acontecerá e afirmam que não procuram pensar sobre isso. Talvez não seja coincidência o fato de essas pacientes serem aquelas que vivenciaram todo o processo de investigação de forma tranquila, sem momentos de desespero, choro e revolta. Também são as mesmas pacientes que sempre trazem Deus como “Aquele” que estabelece planos para as pessoas, e como o guardião e zelador responsável por traçar o seu destino. É dele a vontade, a qual deve, então, ser respeitada. Assim, não há espaço para viver a insegurança de modo pleno, pois é possível que ela perca o sentido diante da crença de que se vive um plano maior em um *script* já dado e previamente traçado:

Percebo que, nessa entrevista [com Marta], há a crença de que encontrarei relato semelhante ao de Carmem, ou seja, de que a sua ficha caiu quanto ao fato de estar com câncer após a consulta diagnóstica. Entretanto, Marta manteve a mesma postura tranquila, que na minha percepção beira à indiferença, sobre seu momento atual de quem recém-descobriu o câncer. Em seu discurso é bastante recorrente a ideia de que o que está se vivendo cabe a Deus determinar, assim como seu destino, seu futuro. Percebo que me sinto bastante incomodada com esse discurso. Sinto que Marta delega toda a responsabilidade de sua vida para Deus, o que, para mim, a aliena, pois a afasta do contato com suas vivências e sua verdade interior. Parece que, se Deus pôs e dispôs sua vida dessa maneira, não deve haver espaço para insatisfação. (DC, Janaína, 01/08/2016)

Entretanto, não são apenas essas colaboradoras que trazem Deus como uma importante figura de apego no momento de descoberta do diagnóstico. A maioria delas O compreende como Aquele que será a fonte de força que lhe permitirá passar pelo tratamento e se, depender da Sua suprema vontade, o responsável por mantê-las vivas. Assim, é possível compreender a espiritualidade como importante recurso de enfrentamento e lugar de apoio para a vivência do momento da descoberta e dos tratamentos para o câncer.

Em meio às diversas vivências concernentes ao processo de investigação e posterior confirmação diagnóstica, outra questão levantada por algumas colaboradoras refere-se especificamente a uma das consequências do tratamento, que poderá ou será realizado, correspondendo à possibilidade da queda do cabelo mediante a realização da quimioterapia. O possível impacto na imagem corporal e a implicação desse desfecho no reconhecimento de sua identidade foi uma preocupação que perpassou os diferentes momentos da comunicação diagnóstica para algumas das mulheres entrevistadas. Aponta-se que o mesmo não ocorreu, entre as colaboradoras do presente estudo, com a possibilidade de retirada da mama, refletindo o grande impacto que a perda do cabelo, tão significativo para a noção de feminino em nossa cultura, pode ocasionar nessas mulheres, mesmo em uma etapa pré-tratamento.

[Ana] me diz que teve que cortar [o cabelo], pois ele tinha começado a cair. Sua cunhada conta que foi sua nora quem o cortou e que ela havia dito que não era necessário raspar já naquele momento, e que daria para mantê-lo curto por mais um tempo. Ana relatou que já estava sentindo muita falta do seu cabelo. (DC, Janaína, 15/04/2016)

Já Neide, com sua vivência bastante particular, mostra-nos que outros fatores podem interferir na experiência de descoberta diagnóstica. Isso porque o modo como essa participante vivenciou a investigação e, conseqüentemente, a constatação do câncer, esteve condicionada também pelo tempo, por meio do qual já percebia sua mama alterada, e pelo tamanho extraordinário de seu tumor, já avançado, podendo ser sentido fisicamente em seu corpo e simbolicamente pelas perdas concretas que impunha. Nota-se, assim, que as experiências são vividas em função do estágio precoce ou avançado da doença.

[Neide] conta que está aceitando o que for melhor agora para ela. . . . Fala com tranquilidade estas coisas – como fechar os olhos, descansar, fazer a passagem. . . . Pergunto o que ela sente em relação a possibilidade de partir. Ela diz que acredita que cumpriu a missão de cuidar da família, que gostaria de recuperar a vida que ela tinha,

mas que, como não pode, entende que já está velha e que a qualquer hora pode descansar. Neide aparenta estar muito tranquila falando sobre a possibilidade de morrer, o que, ao mesmo tempo, me assusta e me tranquiliza, pois sei que seu quadro é irreversível. (DC, Janaína, 17/10/2016)

A aceitação, no caso de Neide, não diz respeito à doença, pois esta já a havia acompanhando havia anos, embora não nomeada/diagnosticada como tal. A aceitação diz respeito à experiência inelutável da morte, em decorrência do avanço descontrolado da doença. Para ela, a morte não parece ser uma possibilidade tão remota.

A contingência de perecer, assunto tabu quando se trata do tema câncer, foi abordado de modo sutil, indireto e, algumas vezes, com hesitação, por algumas colaboradoras, que preferiram não fazer menção clara e direta ao assunto, à exceção da participante mencionada. As que trataram do tema diretamente o fizeram com receios, afirmando não terem medo da morte em si, mas reconhecendo seu temor de deixar certas coisas para trás, como planos, filhos ou pendências, sugerindo, então, o medo do morrer. É possível apontar, portanto, que, ao descobrir-se com câncer de mama, a ideia da possibilidade de morte, tida como certa para todos os humanos, aproxima-se perigosamente de sua efetivação, gerando angústia e desamparo, o que pôde ser constatado nos relatos da maioria das entrevistadas. Entretanto, também nessa temática, a morte torna-se mais aceitável para algumas colaboradoras quando se compreende que ela faz parte dos planos de Deus. Morrer, assim como ter câncer e ser submetida aos seus tratamentos invasivos e dolorosos, torna-se aceitável quando se acredita que há algum motivo maior que possa ser identificado no horizonte existencial e espiritual.

Em minha própria experiência, a morte das colaboradoras foi vivida com aceitação, mas não sem pesar ou tristeza. Apesar de tentar preparar-me – preparo este, muitas vezes, ilusório – pude sentir o peso de perder essas pessoas. Por mais breve que tenha sido meu contato com Neide e Laura, foi também muito significativo. Além disso, é motivo de grande satisfação para mim o fato de ter tido a oportunidade de eternizar, pelo menos para mim e, talvez, para o leitor, as marcas de suas histórias peculiares:

Hoje pela manhã recebi a notícia pela F., acompanhante de Laura no dia de seu diagnóstico, de que ela havia falecido na semana anterior. Ao entrar em contato com essa notícia sombria, sinto um turbilhão de emoções tomar conta de mim: tristeza, impotência e arrependimento por não a ter visitado mais uma vez. Eu sei o que vi no dia em que fui visitá-la e sei que não era bom, mas acredito que alguns sentimentos, muitas vezes, surjam ou se intensifiquem

quando algo passa da possibilidade para o concreto. Então é isso, hoje, de fato, Laura morreu. Algumas lembranças me veem à mente e apertam meu coração. . . . Laura, espero que Deus, se existir mesmo como você tanto acreditou, a receba com festa. (DC, Janaína, 14/12/2016)

Esta [a de Neide] é a segunda morte que vivencio durante o percurso desta pesquisa. Já havia experienciado outras nos estágios que cursei durante a graduação, mas, para mim, cada perda tem sido muito singular. A sensação que Laura e Neide deixam em mim é a de que, tanto suas passagens nesta pesquisa quanto na vida são fluídas, leves e diáfanas como um sopro, mas muito, muito significativas. O que ambas deixam para (e em) mim, além do incrível fato de terem compartilhado comigo seus últimos momentos de vida, são exemplos de força, humildade e ternura. Elas marcaram minha vida e eu lhes serei eternamente grata pelo que pudemos compartilhar. (DC, Janaína, 25/12/2016)

Por fim, compreende-se que, ao se olhar para esse outro lado do fenômeno ao qual me propus investigar, que é a repercussão emocional da revelação do diagnóstico de câncer de mama para a mulher acometida, torna-se imprescindível destacá-lo de fato como um processo. Nesse sentido, houve uma confirmação de minha pressuposição de que a vivência de uma confirmação diagnóstica não se dá apenas no momento em que a notícia é comunicada à paciente, mas ocorre em meio a um processo sinuoso que se inicia desde que as primeiras suspeitas afloram, na etapa pré-diagnóstica, e que não cessa assim que a comunicação ocorre. Ao se olhar para a vivência como um todo, compreende-se que não há uma linearidade, nem um único sentimento relacionado, e que várias vivências, como medo, positividade, tristeza e força, se embaralham e coexistem ao mesmo tempo, sobrepondo-se e dando contornos à experiência que é se deparar com um adoecimento grave, como o carcinoma de mama.

Nesse processo de descobrir-se com câncer mamário, há uma reinterpretação da doença, que passa a ser significada e contextualizada na vida das mulheres a partir dos significados que lhe são atribuídos em função de fatores pessoais, contextuais, históricos, sociais e culturais. Da expectativa quanto ao resultado dos exames, o foco passa a ser, então, as fadigas e forças, dificuldades e positivities decorrentes do tratamento. Nesse momento decisivo de suas vidas, além de suas múltiplas facetas já conhecidas, como esposas, mães e trabalhadoras, as colaboradoras também se descobrem mulheres com câncer de mama, o que traz implicações importantes para a continuidade da vida de cada uma, exigindo ajustamentos e adaptações,

redefinição de prioridades, reinterpretações de valores e ressignificação de seu projeto existencial.

6.3. Colaboradores médicos

6.3.1. Descrição

Ao se questionar os/as colaboradores/as médicos/as sobre como é, para eles/as, a vivência de se comunicar um diagnóstico de câncer de mama, os relatos circunscreveram alguns limites e possibilidades percebidos como intrínsecos a essa tarefa:

Nunca um diagnóstico é fácil de dar, né, Janaína, mas como eu faço isso já faz algum tempo, vai ficando mais fácil com o tempo. . . . O câncer de mama hoje, os outros cânceres, a gente tem muita opção de tratamento, né, então, assim, pra mim hoje, eu não acho mais um diagnóstico tão difícil de dar porque a gente oferece uma saída também. . . . O problema o paciente já tem, a gente fazer o diagnóstico, pra mim, sempre foi parte da solução, entendeu? Então, assim, eu não tenho muita dificuldade não pra dar diagnóstico de câncer. . . . Assim, eu sei que é uma carga pesada que a gente coloca no ombro da paciente, mas eu vejo como parte da solução. (Camila, 35 anos)

É pesado, porque tipo, você está dando uma notícia que, por mais que a paciente esteja avisada, elas sempre estão naquela esperança de que não seja um câncer, então você vai ser aquela pessoa que vai falar: olha, é isso mesmo, né, mas, por outro lado, . . . é meio que assim, apesar de você dar uma notícia ruim, você também está propondo alguma coisa pra ela conseguir resolver a situação, então tem esses dois lados, né. (Érika, 30 anos)

Eu acho que depende muito do perfil do paciente. Quando... é mais difícil quando elas são mais parecidas comigo. É bem difícil. Quando elas... quando eu não me vejo nelas é um pouco mais fácil, quando elas já são mais idosas, quando o tumor é mais avançado, quando a paciente já desconfia que é um câncer, é bem mais fácil. Agora, quando ela é jovem, principalmente mais esclarecida, que ela sabe o que quer dizer isso, é... aí é bem mais difícil. (Paula, 32 anos)

Ah, não é fácil. . . . Eu acho que ainda é mais difícil quando você já conhece a paciente, . . . mas não é fácil, nunca é, comunicar o diagnóstico. . . . Quando o câncer já é avançado e a paciente suspeita desse diagnóstico, é mais fácil porque ela já vem pensando nisso, já vem

se preparando. Quando é uma surpresa, a paciente é muito jovem, é um tumor que às vezes você foi investigar só por segurança, e aquele diagnóstico não era o mais provável, aí fica mais difícil ainda. (Débora, 32 anos)

Agora você pega pacientes jovens, de vinte e poucos anos de idade, aí é mais complicado. Então nesse sentido você acaba ficando um pouco mais abalado, você tem um pouco mais... você absorve um pouco mais o que a paciente tá sentindo também, né. Acho que é mais isso. Mas no geral não é uma coisa que me traz, assim, um grande sofrimento pessoal, assim, eu tento afastar um pouco. . . . Então, no geral, eu consigo me distanciar, . . . mas alguns casos mexem mais, né, na parte emocional, pessoal. (Bruno, 28 anos)

É uma das piores consultas pra mim, a paciente que você dá o diagnóstico, a paciente chora, normalmente. É muito raro elas ficarem bem nesse momento. Mas hoje eu me dou bem com isso, não me afeta tanto emocionalmente mais, mas no início me afetava mais. Hoje eu já não saio da sala assim, com o olho lacrimejando antes de dar o diagnóstico. . . . Hoje eu me sinto feliz, eu me sinto fazendo meu papel, fazendo meu trabalho, que é isso assim, é dando o diagnóstico para paciente, mas oferecendo um tratamento bom pra ela. Eu me sinto bem por estar oferecendo um tratamento, que é a opção que ela tem. (Lívia, 28 anos)

A dificuldade vivenciada no momento de comunicar o diagnóstico, no caso de pacientes mais jovens, já veiculada em algumas falas anteriores, foi recorrente nos relatos dos colaboradores, como pode ser observado nas falas de Paula e Bruno:

Ai, eu sei que a culpa não é minha, mas eu me sinto muito mal, muito mal. Porque eu vou ter que responder perguntas que eu sei que ela vai fazer e que eu sei que a resposta é ruim. E às vezes eu me coloco no lugar delas e é pior ainda. . . . A vida inteira dela que vai mudar. . . . tem várias que, agora que vai começar [a vida profissional e constituição familiar], recebe o diagnóstico de câncer de mama. E quanto mais jovem, mais chance de morrer. E as que são mais orientadas, elas sabem disso. Então, praticamente eu tô destruindo o futuro delas, é isso que eu sinto. E é um futuro que é parecido com o meu, aí eu acho que me identifico por conta disso. (Paula, 32 anos)

Pacientes que já são mais idosas, que já tem a sobrevida um pouco menor, eu fico mais tranquilo, porque eu sei que talvez elas já não viveriam tanto mais, agora pacientes mais jovens fico mais abalado. Acho que por serem mais próximos a você, eu penso na minha

namorada, um familiar próximo, ter esse diagnóstico aí, acho que com certeza é uma coisa catastrófica para família, então eu me coloco no lugar, mais isso. (Bruno, 28 anos)

No início da atuação profissional em oncologia, o sentimento de despreparo profissional para começar a comunicar o diagnóstico de câncer de mama foi unânime nos depoimentos, assim como a menção à necessidade de aquisição de habilidades e competências específicas para enfrentar os desafios impostos pela realização da tarefa:

Nossa, se você me perguntasse ano passado, quando eu comecei eu ia falar que com certeza não [me sentia preparada]. Agora, eu acho que me sinto preparada na maioria das vezes, a não ser quando a paciente é muito parecida comigo, aí é muito difícil. . . . Foi mais tentativa e erro mesmo [que aprendi], foi vendo as outras pessoas darem o diagnóstico. . . . Mas assim, não tive nenhuma aula, nada disso. (Paula, 32 anos)

Nenhuma [preparação] né. . . . Quando eu caio na residência de Oncologia Ginecológica que você convive diariamente com o câncer, a gente não tem preparação, você vai se adaptando e criando seus improvisos, suas estratégias para lidar com essas situações, na verdade. Mas preparo não. (Bruno, 28 anos)

Acho que é uma parte que é deficiente na nossa formação, né. . . . É muito mais assim por observação dos seus chefes, de como eles conversam com o paciente do que assim, é... não tem uma aula falando como você vai dar notícia ruim pro paciente, né. É muito mais da vivência que a gente vai tendo ao longo do internato, da residência, de como... da forma que você acha que é mais adequada, da forma que você, se fosse com você, você gostaria que, né, tratassem. (Érika, 30 anos)

Os médicos relatam terem passado por diversas mudanças em suas vivências ao longo do tempo, desde que começaram a comunicar o diagnóstico, no quarto ano da Residência, até o momento da entrevista:

Eu acho que não foi ficando mais fácil, mas foi ficando mais natural. Eu acho que a gente consegue ver algumas coisas que se repetem e consegue ver o que deu certo na última vez. (Débora, 32 anos)

Eu acho que foi adquirindo [tranquilidade]. . . . Como era o começo, eu não tinha nenhum treinamento, você não sabia da reação, mas com o passar do tempo você vai... Como você vai lidando com vários tipos de reação. . . . Acho que o fato de aprender a lidar te causa um pouco mais de tranquilidade, um pouco mais de distanciamento. . . . No começo, nos primeiros meses, nas primeiras semanas você sempre fica sem parâmetro. (Bruno, 28 anos)

Parece que quando a paciente vinha e você dava um diagnóstico ruim, parece que você tem a ver com aquilo, parece que uma parcela de culpa de você dar aquele diagnóstico é sua, e hoje em dia não, assim, hoje em dia eu entendo que aquilo é da paciente, que eu tô aqui pra ajudar . . . . Eu acho que [essa mudança se deu] pelo tempo. . . . Porque assim, a gente vivencia muito caso ruim na enfermaria, então eu acho que esse dia a dia maçante, você acaba ficando um pouco mais fria com isso, né, você consegue deixar um pouco o lado sentimental da doença, que quem não tem contato acaba tendo mais. (Lívia, 28 anos)

Em relação ao papel do médico e ao impacto da comunicação da má notícia na relação médico-paciente, os participantes teceram várias considerações:

Você dá uma notícia ruim, mas apresenta para ela as possibilidades de tratamentos que elas podem ter. Então é uma responsabilidade grande, mas também é uma satisfação, entre aspas, de dar uma alternativa, de poder fazer alguma coisa, que é como eu me sinto, alguém que pode melhorar de alguma forma pra essas pacientes alguma coisa, dar algum sentido pra vida delas. Eu tento me colocar como uma pessoa que pode ajudá-la, entendeu? . . . Naquele momento você é o ponto de segurança, talvez, a pessoa que vai dar alternativas para ela, você não pode sofrer ali com ela naquele momento, acho que nosso papel não é esse. Então... é mais isso, a gente tenta segurar a barra no momento ali, né. (Bruno, 28 anos)

Eu procuro mostrar pro paciente que é uma doença que tem tratamento, né, que não é o fim da linha. . . . Lógico que tem algumas pacientes que já chegam em estágios que a gente sabe que são mais graves, né, mas eu, isso é uma postura pessoal minha, procuro não tirar a esperança do paciente. . . . Então eu acho que é muita responsabilidade a gente colocar isso em cima do paciente. É, então, quando as pacientes ficam mais tristes, eu procuro dar conforto e, principalmente, tentar dar uma luz, entendeu, uma saída, falar: não, vamos começar o tratamento, ver como responde. (Camila, 35 anos)

Eu acho que, naquele momento, o mais importante é não ser só um comunicador, eu acho que você precisa dar uma esperança para paciente. Falo que vai ser um tratamento difícil, mas que a gente vai estar junto, que de acordo com o que ela for precisando a gente vai melhorando o tratamento. Até nas pacientes que estavam em cuidados paliativos a gente falou isso, que o foco é o conforto, né. E o conforto não é só físico, acho que você também tem que dar um conforto emocional para paciente. (Débora, 32 anos)

Refletindo sobre a postura do médico no momento de comunicar o diagnóstico de câncer de mama, Lívia e Camila consideram que o modo como o profissional comunica pode ser decisivo na forma como a paciente irá receber e conviver com a descoberta.

Eu acho que isso muda pra paciente, assim, o jeito que você dá o diagnóstico. Algumas aceitam melhor, outras aceitam pior, mas talvez a forma que você falou pra elas pesou mais. (Lívia, 28 anos)

Eu acho [que o modo como se dá a notícia influencia o paciente], demais, eu acho mesmo. Porque o paciente reage muito à gente, né, . . . e isso fica nítido mesmo, a reação das pacientes, assim, a forma como o médico comunica, . . . se o residente fala pro paciente isso muito nu e cru, entendeu, fala: olha, agora a senhora não tem mais cura, não tem mais o que a gente fazer, o paciente fica arrasado, né. E a gente vê que eles evoluem mal. . . . Com uma visão mais otimista do médico, com certeza, né, traz mais esperança para a paciente. (Camila, 35 anos)

A atitude de distanciamento, mencionada em diversos momentos da entrevista, foi considerada pelos colaboradores como um recurso importante para a preservar a neutralidade que deveria pautar a postura profissional, o que pode ser exemplificado pela fala de Paula:

Eu acho que quanto mais eu for amiga delas, pior vai ser. Porque eu não vou conseguir me manter profissional e isso atrapalha nas decisões. . . . Às vezes a gente tende a fazer alguma coisa que o paciente quer quando a gente é muito amiga dele, e isso é ruim. . . . É mais fácil [manter a distância], eu acho que é até melhor pra eles, . . . se você não tem uma relação mais íntima com a paciente, você vai falar: olhar, a minha conduta é essa, o certo é esse, se você fizer uma cirurgia menor, você vai estar subtratando. (Paula, 32 anos)

No que concerne a como se sentiram durante a entrevista ou como foi participar da pesquisa, os colaboradores unanimemente descreveram como um momento bom e único, afirmando que, durante a atuação como médicos, não contam com espaços para pensar sobre a experiência que vivenciam com seus pacientes:

Ah, eu achei bom. Eu nunca falei isso pra alguém, porque as pessoas não se interessam muito, né. Acho que elas nem entendem isso direito. Tipo, minha mãe sabe o que eu faço, mas ela não sabe que é assim. Eu acho que foi legal. (Paula, 32 anos)

Foi bom. Nunca tinha parado pra pensar nisso. . . . Foi bom. Às vezes é bom falar. (Débora, 32 anos)

Ah, foi tranquilo [risos]. É até bom que a gente para um pouco pra pensar no que tá fazendo, né, pra não ser tudo no automático, né. (Érika, 30 anos)

Ah, foi tranquilo, gostei. Foi interessante. Me fez pensar em coisas que eu não tinha pensado ainda [risos]. (Camila, 35 anos)

6.3.2. Redução

A transformação das falas dos colaboradores de termos nativos em termos analíticos, respectivos às suas unidades temáticas, pode ser observada nas Tabelas 7, 8 e 9. A leitura das informações coletadas, a descrição e a transformação dos termos nativos, resultaram na proposição de três grandes temas, envolvendo os colaboradores médicos, a saber: (1) *Como é comunicar um diagnóstico de câncer de mama*; (2) *O papel do médico na relação médico-paciente*; e (3) *Formação e preparação para a realização de uma comunicação diagnóstica*. Nas referidas tabelas, o colaborador correspondente à fala nativa apresentada é identificado pela primeira letra de seu nome fictício, sendo (C) = Camila, (E) = Érika, (P) = Paula, (D) = Débora, (B) = Bruno e (L) = Lívia. Na coluna dos termos analíticos, a identificação ocorreu quando apenas alguns dos colaboradores abordaram o assunto.

Como pode ser observado na Tabela 7, que indica a transformação dos termos nativos para os analíticos correspondentes à unidade temática “*Como é comunicar um diagnóstico de câncer de mama*”, para os colaboradores comunicar um câncer de mama não se constitui como uma tarefa simples para quem a realiza. A dificuldade envolvida na execução dessa tarefa está relacionada, principalmente, ao tipo de caso a ser abordado, sendo considerada como a situação

mais impactante aquela que envolve comunicar o diagnóstico de câncer em pacientes jovens. Nesses casos, os colaboradores percebem que há uma facilidade maior de identificação com o sofrimento das pacientes, principalmente em função da proximidade de idade e perspectiva frente ao futuro. Por isso, a tarefa se torna mais simples quando não está ausente esse gancho que favorece a identificação pessoal com a situação difícil, como no caso de pacientes com idade mais avançada. A tarefa também é considerada facilitada quando já há, por parte da paciente, a suspeita de que pode estar com câncer.

Tabela 7. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Como é comunicar um diagnóstico de câncer de mama”.

Termos nativos	Termos analíticos
Nunca um diagnóstico é fácil de dar. É uma carga pesada que a gente coloca no ombro da paciente (C)	Não é uma tarefa simples
Vai ficando mais fácil (C)	
Eu não tenho dificuldade (C)	A dificuldade e o envolvimento dependem do caso
Dou com bastante tranquilidade (C)	
Hoje eu me sinto bem (C)	
Pesado. Por mais que a paciente esteja avisada, elas sempre tá naquela esperança de que não seja um câncer, então você vai ser aquela pessoa que vai falar: olha, é isso mesmo. (E)	É mais difícil quando a paciente é jovem e há identificação
Das pacientes que eu tive que dar diagnóstico, [é mais difícil] quando são muito, muito jovens (E)	
Então nesses casos [em que ocorre uma identificação com a paciente] fica um pouco baqueada (E)	É mais fácil quando a paciente tem idade avançada ou quando já há suspeita.
Hoje consigo ter um distanciamento com um pouco mais de facilidade (E)	
É mais difícil quando elas são mais parecidas comigo (P)	
Quando é jovem, aí é bem mais difícil (P)	
Quando eu não me vejo nelas é um pouco mais fácil (P)	
Praticamente [sinto que] eu tô destruindo o futuro delas. E é um futuro que é parecido com o meu, aí eu acho que me identifico por conta disso (P)	O momento para pensar e sentir sobre os casos é após o ambulatório (D, B e L)
Quando a paciente já desconfia que é um câncer é bem mais fácil (P)	
Quando eu comeci [a dar o diagnóstico] com certeza não [me sentia preparada]. Agora, eu acho que me sinto preparada na maioria das vezes (P)	
Eu consigo me distanciar. Tipo, acabou o ambulatório, o fato de ela ter câncer não é culpa minha. Porque no começo a gente acha que é (P)	
Ah, não é fácil (D)	A dificuldade está relacionada à reação das pacientes (B e L)
É mais difícil quando você já conhece a paciente (D)	
Eu acho que é mais impactante quando é uma paciente mais jovem. Eu me coloco muito no lugar da paciente (D)	
Quando o câncer já é avançado e a paciente suspeita desse diagnóstico é mais fácil, porque ela já vem pensando (D)	Adaptação à tarefa
Quando é uma surpresa, a paciente é muito jovem, aí fica mais difícil ainda (D)	
Às vezes [o ambulatório] é muito corrido e quando para tudo, acalmou, aí é que você pensa (D)	Resiliência
Eu acho que não foi ficando mais fácil, mas foi ficando mais natural (D)	
Pelo menos um pouco você sempre se envolve com o caso (B)	Distanciamento emocional
Agora você pega pacientes jovens, de vinte e poucos anos de idade, aí é mais complicado. Fico mais abalado. Acho que por serem mais próximos a você (B)	adquirido como facilitador da tarefa
No geral não é uma coisa que me traz um grande sofrimento pessoal. Eu tento afastar um pouco (B)	
Alguns casos mexem mais (B)	

Termos nativos	Termos analíticos
Eu fico mais chateado com o diagnóstico mais em casa, quando eu tô sozinho (B)	
Depende muito da reação das pacientes. Quando elas te transmitem tranquilidade, você fica um pouco mais tranquilo também (B)	
Pacientes que já são mais idosas, que já tem a sobrevida um pouco menor, eu fico mais tranquilo (B)	
[No] começo, eu não tinha nenhum treinamento, não sabia da reação, mas com o passar do tempo você vai lidando com vários tipos de reação (B)	
O negócio acaba ficando um pouco mecânico (B)	
Eu acho que foi adquirindo [tranquilidade] (B)	
Aprender a lidar te causa um pouco mais de tranquilidade, um pouco mais de distanciamento (B)	
Hoje em dia tem um número maior de pacientes que já dei diagnóstico, eu já sei como é que eu ajo, as estratégias melhoraram (B)	
É uma das piores consultas pra mim [quando] a paciente chora (L)	
Mas hoje eu me dou bem com isso, não me afeta tanto emocionalmente (L)	
Quando a paciente é muito jovem, essas pacientes mexem mais comigo (L)	
Essas pacientes são as que eu penso em casa (L)	
Hoje em dia é um pouco mais fácil (L)	
No início me afetava mais (L)	
Eu acho que [essa mudança se deu] pelo tempo, né, eu acho que quanto mais esses pacientes você vai pegando (L)	
A gente vivencia muito caso ruim na enfermaria, então eu acho que esse dia a dia maçante, você acaba ficando um pouco mais fria com isso, né, você consegue deixar um pouco o lado sentimental da doença (L)	

Nos casos em que há um relato explícito da dificuldade de comunicação, alguns participantes referiram que a melhor hora para vivenciar a sensação de desconforto seria imediatamente após o término das atividades do ambulatório, em um ato solitário. Também foi percebida uma relação entre a dificuldade de vivência desse momento e o modo como as pacientes reagem à notícia, sendo considerado mais difícil quando as mulheres acometidas esboçam intenso sofrimento durante a consulta. A sensação de não saber como manejar os sentimentos desencadeados é uma sombra que paira sobre os colaboradores de maneira persistente.

Apesar de não ser uma tarefa simples, consideram que comunicar um diagnóstico oncológico foi se tornando mais fácil com o passar do tempo, passando a ser realizado com menos dificuldade e mais tranquilidade após a aquisição de experiência acumulada no contato com diversos casos. É possível apontar para o que poderia ser entendido como certa resiliência dos participantes, que falam sobre como foram adquirindo maior segurança a partir de uma adaptação à situação no decorrer do tempo. Outro ponto apresentado como facilitador da comunicação diagnóstica foi o distanciamento emocional dos casos, também adquirido com o tempo, a partir do manejo dos casos e da experiência acumulada em diversas comunicações.

Tabela 8. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Relação médico-paciente”.

Termos nativos	Termos analíticos
Não acho mais um diagnóstico tão difícil de dar porque a gente oferece uma saída também (C)	Responsabilidade pela transmissão da má notícia
Eu sei que é uma carga pesada que a gente coloca no ombro da paciente, mas eu vejo como parte da solução parte da solução, (C)	
O problema o paciente já tem, gente fazer o diagnóstico, pra mim, sempre foi parte da solução parte da solução (C)	Confirmação de algo que existe independente de si
Eu me sinto muito parte da solução (C)	
Eu estou aqui para ser esse apoio (C)	
O paciente já vem encaminhado com essa suspeita, né. Então eu não sou a primeira pessoa a falar pra ele sobre o assunto (C)	Confirmação de algo já esperado (C e E)
Então eu acho que é muita responsabilidade a gente colocar isso em cima do paciente (C)	
Eu procuro dar conforto e, principalmente, tentar dar uma luz, entendeu, uma saída (C)	Parte da solução de um problema que já está dado
Porque o paciente reage muito à gente. Isso fica nítido mesmo, a reação das pacientes, assim, a forma como o médico comunica (C)	
Só tá confirmando algo (E)	Essencial para o tratamento
Apesar de você dar uma notícia ruim, você também tá propondo alguma coisa pra ela conseguir resolver a situação (E)	
Você está propondo algo (E)	Aquele que oferece uma possibilidade
A maioria das pacientes já vem, né, referenciadas, então elas já sabem (E)	
Eu acho que quanto mais eu for amiga delas, pior vai ser. Porque eu não vou conseguir me manter profissional e isso atrapalha nas decisões (P)	
O mais importante é não ser só um comunicador, eu acho que você precisa dar uma esperança pra paciente (D)	Aquele que dá segurança, conforto e esperança
Falo que vai ser um tratamento difícil, mas que a gente vai estar junto. O foco é o conforto (D)	
Eu tento me colocar como uma pessoa que pode ajudá-la (B)	
Eu acho que naquele momento você é o ponto de segurança, talvez, a pessoa que vai dar alternativas pra ela (B)	A forma com que a notícia é dada influencia o paciente
Você não pode sofrer ali com ela naquele momento, acho que nosso papel não é esse (B)	
A gente tenta segurar a barra no momento (B)	
Eu acho que é uma grande responsabilidade, né, talvez você seja a pessoa que vai ser lembrada por essa paciente como quem deu o diagnóstico pra ela (B)	Importância do distanciamento
Naquele momento você tá dando pra ela alternativas de tratamento (B)	
Você dá uma notícia ruim, mas apresenta pra ela as possibilidades de tratamentos. É uma responsabilidade grande, mas também é uma satisfação entre aspas de dar uma alternativa, de poder fazer alguma coisa (B)	
Hoje eu me sinto feliz, eu me sinto fazendo meu papel, fazendo meu trabalho. Dando o diagnóstico pra paciente, mas oferecendo um tratamento bom pra ela (L)	
Hoje em dia eu entendo que aquilo é da paciente, que eu tô aqui pra ajudar ela, mas eu não tenho culpa dela ter um câncer (L)	
Hoje, assim, eu sei separar isso, eu sei separar que o diagnóstico é dela e que eu tô aqui pra ajudar ela (L)	
Eu acho que isso muda pra paciente, assim, o jeito que você dá o diagnóstico. Algumas aceitam melhor, outras aceitam pior, mas talvez a forma que você falou pra elas pesou (L)	
Eu procuro, na verdade, mostrar pra ela que a gente vai ajudar ela no conforto. Procuro oferecer alguma coisa em troca da notícia ruim (L)	

Quanto à segunda grande unidade temática, “*O papel do médico na relação médico-paciente*”, a Tabela 8 mostra que a compreensão que os colaboradores têm de seu papel no momento de uma comunicação diagnóstica corresponde àquela pessoa que será responsável pela transmissão da má notícia, quebrando as expectativas da paciente de que o que estava sendo investigado seria algo menos grave e transmitindo-lhes o peso de estarem com uma doença considerada grave e de prognóstico variável de acordo com o grau de estadiamento de cada caso.

Entretanto, também compreendem que comunicar um diagnóstico de câncer de mama corresponde à confirmação de uma condição que é inerente às mulheres, pois o câncer existe independentemente do desejo do médico e da consciência ou não da informação por parte da paciente. Veem esse momento como essencial e indispensável para o tratamento, pois é a partir dele que será oferecido à paciente uma possibilidade para cuidar de um problema que acabou de ser detectado, e que é anterior e independente da consulta diagnóstica. Portanto, é possível apontar que, ser aquele que realizará uma comunicação de um diagnóstico, também implica em ser quem oferecerá possibilidades de cuidados para a pessoa adoecida, na medida em que é parte da solução para um problema que já está dado, e que passa então a fazer parte da existência da mulher afetada.

Além do oferecimento de possibilidades de cuidado para a pessoa adoecida, consideram que, diante do momento de confirmação diagnóstica, também são responsáveis por oferecer segurança, conforto e esperança. Compreendem que a forma como a revelação do câncer é dada às pacientes pode influenciar suas reações à notícia difícil, tornando-se um importante fator a ser considerado nesse momento. Apesar disso, reforçam a importância de se manter um distanciamento afetivo, pois consideram que a tarefa fica mais difícil quando há proximidade com a paciente, podendo resultar até mesmo em prejuízos para o tratamento quando há envolvimento exacerbado. É preciso não se envolver e manter a distância para tomar as melhores decisões para a situação de cada paciente, pois não seria papel do médico ser aquele que sofrerá junto com ela frente à sua facticidade.

A Tabela 9, referente à terceira unidade temática, “*Formação e preparação para a realização de uma comunicação diagnóstica*”, revela, primeiramente, que a formação dos colaboradores pode ser considerada como deficitária quanto à abordagem de questões relacionadas à comunicação de notícias difíceis, como no caso de um diagnóstico oncológico, culminando no despreparo profissional para realizar essa atividade. Nesse sentido, os colaboradores relatam que desenvolveram, na prática médica, habilidades e estratégias particulares para comunicar o diagnóstico, resultantes, principalmente, da observação direta de

profissionais mais experientes, ou mesmo por tentativa e erro nos casos pelos quais já foram responsáveis. Observavam que esses expedientes podem ou não funcionar. Também mencionam a aquisição de conhecimentos técnicos a respeito dos diversos tratamentos e possibilidades concretas para cada condição, resultando, assim, em maior tranquilidade e estabilidade nos momentos de comunicação diagnóstica. Por meio dos relatos, é possível perceber que a forma com a qual transmitem o diagnóstico de câncer de mama atualmente também é resultado de sua intuição particular, desenvolvida e afinada a partir do que puderam observar e conhecer na prática, e do que julgam que seja uma melhor forma de dar essa notícia.

Tabela 9. Termos nativos transformados em termos analíticos, relativos à unidade temática “Formação e preparação para a realização de uma comunicação diagnóstica”.

Termos nativos	Termos analíticos
Nunca tive [preparação] (C)	Formação profissional deficitária
100% na prática (C)	
Conhecimento técnico (C)	
O conhecimento técnico me trouxe mais estabilidade e tranquilidade (C)	Desenvolvimento de habilidades e estratégias na prática
Parte que é deficiente na nossa formação (E)	
Não tem isso na nossa formação (E)	
Ao longo da formação você vai observando (E)	
É muito mais da vivência que a gente vai tendo (E)	
Da forma que você acha que é mais adequada (E)	Tranquilidade e estabilidade proporcionadas pelo conhecimento técnico
Da forma que você, se fosse com você, você gostaria que, né, tratassem (E)	
Foi mais tentativa e erro mesmo, foi vendo as outras pessoas darem o diagnóstico. Mas não tive nenhuma aula, nada disso (P)	
Então o preparo que a gente tem na faculdade é de comunicação de más notícias, mas na prática é muito diferente, porque você não está diante de um script (D)	
Eu acho que quanto mais a gente vive isso, melhor a gente consegue lidar (D)	
Nenhuma [preparação] né (P)	Desenvolvimento por meio da observação
No começo, nos primeiros meses, nas primeiras semanas você sempre fica sem parâmetro (B)	
Você vai se adaptando e criando seus improvisos, suas estratégias pra lidar com essas situações (B)	
Não [tive nenhuma preparação] (L)	Intuição
A partir do momento que você vê outra pessoa dando, acho que isso se torna um pouco mais comum (L)	Tentativa e erro
Meio que você se espelha um pouco nos profissionais que você viu.	
Foi gradual (L)	

6.3.3. Interpretação

Após o desenvolvimento das etapas anteriores (apreensão do todo, descrição e redução) da análise fenomenológica, buscou-se, neste último momento, apresentar uma estrutura do fenômeno que está sendo investigado – a vivência do médico de realizar uma comunicação diagnóstica de câncer de mama – a partir de uma síntese das unidades de significado apresentadas anteriormente. Desse modo, na experiência de comunicação de um diagnóstico de câncer de mama, alguns pontos podem ser compreendidos como constituintes desse fenômeno

e do modo como ele se apresenta à consciência dos colaboradores deste estudo. Nesse sentido, houve uma tentativa da pesquisadora de clareamento da estrutura do fenômeno em tela e de elucidação dos sentidos com os quais este se apresenta à consciência de quem o vivencia, no caso, médicos oncologistas.

Primeiramente, cabe ressaltar que houve certa resistência da parte da equipe médica em me autorizar a realizar a pesquisa na instituição. Alguns apontamentos críticos formulados pelo parecer dos responsáveis pela unidade no qual está localizado o serviço clínico surgiram como impedimentos ou barreiras quase intransponíveis para o desenvolvimento do estudo no local, como a indisponibilidade dos médicos durante o horário de trabalho, a ressalva sobre a necessidade de não atrapalhar o funcionamento do ambulatório, a recusa da observação *in loco* das consultas médicas e o apontamento de que não haveria espaço disponível para a realização da coleta dos dados. Foram necessários vários encontros para prestar novos esclarecimentos e dirimir dúvidas, de modo a abrandar as resistências. Após acatar algumas considerações e replicar outras, com base em argumentações teóricas e práticas, apontando para a importância do desenvolvimento do projeto para o aprimoramento do próprio serviço, obtive finalmente a autorização para iniciar o trabalho de coleta.

Essas não foram as únicas barreiras que tive que contornar para viabilização da coleta de dados. Enfrentei grande dificuldade para realizar os convites aos médicos durante todo o tempo em que estive acompanhando as atividades do ambulatório, como pode ser observado em alguns trechos do diário de campo (DC):

Chego pensando que deveria fazer o convite a um dos médicos. Sinto que é disso que estou precisando no momento, uma vez que a possibilidade de realizar as entrevistas com as pacientes se mostrou mais fácil. Estou aqui no corredor na iminência de convidar algum deles para participar. Sinto que sou totalmente estranha aqui e que eles não estão dispostos a interagir e a colaborar comigo. Vejo que sempre estão muito ocupados, andando ansiosamente de um lado para outro. Além da invisibilidade, sinto uma sensação desconfortável que mal consigo definir. É como se eu estivesse “atrapalhando” o serviço. Como se minha presença ali fosse um empecilho para a continuidade daquelas atividades tão importantes, frente as quais os meus propósitos de realizar uma pesquisa pareciam ser menores e até egoístas. (DC, Janaína, 24/02/2016)

Essa sensação incômoda de estar deslocada e atrapalhando a rotina do serviço me acompanhou praticamente durante todo o processo de coleta de dados. Um sentimento

amplificado pelo fato de não encontrar abertura, o que fazia com que eu me sentisse, por vezes, desamparada.

Mais uma vez, não consigo convidar nenhum médico para participar da pesquisa. Ensaio para fazer o convite à Dra. C., que avistei sentada em uma cadeira, sozinha, porém, quando encontrei a coragem que julgava ser necessária, ela se levantou e desapareceu no corredor em meio aos seus afazeres, levando embora minha força e disposição de contatá-la. Mais uma vez vou embora nesse dia com sentimento de frustração. (DC, Janaína, 14/09/2016)

Em alguns momentos, questionei-me se esse problema não seria resultado apenas de uma dificuldade minha, resultante de uma barreira simbólica imposta por mim mesma, diante de meus próprios medos e preconceitos. Às vezes, esse pensamento se mostrava infundado e, por vezes, um tanto quanto simplista para descrever o que se passava em minha experiência de pesquisadora, ainda que já estivesse familiarizada com meu campo de pesquisa:

Vim para o hospital para esperar pela disponibilidade da Dra. Paula, que me disse que estaria livre entre às 11 e 12 horas, em seu horário de almoço. Aguardo na biblioteca até às 14 horas, quando resolvo mandar mensagem perguntando sobre a entrevista. Paula me respondeu que não conseguirá realizar a entrevista hoje, que não teve tempo para me mandar mensagem e me pede desculpas. Resultado: frustração e sensação de que a ideia de coletar dados com médicos foi uma decisão errônea. (DC, Janaína, 22/09/16)

Por vezes, minhas apreensões mais agudas felizmente pareciam se dissipar:

Passo pela Dra. Paula, que pergunta se era eu que havia lhe mandado mensagem. Digo que sim. Ela me diz que hoje tem atividades no Centro Cirúrgico, mas que terá disponibilidade amanhã. Fico feliz pela iniciativa ter surgido dela. Combinamos que o encontro seria na quinta-feira, mais uma vez. (DC, Janaína, 28/09/2016)

Por fim, consegui completar a coleta com seis colaboradores sem grande dificuldade, pois contei com a ajuda da própria Dra. Paula, que mediou o contato com os três últimos entrevistados, o que claramente facilitou a adesão dos convidados. Após o término da coleta de dados com os médicos oncologistas, escrevi na caderneta de campo, com evidente sensação de alívio:

Ufa! Que alívio enorme! Hoje finalizei as entrevistas com os médicos. Juro que pensei que esse dia não chegaria. Confesso que essa etapa da coleta de dados foi muito mais pesada do que prazerosa, como costumam ser as coletas com as pacientes. Saio desta última entrevista com os médicos um pouco frustrada. Ao pensar em uma impressão geral, sinto que todas as entrevistas foram muito parecidas, seguindo um padrão de respostas curtas e pontuais, quase protocolares. As entrevistas sempre foram realizadas em momentos de pausa dos afazeres dos médicos, o que implicava em pouco tempo para acessar as vivências. Talvez isso não tenha sido por acaso. Muitas vezes, deixei de perguntar coisas que gostaria de saber, pois sabia que não havia tempo para explorar com mais profundidade determinado assunto. Para mim, houve certa dificuldade de aproximação da vivência por parte dos colaboradores médicos, que, aparentemente, tiveram um pouco de dificuldade para se colocarem diante de suas vivências. (DC, Janaína, 18/11/2016)

Após o término das transcrições e da primeira etapa do processo de análise de dados, (“apreensão do todo”), registrei no diário de campo:

Escrevo hoje para me retificar em relação à última colocação que fiz nesse diário de campo. Apesar de as entrevistas terem sido curtas, percebi que os médicos estavam bastante dispostos a estar comigo naquele momento e a compartilhar algumas de suas vivências. Hoje, percebo que as limitações dessa etapa da coleta de dados (locais, tempo e disponibilidade) e a dificuldade dos médicos de falarem de si – e não dos pacientes – diz coisas bastante importantes sobre seu contexto profissional, sobre o que é esperado por e para eles e sobre o espaço disponível para se abordarem determinados aspectos emocionais constitutivos da experiência. (DC, Janaína, 15/01/2017)

Partindo para uma interpretação mais voltada para a descrição dos médicos, primeiramente, faz-se necessário considerar o momento profissional vivenciado por cada um dos colaboradores. Enquanto Camila está formada há 10 anos, atuando como médica especialista e, conseqüentemente, acompanhando e realizando comunicações de diagnóstico de câncer de mama há sete anos, Bruno, Débora, Livia e Érika estão em seu primeiro ano de especialização, no quarto ano da Residência Médica, tendo começado a realizar comunicações de diagnóstico sozinhos apenas recentemente, enquanto que Paula se encontra no segundo e último ano da especialização.

Entretanto, apesar das diferenças temporais observadas na trajetória profissional de cada um, foi possível encontrar diversas invariantes relacionadas ao fenômeno “comunicação do diagnóstico de câncer de mama” ao perscrutar a experiência dos colaboradores médicos, indicando possibilidades quanto à estrutura dessa vivência. Em alguns casos, para acessá-la, foi necessário endereçar um olhar cuidadoso em busca de uma retomada do objetivo da pesquisa durante a realização das entrevistas, a fim de conseguir descrições precisas sobre a vivência dos médicos:

Bruno, assim como Érika e Débora, ao ser questionado sobre como era vivenciar uma comunicação diagnóstica, responde sob o olhar das pacientes, ou seja, como seria para elas, e só se coloca em um segundo momento, após a pesquisadora retomar seu desejo de conhecer como seria, para ele, como médico, sua vivência particular desse fenômeno. (DC, Janaína, 05/10/2016)

De um modo geral, é possível apontar que a comunicação diagnóstica não é vivenciada como uma experiência simples, mero cumprimento de um protocolo aprendido, de forma neutra e mecanicista, mas como algo que apresenta certa complexidade e comporta um considerável desafio, o que é refletido na ambivalência com que os entrevistados abordam o papel do médico a ser desempenhado nesse momento. Ao mesmo tempo em que carregam o peso de serem os responsáveis pela comunicação de uma notícia ruim, que pode alterar significativamente a vida de uma pessoa, assim como botar seu *status* vivencial em risco de descontinuidade, também se veem como portadores da boa nova por poderem apresentar às pacientes um plano de solução para um problema que já está dado e prefigurado, e que, portanto, preexiste o momento de dar à consciência o conhecimento de sua existência.

Impossível, para mim, não pensar em Hermes, deus dos viajantes e do comércio, protetor da magia e da adivinhação na mitologia grega, e estabelecer uma analogia com o papel dos médicos, diante do fenômeno da comunicação de más notícias. Entre seus atributos e funções, Hermes, ao mesmo tempo em que era um deus mensageiro, cumprindo um papel de comunicador, também era um guia das almas dos mortos para o reino de Hades. De forma análoga, as descrições obtidas dos participantes retratam, de forma indireta, a ambivalência relacionada ao exercício de sua função que, ao mesmo tempo, aproxima o indivíduo da morte, apresentando-lhe uma ameaça até então desconhecida, e também reporta uma possibilidade de vida, amparando e oferecendo possibilidades, principalmente por meio da mensagem de cuidado implícita no plano de tratamento.

Ressalta-se, ainda, um aparente exercício de distanciamento dos sentimentos de responsabilidade e culpa por ser a pessoa que vai romper as expectativas e impor sofrimento e uma substancial mudança de vida a alguém. No lugar disso, há uma aproximação do sentimento de ser aquele que, diante de uma condição adversa que preexiste ao encontro, carrega consigo o anúncio da solução, a possibilidade de cuidado e esperança de sobrevivência. Sua presença, então, passa a ser compreendida como decisiva e fundamental nessa complexa circunstância instaurada pela situação de adoecimento, principalmente por se reconhecer como aquele que vai proporcionar ao indivíduo adoecido possibilidades que resultarão em um prolongamento de sua sobrevivência ou até mesmo uma melhora em sua qualidade de vida com o enfrentamento de uma doença que embute uma ameaça da continuidade da vida.

Diante dessa ambivalência do ser médico mensageiro de más notícias e portador da possível panaceia para afastar a ameaça sombria, é possível apontar que a dificuldade/facilidade com que vivenciam esse momento está relacionada a se deixar ou não permear pela proximidade dos casos. Ou seja, depende de como vão conseguir regular a distância emocional em relação ao sofrimento das pacientes. O cenário mais temido é quando impera a identificação maciça, resultando em um encurtamento da distância – o que ocorre, principalmente, quando a paciente é jovem, como eles, e repletas de planos e sonhos que poderão ser abruptamente interrompidos. Por isso, o distanciamento emocional, considerado como uma aquisição tardia, resultante da experiência acumulada pelos colaboradores, pode ser compreendido como uma defesa funcional, pois aparece como estratégia para se manterem fora do perigo de contaminação pelo sofrimento do outro.

Bruno foi firme ao afirmar que a distância é necessária. Ao ouvi-lo dizer que comunicar o diagnóstico é algo que fica automático, confesso que me assustei um pouco. Entretanto, sinto que, com o avanço da entrevista, o médico foi se aproximando de sua vivência, conseguindo dizer que há casos em que é mais difícil vivenciar esses momentos de distanciamento total. Mais uma vez, suspeito que há uma crença bem arraigada de que eles não podem se envolver emocionalmente com os pacientes como parte das exigências prescritas pelo aprendizado da profissão. (DC, Janaína, 05/10/2016)

O sofrimento da paciente que se descobre com câncer de mama, mesmo que indesejado, quando ocorre, aproxima o médico de sua própria experiência subjetiva, o que resulta em uma maior exposição, que é lida como dificuldade no plano da comunicação. A vivência do médico, portanto, é contingente à vivência da paciente, mesmo diante do seu enorme esforço para

manter-se, a todo custo, distanciado e comprometido apenas com as dimensões técnicas de sua atuação profissional.

Reparei que, apesar de tratarem essa incumbência de comunicar o diagnóstico como uma tarefa que não é difícil de ser executada, não a consideram como uma tarefa fácil. Termino com a impressão de que, para eles, a permeabilidade ao sofrimento não cabe nessa experiência. Como se não coubesse também a consciência do sentimento de despreparo e de tristeza e angústia que experimentam frente à comunicação diagnóstica do câncer. Tentam a todo momento se convencer de que devem sempre estar preparados e de que não podem se envolver com os casos que atendem. Frente a essa constatação, alguns questionamentos me ocorrem: O que é, exatamente, esse envolvimento que deve ser evitado a todo custo? Qual o limite entre sofrer junto, ter empatia pela dor do outro e manter a indiferença? E mais: É possível, em seis meses ou um ano, aprender a se afastar de sentimentos complexos como culpa, pesar e tristeza, que favorecem a identificação com o sofrimento alheio? (DC, Janaína, 18/11/2016)

Quando há o reconhecimento da existência pontual de um sofrimento/dificuldade, o local para que essa experiência seja vivenciada e elaborada não é o hospital, muito menos no momento da consulta ou junto com colegas de trabalho. Essa vivência deve se dar de forma solitária e em um momento posterior, fora do ambiente de trabalho, o que sugere que a experiência do sofrimento do médico, se ocorre, não pode ser compartilhada, pois não há espaço nem instrumental para decodificá-la. Ela se torna ininteligível, pois não pode ser inscrita ou traduzida em termos dos códigos convencionais aprendidos no decorrer do processo de se tornar médico. Mais uma vez, o enrijecimento da sensibilidade parece ser funcional e desejável para a manutenção das tradições estabelecidas e transmitidas pela cadeia intergeracional dos professores e supervisores com seus aprendizes, e que são reforçadas pela transmissão do ideário do que seria um bom médico: aquele que é capaz de desincumbir-se de forma eficaz da comunicação de uma notícia difícil sem se deixar envolver demasiadamente e, o que ainda parece ser visto como mais relevante, sem se deixar afetar pela turbulência e sobrecarga emocional geradas pelo diagnóstico.

Também é possível apontar, vislumbrando os resultados obtidos, que o tempo é compreendido como um importante ingrediente para o desenvolvimento de habilidades e de resiliência na prática da comunicação diagnóstica. Os colaboradores relatam que vivenciaram uma adaptação a essa situação, a qual, apesar de constatarem não ser uma tarefa fácil,

consideraram que, atualmente, executam com certa tranquilidade. Além disso, o fato de o tempo ser tido como decisivo no desenvolvimento de habilidades comunicacionais também aparece ao ser tratada a questão da deficiência na formação dos profissionais, em se tratando do investimento para reflexão e prática de tais habilidades no treinamento dos futuros médicos. Por meio dos depoimentos colhidos, foi possível constatar que há uma total negligência com relação à temática nos cursos de medicina, o que se prolonga nas residências. Isso resulta no despreparo dos profissionais para a comunicação com os pacientes. Cabe, então, esperar que o tempo, senhor da razão, e as experiências advindas com sua passagem favoreçam o aprendizado sobre como se deve dar as más notícias, como no caso de um diagnóstico de câncer de mama.

O resultado do despreparo dos médicos é que essa atividade passa a ser feita de maneira intuitiva, da forma com que o médico particularmente acredita ser o melhor caminho de executá-la. Desse modo, prevalece o senso comum, em detrimento dos aportes científicos no que tange à aquisição de habilidades comunicacionais. No caso dos colaboradores deste estudo, a intuição parece ter sido constituída e refinada pela prática, graças à observação meticulosa dos gestos e atitudes dos superiores com mais experiência na área. Mais do que um conhecimento técnico que pode ser franqueado e aprimorado, gradualmente, por meio de aulas e supervisão, o que prevalece nesse cenário são as experiências de tentativa e erro, que se dão nas oportunidades em que um diagnóstico foi comunicado, observando as reações das pacientes e captando nas entrelinhas o que deu ou não certo.

Por fim, aponto que me chamou a atenção o fato de todos os colaboradores terem ressaltado, ao final da entrevista, que o fato de participarem da pesquisa havia sido um momento tranquilo e bom por ter feito com que parassem para refletir acerca de aspectos sobre os quais não costumavam pensar, o que indica que a conversa e a reflexão sobre a forma com que um diagnóstico é dado e o modo como isso os impacta não é uma prática corrente entre esses profissionais.

Débora, assim como observei ocorrer com outros entrevistados até o momento, afirma que a entrevista foi boa por ter sido bom parar para pensar sobre isto e que seria bom falar sobre isto às vezes. Isso tem me chamado a atenção em todas as entrevistas. Fico me questionando sobre como não há espaços para os entrevistados falarem sobre uma vivência tão forte, como eles mesmo descrevem, e tão comum em seu dia a dia. Acredito que, de fato, haja a compreensão de que os médicos não devam “sentir” com seus casos. Mas seria isso possível? Como se impermeabilizar contra os sentimentos que afloram no contato com

quem vê sua vida repentinamente ameaçada por uma doença que carrega o estigma de ser impiedosa e fatal? (DC, Janaína, 14/10/2016)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender como o processo de descoberta do diagnóstico de câncer de mama é vivenciado, especificamente por dois dos principais protagonistas dessa situação: a mulher, que recebe a notícia de que está adoecida, e o médico oncologista, responsável por sua transmissão. Buscou-se, então, apresentar um encontro entre as perspectivas das vivências de quem cuida e de quem é cuidado, o que resultou no desvelamento de alguns de seus significados e de possibilidades decorrentes dessas distintas formas de ser-no-mundo – a mulher recém-diagnosticada com câncer de mama e o médico informante. É possível, portanto, apontar que os resultados obtidos pelo presente estudo podem lançar luz sobre esse fenômeno particular, clareando-o e tornando a sua compreensão mais palpável e acessível, o que pode ser observado nos resultados obtidos, ordenados e apresentados no decorrer do desenvolvimento das seções que compuseram este estudo.

Em suma, constatou-se que o processo de comunicação diagnóstica resulta em vivências diversas, sinuosas, complexas, não lineares e, muitas vezes, ambíguas, para ambos os protagonistas da situação, médico e paciente. De modo geral, é possível apontar que a confirmação da doença é vivida de modo singular pela mulher acometida, podendo ser uma experiência tranquila e permeada por aceitação ou podendo ensejar uma experiência difícil e liminar, na qual são ponderadas, principalmente, as dificuldades e mudanças que irão ocorrer na vida de quem recebe a notícia. Nesse sentido, enquanto algumas mulheres se deparam com diversos medos e inseguranças relacionadas a um futuro incerto e também com as possibilidades e restrições que essa nova condição envolve, os médicos se incumbem do papel de colocá-las nessa situação, na medida em que são portadores da má notícia, por meio da confirmação diagnóstica do câncer de mama.

No caso das pacientes, constata-se que esse é um momento de inflexão, marcado por importantes alterações em seu mundo vivencial, que vão ser significadas e, conseqüentemente, vivenciadas, de modo particular por cada uma. A partir de então, seus modos de ser-no-mundo serão influenciados por essa nova vivência, que implicará em investimentos tanto de ordem física como emocional da mulher. Compreende-se que o mundo vivencial é preenchido de possibilidades, o que muitas vezes pode ser, por si só, motivo suficiente para acentuar a angústia inerente à existência. Entretanto, no caso da mulher recém-diagnosticada com câncer, essas possibilidades estão, agora, também condicionadas ao desfecho do tratamento do câncer, o que será selado a partir da descoberta da doença. É preciso, então, auxiliar a mulher recém-

diagnosticada a transcender as possíveis limitações advindas do seu convívio com a doença, sempre em busca de novas possibilidades, mesmo dentro das impossibilidades limitantes impostas pelo câncer.

Diante dos dados coletados, destaca-se que, nesse delicado contexto de adoecimento e sua descoberta, tanto o médico quanto a paciente passam a significar ou ressignificar a confirmação do diagnóstico, encarando-o também como um momento de abertura de possibilidades, principalmente quanto à chance de receber cuidados para um problema dado. Faz-se importante ressaltar que o cuidado não deve dar-se apenas em uma dimensão técnica e de manejo biológico. O cuidado deve ser integral, fluido e contextualizado, considerando e valorizando a subjetividade e a intersubjetividade, no marco histórico de cada paciente que recebe a notícia. A multiplicidade de vivências constatada no estudo revela também a necessidade de prover cuidados diversos, acionando recursos subjetivos, que vão ao encontro da real necessidade e do sofrimento da mulher fragilizada. Ao desvelar a particularidade de sua vivência, desvela-se também a necessidade de delinear as particularidades nos modos de cuidar e lidar com as possibilidades existenciais diante do fenômeno estudado.

Da mesma forma, para o profissional que cuida, ressalta-se a importância da existência de espaços em que também possa ser cuidado e, até mesmo antes disso, para sentir que pode encontrar espaço interno para vivenciar determinados sentimentos e, então, cuidar de si. É preciso que a subjetividade médica seja aceita e valorizada, para que o profissional possa reconhecer e viver as consequências da intersubjetividade resultante da relação diária entre ele e seus pacientes. A negação – e consequente descuido com a subjetividade da classe médica – é refletida pelo despreparo que os profissionais sentem ao se depararem com situações delicadas de transmissão de más notícias. É importante que haja o resgate da subjetividade, que poderá ocorrer após a desconstrução da noção de que estes e outros profissionais da área sejam apenas instrumentos de promoção de saúde, esquecendo-se que, embaixo de jalecos brancos, existem seres mundanos comuns, que estão conectados a redes de significados e que suas vivências sempre serão acompanhadas de sensações e significações que marcam suas existências.

Por fim, ao pensar nos possíveis impactos de uma comunicação diagnóstica, conforme trazido pela literatura revisada, reforça-se a ideia de que a relação intersubjetiva médico-paciente e o papel desempenhado por esses profissionais de saúde possam ser extremamente importantes não só para o momento de revelação da má notícia e acolhimento de seus consequentes desdobramentos, mas também nas etapas anteriores de preparação para o recebimento da notícia, que raramente é abordado pela literatura. Nesse sentido, ressalta-se que, como já sugerido por estudos da área, a qualidade da comunicação que se estabelece e o grau

de empatia envolvidos durante todo o processo diagnóstico podem ser extremamente significativos para a compreensão, enfrentamento da doença e envolvimento no tratamento, e aqui acrescento a preparação para o recebimento da notícia.

Sugere-se que mais estudos sejam realizados, que tenham por objetivo investigar especificamente a qualidade da relação, não abordada pelo presente estudo, assim como seu impacto nas mulheres em processo de investigação de possível câncer de mama nas diversas etapas de uma comunicação diagnóstica. Também se sugere a realização de estudos que possam investigar a forma com que a informação tem realmente sido dada e como está sendo recebida e compreendida pela mulher diagnosticada, além dos já sugeridos estudos que abordam mais as vivências dos médicos, assim como de outros profissionais da saúde, como a equipe de enfermagem e os psicólogos da saúde, que também lidam diariamente com essa situação.

Como limitações do estudo, é possível apontar para o reduzido número de colaboradores, o que, sob determinada ótica, impede a generalização dos dados para a população estudada. Como outra limitação é possível apontar para a procedência comum dos colaboradores, principalmente no caso dos médicos, que se encontram inseridos em um mesmo ambiente de trabalho, não refletindo, portanto, a diversidade que a mudança de contexto profissional pode acarretar.

Também se faz importante destacar que não foi possível a captação de informações durante o próprio momento de comunicação do diagnóstico, resultando em alguma perda de experiências e informações sobre esse momento tão rico quanto decisivo. Também no encontro que ocorreu em momento imediatamente posterior à confirmação do diagnóstico oncológico, não houve gravação de áudio, apenas anotação em diário de campo, o que pode tornar os dados coletados menos fidedignos. Essa dificuldade foi contornada com a anotação de tudo o que ocorreu sendo registrada tão logo se encerrava o encontro com a paciente.

Apesar de tais limitações, conclui-se que a presente Dissertação de Mestrado, que buscou captar a multiplicidade do fenômeno “descobrir o câncer de mama” por meio da escuta e da análise atentas a dois dos principais protagonistas desse momento, pode contribuir com o seu desvelamento, revelando pluralidades e singularidades no modo de existir dos colaboradores na situação investigada, assim como a necessidade de prover cuidados específicos durante o pré-diagnóstico, diagnóstico e pós-diagnóstico.

REFERÊNCIAS¹

- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S., & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.
- Almeida, R. A. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista SBPH*, 9(2), 99-113.
- Alves, P. C., Silva, A. P. S., Santos, M. C. L., & Fernandes, A. F. C. (2010). Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(4), 989-995.
- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 13(1), 5-10.
- Amatuzzi, M. M. (2001). Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In M. A. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectivas* (pp. 15-22), São Paulo, SP: Ômega.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 93-100.
- Ambrósio, D. C. M. (2009). *Mulheres com câncer de mama: A vivência do apoio social e familiar durante o tratamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(2), 259-268.
- Araújo, I. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 664-671.
- Arrais, R. H., & Jesuino, S. L. C. S. (2015). A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento por pacientes oncológicos: uma perspectiva da Psicologia Analítica. *Revista da SBPH*, 18(2), 22-44.
- Aziato, L., & Clegg-Lamprey, J. N. A. (2015). Breast cancer diagnosis and factors influencing treatment decisions in Ghana. *Health Care for Women International*, 36(5), 543-557.
- Azu, M. C., Jean, S., Piotrowski, J. M., & O'Hea, B. (2007). Effective methods for disclosing breast cancer diagnosis. *The American Journal of Surgery*, 194(4), 488-490.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). Spikes – a six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Boemer, M. R. (1994). A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(1), 83-94.

¹ De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1997). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto Editora.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80.
- Brasil, Ministério da Saúde (2008). *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. Recuperado em 8 de novembro de 2014 de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Resolução nº 466 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore, Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.
- Caprara, A., & Rodrigues (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Carvalho, M. D. B., Valle, E. R. M. (2002). A pesquisa fenomenológica na enfermagem. *Acta Scientiarum (Maringá)*, 24(3), 843-847.
- Cavalcanti, D. R. (2005). Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por quê? *Pan-American Family Medicine Clinics*, 1, 41-44.
- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2010). *Código de ética médica*. Recuperado em 11 de novembro de 2014 de <<http://cremego.cfm.org.br/images/stories/PDF/Leis/codigo%20de%20etica%20mdica%20-%20novo.pdf>>
- Critelli, D. M. (2007). A respeito da Fenomenologia. In D. M. Critelli, *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica* (pp. 11-26). São Paulo: Brasiliense.
- Dalmolin, B. M., Lopes, S. M. B., & Vasconcellos, M. P. C. (2002). A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. *Saúde e Sociedade*, 11(2), 19-34.
- DeCastro, T. G., & Gomes, W. B. (2008). Fenomenologia naturalizada: o estatuto husserliano e as ciências cognitivas. *Revista Institucional de Psicologia*, 1(2), 136-147.
- DeCastro, T. G., & Gomes, W. B. (2011a). Aplicação do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 28(2), 153-161.
- DeCastro, T. G., & Gomes, W. B. (2011b). Movimento fenomenológico: controvérsias e perspectivas na pesquisa psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 233-240.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Estados Unidos: SAGE.
- Ferreira M. L. S. M., & Mamede M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 299-304.
- Ferreira, V. A., Silveira, I. N. T., Gomes, N. S., Ruiz, M. T., & Silva, S. R. (2015). Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. *Revista RENE*, 16(2), 266-274.
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza, CE: UEC. (Apostila)
- Forghieri, Y. C. (1984). Fenomenologia, existência e psicoterapia. In Y. C. Forghieri (Org.), *Fenomenologia e Psicologia* (pp. 11-33). São Paulo, SP: Cortez.
- Forghieri, Y. C. (2004). *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa* (2ª ed.). São Paulo, SP: Pioneira.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A. D., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Garcia, V. M. L. R. (2007). *Autoimagem, autoestima e relacionamento conjugal como dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: Uma visão sociocultural*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim do Século.
- Giovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462.
- Gonçalves, S. P., Forte, I. G., Setino, J. A., Cury, P. M., Salomão Jr., J. B., & Miyazaki, M. C. O. S. (2015). Comunicação de más notícias em pediatria: a perspectivado profissional. *Arquivos de Ciências em Saúde*, 22(3), 74-78.
- Gomes, W. B. (1997). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Psicologia USP*, 8(2), 305-336.
- Gomes, W. B. (1998). *Fenomenologia e pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre, RS: Editora da Universidade/UFRGS.
- Gomes, W. B. (2007) Distinção entre procedimentos técnico e lógico na análise fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13(2), 228-240.
- Gomes, C. H. R., Silva, P. V., & Mota, F. F. (2009). Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 139-143.
- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenho de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2). (paginação irregular).

- Holanda, A. F. (2003). Fundamentação fenomenológica da pesquisa do vivido. In I. I. Costa, A. F. Holanda, F. Martins, & M. I. Tafuri (Orgs.), *Ética, linguagem e sofrimento* (pp. 171-183). Brasília, DF: Abrafipp.
- Holanda, A. F. (2001). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética. In M. A. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas* (pp. 15-22), São Paulo, SP: Ômega.
- Holanda, A. F. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 363-372.
- Holanda, A. F. (2009). Fenomenologia e psicologia: diálogos e interlocuções. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2), 87-92.
- Holanda, A. F. (2014). *Fenomenologia e humanismo*. Curitiba, PR: Juruá.
- Husserl, E. (2001). *Meditações cartesianas: introdução à Fenomenologia*. São Paulo, SP: Madras. (Originalmente publicado em 1931)
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA] (2004). *Controle do câncer de mama: Documento de consenso*. Recuperado em 11 de setembro, 2011, de <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>.
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA] (n.d.) *Tipos de câncer: Mama*. Recuperado em 18 de abril, 2016, de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama>.
- Jesus L. L. C., & Lopes, R. L. M. (2003). Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, 11(2), 208-211.
- Kappaun, N. R. C., & Ferreira, M. E. C. (2008). A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. *HU Revista*, 34(4), 243-248.
- Lôbo, R. C. M. M., Santos, N. O., Dourado, G., & Lucia, M. C. S. (2006). Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres mastectomizadas: um estudo psicanalítico. *Psicologia Hospitalar*, 4(1), (Paginação irregular).
- Lopes, C. R., & Graveto, J. M. G. N. (2010). Comunicação de notícias difíceis: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 257-263.
- Luisada, V., Fiamenghi-Jr, G. A., Carvalho, S. G., Assis-Madeira, E. A., & Blascovi-Assis, S. M. (2015). Experiências de médicos ao comunicarem o diagnóstico da deficiência de bebês aos pais. *Ciência e Saúde*, 8(3), 121-128.
- Mager, W., & Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(1), 35-46.
- Malta, J. D. S., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2009). O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(1), 33-39.

- Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2), 149-154.
- Melo, E. M., Silva, R. M., & Fernandes, A. F. C. (2005). O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 219-225.
- Merleau-Ponty, M. (1999). Prefácio. In M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia da percepção* (2ª ed.) (pp. 1-34). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945)
- Mezzomo, N. R., & Abaid, J. L. W. (2012). O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 40-49.
- Minayo, M. C. S. (2001). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec-Abrasco.
- Miranda, A. C. A., Feliciano, K. V. O., & Sampaio, M. A. (2014). A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 14(3), 251-260.
- Molina, Y., Hohl, S. D., Ko, L. K., Rodriguez, E. A., Thompson, B., & Beresford, S. A. (2014). Understanding the patient-provider communication needs and experiences of latina and non-latina white women following an abnormal mammogram. *Journal of Cancer Education*, 29(4), 781-789.
- Moniz, P. A. F., Fernandes, A. F., Oliveira, L. (2011). Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 163-171.
- Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 447-456.
- Moreira, D. A. (2004). Pesquisa em Administração: origens, usos e variantes do método fenomenológico. *RAI: Revista de Administração e Inovação*, 1(1), 5-19.
- Moreira, V.; & Cavalcante Jr, F. S. (2008). O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psico(pato)logia e a contribuição da etnografia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2), 249-265.
- Morse, J. M., Pooler, C., Vann-Ward, T., Maddox, L. J., Olausson, J. M., Roche-Dean, M., . . . Martz, K. (2014). Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. *Oncology Nursing Forum*, 41(4), 350-359.
- Nascimento, K. T. S., Fonsêca, L. C. T., Andrade, S. S. C., Leite, K. N. S., Costa, T. F., & Oliveira, S. H. S. (2015). Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(1), 1008-1114.

- Oliveira, M. M., & Monteiro, A. R. M. (2004). Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 401-408.
- Oliveira, V. Z., Oliveira, M. Z., Gomes, W. B., & Gasperin, C. (2004). Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Revista em Estudo*, 9(1), 9-17.
- Otani, M. A. P., Barros, N. F., & Marin, M. J. S. (2015). A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos de mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(3), 229-239.
- Padilla, E. M., Sarmiento-Medina, P., & Ramirez-Jaramillo, A. (2014). Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(4), 585-596.
- Paiva, A. C. P. C., Salimena, A. M. O., Souza, I. M. O., & Melo, M. C. S. C. (2015). Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: compreensão fenomenológica de mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(1), 59-67.
- Penello, L., & Magalhães, P. (2010). Comunicação de más notícias: uma questão que se apresenta. In Instituto Nacional do Câncer. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde* (pp. 23-36). Recuperado em 6 de outubro, 2015, de <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/comunicacao_de_noticias_dificeis.pdf>
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). Breast cancer, poverty and mental health: Emotional response to the disease in women from popular classes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(n. spe.), 786-791.
- Primo, W. Q. S. P., & Garrafa, V. (2010). Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(4), 397-202.
- Ristevski, E., Regan, M., Birks, D., Steers, N., Byrne, A., & McGrail, M. R. (2012). Communicating about breast cancer: Rural women's experience of interacting with their surgeon. *Australian Journal of Rural Health*, 20(1), 22-28.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.
- Salazar-Maya, A. M. (2011). Cirugía: entre la angustia y la alegría a la vez. *Aquichan*, 11(2), 187-198.
- Santos, C. K. C., Andrade, C. G., Costa, I. C. P., Lopes, M. E. L., Silva, C. E. G., & Santos, K. F. O. (2014). Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(1), 63-72.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, L. V. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: Negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 41-50.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-568.

- Silva, J. M. O., Lopes, R. L. M., & Diniz, N. M. F. (2008). Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 254-257.
- Silva, M. J. P., & Araújo, M. M. T. (2012). Comunicação em cuidados paliativos. In R. T. Carvalho & H. A., Parsons (Orgs.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 76-86). Recuperado em 2 de dezembro, 2015, de <www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>
- Silva, V. C. E., & Zago, M. M. F. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 476-480.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão de desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3). Recuperado em 13 de junho de 2015, da SciELO (Scientific Eletronic Library On line): www.scielo.br
- Stewart, D. E., Cheung, A. M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., & Cheng, T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 10(2), 179-183
- Tavares, J. S., & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 426-435.
- Valle, E. R. M. (1997). A Fenomenologia para a pesquisa psicológica. In E. R. M. Valle (Org.), *Câncer Infantil: compreender e agir* (pp. 27-56). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Veiga, D. F., Campos, F. S. M., Ribeiro, L. M., Archangelo Junior, I., Veiga Filho, J., & Juliano, Y. (2010). Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 10(1), 51-57.
- Weber, F. (2009). A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? *Horizontes Antropológicos*, 15(32), 157-170.
- Zapponi, A. L. B., Tocantins, F. R., & Vargens, O. M. C. (2012). A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(3), 386-390.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
 LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
 Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP
 Fone (0xx16) 3315 3645 / 98132 9896

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pacientes)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: *A comunicação do diagnóstico de câncer de mama na perspectiva da paciente e do médico: um estudo fenomenológico*, que tem como objetivo compreender como o processo de diagnóstico de câncer de mama é vivenciado tanto pela mulher que recebe a notícia quanto pelo médico que a informa. Meu nome é Janaína de Fátima Vidotti, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e pesquisadora colaboradora deste projeto de pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, Professor Associado da FFCLRP-USP, pesquisador responsável pela pesquisa, coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

Estou realizando um estudo com mulheres que poderão receber ou não o diagnóstico de câncer de mama e com médicos que são responsáveis pela comunicação do diagnóstico. Para tanto, preciso da colaboração de mulheres que estão chegando ao serviço e irão passar por um processo de investigação diagnóstica. Gostaria que você fosse uma das pessoas a participar deste estudo. Caso esteja de acordo em colaborar, você irá participar de cerca de quatro entrevistas a serem realizadas em diferentes momentos, ao longo da sua permanência aqui no Hospital das Clínicas. Conversaremos durante o processo de investigação do diagnóstico e também após, quando o tratamento se iniciar, caso o diagnóstico se confirme. A duração destes encontros será de, aproximadamente, 60 minutos e será realizado no próprio Hospital das Clínicas.

Durante as entrevistas, pretendo realizar a gravação de nossa conversa em áudio, com a finalidade de garantir que nada do que você me disser passará despercebido ou será esquecido. Para tanto, também preciso de sua autorização por escrito, mostrando que está de acordo que nossa conversa seja gravada. Ao dar seu consentimento, você também estará concordando com o fato de que a gravação realizada em áudio seja imediatamente transcrita e analisada, de modo que o material produzido possa ser utilizado por mim, exclusivamente para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a realização de pesquisas com seres humanos. Assim que forem transcritas, os registros com essas gravações serão descartados. Já as transcrições serão guardadas na sala do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, situado no Departamento de Psicologia, Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Monte Alegre, 14.040-901, Ribeirão Preto, SP.

Entendo que este pode ser um momento delicado e intenso para a senhora, e por isso sempre serão respeitados suas emoções e seus limites, podendo interromper a entrevista a qualquer momento que desejar. Em caso de haver algum tipo de desconforto psicológico, você poderá conversar comigo, que sou psicóloga. Assim, poderei oferecer apoio inicial e também poderá orientá-la para acompanhamento especializado na comunidade caso você desejar, uma vez que o serviço não contempla assistência psicológica. Para as participantes mais necessitadas de apoio psicológico, poderá ser solicitada assistência psicológica via interconsulta. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer

momento em que desejar fazê-lo, quando não mais interessada ou disposta a prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ao seu atendimento ou acarrete alguma penalidade, represália ou constrangimento à sua pessoa.

Necessito de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Em caso de gastos com deslocamento em função desta pesquisa, a senhora será reembolsada.

Em termos dos benefícios potenciais estimados, após a conclusão deste estudo, espera-se que o conhecimento gerado possa contribuir para proporcionar reflexões sobre a forma como o diagnóstico de câncer de mama vem sendo realizado e potencializar mudanças positivas nos serviços de atendimento.

As informações que você me fornecer poderão ser apresentadas em eventos científicos e publicadas em periódicos científicos, porém sempre mantendo seu anonimato, de modo que sua identidade será preservada.

Ao dar seu assentimento em participar deste estudo é importante que você saiba que tem direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Quaisquer dúvidas que você tenha quanto aos procedimentos deste estudo poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Basta entrar em contato comigo por meio do e-mail masantos@ffclrp.usp.br ou pelos telefones (16) 3315 3645 ou (16) 98132 9896, das 8 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Meu endereço profissional é: Departamento de Psicologia, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14.040-901 – Ribeirão Preto-SP.

Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos deste estudo, você pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FFCLRP) por meio do endereço: Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 23, Casa 37, 14040-901, Ribeirão Preto, SP. O telefone para contato é (16) 3315 4811 / Fax: (16) 3633 2660 (de segunda à sexta-feira, das 8h00 às 17h00). E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Considerando o que foi explicado acima, declaro que:

Fui informada de que a minha participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem que isso possa acarretar qualquer tipo de consequência para mim. Estou ciente de que minha participação será registrada por meio de gravações de áudio, com o que consinto voluntariamente, desde que as mesmas sejam utilizadas com objetivos de pesquisa. Estou ciente de que a divulgação do material produzido irá resguardar meu anonimato. Estou ciente também de que todo material derivado de minha colaboração será utilizado com objetivo exclusivo de pesquisa e que serão tomados os demais cuidados éticos necessários para preservar meus direitos à intimidade e dignidade pessoal. Fui informada ainda que a pesquisadora responsável por esse projeto poderá realizar apresentações em eventos científicos, bem como publicar os resultados deste estudo em periódicos científicos, respeitando-se os limites éticos aqui afirmados.

Considero que fui esclarecida em minhas dúvidas a respeito deste estudo e estou informada de que tenho a disponibilidade da pesquisadora para prestar esclarecimentos em relação a eventuais dúvidas que possam surgir no decorrer da pesquisa. Também estou ciente de que terei acesso aos resultados deste estudo após sua conclusão, caso eu tenha interesse, e que posso retirar a minha concordância em qualquer etapa da pesquisa.

Considerando o exposto, aceito participar voluntariamente deste estudo.

Eu, _____ (nome da participante), recebi uma via assinada deste Termo e tive a oportunidade de lê-lo com atenção antes de firmá-lo, após o que aceitei participar deste estudo, sabendo que tal participação é livre e inteiramente voluntária.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____
Manoel Antônio dos Santos - Pesquisador Responsável

Assinatura da pesquisadora: _____
Janaína de Fátima Vidotti - Pesquisadora Colaboradora

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
 LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
 Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP
 Fone (0xx16) 3315 3645 / 98132 9896

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Médicos oncologistas)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: *A comunicação do diagnóstico de câncer de mama na perspectiva da paciente e do médico: um estudo fenomenológico*, que tem como objetivo compreender como o processo de diagnóstico de câncer de mama é vivenciado tanto pela mulher que recebe a notícia quanto pelo médico que a informa. Meu nome é Janaína de Fátima Vidotti, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e pesquisadora colaboradora deste projeto de pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, Professor Associado da FFCLRP-USP, pesquisador responsável pela pesquisa, coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.

Estou realizando um estudo com mulheres que poderão ou não receber o diagnóstico de câncer de mama e com médicos que são responsáveis pela comunicação desse diagnóstico. Para tanto, preciso da colaboração de médicos oncologistas que realizaram a comunicação de tal diagnóstico. Caso esteja de acordo em colaborar, você irá participar de uma entrevista a serem realizadas de acordo com sua disponibilidade no serviço. A duração deste encontro será de aproximadamente 60 minutos e será realizado no próprio Hospital das Clínicas. As perguntas serão relacionadas a sua vivência com a comunicação de diagnósticos.

Durante este encontro, pretendo realizar a gravação de nossa conversa em áudio, com a finalidade de garantir que nada do que você me disser passará despercebido ou será esquecido. Para tanto, também preciso de sua autorização por escrito, mostrando que está de acordo que nossa conversa seja gravada. Ao dar seu consentimento, você também estará concordando com o fato de que a gravação realizada em áudio seja imediatamente transcrita e analisada, de modo que o material produzido possa ser utilizado por mim, exclusivamente para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a realização de pesquisas com seres humanos. Assim que forem transcritas, os registros com essas gravações serão descartados. Já as transcrições serão guardadas na sala do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS, situado no Departamento de Psicologia, Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Monte Alegre, 14.040-901 - Ribeirão Preto-SP. Depois desse prazo o áudio será descartado.

Em caso de haver algum tipo de desconforto psicológico, você poderá conversar comigo, que sou psicóloga. Assim, poderei oferecer apoio inicial e também poderá orientá-lo(a) para acompanhamento especializado na comunidade caso você desejar, uma vez que o serviço não contempla assistência psicológica. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, quando não mais interessada ou disposta a prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ao seu atendimento ou acarrete alguma penalidade, represália ou constrangimento à sua pessoa.

Necessito de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Em caso de gastos com deslocamento em função desta pesquisa, o(a) senhor(a) será reembolsado(a).

Em termos dos benefícios potenciais estimados, após a conclusão deste estudo, espera-se que o conhecimento gerado possa contribuir para proporcionar reflexões sobre a forma como o diagnóstico de câncer de mama vem sendo realizado e potencializar mudanças positivas nos serviços de atendimento.

As informações que você me fornecer poderão ser apresentadas em eventos científicos e publicadas em periódicos científicos, porém sempre mantendo seu anonimato, de modo que sua identidade será preservada.

Ao dar seu assentimento em participar deste estudo é importante que você saiba que tem direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Quaisquer dúvidas que você tenha quanto aos procedimentos deste estudo poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Basta entrar em contato comigo por meio do e-mail masantos@ffclrp.usp.br ou pelos telefones (16) 3315 3645 ou (16) 98132 9896, das 8 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. Meu endereço profissional é: Departamento de Psicologia, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14.040-901 – Ribeirão Preto-SP.

Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos deste estudo, você pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FFCLRP) por meio do endereço: Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 23, Casa 37, 14040-901, Ribeirão Preto, SP. O telefone para contato é (16) 3315 4811 / Fax: (16) 3633 2660 (de segunda à sexta-feira, das 8h00 às 17h00). E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Considerando o que foi explicado acima, declaro que:

Fui informado(a) de que a minha participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem que isso possa acarretar qualquer tipo de consequência para mim. Estou ciente de que minha participação no estudo será registrada por meio de gravações de áudio, com o que consinto voluntariamente, desde que as mesmas sejam utilizadas exclusivamente com objetivos de pesquisa. Estou ciente de que a divulgação do material produzido irá resguardar meu anonimato. Estou ciente também de que todo material derivado de minha colaboração será utilizado com objetivo exclusivo de pesquisa e que serão tomados os demais cuidados éticos necessários para preservar meus direitos à intimidade e dignidade pessoal. Fui informado(a) ainda que a pesquisadora responsável por esse projeto poderá realizar apresentações em eventos científicos, bem como publicar os resultados deste estudo em periódicos científicos, respeitando-se os limites éticos aqui afirmados.

Considero que fui esclarecido(a) em minhas dúvidas a respeito deste estudo e estou informado(a) de que tenho a disponibilidade da pesquisadora para prestar esclarecimentos em relação a eventuais dúvidas que possam surgir no decorrer da pesquisa. Também estou ciente de que terei acesso aos resultados deste estudo após sua conclusão, caso eu tenha interesse, e que posso retirar a minha concordância em qualquer etapa da pesquisa.

Considerando o exposto, aceito participar voluntariamente deste estudo.

Eu, _____
(nome do(a) participante), recebi uma via assinada deste Termo e tive a oportunidade de lê-lo com atenção antes de firmá-lo, após o que aceitei participar deste estudo, sabendo que tal participação é livre e inteiramente voluntária.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____
Manoel Antônio dos Santos - Pesquisador Responsável

Assinatura da pesquisadora: _____
Janaína de Fátima Vidotti - Pesquisadora Colaboradora

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP
Fone (0xx16) 3315 3645 / 98132 9896

Formulário de Dados Sociodemográficos - LEPPS(C)

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Bairro: _____

____ CEP: _____

Contato:

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Situação

conjugal: _____

Tempo de namoro: ____ anos Tempo de casamento/união estável: ____ anos Escolaridade
(cursou até que série completa): _____

Naturalidade: _____ Procedência (cidade onde reside): _____

Profissão/ocupação atual: _____

Ativa ( ) Afastada ( ) Aposentada ( )

Horas de trabalho por dia ____ Tempo integral ( ) Tempo parcial ( )

Há quanto tempo trabalha neste emprego? _____

2ª a 6ª feira ( ) 2ª a sábado ( ) 2ª a domingo ( ) trabalha por escala ( )

Renda mensal pessoal: R\$ _____

Renda familiar (soma dos rendimentos de todos os que contribuem no orçamento doméstico)
R\$: _____

Outros que contribuem: Não ( ) Sim ( ) Quem? _____

Valor R\$: Número de pessoas que contribuem para o sustento da casa: _____

Religião: _____ Praticante: ( ) sim ( ) não Frequência semanal: _____

Faz parte de algum grupo? De que tipo? Com que frequência? _____

Composição familiar: Tipo de família: ( ) nuclear ( ) extensiva ( ) extensiva recasada ( ) recasada
( ) monoparental

Filhos: ☐ sim ☐ não Quantos: _____

Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, colocar os filhos de acordo com a ordem de nascimento).

Nome	Parentesco	Sexo	Idade	Profissão	Rendimentos(R\$)

Tipo de moradia atual: casa ☐ apartamento ☐ outra ☐

Situação da moradia: própria ☐ alugada ☐ financiada ☐ cedida ☐ outra ☐

Critério de Classificação Econômica Brasil

(Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2015

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado. Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

		QUANTIDADE QUE POSSUI				
ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4+	
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular						
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana						
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho						
Quantidade de banheiros						
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel						
Quantidade de geladeiras						
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex						
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones						
Quantidade de lavadora de louças						
Quantidade de fornos de micro-ondas						
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional						
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca						

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

APÊNDICE D

Diários de campo (de 17/02/2016 a 15/01/2017)

17/02/16

Chego animada para começar minha coleta de dados. Deixo minha bolsa no corredor. Não acho o dr. C. e isto me preocupa. Encontro o L., o mestrando da Farmácia, que me explica que o C. não tem ficado aqui no corredor e que eu poderia falar com as doutoras L. e C.. Fico com um pouco de vergonha e espero um tempo. L. sugere que eu converse com o dr. J., que é o chefe do ambulatório.

J. passa por mim pela primeira vez e me sinto intimidade para propor uma conversa. Quando retorna, sinalizo que gostaria de falar algo. Ele para e, então, explico que estou sob orientação do Dr. C. e que preciso coletar com as pacientes que estão chegando. J. fala que o problema de se fazer coleta lá era a falta de espaço. Digo que tem uma sala no fundo do corredor, que foi apresentada a mim como um possível local de coleta. Ele diz: se é que se pode chamar aquilo de sala. Sigo que, para os meus propósitos, ela serve. Chega, então, um aluno pedindo supervisão e o dr. Para de falar comigo. Espero ao lado enquanto ele dá a supervisão aos alunos, que demora uns 15 minutos. Quando volta, peço para ele qual seria a melhor opção: eu falar com as pacientes antes ou depois dos atendimentos. Ele diz que eu poderia atrapalhar as consultas se falasse com elas antes. Digo que não há problema e que, então, falaria depois. Pergunto se eu poderia pegar o prontuário para combinar com a paciente a coleta posteriormente à consulta. Diz que sim. De modo geral, não o sinto receptivo com a minha proposta. O L. havia me falado que ele era bem receptivo e bonzinho, mas não foi esta a primeira impressão que eu tive.

Pego o prontuário da única paciente que caracterizava caso novo e levo para E., que é enfermeira, chamar a paciente. E. chama. Vêm até mim duas senhoras, uma mais nova e outra com mais idade. Pergunto qual é a Aparecida e a mais nova indica ser a companheira. A primeira impressão de Aparecida é de uma senhora negra já com certa idade, que anda com dificuldade amparada pela sobrinha. Fala pouco, quem responde por ela é mais a sobrinha. Faço o convite para conversar depois da consulta comigo e elas dizem que pode ser. Peço para que esperem no ambulatório mesmo após a consulta, que eu as achava.

Após a consulta, encontro Aparecida e a sobrinha na sala de espera do ambulatório. Digo para a sobrinha M. que é apenas para Aparecida ir comigo. Já na sala de coleta, explico para ela sobre os propósitos do projeto, que apenas balança a cabeça. Fico na dúvida sobre sua

compreensão do que estava acontecendo lá. Pergunto se ela gostaria que eu lesse o termo ou se ela gostaria de ler. Pronuncia baixo que posso ler. Aparecida assina com dificuldade os termos.

Durante a entrevista, mostra-se reticente e com pouco repertório linguístico. Fala extremamente pouco. Suas respostas são sucintas. Quanto ao conteúdo, Aparecida não se mostra preocupada com a possibilidade de um câncer. Sua preocupação centra-se nos prejuízos físicos da cirurgia: mostra-se preocupada com a possibilidade de arrancarem uma parte de sua mama. Isto me chamou a atenção. Para mim, foi um esforço não colocar palavras em sua boca e induzir respostas.

Por fim, sinto que a entrevista foi extremamente breve e sucinta. Não sei se consigo aproveitá-la. Mas estou feliz por ter conseguido coletar! Acredito ser um sinal de que as coisas estejam andando agora.

24/02/16

Chego pensando que deveria fazer o convite a um dos médicos. Sinto que é disso que estou precisando no momento, uma vez que a possibilidade de realizar as entrevistas com as pacientes se mostrou mais fácil.

Estou aqui no corredor na iminência de convidar algum deles para participar. Sinto que sou totalmente estranha aqui e que eles não estão dispostos a interagir e a colaborar comigo. Vejo que sempre estão muito ocupados, andando ansiosamente de um lado para outro. Além da invisibilidade, sinto uma sensação desconfortável que mal consigo definir. É como se eu estivesse “atrapalhando” o serviço. Como se minha presença ali fosse um empecilho para a continuidade daquelas atividades tão importantes, frente as quais os meus propósitos de realizar uma pesquisa pareciam ser menores e até egoístas.

Enquanto escrevia no caderno, a Dr. Débora chegou e foi guardar suas coisas do meu lado. Aproveitei a deixa, me apresentei e fiz o convite para ela participar do meu estudo. Disse que aceitava e foi olhar em sua agenda quando poderia ser. Perguntou quanto tempo demorava e eu disse que cerca de uma hora. Ela disse: é, não é uma entrevista tão pequena assim. Perguntou se poderia ser dia 16/03 às 14:00. Pediu para que eu fosse na recepção do centro cirúrgico e perguntasse sobre a doutora Débora. Me passou seu contato. Pediu para que a lembrasse, pois iria esquecer até lá.

Me chamou a atenção a data longínqua em que a médica viu a possibilidade de conversarmos e o fato de me avisar que iria esquecer do combinado. Entendo esta situação como se de fato houvesse coisas muito mais importantes para ela fazer. E entendo! Mas coletar meus dados é uma das coisas mais importantes para mim e gostaria de encontrar maior

colaboração por parte dos médicos. Apesar dos pesares, saio feliz por ter conseguido agendar minha primeira entrevista com os médicos.

02/03/16

Peço para que o dr. C. me apresente os residentes. Ele diz que o fará, mas que irá supervisionar um caso antes. Percebo que não posso contar muito com ele. Minha pesquisa será um trabalho solitário.

C. surge e diz que vai me apresentar os residentes. Me apresenta algumas pessoas. Sinto que eles não são receptivos e que alguns até mesmo se sentem incomodados com o convite. Muitos não reagem, apenas ficam olhando. Quando estão em dupla, um finge não estar escutando a informação. Definitivamente, a equipe médica não está interessada em colaborar com o meu trabalho.

Pego os nomes das pacientes que chegaram para fazerem caso novo. Chamo, primeiramente a A., que diz que não tem disponibilidade de tempo para conversar comigo após a consulta. Digo que podemos conversar outro dia, mas a paciente se mostra contrariada. Dou meu telefone para ela e digo que caso se interesse em participar, pode me ligar. Posteriormente, chamo Carmem. Ao fazer o convite, Carmem pergunta se eu já sabia de algo. Digo que, assim como ela, também não sei de nada, mesmo porque os exames ainda não foram feitos. Ela diz: é que a gente fica assustada, né.

Na hora do café, a equipe de enfermagem pergunta quando eu e a F., que é a psicóloga do serviço, vamos fazer um trabalho com elas. Contam histórias de pacientes que foram marcantes em suas trajetórias profissional e que acabaram morrendo. O assunto surge após Alaíde comentar sobre uma das pacientes atendidas no ambulatório que morreu recentemente.

Converso com F. sobre as dificuldades que estou tendo para acessar os médicos. F. diz que é uma equipe muito fechada e hierarquizada. Conta que não há reuniões de equipe, o que dificulta a comunicação entre os profissionais. Diz que foi muito difícil para conseguir a sala em que atende os pacientes.

Dr. W. pergunta, enquanto estou sentada escrevendo no diário: quem és tu? Explico que sou psicóloga e que estou fazendo mestrado na GO. Pergunta o que estudo e eu explico. Pergunta: o que você sabe sobre comunicação de diagnóstico? Digo que estou investigando. Dr. C. diz que antes tinha receio de dar diagnóstico, mas que agora, se precisar fazer, faz tranquilo. Falo que geralmente os alunos não são preparados para este momento. Ele e W. concordam. W. diz que teve que aprender na prática, mas que acredita que não há uma forma melhor para se dar uma má notícia. “Uma má notícia é sempre uma má notícia”. Digo que talvez

haja formas mais adequadas e ele concorda. Pergunto se toparia participar de uma entrevista comigo. Ele diz: mas é pra gente participar também?

Carmem é uma das últimas a ser atendidas. Espero até cerca de 12:30. Ela pergunta se podemos fazer outro dia, pois seu marido precisa ir embora. Digo que sim. Pego seu contato, agradeço o interesse e nos despedimos.

07/03/16

Na sexta-feira (04/03), era dia de Carmem fazer uma mamografia, então combinei de encontrar com ela no balcão 10 às 9:30. Entretanto, a sala em que faço coleta estava ocupada por um psicólogo que estava atendendo pacientes. Esperei ele sair, perguntei se poderia usar, ele disse que precisava atender mais pacientes e que poderíamos revezar, mas que ele demoraria mais uns quarenta minutos. Como ela tinha que fazer ultrassom e pulsão na segunda (07/03), combinei de encontrar com ela hoje para fazermos a entrevista. Entretanto, também hoje o psicólogo estava utilizando a sala e não pudemos fazer a coleta. Combinei com ela de ir em sua casa amanhã (08/03).

08/03/16

Chego na casa de Carmem, que mora no J. I. Sua casa é simples, mas é muito bem arrumada. Os móveis estão conservados e a casa aparenta estar bem limpa. Diz que seu marido foi comprar pão e que logo está retornando. Me convida para sentar na sala Carmem conta que ficou com a mama um pouco dolorida no dia anterior, por causa da biópsia, mas que agora está melhor. Pergunto se ela gostaria de ler o termo ou se prefere que eu leia. Ela diz que pode ler. Após assinar, aplico o questionário sociodemográfico. Ao final, pego o gravador. Neste momento, pega na minha mão e diz que precisa falar uma coisa antes. Diz que tem certeza que está com câncer porque em 2013 aconteceu algo que a deixou muito mal. Conta que o marido levou a amante para morar perto de sua casa. Relata que foi a última a descobrir e que isto a deixou muito chateada. Diz que, na época, não conseguia nem dormir e que só não foi embora de sua casa porque não queria ficar longe dos filhos. Diz que ainda tem vontade de ir embora, que seu marido é grosso, e que está esperando seu filho casar para poder ir. Conta que seu filho tem obesidade mórbida e que precisa dela. Diz que descobriu a traição porque um dia viu o marido e a amante se abraçando na rua, que ela é mais velha e não entende como foi trocada por uma idosa. Para ela, sua relação com o marido nunca mais foi a mesma. Diz que não é fácil perdoar, que ela vai à igreja, reza, mas que o perdão não é tão simples assim, pois existe uma

mágoa muito forte e presente em si. O marido chega, paramos de conversar sobre isto e damos início à coleta de dados.

De modo geral, durante a entrevista, Carmem se mostrou bastante tranquila. Apesar da baixa escolaridade, mostra que compreende muito bem as perguntas e que tem um bom repertório para responder. Chama a atenção sua convicção, em alguns momentos, em relação à confirmação doença. Apesar de demonstrar que gostaria de que o resultado fosse negativo às vezes, na maioria da entrevista fala como se estivesse convicta da confirmação de câncer, e o faz de modo tranquilo. No final, agradeço a participação, digo que estou disponível para qualquer coisa, que ela tem meu telefone e que pode recorrer a mim caso precise, e que também estarei disponível no dia da consulta diagnóstica para caso queira ou sinta necessidade de conversar

09/03/16

Chego e encontro o L.. Conversamos um pouco e ele me explica que quem dá mais diagnósticos na GO. De acordo com ele, os responsáveis são os R4 e R5.

No corredor, o Dr. F., que é um dos chefes do ambulatório junto com o Dr. J., pergunta se eu sou a menina da pesquisa qualitativa, mostrando ter lido e estar ciente do meu projeto. Digo que sim. Ele conta que fez um trabalho qualitativo com uma orientanda e conversamos um pouco sobre isto. Me passa o nome de um software para auxiliar na categorização dos dados, chamado WebQDA. Começa a falar do meu projeto, indicando de fato tê-lo lido. Diz que é complicado juntar a observação e consultas com entrevistas com as pacientes, pois eu correria o risco de analisar as observações com cabe no conteúdo das entrevistas, então que o correto seria fazer estudos separados.

Também diz que, se eu quero investigar o impacto de se descobrir com a possibilidade de se ter um câncer de mama, aquele não é o melhor lugar, uma vez que as mulheres chegam lá já sabendo que algo de muito diferente está acontecendo consigo e que a possibilidade de ser algo é alta.

Diz que o trabalho do médico é um pouco diferente do trabalho dos outros profissionais, uma vez que não é possível que um médico fique uma hora, meia hora com uma pessoa na sala, acolhendo suas angústias, pois tem muitas outras pessoas que estão esperando. Não dá para essas pessoas esperarem seis, sete horas para serem atendidas. Já as enfermeiras, psicóloga, podem ficar esse tempo com as pacientes.

Vejo que nesta quarta-feira há dois casos novos. Primeiramente, chamo por Alma no ambulatório, que vem até mim sozinha e, apesar de falar pouco, se mostra extremamente

colaborativa e diz que consegue conceder a entrevista ainda hoje. Combino, então, de realizar a entrevista após ser liberada. Além de Alma, também fiz o convite a Ana, que é de Jaboticabal e estava acompanhada por C., sua cunhada. Faço o convite, que é bem recebido por Ana. Entretanto, C. diz não poder ficar por muito mais tempo, pois tem que trabalhar à tarde. Combinamos que faríamos a entrevista naquele dia se desse tempo, caso contrário combinaríamos em um próximo retorno.

Busco Alma no ambulatório, vou com ela até a salinha e dou início à entrevista. A primeira impressão de Alma é que se tratava de uma mulher jovem, mais incomum entre as pacientes do ambulatório, assim como uma mulher bem simples, o que foi confirmado pelos dados sociodemográficos. Entretanto, foi possível observar que Alma também se mostrou muito capaz de discorrer sobre suas preocupações concernentes ao momento. Se emocionou ao falar da educação que deu para os filhos e do medo dar trabalho para eles caso seja confirmada a existência de um câncer de mama. De modo geral, constatou-se que a entrevistada estava muito sensibilizada ao momento, apesar de transparecer tranquilidade e, em alguns momentos, indiferença no primeiro contato realizado anteriormente.

Depois da entrevista com Alma, ainda espero um pouco até Ana ser liberada da consulta, que termina próxima do meio dia e meia. C. confirma a impossibilidade de que esta seja realizada neste dia e combinamos que faríamos no próximo retorno, no dia 18/03.

16/03/16

Esperei Débora na recepção do Centro Cirúrgico às 14:00, como combinado. Ontem, ela havia me avisado que poderia atrasar um pouco. Chega às 14:40, me cumprimenta calorosamente com um abraço, pede desculpas por ter atrasado e pergunta se esperei muito, demonstrando atenção e cuidado comigo, o que faz com que eu me sinta inicialmente bem e confortável com aquele encontro. Digo que não e que não havia problema pelo atrasado. Nos dirigimos à sala de coleta. No caminho, pergunta quanto tempo duraria a entrevista. Digo que no máximo uma hora e ela demonstra preocupação com o tempo. Afirmo que, caso não conseguíssemos finalizar, poderíamos conversar um outro dia, o que não foi necessário.

Durante a entrevista, Débora mostrou excelente capacidade de discorrer sobre o que era perguntada, apresentando pensamento e fala acelerados. Também se mostrou disposta e interessada em colaborar. As minhas impressões gerais foram muito boas: primeiramente, Débora me deixou muito confortável e, apesar do curto tempo, não transpareceu que estava sendo incomodada ou que estaria colaborando de modo superficial. O segundo ponto diz respeito à impressão sobre ela, que me pareceu muito sensível, disposta a aprender e preocupada

com as pessoas que atende. Fiquei surpresa com a sua sensibilidade, que esbarrou em um preconceito meu sobre a classe de médicos em geral. Saí da entrevista muito satisfeita, tanto com os dados quanto com a experiência deste encontro.

18/03/16

Ana veio ao hospital para fazer uma mamografia, que está marcada para às 9:00. Encontro com ela no ambulatório 10, estando novamente acompanhada por sua cunhada, C.. Digo que estarei esperando o exame acabar no ambulatório 1 e pergunto se elas poderiam se dirigir para lá após a realização do exame. Assim como no primeiro encontro, Ana se mostra bastante solícita, sorrindo e concordando com a cabeça sempre que questiono algo. Percebo que, em alguns momentos, é a cunhada que responde por ela. Encontro Ana e a cunhada no ambulatório 1 por volta das 11:15, quando, então, dirijo a colaboradora para a sala de coletas, onde dou início à entrevista.

Apesar de seu jeito tímido, Ana se mostrou bastante colaborativa durante a entrevista, transparecendo estar à vontade ao falar comigo, mesmo quando abordou assuntos difíceis, momentos estes marcados por bastante choro. De modo geral, respondeu a todas as perguntas e se mostrou à vontade com aquela situação de entrevista. Pude ver um lado mais expressivo dela, que até então aparentava, para mim, certa indiferença com a situação. Ana chorou em vários momentos durante a entrevista, principalmente ao falar sobre a ausência de seu marido neste momento de investigação e ao contar partes de sua história pessoal, como sobre o alcoolismo de seu parceiro e quando foi abandonada por seu pai após a morte de sua mãe.

19/03/16

Após vários desencontros por e-mail, consegui combinar a entrevista com Érika em um sábado, às 8:00, em sua casa. Érika mora em um prédio bem próximo ao meu, o que facilitou bastante meu deslocamento. Percebi que também morava em uma condição semelhante à minha, de divisão de apartamento com colegas, caracterizando uma república. Era um apartamento simples, mas bem arrumado e bastante organizado. Desde o primeiro contato, Érika se mostrou muito disposta a participar da entrevista. Apesar dos desencontros eletrônicos, em todas as vezes que nos encontramos no ambulatório, desculpava-se por não ter conseguido responder ao e-mail e se mostrava, novamente, aberta a colaborar. Na última vez que nos encontramos antes da entrevista, me procurou espontaneamente para falar sobre possibilidades de horário. Percebi que a colaboradora tinha bastante restrições de horários e que sempre estava correndo no ambulatório, ocupada com alguma coisa. Da mesma forma que se portava

pessoalmente, Érika também se mostrou disposta e atenciosa durante o encontro. Ao chegar em sua casa, ofereceu café, o que fez com que me sentisse bastante confortável com aquela situação de entrevista.

De modo geral, achei que a entrevista foi muito boa. Érika aparentou estar confortável com aquela situação durante todo o momento e se mostrou bastante colaborativa durante toda a entrevista, assim como já tinha se mostrado em momentos anteriores. Apresentou desenvoltura ao responder as perguntas e, de modo geral, me despertou uma sensação de ser uma pessoa bastante empática com a situação das pacientes com que trabalha, também diferentemente do que eu havia imaginado quando revi meus preconceitos para realização deste trabalho.

23/03/16

Encontro com Carmem antes da consulta sentada no ambulatório com seu marido. Pergunto como estava e diz que está bem. Pergunto sobre a expectativa para a consulta e diz “Ah, tô com expectativa... Tô tranquila”. Sua expressão, para mim, era de conformação com uma possível confirmação do diagnóstico.

Após a consulta, vejo Carmem sentada nas cadeiras do ambulatório, vou até ela, que imediatamente me pergunta: “Você já sabia, né”? Digo que, assim como ela, também estava descobrindo o resultado dos exames naquele momento. Pergunto se gostaria de conversar um pouco, diz “pode ser” e nos dirigimos à sala de coleta.

Encontro com Carmem, ocorrido imediatamente após a consulta que revelou o diagnóstico. Ao nos sentarmos, pergunto o que os médicos falaram e ela diz, sem aparentar emoção: “Deu positivo, foi até agendada a cirurgia para o dia 5 de maio. Mas não sabe se vai ter que fazer quimioterapia ainda, só disse que vai operar. Eu disse que podia tirar toda a mama, mas eles disseram que isso depende do caso e que às vezes tira e depois pode voltar do mesmo jeito”. Pergunto como estava se sentido, ao que ela responde: “Ah, eu já sabia, né. A gente nutre uma esperança de que não seja, mas eu já sabia. Porque foi muito estranho o que aconteceu comigo. Fazia mamografia direitinho, todo ano e, de repente, surge um caroço grande. Acho que tô tranquila pra encarar isso, já passei por tanta coisa difícil na minha vida, essa é mais uma delas, mas eu sei que vou encarar. Como meu pai dizia: a guerra não acaba porque o soldado morre, então eu acredito nisso. Eu sou muito forte, sempre encarei os problemas da minha vida, então vou encarar esse também”. Após dizer isto, pergunta o que funciona nesse balcão do HC em que está e se era só câncer de mama. Explico que também tem pacientes da otorrinolaringologia e que os mesmos médicos que a atenderam também trabalham com

pacientes ginecológicos. Conta: “Sabe que eu tinha uma amiga que amava tanto a vida, tinha uma paixão por viver. Ela começou a sentir um [?]. Aí ela pediu pra patroa dela como que fazia pra ser atendida aqui. Quando veio, descobriram que ela tinha um câncer em cima do céu da boca. Retiraram ele pela boca mesmo. Ela ficou uns quatro anos bem e depois descobriram um câncer no pulmão. E ela andava com aquela bengalinha, com uma força de se admirar, até que ela não aguentou mais. Aí ela morreu. Pergunto como ela acha que esta situação teria reflexo no momento em que ela estava vivendo. “Ah, acho que é por causa da força dela. Essa luta pela vida é um exemplo pra mim”. Após esta fala, discorre sobre como seria para os filhos receber a notícia e passa a falar sobre as diferenças individuais de cada um. Comenta sobre a dificuldade de se ter três filhos homens, mas que acha que seria mais difícil ter filhas mulheres. Conta situações sobre os filhos e dá risada delas. Também fala sobre política, fazendo algumas brincadeiras sobre o tema, corrupção e terrorismo, diante dos acontecimentos atuais no mundo. De modo geral, Carmem pareceu de fato estar tranquila naquele momento, em que acabara de ter conhecimento do diagnóstico positivo de câncer de mama. Isso me chamou a atenção, especialmente diante de algumas brincadeiras que ela fez, relacionadas aos filhos e à política do país. Assim como ela, eu também estava esperando por um resultado positivo, não tendo, portanto, ficado surpresa, mas a sensação que me vem é relacionada a como a vida desta pessoa diante de mim poderá mudar a partir de agora e das incertezas impostas pela situação. Mas esta sou eu me colocando em seu lugar e estes são os meus medos e minhas angústias. Penso que por isto a tranquilidade de Carmem me causou certo incômodo, assim como sua postura de fazer brincadeiras neste momento.

30/03/16

Vejo Ana, sua cunhada e, pela primeira vez, seu marido sentados no ambulatório. Vou até eles, cumprimento e pergunto para Ana como ela estava. Responde que bem. Pergunto sobre sua expectativa para a consulta, ao que me responde “Ah, tô com esperança, né. Tô esperançosa”.

Após a consulta, avisto Ana, seu marido e a cunhada na fila de pós-consulta. Vou até eles. Logo que chego, a cunhada de Ana diz: “Agora vamos agendar a quimioterapia, começar o tratamento, tudo certinho”. Olho para Ana que aparenta estar inexpressiva. Pergunto se ela gostaria de conversar um pouco e ela sinaliza que sim com a cabeça. Digo que, após passar pela pós-consulta, poderia sentar no ambulatório que eu viria buscá-la.

Busco Ana, que está sentada nas cadeiras do ambulatório. Ela caminha comigo até a sala de coleta. Percebo que, no caminho, sua inexpressão se transforma em uma expressão de

choro. Logo que se senta diante de mim, Ana começa a chorar. Chora bastante, durante alguns minutos, permanecendo com a mão no rosto durante um certo tempo. Procuro dar espaço para que se expresse e digo que ela pode se sentir à vontade parar chorar comigo. Ainda chorando e com a mão no rosto, diz: “Eu tinha esperança, mas infelizmente o resultado foi que era câncer”. Continua chorando, pega folhas de papel toalha da sala e começa a enxugar as lágrimas copiosas, que continuam a cair. Prossegue: “Eu não entendo porque isso aconteceu comigo, eu sempre fiz coisas boas, ajudei os outros quando precisavam e nunca fiz maldade. É injusto isso, eu não sei se eu merecia. Talvez eu mereça, mas eu acho que não”. Pergunto se o que ela estava sentindo podia ser chamado de revolta. Ela diz que sim e que está se sentindo revoltada com a notícia que recebeu. “Eu não vou mais poder fazer o que gosto de fazer e eu tô muito triste com isso”. Pergunto o que gosta de fazer e que não poderá mais. Diz que é ir ao baile aos finais de semana com o marido, que também agora não poderá mais comer comidas diferentes e que seu cabelo vai cair. Completa: “Mas tem tanta gente que consegue arrumar um jeito pro cabelo. Peruca, lenço. Eu também vou arrumar”. Digo que ela está vivendo um momento difícil, em que se encontra adoecida, mas que ainda poderá preservar aspectos saudáveis de sua vida. Aos poucos, a intensidade do choro diminui. Começa a me contar do tratamento, dizendo que começará a quimioterapia na semana seguinte e que fará a cirurgia em breve também. Ao falar da ausência de seu marido, volta a chorar intensamente “Vai ser muito difícil viver isso sem meu marido”. Pergunto se isto está pesando bastante e ela diz: “Demais, estou pensando muito nisso, que vou me sentir muito sozinha”. Reconheço seu sentimento e pergunto com quem mais ela poderá contar neste momento. Neste momento, conta a história da neta mais velha, de quem cuidou desde criança e que mora no fundo de sua casa, atualmente, mas com quem tem contato precário. Chora bastante ao dizer que sempre cuidou muito bem dela para que ela a tratasse mal hoje. Diz que foi visita-la apenas uma vez para perguntar como está desde que ficou doente. Aponto que esta também parecia ser uma questão difícil para ela no momento. Ela chora mais um pouco, levanta para jogar os papéis usados no lixo e diz: “Não está sendo fácil, Janaína, não está. Isto deve ser um teste de Deus. Ele deve estar me testando pra ver se eu consigo aguentar. Mas eu vou aguentar, eu vou passar por mais essa”. Ana chorou muito durante este encontro, expressando raiva e revolta diante da confirmação da doença. Como havia me dito antes da consulta e como pude observar, estava bastante esperançosa em relação ao resultado e por isto a confirmação pode ter sido bastante difícil para ela.

04/04/16

No dia 30/03, liguei para Carmem para combinarmos quando poderia ser esta segunda entrevista. Conversamos um pouco por telefone. A colaboradora disse que estava bem que preferia que não fizéssemos naquela semana, pois estava recebendo visita. Combinamos, então que faríamos a entrevista na terça-feira seguinte, dia 04/04.

Como no primeiro encontro, fui até sua casa pela manhã, na qual me recebeu muito bem. Assim como das outras vezes, Carmem aparentou estar bastante tranquila no momento da entrevista, fazendo brincadeiras e deixando-a em um tom leve, mesmo nos momentos em que fala de coisas difíceis, como do próprio câncer e da traição do marido. Diferentemente do que eu esperava, ou seja, que ela mantivesse a sua postura de indiferença à confirmação do diagnóstico como em outras entrevistas, Carmem contou ter ficado bastante triste com a notícia recebida, atribuindo sua indiferença à sensação de que o que estava acontecendo não era com ela. Me surpreendi com sua autorreflexão sobre o momento do diagnóstico e com a sua constatação de que sua reação teria sido uma forma de negar que aquilo de fato estava acontecendo consigo.

Também nesta entrevista, até mais no que na primeira, contou bastantes aspectos relacionados a sua infância e a sua vida sofrida. Além disto, pela primeira vez, deixou transbordar seu incômodo com o câncer, o que me soou saudável.

06/04/16

Encontro com Alma no ambulatório e percebo que novamente não está acompanhada. Percebo que está sonolenta, chego devagar ao seu lado e ela desperta. Diz para mim que está cansada, pois chegou muito cedo no ambulatório. Pergunto como está se sentindo para a sua consulta e ela responde que está bem. “Vamos ver, né”. Combino de me encontrar com ela após a consulta. Alma me passa a impressão de estar bastante tranquila e/ou indiferente ao diagnóstico.

Avistei Alma na fila da salinha de pós-consulta. Vou até ela e digo que a estarei esperando a sala em que conversamos outro dia. Estava inexpressiva e não aparentava estar feliz ou triste. Fico me perguntando qual seria o seu diagnóstico. Será que é câncer? Será que ela terá que passar por duros tratamentos? Quanto sua vida será alterada a partir de hoje? Como está se sentindo? Percebo que estou ansiosa e angustiada para saber.

Chego na salinha e vejo que pegaram uma das duas cadeiras. Fico irritada e me perguntando se quem a pegou não teria pensado na falta que ela faria para as pessoas que utilizam a sala. Converso com as enfermeiras que me emprestam temporariamente uma cadeira.

Alma chega. Pergunto como foi a consulta. Ela diz que foi tudo muito bem. Pergunto o que os médicos falaram e ela diz “está tudo bem. Vou ter que operar mais pra frente, mas por enquanto está bem. A biópsia deu boa, é só uma massa lá. É grande, vou ter que tirar, mas não é sério”. Pergunto se ela então não terá que fazer quimioterapia ou radioterapia, Diz que não e que só terá mesmo que fazer a cirurgia para tirar a massa mesmo. Pergunto o que ela achou da notícia e diz que foi boa, “graças a Deus”. Pergunto como estava se sentindo e ela diz: muito bem, bem mais tranquila, né. Pergunto se ela estava com medo, ao que me responde “vixi, se tava. Tava sim”. Pergunto do que e me responde que era da possibilidade de dar algo ruim e ter que fazer “química”, pois, de acordo com ela, seria bem difícil. Pergunto como está se sentindo para fazer a cirurgia e ela responde que tem que fazer para tirar aquilo logo e, então, acabar de uma vez com isto. De acordo com ela, ao tirar a massa, não terá mais que passar de um lugar para o outro sem saber o que é que tem. Para ela, agora acabou, pois sabe que vai ficar bem e que será necessário apenas um repouso por um tempo, mas que isto estava tudo bem para ela. Quanto à cirurgia, afirma que irão tirar um pedaço grande, pois seu nódulo grande, mas que não liga, pois quer mesmo reduzir sua mama. Conta que sempre teve problemas com suas mamas grandes, resultando em dores nas costas. Por fim, me despeço e agradeço a colaboração na pesquisa. Alma diz que gostou bastante da atenção.

Por fim, sinto que fiquei feliz com a notícia e que compartilhei da tranquilidade deste momento com a colaboradora.

15/04/16

Ao avistar Ana, percebo que seu cabelo estava bem curto, mas não raspado. Cumprimento-a e digo: “Cortou o cabelo?” Ela sorri, como sempre, e me diz que teve que cortar [o cabelo], pois ele tinha começado a cair. Sua cunhada conta que foi sua nora quem o cortou e que ela havia dito que não era necessário raspar já naquele momento, e que daria para mantê-lo curto por mais um tempo. Ana relatou que já estava sentindo muita falta do seu cabelo.

Digo para irmos para a salinha de coleta e C. diz que vai atrás das enfermeiras conversas sobre lenços para a cunhada. Nos dirigimos para a salinha. Enquanto isso, percebo que a colaboradora está bastante sorridente e leve, bem diferente do que transpareceu no último encontro, após receber o diagnóstico. Me sinto aliviada por isto.

Também durante a última entrevista, Ana se mostrou mais tranquila do que nos outros encontros. Aparentou estar menos angustiada e mais passiva quanto ao fato de estar com câncer, desfecho agora confirmado. Se emocionou ao falar da ausência do marido, como nas outras vezes, mas demonstrou estar se sentindo forte e com coragem para encarar o câncer e seus

tratamentos. Percebo que esse estado psíquico de Ana também me afetou, pois terminei a entrevista mais leve e com a sensação de que a colaboradora também estava bem, o que a possibilitava encarar com positividade as incertezas do futuro impostas pela doença.

15/06/16

Chego e vou até o balcão de pastas em busca de casos novos. Vejo que há um caso novo. Seu nome é Laura. Vou até o ambulatório e chamo pela paciente, que se encontra acompanhada. Apresento-me e explico o meu propósito. Sua acompanhante, R. incentiva a participação de Laura na pesquisa. Diz que é professora universitária e que entende os benefícios de pesquisas semelhantes à minha. Laura aceita participar e combinamos, então, que conversaríamos após sua consulta.

Durante a entrevista inicial, observo como Laura aparenta ser mais velha do que realmente é. Tem a pele manchada e os cabelos mal tingidos. Durante o contato inicial, havia falado poucas coisas, o que me fez pensar que era uma pessoa tímida ou até mesmo que não quisesse colaborar com a pesquisa. Entretanto, durante a entrevista, não demonstrou vergonha e foi bastante colaborativa. Chamou a atenção sua postura de aceitação de um possível câncer, principalmente em função de um alto depósito em Deus da causa e solução para seus problemas. Sua passividade me certo causou estranhamento. Em alguns momentos da entrevista, evade do tema tratado e diz que tenta não pensar sobre certas coisas, como diagnóstico e tratamento, postura que me chama a atenção.

22/06/16

Hoje é o dia da consulta diagnóstica de Laura. Chego e avisto Laura com as acompanhantes R. e F. sentadas no ambulatório. Sento ao lado de Laura e pergunto como ela está, que me fez “ah, hoje fiquei ansiosa”. Pergunto a que estaria relacionada esta ansiedade. Responde: “estou meio nervosa pensando no resultado”. Digo que estarei disponível após a consulta na salinha de coleta.

Encontro Laura na fila da sala de pós-consulta. Ela está com a mesma fisionomia de sempre, não demonstrando sentimentos difíceis.] Entra na sala, senta-se e eu pergunto como havia sido a consulta. Ela diz: “Ah, vou começar a quimioterapia amanhã já”. Pergunto o que o médico havia falado para ela, ao que ela responde: “Tem que começar a tratar agora”. E como a senhora está se sentindo? “Eu tô tranquila. Eu já sabia, né, já imaginava. Desde quando apareceu, eu só esperava confirmar mesmo”. Digo que ela havia me dito em nosso primeiro encontro que estava ansiosa pelo resultado. Pergunto como foi quando o médico confirmou que

era câncer. “Ah, deu um frio na barriga, né, mas aí já pensei que vou tratar e que Deus vai me ajudar. Deus vai me dar força e vai me ajudar. E a senhora tem algum medo? Ah, de morrer, né, porque morreu, morreu, né, não tem mais volta. E do tratamento? Ah, a gente ouve falar coisas ruins, que é difícil, mas eu não to pensando nisso ainda não. A senhora conhece alguém que já teve? Sim, mas cada pessoa é de um jeito, né. Tem que ver como vai ser para mim. Tem algo que a senhora acha que vai te ajudar neste momento? Ah, Deus, né, e a união das pessoas próximas. Graças a ele tenho muita gente comigo, então não vou viver sozinha.

Mais uma vez, reforça: eu já sabia. Não tem como fugir. O que é nosso, é nosso, só a gente pode passar pelo que nos é dado. Não tem como dar para outra pessoa. Então eu vou viver isso. Pergunto como ela estava saindo de lá hoje, a que responde: com fome.

Laura se mostrou bastante tranquila durante toda a nossa conversa. Me incomodou bastante sua postura de aceitação resignada, incontestável, diante da confirmação do diagnóstico. Fiquei com a impressão de que ela sabe o que está se passando, as possíveis consequências, mas que se mantém em um movimento forte de aceitação. Talvez a compreensão de que as pessoas estão fadadas a determinadas coisas a ajude a encarar este momento como sendo o seu destino. Para quê sofrer com algo que já estava dado?

29/06/16

Como não há casos novos hoje, voou à procura de mulheres que estejam fazendo biópsia. Encontro Marta, que estava acompanhada de sua filha F.. Aparenta ser uma pessoa bastante tranquila, aceitando participar de imediato participar do estudo. Quando a biópsia acaba, já são 11:30 e sua filha diz que não pode esperar mais pois tem que trabalhar. Como Marta tem mais um exame para realizar antes da consulta diagnóstica, combinamos que faríamos a entrevista neste dia.

19/07/16

O último exame de Marta, uma tomografia, está marcado para hoje, um dia antes da consulta diagnóstica. Desta vez, quem a acompanha é sua outra filha. Durante a entrevista, Marta se mostra bastante tranquila e calma, tanto em relação ao momento que vive, de estar esperando pelos resultados de seus exames, quanto pela possibilidade de ser de fato um câncer o que ela tem. A não manifestação de ansiedade da colaboradora é algo que me incomoda e que me causa estranhamento. Marta parece preparada para escutar da sua médica que, sim, tem um câncer, assim como Laura. Confesso que não esperava por reações deste tipo de pessoas em processo de investigação diagnóstica.

20/07/16

Hoje é o dia da consulta diagnóstica de Marta. Encontro com ela e com F. no ambulatório anteriormente à consulta. Pergunto como ela está, ao que me responde: tranquila.

Após a consulta, Marta entra na sala, senta-se e já começa a falar: “É câncer mesmo”. Eu pergunto: É? “É.” E como a senhora está se sentindo? “Eu tô tranquila. Acho que já esperava, né. Vinha investigando. Mas ela disse que, dos tipos que existem, o meu é bom. Tem 80% de chance de curar, então eu tô acreditando que vai dar certo”. Pergunto quais seriam os próximos passos, ela responde: “A cirurgia ficou marcada para o dia 2 de agosto”. Químio e radio vai ter que fazer? “Não, ainda não. Primeiro vai fazer a cirurgia e aí vai ver o que precisa fazer”. Questiono sobre como ela estaria se sentindo frente à necessidade de cirurgia, ela diz: “Eu tô bem, tô tranquila. Graças a Deus não tenho medo de nada, de sangue, de agulha. Tenho um sobrinho que morre de medo de agulha. Eu não, até falei pra médica que meu sonho era diminuir a mama, mas ela falou que eu tenho que emagrecer uns 30kg. E a senhora vai tentar? Vou. Apenas em um momento, a colaboradora fala sobre algum sentimento mais difícil: Ah, assim, tô um pouco sentida. Sentida como? Ah, você vê acontecer com os outros, mas não espera que vai acontecer com você, né?

Marta demonstrava estar realmente muito tranquila e serena após ter conhecimento do diagnóstico. Acredito que, de fato, talvez ela já estivesse se preparando há tempos para receber essa notícia. Também parece ser uma pessoa habitualmente tranquila.

01/08/16

Hoje ocorreu o terceiro encontro com Marta. Percebo que, nessa entrevista, há a crença de que encontrarei relato semelhante ao de Carmem, ou seja, de que a sua ficha caiu quanto ao fato de estar com câncer após a consulta diagnóstica. Entretanto, Marta manteve a mesma postura tranquila, que na minha percepção beira à indiferença, sobre seu momento atual de quem recém-descobriu o câncer. Em seu discurso é bastante recorrente a ideia de que o que está se vivendo cabe a Deus determinar, assim como seu destino, seu futuro. Percebo que me sinto bastante incomodada com esse discurso. Sinto que Marta delega toda a responsabilidade de sua vida para Deus, o que, para mim, a aliena, pois a afasta do contato com suas vivências e sua verdade interior. Parece que, se Deus pôs e dispôs sua vida dessa maneira, não deve haver espaço para insatisfação.

16/08/16

Vou à procura de Laura no ambulatório. Olho para uma pessoa que parece ser ela, fico em dúvida, pois está de máscara, com cabelo ralo, mais magra e com acompanhante diferente, o que me gera certa angústia. Nossos olhares se encontram e eu digo: Laura? Ela faz sinal positivo com a cabeça. Me sinto péssima e me envergonho por não a ter identificado e por ela provavelmente ter percebido. Sento ao seu lado para conversar e combinar a entrevista. Laura me parece extremamente frágil. Seu peito está todo queimado, tem olhar acanhado, fala baixo. Pergunto como ela está e ela diz: tudo bem. Combinamos, então, que conversaríamos após sua consulta.

Nessa segunda entrevista, Laura estava mais emotiva do que das outras vezes, deixando de lado aquele seu relato de total passividade em relação à doença para se posicionar de uma outra maneira, dessa vez. Apesar de sempre afirmar estar bem, consegue se aproximar e relatar alguns sentimentos difíceis vividos durante o processo de conhecimento da doença. Emociona-se ao dizer que enfrentou momentos de fraqueza. Não escorrem lágrimas, mas seus olhos marejam e sua face enrubesce. A parte da entrevista que mais me chamou a atenção foi quando Laura contou sobre a experiência ocorrida alguns meses antes do diagnóstico, em que o padre da igreja que frequenta disse que alguém da comunidade adoeceria. Conta, então, que naquela ocasião sentiu que poderia ser com ela e que isso a preparou para o diagnóstico. Sua tranquilidade, então, vem da crença de que Deus estabeleceu um plano para ela, e que não a abandonaria. No auge de minha vivência sem crenças espirituais, sinto um arrepio.

14/09/16

No balcão de pastas, encontro um caso que parece ser caso novo. É o único até o momento. Vou até o ambulatório, chamo pelo o nome. Uma mulher de meia idade vem falar comigo. Pergunto se ela era a R. Diz que não, que esta é sua mãe. Me apresento, explico o que faço lá e meu objetivo com aquela conversa, e a filha da paciente afirma que a mãe talvez topasse participar da entrevista, mas que não poderia ser realizada naquele dia, pois tinham que ir embora cedo e já estava tarde (cerca de dez horas). Pego o número do telefone e combino que ligaria em breve para perguntar quando seria o próximo retorno.

Vou mais uma vez até as pastas e não encontro nada. Também fico atenta aos casos de biópsia. Pergunto para um homem que se encontra em pé ao lado das cadeiras onde as pessoas que passaram pela biópsia esperam se ele estava acompanhando alguém que faria biópsia, que afirma ser o paciente.

Mais uma vez, não consigo convidar nenhum médico para participar da pesquisa. Ensaio para fazer o convite à Dra. C., que avistei sentada em uma cadeira, sozinha, porém, quando encontrei a coragem que julgava ser necessária, ela se levantou e desapareceu no corredor em meio aos seus afazeres, levando embora minha força e disposição de contatá-la. Mais uma vez vou embora nesse dia com sentimento de frustração.

15/09/16

Hoje, quinta-feira, liguei para S., filha de R., que me disse que a mãe foi informada na consulta do dia anterior que o seu caso não se tratava de um câncer.

21/09/16

Pela segunda semana seguida (terceira se contarmos o feriado do dia 7 de setembro), não consigo pacientes para dar início à quinta coleta de dados. Vasculhei 4 vezes o balcão de pastas em busca de casos novos e nada. Também fiquei atenta ao local de biópsia, mas não encontrei nenhum caso novo. Nos prontuários, todos os casos tinham histórico de câncer, não entrando, portanto, na minha proposta de trabalho. Como percebi que este seria mais um dia improdutivo em relação à minha coleta com as pacientes, estabeleci para mim que eu PRECISAVA fazer um convite a um médico, pois estava chegando ao fim do mês de setembro e eu ainda não consegui fazer o convite a nenhum, não cumprindo a meta estabelecida. Além disto, a ideia de outra semana “perdida” no ambulatório estava me deixando extremamente preocupada e ansiosa. Como a Dr. C. estava ocupada, resolvi andar a procura de alguém. Comecei pelo corredor 1. Vejo a Dra. Paula vindo na minha direção e penso que aquele tinha que ser o momento de fazer o convite. O corredor 1 é mais estreito que os outros e isto me ajudou para chamar a sua atenção. Faço sinal de que gostaria de conversar com ela. Ufa, consegui sua atenção. Explico minha pesquisa e faço o convite para ela participar. Ela diz que aceita e me passa seu contato. Diz que amanhã seria um bom dia depois do ambulatório. Fico extremamente contente. Quando vou pegar minhas coisas para ir embora, encontro com a pós-graduanda da odontologia que esteve comigo no meio do ano passado, no início das minhas atividades no ambulatório. Ela estava no local da biópsia. Cumprimento, falamos sobre a coleta de dados, digo que estou com dificuldade nas últimas semanas para encontrar casos novos, ela aponta para um moço perto de nós, faz sinal para ele, ele vem até mim, nos apresentamos, ele se chama F., e ela diz que também estou procurando casos novos. Ele me explica sua pesquisa e diz que também precisa desta população, mas que não conseguiu ninguém nas duas últimas semanas. Ufa, outro alívio. Não sou eu que estou sendo ineficiente na minha busca. Ele diz que

pode me ajudar e eu também digo que o ajudaria a identificar possíveis participantes. Ele dá a dica de que talvez fosse melhor pegar os casos de biópsia do que os casos de primeira consulta. Vou embora bem mais aliviada do que achei que fosse sair de lá hoje. Foram vinte minutos extremamente preciosos e saio considerando que vão sair frutos deles.

À tarde, mando mensagem para a Dra. Paula, que diz acreditar que o ambulatório terminaria entre às 11 e 12 do dia seguinte. Me coloco à disposição, afirmando que estaria disponível no horário que ela me solicitasse.

22/09/16

Vim para o hospital para esperar pela disponibilidade da Dra. Paula, que me disse que estaria livre entre às 11 e 12 horas, em seu horário de almoço. Aguardo na biblioteca até às 14 horas, quando resolvo mandar mensagem perguntando sobre a entrevista. Paula me respondeu que não conseguirá realizar a entrevista hoje, que não teve tempo para me mandar mensagem e me pede desculpas. Resultado: frustração e sensação de que a ideia de coletar dados com médicos foi uma decisão errônea.

28/09/16

Passo pela Dra. Paula, que pergunta se era eu que havia lhe mandado mensagem. Digo que sim. Ela me diz que hoje tem atividades no Centro Cirúrgico, mas que terá disponibilidade amanhã. Fico feliz pela iniciativa ter surgido dela. Combinamos que o encontro seria na quinta-feira, mais uma vez.

Vou até a biópsia e F., pós-graduando da Odontologia, diz que acredita que a senhora que está na cadeira de rodas é um caso novo, com bastante chance de ser câncer. Me aproximo e converso com sua filha, que a diz que a mãe escondeu que estava doente e que a suspeita só surgiu devido à grande perda de massa corporal apresentada pela senhora. Conta que a mãe, um dia, passou mal e foi levada para a UPA pelo neto, filho de R.. Lá, descobriram a lesão na mama e a encaminharam com urgência para cá. Desde então, R. mudou-se de São Paulo para Cravinhos. Acredita que o câncer esteja em estágio avançado e conta que a mãe deve ter escondido pois sempre teve medo de ter “essa doença”. Conta que largou o emprego e os filhos em SP. Pergunto se ela acha que a mãe participaria da pesquisa e ela diz para eu perguntar diretamente para ela. Diz que vai ser bom a mãe ter com quem possa conversar. Entretanto, diz que não sabe a ciência da mãe sobre ter um câncer, pois afirma que tem medo de falar diretamente sobre isto, o que me deixa temerosa de não poder usar a entrevista. Pergunto, então, para dona Neide se ela poderia conversar comigo, participando de entrevistas, e ela diz que sim,

apenas questiona a filha se daria tempo naquele dia. R. diz: claro, estamos de ambulância e eles virão buscar a senhora apenas quando terminar.

Nos dirigimos à salinha de coleta. Inicialmente, me preocupo se a cadeira de rodas iria passar pela porta e entrar na sala. Ao constatar o pouco espaço, sua filha sugere que sente nas cadeiras mesmo, pois são almofadadas. Ela, então, ajuda a sua mãe a se sentar. Neide parece bastante fraca. Está extremamente emagrecida, fala abaixo e seus gestos são lentos. Durante a entrevista, Neide me impressiona: colabora muito, bem acima das minhas expectativas. Na sua simplicidade, conseguiu transformar a entrevista em um momento extremamente rico. Se emociona ao falar da filha e dos netos e do medo de morrer e os deixar desamparados. Demonstrou ciência de seu quadro e da possibilidade de ter um câncer, suspeita pessoal essa já existente há vários anos. Também me surpreendeu o motivo de não contar que estava adoecida para a filha, que, inicialmente, pareceu ter uma relação com a mãe de bastante cuidado e preocupação.

29/09/16

Mais uma vez, vou para o HC para realizar a entrevista com Paula. Mandeí mensagem para ela pela manhã, que confirmou que estaria disponível no horário do almoço, entre 13:30 e 14h, quando teria uma aula. Ou seja, o tempo máximo para coletar com ela será de meia hora, se tudo correr bem. Sinto-me levemente ansiosa. Combinamos de nos encontrarmos na Enfermaria B do oitavo andar, que corresponde ao local onde as pacientes com câncer ficam internadas. Chego e já a avisto. Paula vem até mim e pergunta se a entrevista poderia ocorrer na sala de espera, pois a mesma se encontrava vazia. Digo que sim e nos dirigimos até ela.

A entrevista foi bem tranquila, Paula foi bastante colaborativa e, para mim, a entrevista foi bem interessante. Paula é bem alta, com ombros largos, voz grossa e firme. Ao contrário da minha expectativa de encontrar nela certa rigidez, a colaboradora mostrou-se bastante sensível ao abordar a temática, colocando-se e falando de modo natural sobre dificuldades que sente em sua prática profissional. Pontuou em vários momentos sobre o incômodo que sente na comunicação de diagnósticos para pacientes jovens, trazendo a questão da identificação. Esta autorreflexão e a abordagem dela durante a entrevista me surpreendeu.

Após o término da entrevista, Paula pergunta se os pacientes estão dando feedback sobre a forma com que comunica o diagnóstico. Explico que este não é o objetivo do meu trabalho, que busca, na verdade, compreender como é a experiência pessoal de receber a notícia, não focando na forma com que é dada. Diz, então, que imaginou diferente. Termina dizendo que a entrevista foi boa e que indicará para alguns de seus colegas. Sinto-me bastante satisfeita, tanto

ela entrevista que, apesar de curta, foi bastante rica, quando pelo apoio da médica após sua participação. Imagino que eles pudessem estar fazendo uma ideia errônea da minha pesquisa, o que pode ter provocado um bloqueio intersubjetivo. No momento em que estava saindo do hospital, recebo uma mensagem de Paula com o contato de mais três pessoas que, de acordo com ela, aceitariam colaborar com a pesquisa. Fico imensamente feliz.

05/10/16

Chego e vejo duas pessoas sentadas nas cadeiras da biópsia. Vou até o F., que me fala para conversar com uma moça de blusa listrada parada logo à frente. Chego até ela, me apresento. Diz que está acompanhando a mãe, pois surgiu uma mancha vermelha em seu peito. Diz que está evitando falar para ela o que pode ser e que acha que não vai contar, caso seja câncer. Conta que a mãe nem fala esta palavra e que não sabe se ela aguentaria saber que estaria com a doença. Considero, então, que esta pode não ser uma participante adequada para o estudo, pois não sei se haverá menção ao câncer.

Na semana passada, após a mediação de Paula que me enviou três contatos de seus colegas residentes, combinei com Bruno que a entrevista com ele seria quarta seguinte, ou seja, hoje. Ele havia me pedido para que sinalizasse para ele hoje durante o ambulatório, lembrando-o que combinamos a entrevista. Como pedido, paro-o no corredor, que confirma, então, a entrevista no período da tarde.

A entrevista com Bruno também foi realizada na Enfermaria B, em uma sala vazia. O médico é bastante desenvolto, com uma associação de ideias bastante rápida Bruno, assim como Érika e Débora, ao ser questionado sobre como era vivenciar uma comunicação diagnóstica, responde sob o olhar das pacientes, ou seja, como seria para elas, e só se coloca em um segundo momento, após a pesquisadora retomar seu desejo de conhecer como seria, para ele, como médico, sua vivência particular desse fenômeno. Chamou atenção um momento da entrevista em que Bruno foi firme ao afirmar que a distância é necessária. Ao ouvi-lo dizer que comunicar o diagnóstico é algo que fica automático, confesso que me assustei um pouco. Entretanto, sinto que, com o avanço da entrevista, o médico foi se aproximando de sua vivência, conseguindo dizer que há casos em que é mais difícil vivenciar esses momentos de distanciamento total. Mais uma vez, suspeito que há uma crença bem arraigada de que eles não podem se envolver emocionalmente com os pacientes como parte das exigências prescritas pelo aprendizado da profissão.

14/10/16

A entrevista com Débora ocorreu na sala de espera da Enfermaria B do HC, em um momento em que se encontrava vazia. Débora, desde a conversa por celular, mostrou-se bastante calma e tranquila, o que se confirmou durante a entrevista. Fala devagar e baixo, com sotaque, transmitindo bastante tranquilidade durante o encontro.

Por fim, Débora, assim como observei ocorrer com outros entrevistados até o momento, afirma que a entrevista foi boa por ter sido bom parar para pensar sobre isto e que seria bom falar sobre isto às vezes. Isso tem me chamado a atenção em todas as entrevistas. Fico me questionando sobre como não há espaços para os entrevistados falarem sobre uma vivência tão forte, como eles mesmo descrevem, e tão comum em seu dia a dia. Acredito que, de fato, haja a compreensão de que os médicos não devam “sentir” com seus casos. Mas seria isso possível? Como se impermeabilizar contra os sentimentos que afloram no contato com quem vê sua vida repentinamente ameaçada por uma doença que carrega o estigma de ser impiedosa e fatal?

17/10/10

Encontro Neide no ambulatório deitada em uma maca. Olho e me impacto com tamanha fragilidade física. Nossos olhares se cruzam e ela me lança um sorriso lento. Chego perto e seguramos as mãos. Me conta que quase desistiu de vir, pois é bastante complicado sair de casa e ficar aqui. Se sente cansada e os ossos doem. Diz que sente muita dor, em cada junta do corpo. Pergunto como está se sentindo mais dolorida em relação à primeira vez que conversamos e ela me diz que faz tempo que se sente assim. Pergunto da R. e ela me diz que está ali do lado. Vem até mim e combinamos de nos encontrarmos após a consulta. Enquanto isso, o coral do HC se posiciona e começa a se apresentar com a música “Aleluia”. Foi difícil segurar o choro.

Estava na sala de coleta esperando dona Neide quando sua filha chega e, com os olhos marejados, diz que não tem mais solução para o caso de sua mãe porque o câncer está todo espalhado, nos pulmões, rins, ossos, o originou uma fratura no quadril, e que os médicos nem propuseram tratamento, pois é provável que ela não aguento. Neide seria, então, internada para passar por um cuidado paliativo e para cuidar de sua fratura. Diz que está sendo muito difícil, que tem tentado não desmoronar perto da mãe, mas que isto tem acontecido pelos cantos. Fala que receber a notícia foi muito complicado, apesar de já esperar, mas que constatar é diferente e muito mais dolorido. Diz, com aparente ressentimento e num movimento de culpabilização, que a mãe esperou todo esse tempo para procurar ajuda, mas que agora não pode culpá-la, pois não adiantaria mais. Conta que é espírita e que acredita na continuidade da vida em outro lugar,

mas que mesmo assim é bastante dolorido. Neide estava esperando no ambulatório, deitada na maca. Vou até ela enquanto R. entra na sala de orientação.

Encontro Neide na maca em frente à sala de orientação. Diz para mim que vai ser internada, que preferia ficar em casa, mas que entende que está precisando de cuidado, pois está com uma fratura na bacia. Apesar de R. dizer que não vai falar sobre a questão do “câncer”, Neide apresenta conhecimento do fato de estar com a doença. Conta que está aceitando o que for melhor agora para ela, que sabe que não pode recuperar sua vida, mas que então preferia estar em casa. Conta que, se tiver que descansar, “fechar os olhos”, que espera que isso seja tranquilo. Fala com tranquilidade essas coisas, que soam impactantes para mim – como fechar os olhos, descansar, fazer a passagem dessa vida. Afirma que já fez muitas coisas na vida, que deixou muitas coisas e que cuidou de sua filha o melhor que pôde. Fala de um consórcio que fez e que isto, então, poderia dar uma segurança financeira para filha e para os netos. Conta que pensou em usar o dinheiro para o caso de ficar doente, mas que vai ser bom se o dinheiro não ir para ela, pois a filha precisaria mais. Para ela, será bom a filha ter um lugar próprio para morar com os filhos. Pergunto o que ela sente em relação a possibilidade de partir. Ela diz que acredita que cumpriu a missão de cuidar da família, que gostaria de recuperar a vida que ela tinha, mas que, como não pode, entende que já está velha e que a qualquer hora pode descansar. Neide aparenta estar muito tranquila falando sobre a possibilidade de morrer, o que, ao mesmo tempo, me assusta e me tranquiliza, pois sei que seu quadro é irreversível. Também sobre o câncer, dá a entender que sabe sim sobre sua situação. Diz que esperou muito tempo para se cuidar, mas que isso foi por um motivo nobre, para que pudesse continuar a cuidar da família. Conta que já abriu mão de muita coisa em sua vida para cuidar de sua família e que agora ela gostaria de cuidar de si, se amar mais, e que está ficando aqui no hospital para se cuidar, porque acredita que tem que se amar neste momento, pois já fez muita coisa para os outros. Repete que agora é hora de cuidar de si, pois passou todo esse tempo sem ir atrás de cuidados para não ter de dar trabalho para os outros.

Por fim, encerramos a conversa porque Neide precisava ser internada e a equipe de enfermagem já estava posicionada para levá-la. Convida-me para tomar um chá em sua casa um dia desses. Digo que sim, que seria um prazer visitá-la.

Percebo que estou muito emocionada ao final do encontro e me despeço de Neide com a sensação de que pode ser nosso último encontro. Acredito que a música Aleluia não vai sair da minha cabeça tão cedo.

19/10/16

Ontem, dia 18/10, mandei uma mensagem para a Dr. L. perguntando se haveria alguma instrução ou restrição de minha visita à dona Neide, que ainda está internada. Ela me diz que, como pós-graduanda, tenho acesso livre à enfermaria. Chego e a primeira coisa que faço é subir até o oitavo andar para encontrá-la. Neide estava em um quarto compartilhado com mais algumas pessoas, acompanhada por sua filha. Percebi que não daria para realizar uma entrevista como estabelecida no protocolo de coleta de dados, pois não considereei que seria o melhor ambiente para entrar em questões bastante íntimas.

Tive impressão de que Neide estava com mais energia em comparação com a última vez que a vi, na quarta. O encontro foi bastante rico, principalmente quando a filha nos deixou sozinhas e Neide pode se expressar melhor, principalmente por carregar como grande peso deste momento o fato de a filha precisar cuidar dela. Pudemos conversar um pouco sobre isto.

Penso que, talvez, meu papel com Neide neste momento ultrapasse o limite pesquisador-pesquisado, pois nesta hora me vi muito mais como terapeuta, ou seja, como aquela pessoa que, em um momento difícil, pode ajudar o adoecido a encontrar algum conforto ao falar de si, de seus desejos, expectativas, medos e, assim, poder cuidar de certos aspectos frágeis pelos quais quem está nesta situação pode passar.

Desço e vejo que ainda dá tempo para tentar mais alguma colaboradora para o meu estudo. Vejo que o F. não está na biópsia, mas resolvo ficar por lá. Vejo que chega uma mulher acompanhada por um homem, para quem uma das enfermeiras pede para esperar nas cadeiras em que estou sentada. Percebo que a mulher é acompanhante de uma paciente que passará pela biópsia. O homem permanece em pé, ao meu lado, e eu resolvo puxar assunto com ele. Pergunto o grau de parentesco com a mulher que estava fazendo biópsia e ele me conta que é seu irmão, assim como a outra mulher. Disse que vieram investigar um nódulo que apareceu na mama da irmã e que “não estava sendo fácil”. Explico minha pesquisa e pergunto se poderia conversar com sua irmã. Diz que sim. Cerca de meia hora depois, a paciente é liberada e me direciono até ela para fazer o convite. Diz que toparia e que a próxima vez que virá para o HC seria na próxima quarta-feira para fazer um exame no período da tarde. Combinamos que nos encontraríamos uma hora antes do exame (às 14), trocamos telefones e nos despedimos.

Mais uma vez, fui até a A. para que ela visse nos registros informações sobre a Laura. A. informa que ela não tinha agendamentos para breve. Resolvo mandar mensagem para F., sua acompanhante do primeiro contato. F. me conta que a situação de Laura não é das melhores e que ela está internada na Unidade de Emergência do HC, na CTI, há pelo menos um mês. Conta que até então estava inconsciente, mas que agora acordou, apesar de ainda estar muito

debilitada. Sinto minha espinha gelar. Assusto e me pergunto como o caso teria evoluído tão rápido desde a última vez que a vi. Digo à F. que irei fazer uma visita a Laura nos próximos dias.

21/10/16

Hoje, sexta feira, foi um dia especial. Apesar de não ser um dia em que costumo ter contato com as colaboradoras do estudo, encontrei-me com duas delas. E posso dizer: que dia difícil!

Primeiramente, pela manhã, fui até a Unidade de Emergência, que fica perto de casa. Fui andando e pensando no que poderia encontrar lá e qual seria o impacto disto em mim. Apesar de ter a carteirinha do HC, tive dificuldade para entrar e para me localizar no local. Fui perguntando e perguntando até chegar lá, na CTI. Era uma porta cinza, que se camuflava com a parede, respirei fundo, entrei. Primeiramente, vi diversos pacientes em seus leitos, todos virados na mesma direção, para a porta. Suas aparências eram péssimas, com ares de muita debilitação e pouca vitalidade. Muitos estavam “dormindo” e não esboçavam qualquer sinal de vida. Tubos, cabos, gases e muito mais chamavam a atenção. Perguntei para uma das funcionárias onde estava a paciente Laura, que me informou que ela era a última, no leito 8. Hesito e me dirijo a ela. Vejo uma pessoa absurdamente magra e abatida, bastante envelhecida e com aspecto de sofrimento claro, cheia de aparatos médicos, e, por um momento, duvido que aquela seja a pessoa por quem eu estava procurando. Uns segundos se passam e, com um pouco mais de observação, percebo que sim, pode ser a Laura. Me aproximo, chego do seu lado e começo a falar com ela. Digo que sou a Janaina e pergunto se ela lembra de mim. Diz que sim com a cabeça, mas, apesar do movimento lento com a boca, sua voz não sai. Pergunto como ela está, mas logo percebo que não conseguirei obter respostas, apesar da vontade de conversar manifestada pela colaboradora. Fico uns segundos observando a situação. Me sinto perdida e sem saber como estabelecer uma comunicação. Digo que ficarei ali do seu lado por algum tempo. Laura tenta me falar algo, mas sua voz não sai, tento adivinhar e ela vai balançando a cabeça em sinal de negação. Pego meu caderno para fazer um abecedário. Uma enfermeira chega e me diz que vai fazer a higienização da paciente e que eu não posso mais ficar lá. Com muito pesar pela comunicação interrompida, vou embora. Saio bastante emocionada e tentando compreender aqueles sentimentos que me invadiam naquele momento diante daquela situação. Desço, me perco de novo, e, ao encontrar a saída, choco-me por ter de passar em frente a um carro de uma funerária. Percebo que Laura está muito próxima da morte e isto me dói.

No período da tarde, visito dona Neide no HC. Não gravei este encontro, pois considerei que este momento tinha mais um caráter de visita do que de coleta de dados. Além disto, não poderia ficar muito tempo com ela naquele dia em função de um outro compromisso. Chego, cumprimento a filha e dona Neide. Pergunto como estão e R. me diz que a mãe está melhor, pois está sem dor. Além disto, conta que uma sobrinha trouxe um colchãozinho de “casca de ovo”, que a deixava mais confortável, pois seu ombro doía menos. Também me conta que estão esperando a alta, pois todos os médicos já haviam passado para vê-la e que agora só faltava a decisão do chefe da ortopedia. Pergunto como ela estava se sentindo para voltar para a casa. Disse que era muito bom, pois estava cansada de lá, principalmente em função de sua privacidade. Disse que tem muita gente lá e que gostaria de poder estar em sua casa. Conta também que estava aguardando o que o médico tinha para falar em relação ao tratamento. Perguntei como estava sendo isto para ela, que me disse que não sabia se ia poder passar por procedimentos, mas que esperava operar da mama. Conta que está se sentindo melhor por não estar com dor e que estava muito mais difícil quando tinha dor sempre, pois não conseguia nem se mexer na cama.

Converso com a R. em separado que diz que uma psicóloga passou e afirmou que sua mãe estava depressiva. Conta que os médicos disseram que não farão nenhum procedimento cirúrgico com ela, nem outro tipo de tratamento para o câncer, pois neste momento apenas aceleraria a sua partida. Pergunto como ela estava, diz que está levando e tentando se conformar, e que espera que sua mãe não sofra tanto. Diz que agora é esperar, pois não há mais nada para se fazer, apenas amenizar a dor.

26/10/16

Ontem, 25/10, liguei para a irmã da possível colaboradora que havia topado participar da pesquisa na semana passada, que me informou que a possível colaboradora havia confundido as datas do retorno e que, na verdade, foi na segunda-feira fazer o exame no HC. Sua próxima vinda será, então, apenas na próxima segunda para saber dos resultados dos exames. Expliquei que ela não poderia mais participar do estudo, mas me coloquei à disposição para o caso de precisar de algo.

Chego no ambulatório com o objetivo de encontrar a última participante para minha coleta. Passo pelo balcão da biópsia e vejo que quase não há casos. Avisto o F., que está conversando com uma moça e o aguardo para poder pedir informações sobre o movimento do dia. Vem até mim, nos cumprimentamos, e pergunto como está de pacientes hoje. Diz que está

mais fraco e que, por enquanto, tem apenas duas biópsias a serem feitas, sendo que a que estava sendo realizada naquele momento as chances de ser um tumor benigno eram maiores.

Eu, F. e uma pós-graduanda da fisioterapia ficamos conversando sobre as malezas da pós-graduação. Depois de um tempo, F. vem me informar que a outra paciente tinha mais probabilidade de ser positivo para câncer. A acompanhante dela sai da sala, vou até ela para fazer uma aproximação. Apresento-me e inicio a conversa. A mulher diz que está acompanhando a mãe na biópsia, pois apareceu um caroço em sua mama. Diz que vai ser bom a mãe poder conversar, pois ela não está encarando bem a situação. Conta que três dos seus tios, irmãos de sua mãe, morreram de câncer, assim como seu avô, e que sua mãe chegou a falar que morreria também. Pergunto como está sendo para ela. R. se emociona, dizendo que está tentando ser forte na frente da mãe, mas que está bastante difícil, pois está com muito medo de ser um câncer. Converso um pouco com ela até sua mãe sair da biópsia. Quando dona Dora sai, senta na cadeira tremendo muito e mal consegue falar. Apresento-me, pergunto como ela está e me conta que foi muito dolorida a biópsia, que nunca havia passado por um procedimento assim. Diz que está nervosa e que precisa ir embora pois pretende trabalhar em seu bar ainda hoje. Combinamos que faríamos a entrevista na segunda feira, às sete da manhã, antes da consulta em que verá o resultado de sua mamografia.

18/11/16

Hoje é o dia de realizar a última entrevista com os médicos. Estou bastante empolgada e feliz por terminar mais esta etapa de todo o processo de desenvolvimento deste projeto. Encontro-me com Livia na Enfermaria B no HC, que me dirige para o quarto onde os residentes de plantão dormem. Livia foi bastante simpática comigo e receptiva à entrevista. Ela parece alguém que conheço e, durante a entrevista, fiquei tentando me recordar quem.

Por fim, fica um sentimento: Ufa! Que alívio enorme! Hoje finalizei as entrevistas com os médicos. Juro que pensei que esse dia não chegaria. Confesso que essa etapa da coleta de dados foi muito mais pesada do que prazerosa, como costumam ser as coletas com as pacientes. Saio desta última entrevista com os médicos um pouco frustrada. Ao pensar em uma impressão geral, sinto que todas as entrevistas foram muito parecidas, seguindo um padrão de respostas curtas e pontuais, quase protocolares. As entrevistas sempre foram realizadas em momentos de pausa dos afazeres dos médicos, o que implicava em pouco tempo para acessar as vivências. Talvez isso não tenha sido por acaso. Muitas vezes, deixei de perguntar coisas que gostaria de saber, pois sabia que não havia tempo para explorar com mais profundidade determinado assunto. Para mim, houve certa dificuldade de aproximação da vivência por parte dos

colaboradores médicos, que, aparentemente, tiveram um pouco de dificuldade para se colocarem diante de suas vivências.

Reparei que, apesar de tratarem essa incumbência de comunicar o diagnóstico como uma tarefa que não é difícil de ser executada, não a consideram como uma tarefa fácil. Termino com a impressão de que, para eles, a permeabilidade ao sofrimento não cabe nessa experiência. Como se não coubesse também a consciência do sentimento de despreparo e de tristeza e angústia que experimentam frente à comunicação diagnóstica do câncer. Tentam a todo momento se convencer de que devem sempre estar preparados e de que não podem se envolver com os casos que atendem. Frente a essa constatação, alguns questionamentos me ocorrem: O que é, exatamente, esse envolvimento que deve ser evitado a todo custo? Qual o limite entre sofrer junto, ter empatia pela dor do outro e manter a indiferença? E mais: É possível, em seis meses ou um ano, aprender a se afastar de sentimentos complexos como culpa, pesar e tristeza, que favorecem a identificação com o sofrimento alheio?

21/11/16

Chego e já avisto Dora e sua filha sentadas nas cadeiras do ambulatório. Cumprimento-as. Como Dora está sentada no meio das cadeiras, pergunto se gostaria de me acompanhar para conversarmos rapidamente. Vamos até a salinha de coleta onde me conta que está bastante esperançosa em relação ao diagnóstico. Em alguns momentos da entrevista, diz que tem algo dentro de si que fala que não é câncer o que ela tem. Diz que não pode ter câncer, pois não pode parar de trabalhar. “Eu tenho que pagar as contas, se não for eu, quem vai pagar, então não posso parar de trabalhar”. Conta que, caso não seja câncer, o que tem praticamente certeza, não vai querer ser submetida à cirurgia, pois não pode ficar parada. Diz que já decidiu isso para si e que nada mudaria essa decisão, nem seus filhos, pois o corpo é dela. Fala que não pensou na possibilidade de ser maligno e que, se for, verá ainda o que fazer. Libero-a e combino de nos vermos amanhã, após a consulta diagnóstica.

22/11/16

Antes da consulta, encontro com Dora e com a filha no ambulatório. A colaboradora reafirma que está esperançosa quanto à possibilidade de não ser câncer.

Estou na sala de coleta aguardando e Dora e a filha vem até mim. Ela está com os olhos marejados e com o olhar baixo. Aproveitando que estamos sós, pergunto-lhe como foi a consulta e ela começa me dizendo que a cirurgia foi marcada para o começo de janeiro. Pergunto o que mais o médico havia falado e ela responde que fará, por enquanto, apenas a radioterapia,

e que talvez não precise de quimioterapia. Entendo, portanto, que o diagnóstico foi confirmado. Dora parece estar distante quando fala. Pergunto como ela está, o que está sentindo naquele momento, e ela afirma que está firme e que confia em Deus. Repete que está entregando nas mãos de Deus a sua situação algumas vezes, mas não consegue falar em nenhum momento sobre como estaria. Apesar dos olhos marejados, Dora não chora e permanece com o olhar vago, aparentando estar em estado de choque. Conversamos muito pouco, cerca de 10 minutos, pois fui tomada pela sensação de que não havia mais nada a ser falado. Compreendi que, naquele momento, ela talvez precisasse de um tempo para digerir a informação. Ao meu ver, a notícia adversa criou uma quebra de expectativas muito grande, pois, como ela havia afirmado na entrevista que realizamos antes da consulta médica, era uma certeza sua que esse nódulo encontrado não seria maligno.

14/12/16

Hoje pela manhã recebi a notícia pela F., acompanhante de Laura no dia de seu diagnóstico, de que ela havia falecido na semana anterior. Ao entrar em contato com essa notícia sombria, sinto um turbilhão de emoções tomar conta de mim: tristeza, impotência e arrependimento por não a ter visitado mais uma vez. Eu sei o que vi no dia em que fui visitá-la e sei que não era bom, mas acredito que alguns sentimentos, muitas vezes, surjam ou se intensifiquem quando algo passa da possibilidade para o concreto. Então é isso, hoje, de fato, Laura morreu. Algumas lembranças me veem à mente e apertam meu coração: sua tranquilidade, a história de quando o padre disse que alguém adoeceria, a compreensão de que esta mensagem seria para ela e quando eu não a reconheci devido às alterações causadas pelos tratamentos do câncer. Laura, espero que Deus, se existir mesmo como você tanto acreditou, a receba com festa.

Como o retorno de Neide havia sido na quinta passada e eu não pude estar aqui pois tive que ir a um evento em São Paulo e seu próximo retorno seria apenas no dia 11/01, combinei com sua filha de ir até a sua casa em Cravinhos. R. me pediu para que fosse depois das 11h, pois este é o horário em que dá banho na mãe. Combinamos que o melhor horário seria às 13:30. Saí de Ribeirão de carro e fui até lá. R. e Neide moram perto de uma avenida principal, tendo sido, então, muito fácil de achar até o local. A casa em que moram é pequena, mas bastante arrumada. Os móveis são simples, mas tudo estava bastante limpo e organizado. Junto com as duas mora também o neto de dona Neide, que também morava em São Paulo até o adoecimento da avó. Fiquei me perguntando onde que todas essas pessoas dormiriam, pois, pelo que percebi, a casa possuía apenas um quarto. Depois, ao longo da entrevista, pude saber que aquela casa

não é a de Neide, que a sua estava alugada, com vias de terminar o contrato, e que estavam pagando aluguel desta, que era mais proporcional ao momento em que morava sozinha.

Quando cheguei, fui recebida por R. com um abraço caloroso. Neide, quando me viu, também esboçou felicidade. Ela estava sentada em um sofá ao lado da cama, bem emagrecida, mas, para mim, não muito diferente da última vez que nos encontramos. Estava bastante cheirosa, com um lenço amarrando em seu cabelo e vestida com uma roupa que se assemelhava a um pijama, pois parecia bastante confortável. Sentei ao seu lado, que perguntou se eu gostaria de comer algo. Disse que havia almoçado há pouco tempo e agradei. R., então, trouxe-me um suco de limão e ficou um pouco com a gente, falando de questões práticas do cuidado com a mãe, como remédios, fraude, higienização e alimentação. Seu filho chega. É um moço já adulto, com bastante tatuagem. Os dois se retiraram e começo a conversar apenas com dona Neide.

Durante a entrevista, que durou uma hora e meia, a colaboradora falou bastante, mostrando-se disposta, como sempre, a conversar comigo. Em alguns momentos, disse que se sentia sozinha e que tinham coisas que gostaria de falar, mas que não poderia, e que preferia que estivéssemos sozinhas. Isto pode ocorrer quando R. disse que iria sair para ver preço pintura de cabelo e seu filho se retirou também. Neste momento, que durou pouco, Neide pode expressar o quanto sente sua liberdade limitada e o quanto não se sente bem com os cuidados da filha. Apesar disso, diz não reclamar nunca e que guarda as coisas para si. Fico me perguntando como seria isto, no fim da vida, ter que passar por uma situação de incômodo cotidiano. Choca-me quando pergunto o que ela mais gostaria para ela naquele momento devido àquela condição e ela afirma que seria sua liberdade.

Por fim, R. volta, serve a mim e à dona Neide dois pãezinhos com presunto e queijo e um copo de suco de caju. Depois, Neide a lembra de trazer a lembrança que me comprou. R., então, traz um chocotone. Agradeço e digo que não precisava, mas que gostei muito. Neide diz que gostaria de ter ido comprar algo específico para mim, mas que não está conseguindo andar, então por isto não foi. Por fim, me despeço e saio bastante feliz com aquele encontro. Valeu à pena qualquer deslocamento para esta visita, que foi extremamente significativa para mim. Sei que a guardarei no meu coração de pesquisadora para sempre.

25/12/17

Hoje, dia de natal, recebi uma mensagem de R. dizendo que havia acabado de sepultar sua mãe. Na mensagem, me agradecia por tê-la acompanhado. Como R. também afirmou em sua mensagem, vejo dona Neide como uma mulher extremamente forte, da qual lembrarei com muito carinho. Sinto bastante tristeza, mas também um sentimento de leveza por seu sofrimento

ter se findado. Espero que ela tenha morrido tranquila, como sempre estava durante nossos encontros. Espero que encontre a liberdade que tanto queria e que havia perdido. Neide, eu sempre lembrarei de você com muito carinho.

Por fim, esta é a segunda morte que vivencio durante o percurso desta pesquisa. Já havia experienciado outras nos estágios que cursei durante a graduação, mas, para mim, cada perda tem sido muito singular. A sensação que Laura e Neide deixam em mim é a de que, tanto suas passagens nesta pesquisa quanto na vida são fluídas, leves e diáfanas como um sopro, mas muito, muito significativas. O que ambas deixam para (e em) mim, além do incrível fato de terem compartilhado comigo seus últimos momentos de vida, são exemplos de força, humildade e ternura. Elas marcaram minha vida e eu lhes serei eternamente grata pelo que pudemos compartilhar.

15/01/17

Escrevo hoje para me retificar em relação à última colocação que fiz nesse diário de campo. Apesar de as entrevistas terem sido curtas, percebi que os médicos estavam bastante dispostos a estar comigo naquele momento e a compartilhar algumas de suas vivências. Hoje, percebo que as limitações dessa etapa da coleta de dados (locais, tempo e disponibilidade) e a dificuldade dos médicos de falarem de si – e não dos pacientes – diz coisas bastante importantes sobre seu contexto profissional, sobre o que é esperado por e para eles e sobre o espaço disponível para se abordarem determinados aspectos emocionais constitutivos da experiência.

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/119/-dgfs

Ribeirão Preto, 11 de dezembro de 2015

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"A comunicação do diagnóstico de câncer de mama: um estudo fenomenológico"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 151ª Reunião Ordinária, realizada em 10.12.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 49077515.5.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À senhora
Janaína de Fátima Vidotti
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO 2

Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 11 de Janeiro de 2016

Projeto de pesquisa: "A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO"

Pesquisador responsável: Janaina de Fátima Vidotti

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto- USP

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa - HCFMRP-
USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador Técnico Científico da
Unidade de Pesquisa Clínica -
HCFMRP-USP

Campus Universitário - Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e
Registro Plataforma Brasil/CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO 3

Aprovação do projeto pelo Setor de Oncologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do
HCFMRP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2015.

Ilmo. Sr. Prof. Dr.

Manoel Antônio dos Santos

Prezado Pesquisador,

O projeto intitulado "*A comunicação do diagnóstico de câncer de mama na perspectiva da paciente e do médico: um estudo fenomenológico*", protocolado sob nº 82/2015, de sua autoria, foi avaliado pelo Setor de Oncologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e o parecer do setor é favorável ao desenvolvimento do mesmo.

Atenciosamente

Prof. Dr. Ricardo de Carvalho Cavalli
Presidente da Comissão de Pesquisa do
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP