

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DANIELA VITTI RIBEIRO DA SILVA

A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos

**Ribeirão Preto
2022**

DANIELA VITTI RIBEIRO DA SILVA

A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos

Versão corrigida da tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador: Ana Maria de Almeida

Co-orientador: Manoel Antônio dos Santos

VERSÃO CORRIGIDA

Ribeirão Preto
2022

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.

Silva, Daniela Vitti Ribeiro da

A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos. Ribeirão Preto, 2022.

251 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Ana Maria de Almeida

Coorientador: Manoel Antônio dos Santos

1. Câncer de mama. 2. Menopausa precoce. 3. Luto.

SILVA, Daniela Vitti Ribeiro da

A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

À Livia (in memoriam).

Ao meu marido Jean.

Agradecimentos

À *minha família*, meus pais, minha irmã e minha avó por serem meu porto seguro. Em especial ao meu marido *Jean Felipe Marques* por me acompanhar nessa jornada de transformações que a pós-graduação me proporcionou.

À minha orientadora *Profa. Dra. Ana Maria de Almeida* e Co-orientador *Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos* pela dedicação e ensinamentos compartilhados durante esses anos.

À *Profa. Dra. Kathy Hegadoren* e à *Profa. Dra. Edith Pituskin* pela acolhida calorosa em terras estrangeiras, e pela dedicação e entusiasmo com que conduziram meus passos durante o Doutorado Sanduíche na University of Alberta.

Ao *REMA-Reabilitação de Mastectomizadas* por permitir que este estudo fosse realizado e por toda seriedade e competência com que cuida de mulheres com câncer de mama.

À *Enfermeira Antonieta*, Antô, pela acolhida, ensinamentos e disponibilidade durante os anos em que fui Psicóloga voluntária no REMA e durante a realização desta pesquisa.

Ao *Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde* (LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq), pela acolhida e conhecimentos compartilhados tão importantes para a minha trajetória acadêmica.

Às amigas *Andressa* e *Fabiana* que sempre estiveram ao meu lado.

À *Rose* e seus filhos *Vanessa* e *Daniel* que me receberam de braços abertos e se tornaram minha família canadense.

Às mulheres que aceitaram colaborar tão prontamente e, sem as quais essa pesquisa não seria possível.

À Capes pelo financiamento do Doutorado Sanduíche.

À todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

*Drão, o amor da gente é como um grão
Uma semente de ilusão
Tem que morrer pra germinar plantar n'algum lugar
Ressuscitar no chão nossa semente*

*Quem poderá fazer aquele amor morrer
Nossa caminhada?
Dura caminhada
Pela estrada escura*

Gilberto Gil, Drão

RESUMO

SILVA, D. V. R. **A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos.** 2022. 251 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

O aumento da incidência de câncer de mama em mulheres jovens, com menos de 45 anos, aliado à cronicidade da doença tem despertado a necessidade de melhor compreender as repercussões do tratamento com o intuito de construir um cuidado em saúde que atenda as especificidades das mulheres jovens com câncer de mama. A menopausa precoce está entre os aspectos com importante impacto à vida das mulheres jovens. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo compreender o processo de luto decorrente da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama em mulheres com menos de 45 anos. Para atingir o objetivo proposto realizamos um estudo qualitativo, a partir do método clínico-qualitativo e da análise de conteúdo. Empregamos a entrevista aberta e o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) como principais instrumentos de coleta de dados, que foram complementados com questionário de dados sociodemográficos e dados clínicos. Os dados foram analisados a partir da compreensão do luto como uma Transição Psicossocial e de teorias psicodinâmicas que permitiram aprofundar a compreensão dos aspectos subjetivos do processo de luto decorrente da menopausa precoce induzida pelo tratamento. A análise dos dados permitiu identificar cinco categorias: *Corpo devastado e o ataque ao suporte identitário: “Eu mesma não me reconheço”*; *Necessidade de se familiarizar com o novo corpo: “É normal sentir isso?”*; *De corpo inteiro: “Meu corpo inteiro, eu notei que ele mudou”*; *O sofrimento associado à possibilidade da infertilidade: “É o meu Tendão de Aquiles”*; e *“Como fogo e gelo”: Vicissitudes do desejo sexual criando desencontros na relação com o parceiro íntimo.* Foi possível identificar diversas perdas simbólicas decorrentes da experiência da menopausa precoce que foram significativas para as mulheres jovens em tratamento. O conjunto de mudanças corporais fragiliza a base identitária do ser mulher jovem e antecipa algumas vivências ligadas ao envelhecimento. Observou-se que alguns lutos puderam ser ressignificados, enquanto outros apresentaram características de luto complicado, por não terem sido integrados a uma nova identidade. Os aspectos psicodinâmicos identificados no contexto do tratamento do câncer de mama e da consequente menopausa precoce, evidenciaram uma regressão das necessidades básicas, como necessidade de proteção e cuidado, bem como, sentimentos de culpa, ambivalência, medo da perda, medo da morte e desproteção. Tendências construtivas como a busca pela autonomia, pelo desenvolvimento pessoal e o desejo de recuperar a saúde também foram observados. Esperamos que o conhecimento produzido contribua para a melhor compreensão dos lutos simbólicos decorrentes da experiência da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama, para que o cuidado integral à mulher jovem com câncer de mama considere as repercussões da menopausa à saúde e vida dessas mulheres auxiliando na elaboração de tais lutos.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Menopausa precoce. Luto.

ABSTRACT

SILVA, D. V. R. **The experience of premature menopause induced by breast cancer treatment in women under 45 years old.** 2022. 251 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

The increased incidence of breast cancer in young women under 45 years of age and the chronicity of the disease has aroused the need to better understand the repercussions of treatment in order to offer a health care that meets the specificities of young women with breast cancer. Premature menopause is among the aspects with an important impact on young women's lives. Thus, the present study aimed to understand the process of mourning resulting from premature menopause induced by breast cancer treatment in women under 45 years old. To achieve the proposed objective, a qualitative study was carried out through a clinical-qualitative approach and content analysis. We used the open interview and the Story-Drawing procedure as the main tools for data collection, complemented with a questionnaire of sociodemographic data and clinical data. The data were analyzed considering the framework of grief as a Psychosocial Process and psychodynamic theories allowed a more profound understanding on subjective aspects of grief process resulting from the premature menopause induced by breast cancer treatment. The data analysis allowed the identification of five categories: *Devastated body and the attack on identity support: "I don't recognize myself; Need to familiarize yourself with the new body: "Is it normal to feel this?", All of me: "My whole body has changed", Suffering associated with infertility: "It's my Achilles tendon", "Like fire and ice": vicissitudes of sexual desire creating mismatches in the relationship with the intimate partner.* It was possible to identify many symbolic losses resulting from the experience of premature menopause that were relevant to young women in treatment. The set of body changes weakens the identity base of being a young woman and anticipates some experiences related to aging. Some losses could be elaborated, while others presented complicated grief characteristics because they were not integrated into a new identity. The psychodynamic aspects identified in the context of breast cancer treatment and consequent early menopause, showed a regression of basic needs, such as need for protection and care, as well as feelings of guilt, ambivalence, fear of loss, fear of death and unprotection. Constructive trends such as the search for autonomy, personal development and the desire to recover health were also observed. It is expected that the knowledge produced will contribute to a better understanding of symbolic grief resulted from the experience of premature menopause induced by breast cancer treatment, so that comprehensive health care for young women with breast cancer considers the repercussions of menopause on the health and life of these women assisting in the elaboration of such mourning. **Keywords:** Breast neoplasm. Premature menopause. Grief.

RESUMÉN

SILVA, D. V. R. **La experiencia de la menopausia precoz em mujeres con cáncer de mama menores de 45 años.** 2022. 251 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

El aumento de la incidência de cáncer de mama em mujeres jóvenes, menores de 45 años, combinado con la cronicidad de la enfermedad ha planteado la necesidad de conocer mejor las repercusiones del tratamiento para construir una atención de salud que responda a las especificidades de las mujeres jóvenes con cáncer de mama. La menopausia precoz es uno de los aspectos con un impacto importante em la vida de las mujeres jóvenes. Así, este estudio tuvo como objetivo comprender el proceso del duelo derivado de la menopausia precoz inducida por el cáncer de mama em mujeres menores de 45 años. Para lograr el objetivo propuesto se realizó un estudio cualitativo, utilizando el método clínico-cualitativo y análisis de contenido. Utilizamos la entrevista abierta y el Procedimiento de Dibujo-Cuento como las principales herramientas para la recolección de datos, que se complementaron con un cuestionario de datos sociodemográficos y datos clínicos. Los datos fueron analizados em base a la comprensión del duelo como una Transición Psicossocial y teorías psicodinámicas que permitieron una comprensión más profunda de los aspectos subjetivos del proceso de duelo resultante de la menopausia precoz inducida por el tratamiento. El análisis de datos nos permitió identificar cinco categorías: *Cuerpo devastado y el ataque al soporte de la identidad*: “No me reconozco”; *Necesidad de familiarizarse con el nuevo cuerpo*: “Es normal sentir esto?”; *Cuerpo completo*: “Todo mi cuerpo, noté que cambió”; *El sufrimiento asociado a la posibilidad de infertilidad*: “Es mi tendón de Aquiles”; y “Como fuego y hielo”: *vicisitudes del deseo sexual que crean desajustes em la relación con la pareja íntima*. Fue posible identificar varias pérdidas simbólicas resultantes de la experiencia de la menopausia precoz que fueron significativas para las mujeres jóvenes em tratamiento. El conjunto de cambios corporales debilita la base identitaria de ser mujer joven y anticipa algunas experiencias relacionadas con el envejecimiento. Se observó que algunos duelos podían redefinirse, mientras que otros presentaban características de duelo complicadas, ya que no se integraban em una nueva identidad. Los aspectos psicodinámicos identificados em el contexto del tratamiento del cáncer de mama y la consiguiente menopausia precoz, evidenció una regresión de las necesidades básicas, como la necesidad de protección y cuidado, así como sentimientos de culpa, ambivalência, miedo a la pérdida, miedo a la muerte y desprotección. También se observaron tendencias constructivas como la búsqueda de la autonomía, el desarrollo personal y el deseo de recuperar la salud. Se espera que los conocimientos producidos contribuyan a una mejor comprensión del duelo simbólico resultante de la experiencia de la menopausia precoz inducida por el tratamiento del cáncer de mama, para que la atención integral a las mujeres jóvenes con cáncer de mama considere las repercusiones de la menopausia em la salud y vida de estas mujeres ayudando em la elaboración de tales duelos.

Palabras clave: Neoplasia de mama. Menopausia precoz. Duelo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Características do processo de enlutamento segundo Parkes (1998).....	43
Figura 1	Modelo do processo dual de enfrentamento do luto.....	45
Quadro 2	Caracterização sociodemográfica das colaboradoras	55
Quadro 3	Caracterização das colaboradoras quanto ao diagnóstico, período de amenorreia, metástase, ter optado ou não pela criopreservação e número de filhos.....	56
Quadro 4	Mecanismos de defesa primitivos, neuróticos e maduros.....	69
Quadro 5	Percepção de sintomas após o início do tratamento referidos pelas participantes.....	73
Quadro 6	Síntese geral de cada colaboradora derivada da interpretação do D-E.....	107
Quadro 7	Elementos estruturantes da análise dos D-E.....	113
Figura 2	Componentes da transição psicossocial e ressignificação da perda.....	119
Figura 3	Componentes da transição psicossocial e luto crônico.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de conteúdo
APA	American Psychological Association
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
D-E	Procedimento Desenho-Estória
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FOP	Falência ovariana prematura
HC	Hospital das Clínicas
REMA	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Reabilitação de Mastectomizadas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UP	Unidade de produção
USP	Universidade de São Paulo
YACC	Young Adults Cancer Canada

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Câncer de mama em mulheres jovens	20
2 MARCO TEÓRICO	28
2.1 Menopausa precoce decorrente do câncer de mama	29
2.1.1 Menopausa precoce e falência ovariana prematura	29
2.1.2 Repercussões psicológicas da menopausa precoce no câncer de mama	30
2.1.3 Corpo e subjetivação	35
2.1.4 Menopausa precoce: um olhar psicodinâmico	37
2.1.5 Luto e menopausa precoce	39
3 OBJETIVOS	48
3.1. Objetivo geral	49
3.2. Objetivos específicos	49
4 MÉTODO	50
4.1 Local	53
4.2 Colaboradoras	53
4.2.1 Conhecendo as colaboradoras	54
4.3 Instrumentos	57
4.4 Procedimento	61
4.4.1 Aspectos éticos	61
4.4.2 Coleta de dados	62
4.4.3 Análise de dados	66
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
5.1 Análise dos dados	72
5.2 Percepção dos sintomas e do suporte recebido para o manejo da menopausa induzida	72
5.3 Experiência da menopausa induzida	75
5.3.1 Corpo devastado e o ataque ao suporte identitário: “Eu mesma não me reconheço”	76
5.3.2 Necessidade de se familiarizar com o novo corpo: “É normal sentir isso?”	79
5.3.3 De corpo inteiro: “Meu corpo inteiro, eu notei que ele mudou”	82
5.3.4 O sofrimento associado à possibilidade da infertilidade: “É o meu Tendão de Aquiles”	88
5.3.5 Como fogo e gelo: Vicissitudes do desejo sexual criando desencontros na relação com o parceiro íntimo	101
5.4 Características psicodinâmicas no enfrentamento do luto simbólico	106

5.4.1 Perdas significativas e reações ao luto	109
5.4.2 Indicadores psicodinâmicos	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	126
ANEXOS	149
APÊNDICES	154

APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação em psicologia, fui convidada para compor a equipe técnica de uma pesquisa que estava sendo realizada em uma maternidade do interior de São Paulo, sobre morbidade materna grave. Eu compus uma equipe de cinco graduandas para fazer a coleta de dados clínicos das mulheres hospitalizadas. Era uma pesquisa desenvolvida pelo curso de enfermagem e eu era a única estudante de psicologia entre as alunas, que eram do curso de enfermagem.

Toda a minha idealização em torno da maternidade e dos cuidados com a gestante e puérpera foi confrontada por uma realidade bastante dura. Me deparei com os impactos da desigualdade social na saúde reprodutiva da mulher, da dificuldade em garantir seus direitos, como o de ter um acompanhante durante o parto, por exemplo, da solidão das mulheres em um momento tão intenso e único em suas vidas. Também presenciei diferenças culturais e a dinâmica da instituição, entre tantos outros aspectos que foram abrindo meus olhos para uma realidade completamente desconhecida.

Eu já havia realizado minha pesquisa de iniciação científica sobre o abortamento induzido entrevistando mulheres e líderes religiosos. E essas duas experiências deram início a uma série de desconstruções que eu tinha de uma realidade “preto no branco”. Aos poucos, minha visão de mundo foi ganhando mais cores, mais nuances e hoje percebo uma rede muito complexa que compõe a realidade em torno da maternidade e do abortamento e o quanto as políticas públicas são importantes na organização das redes de cuidado a essas mulheres.

Perceber a grandeza das transformações da maternidade me fez refletir sobre o quanto o cuidado à saúde mental da mulher é necessário, ao mesmo tempo em que é tão escasso. Cuidar da saúde mental da mulher não significa tratar doenças mentais, mas, numa compreensão mais ampla, oferecer acolhimento e uma escuta atenta e qualificada de suas demandas, seus anseios e angústias. Que possa auxiliar a mulher no vir a ser mãe.

Olhando para o meu percurso acadêmico, percebo que as questões reprodutivas femininas é que me despertaram o interesse e a curiosidade em saber mais. Talvez por reconhecer em mim mesma o quão difícil é ser mulher e passar por transformações tão profundas no corpo que repercutem na própria identidade e na maneira de se relacionar com o mundo. E isso me instigou a buscar um programa de pós-graduação em que eu pudesse explorar mais as outras facetas do ser mulher e ser mãe.

Durante o mestrado estudei a experiência de mulheres com morbidade materna grave, por ter me questionado sobre como seria vivenciar a ambivalência entre vida e morte de maneiras tão concretas através do corpo. As representações que se tem da maternidade

comumente não incluem a doença e a morte como parte da experiência de se tornar mãe e isso acarreta inseguranças e medos frente ao desconhecido.

Durante o mestrado, realizei um estágio acadêmico no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA, onde tive meu primeiro contato com a oncologia. Neste primeiro momento, acompanhei o estágio dos alunos de graduação em Enfermagem durante as atividades propostas pelo REMA e em visitas domiciliares às mulheres com câncer de mama. Pude observar quantas marcas o tratamento deixa no corpo da mulher e como cada uma lida com seu corpo. O zelo pelo corpo adoecido também dá lugar ao medo e às angústias pela possibilidade de recidiva ou pela dificuldade em se adaptar a ele.

Por ter me identificado muito com a área e o núcleo, procurei o doutorado com o intuito de compreender as vivências relacionadas ao câncer de mama em jovens mulheres. Ainda sem saber especificamente o que pesquisar, por sugestão da Profa. Ana Maria, retornei ao REMA como Psicóloga voluntária, em 2015, para me aproximar novamente da realidade dessas mulheres.

Percebi que eram poucas as mulheres mais jovens que participavam ativamente das atividades do REMA, fazendo com que suas demandas e vivências fossem pouco discutidas de maneira ampla. Por ser um grupo majoritariamente formado por mulheres mais velhas, por volta dos 70 anos, era a vivência dessas que se destacava nos encontros do grupo de apoio e demais atividades. Percebi, então, que existiam vivências que se diferenciavam muito a depender da faixa etária.

Ao me aproximar da paciente mais jovem do REMA, falei sobre minha intenção em desenvolver uma pesquisa com mulheres jovens e se ela poderia conversar comigo sobre a sua experiência. Logo de início recebo uma informação que me choca por dois motivos. Ela diz que já havia “congelado seus filhos” e me explica que o tratamento induz à menopausa precoce. Primeiro me sensibilizo com a possibilidade da infertilidade em mulheres tão jovens e em seguida me pergunto: “Como pode um aspecto tão importante do tratamento não ser abordado e discutido com mais frequência?”

Ao pesquisar fontes não científicas, encontrei inúmeros blogs pessoais de mulheres jovens contando sobre suas trajetórias após o diagnóstico do câncer de mama e alguns textos sobre os desafios da menopausa precoce durante o tratamento. Além disso, li algumas mulheres relatando que nem sequer foram comunicadas sobre a possibilidade da menopausa após o tratamento. E, ao pesquisar a produção científica sobre o assunto, me deparei com a escassez de trabalhos científicos. Percebi que havia uma lacuna no conhecimento que embasasse um cuidado integral que poderia ser oferecido a essas mulheres.

Durante o tempo em que atuei no REMA, me chamava a atenção o quão difícil era, para as mulheres, se adaptar às mudanças corporais e consequentes limitações no desempenho de atividades do seu cotidiano. A menopausa também provoca diversas mudanças corporais que podem ser muito difíceis para uma jovem mulher se adaptar. Além da fertilidade, pode acarretar prejuízos para a sexualidade, a imagem corporal, a produtividade, as relações sociais, entre outros aspectos da vida. Assim, pensei que a experiência da menopausa precoce poderia ocupar um espaço importante entre as experiências de ser uma jovem mulher em tratamento do câncer de mama.

Foi a partir da indagação “como seria experienciar mudanças corporais tão significativas para o feminino, justamente em um período da vida em que se realizam tantos anseios do ser mulher?” que decidi ingressar em um programa de Doutorado para melhor compreender a experiência da menopausa precoce e seus lutos por considerar que poderiam ser muitas as perdas vividas por essas mulheres.

Durante o doutorado, dei continuidade ao trabalho de Psicóloga voluntária no REMA até o ano de 2018, quando interrompi minhas atividades para fazer o Doutorado Sanduíche na Universidade de Alberta, no Canadá. Lá fui muito bem recebida e acolhida pelas professoras Dra. Kathy Hegadoren e Dra. Edith Pituskin, que supervisionaram uma análise de dados a partir de Merleau-Ponty e propiciaram discussões sobre pesquisas envolvendo questões de gênero através de eventos realizados na Universidade. Nesse sentido, contribuí em uma das disciplinas da Dra. Edith para o mestrado em que apresentei parte dos dados da minha pesquisa.

Além das atividades acadêmicas que me foram possibilitadas, também pude conhecer um pouco do trabalho desenvolvido com pacientes oncológicos no serviço de cuidado psicossocial em oncologia do Cross Cancer Institute. No contato com uma das psicólogas do serviço, pude compreender um pouco de sua dinâmica, que conta com uma equipe interdisciplinar. O trabalho da psicologia envolve o atendimento individual e também em grupos focais com diferentes objetivos. Pude participar de uma reunião de equipe na unidade, em que foram discutidas estratégias para avaliar a qualidade do serviço prestado pela unidade e fui convidada para falar sobre o REMA em outra reunião.

Também pude conversar com uma enfermeira do Cross Cancer Institute, que atua no cuidado de pacientes oncológicos com idade entre 18 e 40 anos. Ela compõe uma equipe formada por duas enfermeiras e um especialista em sexualidade estava sendo contratado para compor a equipe que atende as demandas específicas dessa faixa etária. Me chamou a atenção ela falar que percebe que os pacientes mais jovens têm pouca adesão aos grupos para pacientes oncológicos e que isso demanda dela uma postura diferente no cuidado com esses pacientes.

Através das profissionais do Cross Cancer, soube de uma associação formada por pacientes oncológicos jovens, presente em várias províncias pelo Canadá. O YACC – Young Adults Cancer-Canada promove encontros entre grupos de pacientes que tenham interesses em comum, como a prática de esporte ou hobbies, confraternizações, encontros para troca de experiências e eventos com profissionais especialistas em oncologia. Todo esse percurso me fez pensar sobre a importância do compartilhamento de experiência entre pacientes oncológicos jovens e que a aproximação desses pacientes pode ser dificultada por serem em menor número e ficarem mais dispersos, uma vez que parecem aderir menos às atividades de cuidado psicossocial.

O caminho a ser percorrido para criar um cuidado que atenda as especificidades de jovens mulheres com câncer de mama depende do limitado aporte teórico existente. Ao identificar essa lacuna e considerar a relevância da menopausa na vivência do feminino, o presente estudo se propôs investigar a experiência da menopausa precoce induzida pelo tratamento no que diz respeito aos lutos decorrentes, tendo sido organizado em seis capítulos. De forma a compor o objeto de estudo e o marco teórico, foram abordados os seguintes temas: o câncer de mama em mulheres jovens; a justificativa da escolha pelo termo menopausa precoce; as repercussões psicológicas da menopausa precoce induzida pelo tratamento; as experiências corporais como parte do processo de subjetivação feminina; a menopausa precoce a partir de um olhar psicanalítico; e a compreensão do luto simbólico como um processo de transição psicossocial.

Os capítulos seguintes descrevem o percurso metodológico do estudo, que foi pautado no método clínico-qualitativo e na análise de conteúdo. No capítulo cinco foram apresentados os resultados e a discussão, iniciando pela percepção dos sintomas da menopausa, uma vez que a quantidade e intensidade de sintomas percebidos relaciona-se com a experiência singular da menopausa. Da análise dos dados emergiram cinco categorias que compõem a experiência emocional da menopausa precoce induzida pelo tratamento: *Corpo devastado e o ataque ao suporte identitário: “Eu mesma não me reconheço”*; *Necessidade de se familiarizar com o novo corpo: “É normal sentir isso?”*; *De corpo inteiro: “Meu corpo inteiro, eu notei que ele mudou”*; *O sofrimento associado à possibilidade da infertilidade: “É o meu Tendão de Aquiles”*; e *“Como fogo e gelo”: Vicissitudes do desejo sexual criando desencontros na relação com o parceiro íntimo.*

Em seguida foram descritas as perdas significativas e os indicadores psicodinâmicos do enfrentamento dos lutos simbólicos pela menopausa precoce identificados pelo procedimento do Desenho-Estória. E, por fim, foram apresentadas as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de mama em mulheres jovens

O câncer de mama é o câncer de maior incidência no mundo, com 2,2 milhões de casos diagnosticados em 2020. Esses números representam 11,7% de todos os diagnósticos de câncer no mundo. Entre as mulheres, representa 24,5% do total de diagnósticos de câncer no mundo todo. Para o Brasil, a estimativa é de 88.492 novos casos em 2020 (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), 2020). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente dentre as mulheres em todas as regiões brasileiras, exceto na região norte, onde as taxas de câncer de mama e o de colo de útero são equivalentes (BRASIL, 2019). É a primeira causa de morte de mulheres por câncer com idade até 44 anos no Brasil e no mundo. Estima-se que, em 2020, 2.949 mulheres dessa faixa etária morreram no Brasil (IARC, 2020).

Tem sido observado aumento gradativo do diagnóstico em mulheres com menos de 50 anos, sendo que a incidência cresce mais lentamente em mulheres na pós-menopausa (BRASIL, 2015; BRAY *et al.*, 2018). Na Europa houve crescimento anual de 1,2% na taxa de incidência do câncer de mama em mulheres com até 40 anos no período de 1990 a 2008 (LECLÈRE *et al.*, 2013). Apesar do aumento da incidência do câncer de mama nessa faixa etária, o avanço das tecnologias médicas vem ocasionando o declínio das taxas de mortalidade por câncer de mama nos cinco anos após o diagnóstico (NAROD; IQBAL; MILLER, 2015). O mesmo não acontece no Brasil, onde também há aumento na morbidade e mortalidade dessas mulheres (PINHEIRO *et al.*, 2013).

O câncer de mama em mulheres com até 40 anos ocorre em menos de 7% do total de casos confirmados da doença em países desenvolvidos (BRINTON *et al.*, 2008). Em contrapartida, esse número pode chegar a 20% nos países subdesenvolvidos, considerando as mulheres com até 44 anos (ADEBAMOWO, 2010; AKAROLO-ANTHONY; OGUNDIRAN; EL SAGHIR, 2007; VILLAREAL-GARZA *et al.*, 2013). Segundo os dados da GLOBOCAN (2020), do total de 88.492 mulheres diagnosticadas no Brasil, em 2020, 16.752 tinham idade inferior a 45 anos, o que representa 18,93% dos novos casos.

Entre os fatores de risco comuns para o câncer de mama em mulheres dessa faixa etária também devem ser incluídos: hereditariedade, alterações genéticas, a realização de radioterapia na região próxima às mamas para o tratamento do linfoma de hodgkin, fatores hormonais, sedentarismo, obesidade e diabetes (DESREUX, 2018; FARAROU EI *et al.*, 2019). Outros fatores de risco para o câncer de mama em mulheres jovens como mamas mais densas ainda não foram estudados suficientemente para serem incluídos nos protocolos de rastreamento. Mas

a combinação de alguns desses fatores de risco pode justificar a necessidade do rastreamento nessas mulheres (DESREUX, 2018).

Além da crescente taxa de incidência, os tipos de tumores prevalentes nas mulheres jovens são mais agressivos (HIRONAKA-MITSUHASHI *et al.*, 2019), com pior prognóstico e taxa de mortalidade alta se comparado aos tumores diagnosticados em mulheres mais velhas (BRENNER *et al.*, 2016; KUDELA *et al.*, 2019). Existem quatro subtipos tumorais do câncer de mama: luminal A, luminal B, câncer de mama triplo negativo e HER2. Os subtipos tumorais triplo negativo e HER2+ são as formas mais agressivas e são bastante comuns em mulheres na pré-menopausa (AZIM *et al.*, 2012). Já os subtipos Luminal são mais agressivos nas mulheres entre 20 e 29 anos, em comparação com o prognóstico mais favorável em mulheres após os 50 anos (RYU *et al.*, 2017).

As mulheres jovens (com idade inferior a 45 anos), comumente, apresentam tumores em estadiamento avançado da doença ao diagnóstico, sendo as características mais comuns: tumor maior de 2cm, linfonodos positivos, presença de metástase e ausência de resposta terapêutica ao primeiro tratamento. As mulheres com menos de 36 anos apresentam a doença em estágio ainda mais avançado (EIRIZ *et al.*, 2021; PINHEIRO *et al.*, 2013; RYU *et al.*, 2017).

Uma vez que alguns dos fatores de risco para o câncer de mama são de difícil controle, o rastreamento precoce é a principal estratégia para diminuição da mortalidade (MIGOWSKI *et al.*, 2018). Entretanto, faltam as ações de rastreamento que incluam mulheres jovens. Além disso, há dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos devido à alta densidade mamária (PINHEIRO *et al.*, 2013).

O diagnóstico precoce no Brasil ainda é um desafio a ser superado em todas as faixas etárias. Estudos apontam como fragilidades: a qualificação profissional insuficiente; a ênfase no cuidado às mulheres centrado no período gravídico-puerperal em detrimento de outras ações; dificuldade em acompanhar todo o percurso durante o diagnóstico, uma vez que os exames podem ser realizados em outra unidade de saúde e não há a unificação de informações. Além dessas, vale mencionar outras dificuldades na gestão dos serviços de saúde que acabam por limitar e prejudicar o rastreamento do câncer de mama na atenção básica (GOLDMAN *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013).

A principal estratégia de detecção precoce do câncer de mama, a mamografia, é utilizada para mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos, faixa etária definida a partir das evidências sobre a eficácia para esse grupo, que representa 99% da população com risco habitual (INCA, 2017). Os fatores que aumentam o risco para o câncer de mama, e, portanto, modificam a estratégia de rastreamento, são: mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2 ou em

parente de 1º grau, história familiar, exposição a irradiação no tórax e diagnóstico de algumas síndromes genéticas como li-fraumeni, entre outras. Para as mulheres de alto risco para o câncer de mama, portadoras de mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2, a Comissão Nacional de Mamografia propôs que o rastreamento deve ser realizado anualmente e a partir dos 30 anos (URBAN *et al.*, 2017). Por não ser considerada população de risco, as ações para o diagnóstico de mulheres com idade inferior a 45 anos são realizadas apenas na presença de sinais ou sintomas ou devido ao histórico familiar, dificultando que seja realizado precocemente (BRASIL, 2017; MIGOWSKI *et al.*, 2018b).

O autoexame é uma técnica que estimula o conhecimento do próprio corpo e possibilita observações de mudanças nas mamas. Entretanto, não é indicado para o rastreamento do câncer de mama, uma vez que os nódulos palpáveis têm dois ou mais centímetros, o que já configuraria um tumor em estágio avançado (MIGOWSKI *et al.*, 2018c). Existe uma discussão quanto ao uso da ultrassonografia como exame complementar à mamografia em mulheres na pré-menopausa, uma vez que essa população tem como característica mamas mais densas, o que diminui a eficácia da mamografia e gera um número alto de falso-positivo (BRASIL, 2008; DESREUX, 2018). No Brasil, as diretrizes para detecção precoce do câncer de mama mostraram parecer contrário ao uso da ultrassonografia por indicar que os possíveis danos superam os possíveis benefícios (MIGOWSKI *et al.*, 2018b). Assim, o meio mais eficaz de detecção precoce do câncer de mama é a mamografia para as mulheres entre 50 e 69 anos com frequência bienal (MIGOWSKI *et al.*, 2018b).

Devido ao diagnóstico tardio e por apresentarem tipos de câncer mais agressivos, o tratamento das mulheres jovens com câncer de mama inclui uma combinação de intervenções. Cirurgia, quimioterapia, radioterapia local e ovariana e terapias endócrinas são algumas das opções de tratamento disponíveis (PARTRIDGE *et al.*, 2014). Com o avanço e ampliação dessas opções terapêuticas para o câncer de mama avançado, o bom prognóstico não depende exclusivamente do diagnóstico precoce (MIGOWSKI *et al.*, 2018c). O tratamento tem sido cada vez mais personalizado devido à variação das características moleculares dos tumores diagnosticados em mulheres na pré-menopausa, o que representa um aumento na sobrevivência dessas mulheres, mas também um desafio à saúde pública (KUDELA *et al.*, 2019).

O câncer de mama em jovens mulheres apresenta, com frequência, tumores positivos aos receptores de estrogênio e/ou progesterona. Por conseguinte, no tratamento há indicação de bloqueio da produção desses hormônios, com interrupção na função ovariana (ANDERS *et al.*, 2009; LAMBERTINI *et al.*, 2018). Como consequência, ocorre a elevação do risco de

infertilidade, que pode alcançar 97% das mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama, especialmente aquelas com idade entre 35 e 40 (TRIVERS *et al.*, 2014).

A radioterapia é uma das opções de tratamento frequentemente usada em mulheres com câncer de mama. A extensão dos danos causados pelo tratamento dependerá de muitos fatores, como a idade da mulher, a dose, a trajetória da radiação e o uso concomitante de quimioterapia. A radiação direcionada à mama não oferece risco ao funcionamento dos ovários, entretanto, quando aplicada diretamente no abdome e/ou pélvis, ocasiona maiores danos aos ovários, atingindo também a musculatura e o fluxo sanguíneo do útero, o que pode levar à atrofia do ovário e a futuras complicações obstétricas (HULVAT; JERUSS, 2009).

Enquanto a radioterapia é um tratamento local, a quimioterapia é um tratamento sistêmico — o que significa que também atinge células saudáveis — usado em grande parte das mulheres diagnosticadas com câncer de mama antes dos 40 anos. Os protocolos de quimioterapia mais utilizados em mulheres em idade reprodutiva podem induzir à redução da reserva de folículos ovarianos e cessação do ciclo menstrual (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015; SOUZA *et al.*, 2014). Todavia, a cessação do ciclo menstrual pode ser apenas suspensa, retornando alguns meses após o fim do tratamento. Vale mencionar que esse retorno depende da idade da mulher, das drogas utilizadas na quimioterapia e do número de ciclos a que foi submetida (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015).

No entanto, faltam estudos que estabeleçam melhores parâmetros de recuperação da capacidade reprodutiva da mulher após o tratamento do câncer de mama (HICKEY *et al.*, 2009; HULVAT; JERUSS, 2009). Penault-Llorca *et al.* (2009) indicam que a porcentagem de mulheres com menos de 40 anos que recupera sua capacidade reprodutiva pode variar entre 15 e 50%.

Outro recurso terapêutico é a terapia hormonal, que consiste em bloquear a produção de estrógeno com o uso do tamoxifeno. O tratamento também interfere no ciclo menstrual, o qual pode normalizar em até dois anos após o fim do tratamento (HULVAT; JERUSS, 2009). Quando o diagnóstico é precoce, a mortalidade por câncer de mama nos primeiros 15 anos após o diagnóstico é de 42% para mulheres com menos de 50 anos. O uso do tamoxifeno diminui a taxa de mortalidade pela metade (EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP (EBCTCG), 2005). A redução da mortalidade nos dez primeiros anos também é significativa, entretanto, o uso prolongado do tamoxifeno pode aumentar o risco da infertilidade. Por outro lado, seu uso por cinco anos pode ser uma das estratégias para a preservação da fertilidade (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015; TRIVERS *et al.*, 2014).

Os protocolos de tratamento para mulheres jovens visam diminuir a mortalidade por câncer de mama, mas também devem considerar as necessidades de cada mulher, uma vez que o desejo de ter filhos no futuro pode interferir na tomada de decisão quanto ao protocolo utilizado. Em algumas situações, o protocolo quimioterápico pode ser alterado de maneira que diminua a concentração de ciclofosfamida, reduzindo, assim, a toxicidade gonadal e preservando a função ovariana. Também é possível retirar ovócitos ou embriões para serem criopreservados, assim como o congelamento de tecido ovariano antes do início da quimioterapia (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015).

No Brasil, a coleta de material biológico para criopreservação e posterior fertilização *in vitro* não são procedimentos incluídos na rede de atenção ao paciente oncológico. Alguns centros universitários oferecem o serviço de criopreservação (TRATAMENTOS..., 2014). No entanto, a mulher deve arcar com os custos dos medicamentos e dos procedimentos necessários à coleta do material, que podem chegar a 10 mil reais, segundo uma das colaboradoras deste estudo, o que dificulta o acesso ao procedimento.

As questões relacionadas à fertilidade devem ser abordadas logo após o diagnóstico e antes da quimioterapia para que as opções de tratamento e preservação da fertilidade possam ser realizadas, se solicitadas, pela mulher em tratamento do câncer de mama. O aconselhamento deve ser feito por equipe multidisciplinar e a tomada de decisão deve ser compartilhada entre o paciente e o contexto clínico (CHRISTIAN; GEMIGNANI, 2019).

A mulher deve ser orientada quanto aos riscos dos tratamentos e de uma gravidez subsequente ao tratamento do câncer de mama (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015). Algumas das técnicas utilizadas na tentativa de preservar a fertilidade expõem a mulher a altas doses hormonais e adiam o início do tratamento, podendo desencadear uma piora do quadro oncológico (HULVAT; JERUSS, 2009). Mulheres com tumores em estágio avançado ou tumores mais agressivos não são, portanto, boas candidatas aos procedimentos de preservação da fertilidade (TRIVERS *et al.*, 2014).

Apesar da fertilidade ser uma grande preocupação para mais de 90% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama antes dos 40 anos, é bastante baixa a porcentagem daquelas que aderem a estratégias de criopreservação, por medo de atrasar o início do tratamento. Apenas por volta de 12% optam por algum procedimento nos primeiros quatro anos após o diagnóstico. Resultados da fase piloto do estudo PREgnancy and FERtility (PREFER) apontaram que, para a preservação da fertilidade, mais de 90% das mulheres estudadas, com até 45 anos, optaram pela supressão temporária da função ovariana durante a quimioterapia com o uso de agonistas

do hormônio liberador de gonadotrofinas (BLONDEAUX *et al.*, 2021; LAMBERTINI *et al.*, 2018).

A infertilidade é apenas uma das repercussões do tratamento do câncer de mama. Ao inibir a produção de estrogênio, o tratamento acaba por induzir a menopausa precocemente e a mulher passa a ter os mesmos sintomas da mulher que entra na menopausa de forma natural (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015; SOUZA *et al.*, 2014). Ganho de peso, prejuízo cognitivo, diminuição do desejo sexual, ondas de calor, alterações de humor entre outros sintomas são frequentemente relatados pelas mulheres jovens em tratamento do câncer de mama (LIEM *et al.*, 2015).

Estudos mostram que a sexualidade é outro aspecto da vida dessas mulheres bastante prejudicado pelo tratamento do câncer de mama relacionado a uma pior qualidade de vida (SOLDERA *et al.*, 2018; STREICHER; SIMON, 2018). Além das alterações na imagem corporal que podem ser geradas pela cirurgia, seja mastectomia ou quadrantectomia, a função sexual da mulher também pode ser prejudicada pelos sintomas da menopausa precoce (SOLDERA *et al.*, 2018). Tais prejuízos também devem receber um cuidado integral que inclua não só a mulher, mas também companheiro ou companheira quanto às repercussões da menopausa precoce na sexualidade da mulher e do casal (MARSH *et al.*, 2020).

Uma vez que a inibição do funcionamento dos ovários é induzida pelo tratamento, ao cessar o tratamento medicamentoso existe uma pequena chance de que a mulher recupere seu ciclo menstrual e a menopausa seja interrompida (TRIVERS *et al.*, 2014). A expectativa em relação ao futuro é bastante incerta para as mulheres nesse período do tratamento e lidar com a esperança de superar a menopausa ou, pelo contrário, ter que se adaptar a ela pode ser bastante difícil.

As mudanças físicas, psicológicas e sociais vividas pelas mulheres durante o tratamento transformam sua maneira de ser e de se perceber. A imagem feminina, que gira em torno da sexualidade e sensualidade e do papel da maternidade, é bruscamente alterada durante o tratamento e, em parte, pela menopausa precoce induzida pelo tratamento (ALMEIDA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2010).

Por sua baixa incidência, são poucos os estudos realizados sobre o câncer de mama em mulheres com menos de 45 anos, e a atenção dispensada a elas não contempla suas especificidades como questões relacionadas a trabalho, sexualidade e menopausa precoce (PARTRIDGE *et al.*, 2014; PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015). Com o prolongamento da vida das mulheres diagnosticadas, o câncer de mama passa a ser considerado uma doença crônica (HARLEY *et al.*, 2012). Isso quer dizer que existe um longo período em que a mulher não está

mais recebendo o cuidado intensivo, com consultas frequentes ou internações, mas que ainda há a necessidade de se adaptar a sintomas e limitações físicas, psicológicas e sociais decorrentes do tratamento do câncer de mama (BOELE *et al.*, 2019).

O plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (2020) preconiza ações de atenção psicossocial no “manejo apropriado da cronicidade”, com o objetivo de oferecer atenção integral à saúde desses pacientes, nos quais se incluem os pacientes oncológicos. No entanto, para que haja a interlocução em uma rede de cuidado que atenda as demandas psicossociais durante e após o tratamento do câncer, são necessários anos de uma gestão continuada que favoreça a construção das condições necessárias e a formação continuada dos profissionais da saúde para um olhar humanístico. Trata-se de um caminho ainda em construção no Brasil (DOMENICO, 2016), mas que tem na atenção primária a possibilidade de ampliar o cuidado integral e contínuo com a estratégia saúde da família (MIGOWSKI *et al.*, 2018a).

Durante a realização de doutorado sanduíche no Canadá, tive a oportunidade de conhecer a primeira enfermeira da província de Alberta, Jodie Jespersen (2019)¹, contratada para compor uma equipe multiprofissional que oferece cuidados oncológicos apenas para jovens adultos em uma instituição hospitalar (informação verbal). Apesar de ser uma iniciativa ainda bastante pontual no país, trata-se de um ganho muito importante na assistência em saúde que permite um cuidado mais personalizado à realidade e às demandas de adultos jovens com câncer.

No Brasil, as complicações decorrentes do câncer a médio e longo prazo ainda são pouco exploradas e negligenciadas por muitos serviços de saúde devido à falta de consenso em definir a sobrevivência ao câncer (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Assim, se faz urgente a organização de uma rede de serviços que possa prestar um cuidado adequado às características e repercussões do tratamento do câncer em jovens mulheres. Como parte desse cuidado integrado, deve ser levado em conta o olhar sobre o luto causado pelas mudanças corporais, visto que se trata de um aspecto importante da experiência do câncer de mama (KIRKMAN *et al.*, 2014). Perdas significativas, como a da fertilidade, são um fenômeno psicossocial por repercutirem em diversas dimensões da vida da mulher (LINS *et al.*, 2014). No entanto, segundo estudo realizado por Braz e Franco (2017), até mesmo profissionais paliativistas ainda têm uma formação muito deficitária para lidar com o processo de morte e de luto. Foi justamente

¹ Informação recebida de Jodie Jespersen durante visita técnica ao Cross Cancer Institute, Edmonton/Canada, 2019.

perceber a lacuna existente no cuidado oferecido às mulheres jovens com câncer de mama o que motivou a investigação do presente estudo.

O termo “mulheres jovens” é amplamente utilizado na literatura sobre o câncer de mama. No entanto, a idade que define essa população nos estudos varia entre mulheres de até 35, 40 e 45 anos (REYNA; LEE, 2014). Segundo Suter e Pagani (2018), o termo “jovens” se refere a mulheres que foram diagnosticadas com até 40 anos e que possuem demandas diferentes das mulheres mais velhas como planejamento familiar e preservação da fertilidade. Essa divergência na definição do termo, ao mesmo tempo que dificulta algumas generalizações, acaba por escancarar algumas particularidades do câncer de mama nas diferentes idades.

A partir do contato com mulheres com câncer de mama em idade inferior a 45 anos, percebi certas angústias vividas por essas mulheres ao se depararem com a menopausa precoce. A infertilidade é uma das questões que mais pareceu preocupar as mulheres jovens com as quais tive contato. Além disso, me questionei se existiam e quais seriam outras perdas simbólicas decorrentes da menopausa precoce induzida pelo câncer de mama e como essas perdas são vividas. Assim, propus o presente estudo que visa compreender o processo de luto das perdas ocasionadas pela menopausa precoce em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em idade inferior a 40 anos.

Entendemos que a compreensão da experiência da menopausa precoce pode ampliar e aprofundar o conhecimento existente sobre esses aspectos, bem como oferecer abertura para que outros elementos presentes nessa vivência possam ser expressos e elaborados do ponto de vista psicológico. Tal compreensão pode orientar a criação de protocolos que garantam o acesso às informações necessárias e ao suporte físico, social e emocional das mulheres com menopausa precoce decorrente do câncer de mama. Dessa forma, é possível dirimir dúvidas, atenuar ansiedades e minimizar o sofrimento dessas pacientes.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Menopausa precoce decorrente do câncer de mama

2.1.1 Menopausa precoce e falência ovariana prematura

O climatério corresponde ao processo de cessação da menstruação e vida reprodutiva da mulher, ocorrendo entre os 40 e 65 anos. No entanto, é um processo gradual, que pode levar alguns anos para que a menopausa se instale. O período em que a menstruação fica irregular e alguns sintomas como as ondas de calor e insônia podem surgir é denominado climatério. Após um ano em que a menstruação cessou ininterruptamente, já se pode considerar a mulher em menopausa. A menopausa precoce é aquela que ocorre antes dos 40 anos e a menopausa tardia aquela que ocorre após os 55 anos (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO), 2010).

Enquanto na menopausa precoce a amenorreia é um estado definitivo, na falência ovariana prematura (FOP) a perda da função gonadal pode ser temporária, assim pode haver produção de estrogênio e até mesmo ovulação. Também há, apesar de baixa, uma possibilidade de gravidez para mulheres diagnosticadas com FOP (KALANTARIDOU; NELSON, 2006). A mulher pode ter os mesmos sintomas da menopausa como ondas de calor, diminuição da libido, ressecamento vaginal, dor na relação sexual, insônia, etc. A FOP também ocorre em mulheres com menos de 40 anos de idade e pode ser causada por inúmeros fatores, entre eles o tratamento do câncer (FEBRASGO, 2010).

Os estudos sobre o câncer de mama em mulheres jovens utilizam o termo menopausa precoce para se referir ao status das mulheres com amenorreia decorrente do tratamento do câncer de mama (LIEM *et al.*, 2015), o que também observamos em revisão integrativa (SILVA *et al.*, no prelo). Muitos destes estudos não descrevem resultados de exames clínicos que justifiquem o uso do termo “menopausa precoce” em detrimento da FOP.

Ao relacionar-se com a quimioterapia, as consequências para o status reprodutivo da mulher também podem ser classificadas em: amenorreia relacionada à quimioterapia (amenorreia com duração de 3 a 10 meses após o fim da quimioterapia); menopausa relacionada à quimioterapia (12 ou mais meses de amenorreia após a quimioterapia); status premenopausal (menstruação ao menos a cada 3 meses) (LIEM *et al.*, 2015). Uma vez que para o presente estudo não foram feitos exames clínicos para um diagnóstico diferencial, optamos por utilizar a nomenclatura *menopausa precoce* para o status das mulheres com menos de 45 anos com amenorreia relacionada à quimioterapia há 12 ou mais meses.

A menopausa precoce costuma ser um dos agravantes do câncer de mama em mulheres jovens. Por esse motivo, quando em idade reprodutiva, elas apresentam uma demanda bastante específica, que envolve aspectos sociais e emocionais diferentes das mulheres mais velhas (PARTRIDGE *et al.*, 2014; PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015). Normalmente também se relaciona com uma baixa Qualidade de Vida devido aos prejuízos que acarreta à sexualidade e aos sintomas físicos e psicossociais (CANTINELLI *et al.*, 2006).

Além da fertilidade, os sintomas da menopausa têm um importante impacto na sexualidade das mulheres com câncer de mama, em especial naquelas com menos de 45 anos de idade. Os sintomas causados pela menopausa, como diminuição da libido, secura vaginal e episódios de calor, podem provocar uma piora na qualidade de vida e na sexualidade da mulher (JANKOWSKA, 2013; PERZ; USSHER; GILBERT, 2014). Os sintomas físicos da menopausa exigirão importantes adaptações na relação sexual do casal, podendo causar frustrações enquanto mulher e esposa (PERZ; USSHER; GILBERT, 2014).

No entanto, as questões relacionadas a fertilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama têm sido tratadas como secundárias pelos profissionais de saúde, fazendo com que elas tenham poucas informações sobre amenorreia, menopausa precoce, sexualidade e fertilidade. Apesar disso, para muitas mulheres a preservação da fertilidade é prioridade no tratamento do câncer e necessita de maior atenção por parte dos profissionais de saúde (PEDRO; OTERO; MARTÍN, 2015).

A menopausa se torna, portanto, um complexo evento na vida da mulher que requer adequações físicas, psíquicas e sociais nem sempre bem elaboradas pela mulher. Ao ser vivenciada em idade anterior à esperada, pode causar ainda mais sofrimento, interferindo na vida da mulher bem como em seus sonhos futuros relacionados ao planejamento familiar. A atenção recebida pode facilitar o manejo dos sintomas da menopausa e auxiliar a mulher a elaborar tais perdas.

2.1.2 Repercussões psicológicas da menopausa precoce no câncer de mama

Inúmeras mudanças são ocasionadas pelo tratamento do câncer de mama, as quais exigem uma adaptação da mulher à sua nova condição. Um dos aspectos mais discutidos pela literatura é a perda da mama ocasionada pela mastectomia. A retirada da mama, como símbolo do feminino e da maternidade, representa uma profunda mudança na identidade feminina, suscitando sentimentos de inferioridade e medo da rejeição por parte do parceiro, familiares e amigos (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015; SILVA, 2008). As repercussões da menopausa precoce

em decorrência do câncer de mama em mulheres com menos de 45 anos, apesar de serem ainda pouco estudadas, também podem ser sentidas como perdas significativas em vários aspectos: da qualidade de vida, da sexualidade, da fertilidade e da própria identidade feminina, uma vez que as vivências relacionadas à sexualidade e à capacidade reprodutiva estão intrinsicamente associadas à construção da personalidade (SILVA, 2008).

Os sintomas da menopausa precoce que podem estar relacionados com prejuízos na qualidade de vida são as alterações do sono, ganho de peso, os impactos na sexualidade da mulher com câncer de mama e menopausa precoce (ROSENBERG; PARTRIDGE, 2013). Enquanto que outros sintomas como os desconfortos causados pelas ondas de calor podem ser manejados facilmente pela maioria das mulheres (KNOBF, 2008). Uma piora na qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama pode ser decorrente de aspectos ligados a sexualidade, fertilidade e reinserção no mercado de trabalho (ASSOGBA *et al.*, 2020).

O período do desenvolvimento em que se encontram essas mulheres é caracterizado pela inserção no mercado de trabalho e pela busca de estabilidade profissional e financeira. Entretanto, durante o tratamento essas atividades podem ser interrompidas, colocando a mulher jovem novamente em uma situação de dependência financeira (GROENEVELD; BOER; FRINGS-DRESEN, 2012). Após o diagnóstico, muitas mulheres sofrem dificuldades em manter uma determinada atividade profissional devido às restrições físicas, como aumento de fadiga ou impossibilidade de realizar determinados movimentos ou uso da força física (ASSOGBA *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2019). Abandonar uma atividade profissional autônoma, se aposentar, ser transferida de setor e, até mesmo, parar de trabalhar podem ser possíveis repercussões do tratamento oncológico para a vida profissional dessas mulheres (ASSOGBA *et al.*, 2020).

O diagnóstico de câncer de mama também pode levar a uma ressignificação da vida e do trabalho, deixando de ser prioridade para algumas mulheres jovens que passam a repensar a necessidade de voltar ou não ao trabalho. Para as mulheres que voltam a trabalhar, as alterações físicas e cognitivas podem dificultar o retorno à atividade laborativa ao prejudicar o ritmo e rendimento no trabalho (RAQUE-BOGDAN *et al.*, 2015). Porém, o desejo de retornar ao trabalho e manter-se produtiva pode ser essencial para algumas mulheres jovens retomarem suas vidas de maneira mais satisfatória (GROENEVELD; BOER; FRINGS-DRESEN, 2012), uma vez que as mulheres que voltaram a trabalhar têm uma melhor qualidade de vida em relação àquelas que não voltaram a trabalhar após o diagnóstico do câncer de mama (SCHMIDT *et al.*, 2019).

Dentre as principais preocupações das mulheres com câncer de mama estão as mudanças ocasionadas no campo da sexualidade. Aliado à alteração da imagem corporal nas mulheres mastectomizadas, o prejuízo à sexualidade causado pela menopausa induzida é um dos efeitos negativos com maior tempo de duração e que podem levar a sintomas de ansiedade (HUNGR; SANCHEZ-VARELA; BOBER, 2017; PERZ; USSHER; GILBERT, 2014). O declínio da produção de estrogênio pode causar alterações corporais que incluem secura vaginal, dispareunia, atrofia vaginal e diminuição do desejo sexual. Assim, acabam por prejudicar a sexualidade feminina, sendo comum relatos de mulheres que optam por não manter relações (MARSH *et al.*, 2020).

Essas alterações corporais podem ocasionar prejuízos na atividade sexual com o parceiro (BENEDICT *et al.*, 2017; PERZ; USSHER; GILBERT, 2014) e insatisfação no desempenho do papel de esposa e mulher, devido às fantasias dessas mulheres de que não podem satisfazer o parceiro sexualmente (PERZ; USSHER; GILBERT, 2014). A diminuição da libido e a falta de interesse sexual é sentida por muitos parceiros, que percebem também as angústias desencadeadas por tais mudanças nas mulheres durante o tratamento do câncer de mama (SAYAKHOT; VINCENT; TEEDE, 2012). Um estudo realizado com 514 mulheres espanholas aponta que a disfunção sexual mais grave se relacionou com a realização de mastectomia bilateral quando comparada à nodulectomia, bem como entre aquelas que foram submetidas a tratamentos adjuvantes com quimioterapia, radioterapia e a terapia hormonal (COBO-CUENCA *et al.*, 2018).

As estratégias de manejo dos sintomas menopausais que interferem na vida sexual da mulher com câncer de mama vêm sendo estudadas e não se limitam apenas à indicação de lubrificantes. Também é possível incluir nessa lista: aconselhamento psicológico à mulher ou ao casal, intervenções grupais, exercícios do assoalho pélvico, entre outros, combinando ações educativas, comportamentais e de meditação. O uso de géis e lubrificantes de base hormonal não tem boa indicação para as mulheres em tratamento do câncer de mama, limitando as opções de manejo dos sintomas (MARSH *et al.*, 2020).

Muitas mulheres esperam que o assunto seja abordado pela equipe de saúde e as mulheres jovens preferem que o tema seja discutido face a face. A escolha das estratégias de intervenção deve ser feita em conjunto, aliando equipe de saúde, mulher e companheiro(a) quando houver, com o intuito de favorecer a que melhor se adequa às suas expectativas. O estudo realizado por Stabile *et al.* (2017) identificou diferenças na preferência de intervenções de acordo com a idade. As mulheres jovens demonstraram interesse por intervenções online e aquelas que possibilitam a discussão com a equipe de saúde. Por outro lado, as mulheres com

idade acima de 50 anos demonstraram preferência por realizar a leitura de material educativo sozinhas e não se interessam por intervenções online.

A possibilidade da menopausa pode ser sentida como um “trauma duplo” para mulheres jovens que não tiveram filhos ou que sentem que não completaram sua família, um desejo que pode não ser realizado por muitas dessas mulheres (PERZ; USSHER; GILBERT, 2014). Diversos estudos apontam a infertilidade como uma das repercussões da menopausa induzida que causa maior preocupação nas mulheres jovens (BENEDICT *et al.*, 2017; LJUNGMAN *et al.*, 2018; REES, 2017), podendo estar relacionada a depressão moderada ou grave (GORMAN *et al.*, 2015).

O fato de não ser possível afirmar com certeza se a menopausa será um estado temporário ou não também é um aspecto que dificulta que a mulher jovem siga em frente com a sua vida. Além disso, acaba por mantê-la em um estado liminar, ou seja, suas atitudes e escolhas de vida estarão condicionadas à possibilidade de poder ou não ter filhos no futuro. O status menopausal indefinido acarreta muitas incertezas sobre o planejamento familiar (REES, 2017). A infertilidade passa a ser um ponto central da vida de muitas mulheres jovens com histórico de câncer de mama. Há indícios de que a pouca adesão aos tratamentos endócrinos ou a sua interrupção precoce ocorrem por preocupações relacionadas à fertilidade (BENEDICT *et al.*, 2017; HAMPE; RHOTON-VLASAK, 2020).

Desta forma, a adequada orientação sobre as alternativas de tratamento para a preservação da fertilidade é de suma importância, uma vez que a decisão por qual tratamento optar é tomada sob intenso estresse e com muito pouco tempo para a mulher conhecer e avaliar suas alternativas (KIRKMAN *et al.*, 2013; PERZ; USSHER; GILBERT, 2014). Por volta de 50% das mulheres com câncer de mama em idade reprodutiva se preocupam com sua fertilidade, o que interfere nas decisões quanto ao tratamento (PARTRIDGE *et al.*, 2004).

A infertilidade e a menopausa precoce são indicativos de uma pior qualidade de vida e de ansiedade frente às mudanças acarretadas à vida sexual e reprodutiva dessas mulheres (PERZ; USSHER; GILBERT, 2014; ROSENBERG; PARTRIDGE, 2013). Tais mudanças podem ser sentidas como perda da feminilidade e perda de uma sexualidade satisfatória, que passa a ser vivida com os incômodos ocasionados pela menopausa precoce (FERREIRA *et al.*, 2011).

As alterações mencionadas levam a muitas mudanças na vida social e emocional da mulher com câncer de mama. Tanto as mulheres jovens, como as mais velhas, apresentam elevado risco para o desenvolvimento de depressão, ansiedade, estresse e transtorno de estresse

pós-traumático (TEPT). No entanto, as características e estratégias de enfrentamento são diferentes para cada faixa etária (DINAPOLI *et al.*, 2021).

Segundo Soares (2009), além da precipitação da menopausa, a possibilidade da morte, a perda dos cabelos, a perda ou mutilação da mama, as transformações na identidade, na sexualidade e na vida familiar e social da mulher com câncer de mama são alguns dos lutos que ela deverá elaborar após a descoberta da doença. Assim, a perda da fertilidade, entre outras perdas ocasionadas pela menopausa precoce, são alguns dos lutos enfrentados pelas mulheres jovens com câncer de mama.

Os estudos atuais sobre o câncer de mama em jovens mulheres apontam as mudanças na fertilidade e na sexualidade como importantes perdas sentidas por elas, o que exige um trabalho psíquico de adaptação a essa nova realidade (FERREIRA *et al.*, 2011). Assim, para que as novas condições de vida sejam aceitas, pode ser necessário que a mulher elabore o luto das perdas ocasionadas pela menopausa precoce durante o tratamento do câncer de mama. No entanto, em estudo de revisão integrativa sobre as evidências científicas das repercussões psicológicas da menopausa precoce induzida pelo tratamento (SILVA *et al.*, no prelo), o luto não foi um fator explorado como parte da experiência da menopausa precoce, evidenciando uma importante lacuna na produção de conhecimento.

Referente aos cuidados dispensados pelos profissionais da saúde às mulheres com menopausa precoce decorrente do câncer de mama, a falta de informação e suporte para lidar com os sintomas da menopausa e questões relacionadas à sexualidade são frequentemente relatados pelas mulheres, dificultando o manejo dos sintomas da menopausa e limitando as decisões sobre questões reprodutivas (CORNEY; PUTHUSSERY; SWINGLEHURST, 2014; KIRKMAN *et al.*, 2013). O suporte familiar do companheiro e do médico podem ser percebidos como positivos na adaptação da mulher à menopausa precoce. Além de um vínculo positivo com seus médicos, as mulheres que foram informadas de forma adequada sobre a menopausa precoce tiveram uma melhor adaptação aos seus sintomas (KNOBF, 2008).

Se faz visível, a partir do exposto, que a experiência da menopausa precoce em mulheres diagnosticadas com câncer de mama tem importante repercussão emocional e pode desestabilizar o funcionamento psíquico ao provocar significativas mudanças na identidade e vida dessas mulheres. No entanto, ainda são poucos os estudos que contemplam a elaboração e a adaptação psíquica necessária.

Que mudanças são sentidas como perdas significativas e como se dá o luto decorrente da menopausa precoce e seus sintomas são aspectos pouco estudados. Para dar subsídios à compreensão dos aspectos subjetivos presentes no processo de luto, os próximos tópicos

apresentam com maior profundidade a psicodinâmica feminina e os processos psicológicos da menopausa.

2.1.3 Corpo e subjetivação

Antes de adentrar as características da menopausa, faz-se necessário apresentar brevemente a perspectiva psicodinâmica sobre o corpo e o feminino para que as considerações sobre a menopausa façam mais sentido ao leitor. Optamos por utilizar do olhar psicanalítico do processo de subjetivação, uma vez que adotamos os mesmos pressupostos para compreender os aspectos de personalidade das mulheres entrevistadas que estão vivenciando uma transição psicossocial devido aos lutos simbólicos, decorrentes da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama.

O tornar-se mulher remete às experiências em tenra idade, em que ainda não está constituído um aparelho psíquico mais robusto e em que as sensações corporais são as principais fontes de experimentação de si e do mundo. Nesse sentido, é a partir do narcisismo primário, das experiências de um corpo pulsional, inicialmente fragmentado, o qual vai se integrando até que a imagem corporal unificada é construída e o corpo passa a ser representado psiquicamente (LAZZARINI; VIANA, 2006). Assim, forma-se uma unidade, eu e corpo, em um tempo e espaço e em relação a um outro significativo (BIRMAN, 1999). Nessa perspectiva, o corpo biológico é palco para a inter-relação entre o corpo e o psíquico (FERNANDES, 2002). A imagem do corpo como unidade não se trata, portanto, da experiência corporal concreta, mas da simbolização derivada das sensações sensoriais deste em relação com o outro (LAZZARINI; VIANA, 2006).

Nesse sentido, Freud afirma que não se nasce mulher, se torna uma a partir da internalização dos pressupostos sociais que lhe são atribuídas durante o desenvolvimento, intermediada por um corpo em relação com o mundo. Maria Rita Kehl (2008) chama a atenção para o primeiro significante a que nos atribuem, “mulher”, já estabelecido pela existência de um corpo cujas características são identificadas na cultura como femininas antes mesmo de nos tornarmos sujeitos. A interação entre o corpo e o social é a matéria prima para a subjetivação (LAZZARINI; VIANA, 2006).

Para a teoria freudiana, o complexo de Édipo é um momento muito importante do desenvolvimento e consolidação da personalidade. No entanto, o processo de subjetivação feminina se difere do masculino, uma vez que o período pré-edípico, em que o corpo feminino é percebido como diferente do corpo masculino pode ser simbolizado pela falta. A feminilidade

está intimamente relacionada à castração, pois, para Freud, representa a ausência do *phallus* que confronta a mulher com a sua finitude e incompletude e o sentimento de desamparo por esta constatação. É a partir do complexo de castração que a sexualidade feminina pode ter três destinos: o afastamento da sexualidade; o complexo de masculinidade; ou o ser mulher, que implica a menina passar a ter o pai como objeto de desejo e a se identificar com os papéis sociais desempenhados pela mãe (ROCHA, 2002; VALDIVIA, 1997).

O feminino é caracterizado pela falta do falo (castração) e a capacidade de gerar filhos pode ser o substituto simbólico eleito (KEHL, 2008; PANACHÃO, 2004). Apesar da subjetivação feminina ter, em Freud, um lugar inferior ao masculino e da maternidade ser, nesse sentido, a maneira de recuperar esse status, atualmente tem sido possível pensar que a mulher pode ter mais liberdade em encontrar outras possibilidades de empregar o seu potencial, assim como os homens sempre o tiveram. Diferente do início do Século XX, quando Freud desenvolveu suas concepções sobre o desenvolvimento psicosssexual e que a mulher tinha o seu papel social limitado ao espaço doméstico. Como afirma Kehl (2008), uma vez que o *ser mulher* é circunscrito em uma determinada cultura, sua definição não é universal. Até mesmo Freud reconhece que as características de submissão e passividade atribuídas à sexualidade feminina podem ser fruto das influências sociais e culturais da época (SMALL, 1989).

Depois de Freud, as concepções binárias e falocêntricas passam a ser questionadas e outras visões do feminino são apresentadas a partir das características e sensações corporais que favorecem a elaboração simbólica do *ser mulher* (MORAES; JUNIOR, 2010; PERES; CENTURION; CREMASCO, 2018). Melanie Klein chama a atenção para a capacidade de gerar e nutrir da mulher, que pode causar angústias em uma sociedade falocêntrica. Outra concepção interessante é a de Doris Bernstein (1990), que parte das sensações difusas e imprecisas que o órgão feminino produz e que podem gerar fantasias de ser invadida e de perda do prazer ou de fertilidade. Ambas as concepções não partem do modelo masculino como referência na constituição do feminino (MORAES; COELHO JUNIOR, 2010).

Tais considerações são necessárias para que se tenha a dimensão da importância que o corpo fértil tem para o *ser mulher*. As experiências corporais em relação com o outro (mãe/cuidador) é que darão subsídios para o desenvolvimento egóico. A vivência do corpo feminino com o outro servirá de modelo para uma estrutura psíquica capaz de criar e nutrir em termos simbólicos.

2.1.4 Menopausa precoce: um olhar psicodinâmico

A menopausa é um marcador biológico da aproximação da velhice, da entrada em uma nova fase do desenvolvimento humano (FERREIRA *et al.*, 2013), e pode instigar fantasias sobre a finitude da vida e do fim de sua capacidade criadora e produtiva, uma vez que se trata de um evento que marca a aproximação com a velhice (MORI; COELHO, 2004). Durante o climatério, o corpo volta a proporcionar experiências sensoriais desconhecidas pela mulher, como calorões, dores, ressecamentos, insônia etc., passando a ser sentido como um corpo desconhecido (FURTADO, 2001).

É um momento em que a experiência corporal será novamente ressignificada e integrada ao *eu*. Mas que, por integrar o contexto social atual à experiência, a mulher poderá contar com mais possibilidades e diversidade nas formas de dar sentido a esse novo corpo. Em estudo realizado por Furtado (2001) com mulheres entre 45 e 60 anos sobre a menopausa, a maternidade não emergiu como conteúdo importante para as mulheres entrevistadas, o que pode ser explicado pela faixa etária e classe social das participantes. A autora lembra o quanto a mídia acaba reforçando ideias de que a menopausa representa o fim da feminilidade por não ter mais um corpo capaz de reproduzir.

Percebeu que o encontro com a velhice e a representação da morte em um corpo fadigado, menos produtivo, remeteu a feridas narcísicas antigas, derivadas do complexo de castração (FURTADO, 2001). O que pode indicar uma mudança de pensamento, em que a maternidade não é tida como a única condição criadora feminina.

Laznik (2012) propõe que a menopausa acarreta uma terceira reedição do complexo edípico e de alterações na imagem corporal. A esse conjunto de processos psíquicos desencadeados pela menopausa ela dá o nome de Complexo de Jocasta, o qual consiste no retraimento e reorganização da libido², no sentido psicanalítico. Assim, as alterações relacionadas ao desejo sexual não se resumem à diminuição da libido, mas à busca de um novo objeto de desejo. A sublimação desse desejo pulsional possibilita, portanto, a escolha de objetos que sejam socialmente aceitos, como os cuidados com os netos, a gestão familiar, o envolvimento em atividades religiosas, etc. (NEGREIROS, 2004).

Outra característica do Complexo de Jocasta, proposto por Laznik (2012), é a alteração na imagem corporal de forma negativa, em que o corpo deixa de ser objeto de desejo do outro

² Aqui o termo *libido* não se refere a apenas a diminuição do desejo sexual, mas para Freud trata-se de uma “energia que se supõe subjacente aos processos anímicos em geral, conferindo, assim, seu caráter qualitativo” (FREUD, 1996, p. 205).

e passa a ser um corpo que causa estranhamento sob o olhar da própria mulher. Entrar na velhice e ter filhos crescidos e mais independentes acaba por mudar os papéis sociais relacionados à maternidade, ao casamento e ao ser mulher, às vezes, por ser a mulher mais velha da família. Tais mudanças podem ser sentidas como positivas ou negativas, a depender de características pessoais e culturais (LINDH-ASTRAND *et al.*, 2007). Assim, em sociedades que mantêm o papel social da mulher restrito ao ambiente doméstico, ela pode ter dificuldade em encontrar ou ressignificar novas atividades em que possa expressar sua condição de criar.

A mulher com câncer de mama pode antecipar algumas dessas experiências emocionais ao se perceber em menopausa ao mesmo tempo em que pode desfrutar da esperança em restabelecer sua fertilidade após o tratamento do câncer de mama (PERZ; USSHER; GILBERT, 2014). As mudanças ocasionadas, por serem tão profundas, levam à necessidade da reconstrução da identidade. E ainda, se as perdas ocasionadas nessa fase da vida não são bem elaboradas, podem surgir sintomas depressivos (MORI; COELHO, 2004).

Quando ela ocorre precocemente pode representar muitas rupturas na vida da mulher, fazendo com que ela se sinta fora de sincronia em relação aos seus pares. O corpo jovem que a mulher vê no espelho é diferente do corpo que a faz se sentir velha (BOUGHTON, 2002). As mudanças corporais e de humor não possuem contornos claros para a mulher jovem que fica insegura pela dificuldade de compreender o que está acontecendo com o seu corpo. Leva tempo para que as mulheres jovens se deem conta de que o maior cansaço, a baixa produtividade e as oscilações do humor são decorrentes da menopausa (BOUGHTON; HALLIDAY, 2008).

A infertilidade é um evento doloroso que mobiliza um processo de luto pela perda da capacidade reprodutiva, especialmente para as mulheres sem filhos, uma vez que a maternidade oferece status e é parte importante da sua identidade. Para muitas mulheres, é na maternidade que a mulher encontra sua feminilidade, enquanto que a infertilidade pode representar a sua impotência e remete à angústia de castração (LINS *et al.*, 2014). O conjunto das alterações corporais e psicológicas da menopausa precoce pode fazer com que a mulher sinta que perdeu sua jovialidade e feminilidade, julgando-se menos atraente (HALLIDAY; BOUGHTON, 2009).

Como lido anteriormente, apesar da menopausa estar relacionada com simbolismos do feminino, a maneira como ela será vivida difere em cada etapa do desenvolvimento. As mulheres jovens não têm filhos criados e independentes. Muitas são nulíparas e não têm estabilidade financeira, enquanto algumas são casadas e outras se preocupam com futuros relacionamentos afetivos. Todas essas áreas da vida podem ser diretamente afetadas pela

menopausa precoce e a fase do desenvolvimento em que ocorre dá um colorido diferente para essa experiência (PERZ; USSHER; GILBERT, 2014).

2.1.5 Luto e menopausa precoce

Se tivermos que escolher um único traço para marcar a diferença entre as análises atuais e o que imaginamos ser outrora, é provável que concordaríamos em situá-la em torno dos problemas de luto.

André Green

Vimos que o corpo é palco para o processo de subjetivação na relação entre corpo e psique. As alterações físicas e biológicas que marcam a passagem para a próxima fase do desenvolvimento, como a adolescência, a maternidade e a menopausa, são palco para transformações psíquicas de igual importância. Quando o corpo que se transforma e deixa de corresponder à imagem corporal simbolizada ao longo do desenvolvimento, o aparelho psíquico também sofrerá alterações importantes, necessitando se reorganizar.

Apesar de não ser uma perda visível, como um membro do corpo que é amputado, a menopausa induzida pelo tratamento pode prejudicar a funcionalidade corporal de maneira bastante significativa. A fertilidade, sexualidade e produtividade são dimensões corporais constituintes do processo de subjetivação, sendo que qualquer alteração pode ser sentida como perda importante de partes do próprio self (PASQUALI, 1999).

Assim, a menopausa induzida pelo tratamento do câncer de mama pode provocar uma ruptura no mundo presumido dessas mulheres, que requer um trabalho de luto para a sua reorganização. Essa desorganização e posterior reorganização do mundo presumido é tido por Colin Parkes (1998) como o próprio trabalho de luto, que se caracteriza por uma transição psicossocial. Tal compreensão de luto abrange a experiência da menopausa precoce, uma vez que essa pode provocar mudanças corporais significativas, o que justifica a escolha do referencial.

Apesar de a menopausa não ser considerada uma condição patológica, ao acontecer precocemente, ela desvia de seu percurso natural e desencadeia mudanças corporais que não eram esperadas e, nem mesmo, compreendidas pelas mulheres jovens com câncer de mama. Como visto, a menopausa pode representar a impossibilidade de realizar-se como mulher e o corpo cansado e fadigado pode representar a perda da jovialidade e uma aproximação da morte.

Nesse sentido, Parkes (1998) afirma que o luto não surge apenas diante da morte de um ente querido, mas pode também ser vivenciado em situações ocasionadas por doenças e outras condições de vida que causem algum tipo de perda. É tido como um processo normal ocasionado pelo rompimento de uma relação, isto é, de um vínculo significativo estabelecido com o objeto perdido. Envolve um emaranhado de manifestações, que vão desde a raiva e a resistência a aceitar a perda, até a elaboração de uma nova identidade (PARKES, 1998).

O luto é uma experiência vital inerente à condição humana e tem sido reconhecido como importante fonte de sofrimento, relacionando-se com o surgimento de doenças físicas e mentais (PARKES, 1998). Segundo Franco (2010), a compreensão do luto sofreu importante mudança nas últimas décadas do século XX, passando de um paradigma normativo e medicalizante para considerar a perspectiva da construção de significados a partir da experiência do luto, dando ênfase à subjetividade e à experiência psicológica.

Portanto, o luto é considerado um processo normal de aceitação e elaboração da perda (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). A maneira de vivenciar o luto é reflexo da expressão dos vínculos constituídos na infância, na relação da criança com seus pais. É no âmbito dessas relações que se constrói o sentimento de confiança em si e nos outros. A maneira como esses vínculos primários são constituídos relaciona-se com a forma como o luto será vivenciado na situação de perda, pela qual todos um dia passaremos, de uma maneira ou de outra (PARKES, 1998).

Bowlby (1998) desenvolveu diversos estudos sobre as relações de apego entre crianças e seus principais cuidadores e a repercussão dos padrões de apego na construção de um modelo funcional que sirva como referência de si e do mundo. É com a introjeção de objetos bons ou maus na relação com o adulto que a criança adquire elementos que irão constituir esse modelo funcional em que serão estabelecidos os sentimentos de confiança e segurança, ou a ausência dos mesmos, em si e no outro. É a partir desse modelo que o sujeito terá condições de avaliar contextos, antecipar situações futuras, como situações de risco, e se projetar no futuro. Ou seja, irá desenvolver seus recursos subjetivos que serão utilizados em situações de perda.

O ambiente tem grande influência na construção desse modelo funcional, já que as respostas do cuidador apresentadas frente às necessidades expressas pela criança darão importantes indicativos da segurança ou falta dela oferecida pelo ambiente (BOWLBY, 1998). O fato de a mãe ou cuidador ter condições de reconhecer e satisfazer as necessidades da criança favorece a autonomia necessária ao desenvolvimento do self e oferece um ambiente suficientemente bom para a criança (WINNICOTT, 1979). Os recursos utilizados pela mãe/cuidador servem de modelo à criança em desenvolvimento, podem ser introjetados e passar

a serem reconhecidos como recursos próprios da criança. Assim, a criança vai percebendo se pode ou não contar com o outro e/ou com seus próprios recursos (BOWLBY, 1998).

Ao abordar a formação e a importância dos vínculos, Bowlby (2004) fez importantes contribuições para a compressão do luto, entendido como reação decorrente do rompimento de um vínculo. Assim como um ambiente suficientemente bom é necessário durante o desenvolvimento, as pessoas próximas ao enlutado também terão um papel importante na elaboração do luto. A rede de apoio ao enlutado é necessária para auxiliar no trabalho de luto, especialmente ao identificar suas necessidades e auxiliar no desempenho de novas tarefas ou ainda ao assumir novos papéis sociais.

A ausência de menstruação remete a prejuízos no funcionamento corporal e perdas simbólicas ligadas aos papéis sociais desempenhados por mulheres no início da vida adulta. Constituir família, buscar o desenvolvimento de uma carreira e estabilidade financeira estão entre as principais tarefas a serem cumpridas pelo jovem adulto, segundo Erikson (1972). A reorganização familiar e a resignificação desses papéis poderão envolver o companheiro ou companheira e familiares próximos à mulher jovem no tratamento do câncer de mama, já que ela pode passar a depender financeiramente de outros, etc.

Como afirma Parkes (2009), vivenciar perdas significativas pode provocar sentimento de vulnerabilidade e de ameaça à segurança. Além disso, também costuma provocar mudanças importantes na vida do enlutado e na dinâmica familiar. As repercussões do luto podem atingir todas as esferas da vida do enlutado: social, emocional, física e espiritual. E a maneira como o processo de luto irá ocorrer pode depender dos aspectos subjetivos do enlutado, de sua relação com a pessoa falecida, das circunstâncias que levaram à morte e do suporte social após a morte.

Em seu estudo com viúvas, Parkes (1998) identificou algumas reações à perda que ajudam a compreender o luto. A resistência à perda e às mudanças é o que caracteriza o processo de luto, que deve ser compreendido como um processo e não como um estado. Assim, a elaboração do luto envolve uma primeira fase de entorpecimento, a qual dá lugar à saudade. Em seguida é sentido um estado de desorganização e desespero na ausência do objeto amado, para, enfim, dar-se a recuperação. Mesmo após a recuperação pode ocorrer remissão a uma das fases. Cada estágio é vivenciado de maneira única por cada indivíduo, a depender de suas predisposições pessoais e da natureza da situação de perda (PARKES, 1998).

Em um primeiro momento, a perda é tida como um estressor, deixando o indivíduo em estado de alerta devido à vulnerabilidade deflagrada pela experiência de rompimento do vínculo com o objeto perdido. Muitas das alterações fisiológicas desencadeadas por estresse, como modificações no sistema imunológico, podem ser sentidas no processo de luto (PARKES,

1998). Em termos emocionais, o estresse pode ser entendido como uma crise que exige novas organizações psíquicas por parte do indivíduo, como a construção de novas crenças sobre o mundo e si mesmo (PARKES, 1998).

Outra experiência frequente no luto é a do entorpecimento, que pode durar de alguns minutos a alguns dias, e é caracterizado por intenso sofrimento. Considerado a primeira fase do processo de luto, o entorpecimento pode levar ao mal-estar da pessoa enlutada ou ao seu enrijecimento. Também pode levar ao estado transitório de despersonalização, sentimento de não ser real, e de desrealização, sentimento de que o mundo é irreal (PARKES, 1998).

É importante conhecer as possíveis reações ao luto de forma a antecipar comportamentos e/ou estados emocionais que necessitem de um cuidado específico. O entorpecimento, por exemplo, pode ser vivido após o diagnóstico do câncer de mama ou, até mesmo, após a mulher ser informada de que irá entrar em menopausa devido ao tratamento. Por provocar essas alterações no nível de consciência, é necessário adequar as estratégias de comunicação para que as informações e orientações sejam oferecidas em momento adequado, que favoreça a compreensão por parte da paciente.

A resistência à perda leva a comportamentos de procura ou resgate do objeto perdido. Lembranças são acionadas com frequência, um estado de alerta e comportamentos em direção ao objeto perdido e tudo que se relaciona a ele são manifestados pelo sujeito (PARKES, 1998). Nessa busca, a realidade passa a se impor e mostrar que o objeto não mais existe (FREUD, 2004). Essa consciência, em um primeiro momento, devido a uma postura de desespero, pode intensificar a procura pelo objeto perdido (PARKES, 1998).

Para que seja possível elaborar o luto, é necessário que haja uma constante verificação de que o objeto não mais existe, seja ele uma pessoa amada, um membro do corpo amputado ou um aspecto da própria personalidade do sujeito. O teste de realidade faz com que a libido que foi investida nesse objeto seja retirada. Quando ocorre a aceitação plena da perda, a libido liberada pode, então, ser investida em um novo objeto (FREUD, 2004). No entanto, na vigência do luto patológico, a libido pode ser reinvestida no próprio ego do sujeito, levando-o a vivenciar sentimentos dolorosos de ambivalência em relação ao objeto perdido, que caracterizam um estado de melancolia (FREUD, 2004).

O sentimento de raiva despertado pela perda pode ser expresso por meio do protesto, irritação generalizada ou amargura. A raiva leva à culpabilização de alguém ou de algo. Segundo Parkes (1998), existe uma tendência a procurar um culpado pela morte do ente querido ou pela perda causada por uma doença. No contexto de adoecimento, é muito comum que pacientes e/ou familiares culpabilizem profissionais ou instituições de saúde em situações de

perda. Essa culpa também pode recair sobre o próprio sujeito enlutado, podendo ativar também reações de autculpabilização como, por exemplo, ser fumante.

O alívio pode ser encontrado na fantasia de que o objeto perdido, de alguma forma, permanece próximo. Em outros casos, a evitação ou distorção de pensamentos dolorosos pode proporcionar certo alívio da dor da perda (PARKES, 1998). Aos poucos, as lembranças do objeto perdido tornam-se mais completas e menos fragmentadas, conduzindo a uma nova elaboração do objeto perdido a partir de sua idealização, deixando de lado seus aspectos negativos.

Quadro 1 - Características do processo de enlutamento segundo Parkes (1998)

PROCESSO DE ENLUTAMENTO	
Estresse	Reações físicas, modificações no sistema imunológico.
Entorpecimento	Pode levar a um mal-estar ou enrijecimento. Pode causar despersonalização e desrealização.
Raiva	Irritação ou amargura. Culpabilização.
Alívio	Fantasia de que o objeto perdido está próximo – evitação ou distorção de pensamentos dolorosos. Lembranças idealizadas.
Conscientização e elaboração da perda	Ressignificação da experiência de perda

Fonte: elaborado pela autora.

A crescente conscientização da perda e sua plena aceitação são aspectos constitutivos do processo de dar sentido ao evento que acarretou a perda. Reviver e lembrar fazem parte do processo de elaboração do luto ao permitirem a resignificação da experiência da perda (PARKES, 1998). No luto simbólico decorrente de mudanças corporais, o corpo modificado vai sendo reconhecido e resignificado pelo sujeito de forma a integrá-lo a uma nova identidade. Mas esse é um processo difícil e vagaroso.

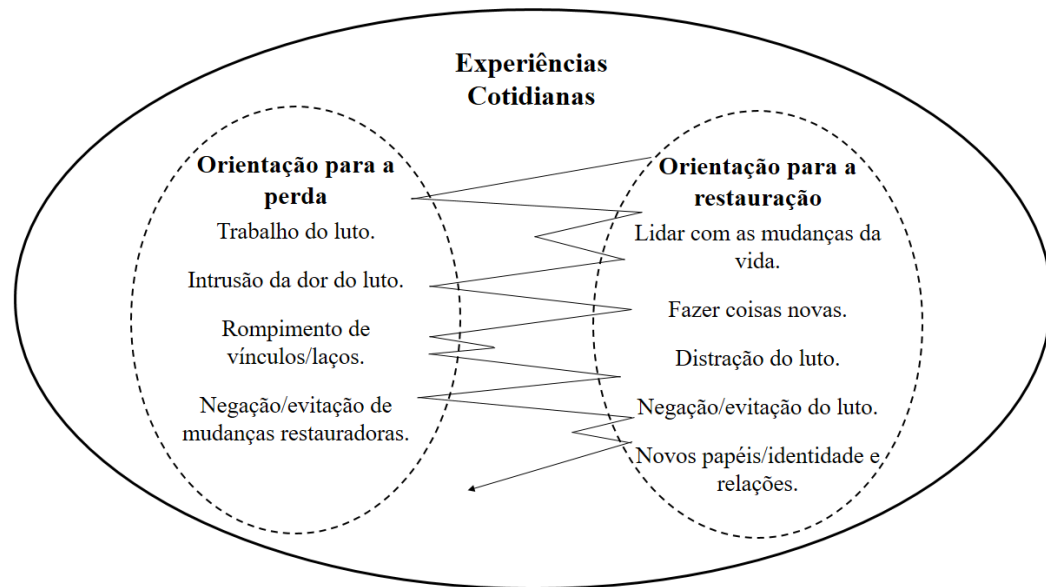
Freud (2004) caracteriza o processo de enlutamento como a retirada da libido do objeto perdido e o seu reinvestimento em um novo objeto. Dessa maneira, as mudanças, sejam internas ou externas, levam à perda de determinados objetos até então investidos pela libido. No entanto, dificilmente consegue-se identificar com exatidão qual foi o objeto perdido (PARKES, 1998).

A perda de um membro ou de um órgão, como a mama, pode significar também a perda da capacidade de nutrir, ou a perda da feminilidade, em mulheres com câncer de mama (SILVA, 2008). Desta forma, perdas secundárias podem surgir da perda original (PARKES, 1998).

A perda acarreta em grandes mudanças sociais e emocionais, que levam a novas formas do sujeito se relacionar com o mundo e novas maneiras de perceber, compreender e vivenciar a si mesmo, constituindo, assim, uma nova identidade e um novo *self* (PARKES, 1998). A esse processo, Parkes (1998) dá o nome de transição psicossocial. Ao longo da vida todos construímos uma visão sobre nós e o mundo que é tida como verdade e é a partir disso que nos comportamos no mundo. Esse *mundo presumido* é o que dá um senso de significado e propósito à vida.

Não se trata do mundo real, mas de como o interpretamos a partir das experiências na primeira infância. São construídas concepções básicas sobre o mundo e nós mesmos que funcionamos como princípios condutores de julgamentos e ações. Quando acontecem mudanças importantes, as concepções básicas do mundo presumido não se adequam mais às novas condições, havendo uma necessidade de construir novas concepções que possam orientar a pessoa sobre si e o mundo após a perda. A transição psicossocial acontece quando, frente à perda, o mundo presumido é posto à prova e aquilo que era tido como verdade deixa de o ser. O sujeito passa por um período de desorganização por não reconhecer a si mesmo e fica deslocado do mundo que havia presumido e, assim, necessita reorganizá-lo a partir das mudanças desencadeadas pela perda (PARKES, 2009).

A transição psicossocial, segundo Parkes (2009, 1998), acontece a partir do processo dual do luto, desenvolvido por Stroebe e Schut (1999), que é caracterizado pela oscilação entre a orientação para a perda e restauração. São propostos dois polos de orientação nos quais o enlutado fará oscilações ao longo do tempo. A orientação para a perda refere-se aos momentos em que o sujeito irá apresentar os comportamentos de busca pelo objeto perdido e realizar o trabalho de luto que consiste em confrontar a dor da perda, de forma a tomar consciência e aceitar a perda. Enquanto na orientação para a restauração, o sujeito irá se deparar com a desconstrução do seu mundo presumido, devendo lidar com novas situações de vida que o distanciam do luto e, aos poucos, pode se reorganizar para assumir novos meios de se relacionar com o mundo e projetos de vida. O modelo do processo dual de enfrentamento do luto está representado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo do processo dual de enfrentamento do luto.³

Fonte: adaptado de ⁴Stroebe e Schut (1999, p. 213).

Trata-se de um trabalho ativo de luto, em que é necessário se confrontar com a perda, mas que também são necessários momentos de evitação da perda para se direcionar as demais situações de vida (STROEBE; SCHUT, 1999). Segundo Franco (2009), o Modelo do Processo Dual do luto evidencia movimentos de confrontação e evitação da perda que são necessários à adaptação à nova realidade. Só assim é possível reconstruir a visão de mundo e um novo *self* (PARKES, 1998). A oscilação entre a orientação à perda e à restauração é um indicativo de que o luto está sendo elaborado, enquanto que a ausência de oscilação pode ser indicativo de um luto complicado (STROEBE; SCHUT, 1999).

Segundo Parkes (2009), a reorganização do mundo presumido torna-se possível a partir da oscilação entre a orientação para a perda e para a restauração. Todo esse processo de elaboração do luto é compreendido por Parkes como um processo de transição psicossocial. Portanto, a teoria da transição psicossocial auxilia na compreensão dos lutos decorrentes da perda de funcionalidades corporais, como as causadas pela menopausa precoce, visto que tais experiências podem desencadear reações emocionais de luto e a necessidade de reconstrução do mundo presumido. Em estudo realizado com pessoas amputadas, Parkes (1998) observou muitas das reações ao luto logo após a amputação, mesmo um ano depois. Reações de alarme, raiva e ansiedade que caracterizam a experiência traumática foram observadas nestes pacientes. O luto crônico também pode ocorrer, dificultando o processo de aceitação e ajustamento à

³ A American Psychological Association (APA) não tem qualquer responsabilidade pela precisão desta tradução.

⁴ STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, v. 23, p.197-224, 1999.

perda. O que pareceu ficar indefinido foi identificar com maior precisão qual é o objeto perdido: a perna ou suas funcionalidades.

A transição psicossocial também pode ser bastante dolorosa em situações de doença ou amputação. Devido às mudanças corporais, pode ser necessário conviver com incômodos físicos que causam dor e limitam movimentos e atividades diárias antes realizadas. Situações que podem dificultar o ajustamento à nova realidade (PARKES, 1998). Como apresentamos anteriormente, as mudanças corporais provocadas pela menopausa precoce também podem modificar as concepções básicas das mulheres sobre sua feminilidade e seu lugar no mundo, ao causar importante prejuízo no exercício de papéis sociais que envolvam maternidade, sexualidade e trabalho.

É importante considerar os aspectos culturais relacionados ao luto e ao objeto perdido de cada indivíduo, a fim de identificar possíveis perdas secundárias. A perda é singular e, portanto, pode ter muitos significados e gerar reações diferentes (PARKES, 1998). É necessário levar em consideração a natureza e o contexto do que foi perdido, a rede de apoio disponível ao sujeito enlutado, sua personalidade e outros fatores estressores (FRANCO, 2010; WORDEN, 2013). Compreender as características de personalidade das mulheres em menopausa precoce pode auxiliar no entendimento dos recursos emocionais de enfrentamento e ajustamento ao câncer e à menopausa precoce, os quais podem facilitar ou não a adesão ao tratamento (CARVALHO, 2010).

Uma das características da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama é a sua possibilidade de remissão após o fim do tratamento. O fato de ser possível recuperar a condição de sair da menopausa atribui um caráter de antecipação ao enlutamento decorrente das perdas vivenciadas durante o tratamento. O luto antecipatório foi primeiro observado por Lindemann (1944), nas esposas de soldados da Segunda Grande Guerra, que elaboravam a morte de seus maridos antes mesmo de ela ser definitiva. No caso de doenças graves, o processo de luto ocorre antes mesmo da morte ou de outras perdas que podem ser causadas pela doença e tratamento (KOVACS, 1992).

A ressignificação desses lutos pode ser facilitada pela escuta atenta e validação do sofrimento referido pela mulher durante ou após o tratamento do câncer de mama. A rede de apoio e o compartilhamento de experiência com pares também costumam se mostrar bastante benéficos aos enlutados (PARKES, 1998). Entretanto, muitos lutos não são reconhecidos e validados socialmente, o que acarreta a ausência do suporte necessário para a elaboração do luto, que é vivido de maneira solitária (CASELLATO, 2015).

Há uma disposição social para negar alguns tipos de perdas como sendo reais e válidas. São normas que sancionam as perdas consideradas legítimas e quais perdas ou que pessoas não são consideradas significantes para enlutar-se. O não reconhecimento do luto desencoraja e desvalida os esforços do enlutado em lidar com a sua dor e também repercute no âmbito ético e político, ao negar o direito de enlutar-se (ATTIG, 2004; CASELLATO, 2015). No contexto do adoecimento pelo câncer, as perdas simbólicas vividas pelo paciente, como perda da saúde, da autonomia e de planos futuros (DOKA, 2006), podem não ser reconhecidas e validadas pelos profissionais de saúde, dificultando o trabalho psíquico de adaptação e elaboração do luto (GABAY, 2021).

Diversos autores têm chamado a atenção para a escassez de estudos sobre os temas de morte e luto na área da saúde (CARDOSO; SANTOS, 2013; MINAYO, 2013; SANTOS; HORMANEZ, 2013), o que limita as possibilidades de planejar estratégias de atendimento e promoção de saúde que possam contribuir para a potencialização dos recursos de enfrentamento. A compreensão do processo de luto decorrente do adoecimento durante o tratamento do câncer de mama se faz necessário para auxiliar na identificação do luto e diferenciar de condições patológicas como a depressão.

Portanto, é possível que o processo de luto seja vivenciado por jovens mulheres que apresentam os sintomas e repercussões da menopausa precoce devido às grandes mudanças que este evento adverso acarreta em sua vida emocional e social. Para as mulheres jovens que buscam na maternidade a expressão máxima da sua feminilidade, a infertilidade decorrente da menopausa precoce pode ser sentida como uma perda de parte importante do seu *eu* e de seu mundo presumido.

Assim, optamos por utilizar a teoria do luto de Parkes (1998), a qual considera o luto como uma transição psicossocial que inclui a reorganização do mundo presumido através do processo dual do luto de Stroebe e Schut (1999). Através das reações das mulheres às mudanças ocasionadas pela menopausa precoce, buscamos compreender quais mudanças são significativas e quais as características do processo de luto vivido por elas. Para aprofundar a compreensão dos aspectos subjetivos da experiência da menopausa precoce e dos recursos adaptativos utilizados pelas colaboradoras do estudo, utilizamos o referencial psicodinâmico que possibilitou identificar os recursos egóicos utilizados no enfrentamento e adaptação ao processo de luto.

3.1. Objetivo geral

Compreender o processo de luto relacionado à menopausa precoce em mulheres com câncer de mama e com idade inferior a 45 anos.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar os significados da menopausa precoce e das mudanças ocasionadas por ela para mulheres com câncer de mama.
- Conhecer as orientações recebidas e o suporte oferecido a essas mulheres sobre questões reprodutivas e o manejo de sintomas da menopausa induzida pelo tratamento do câncer de mama.
- Conhecer as reações e processos adaptativos às perdas decorrentes da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama, através do procedimento de Desenho-Estória.

A pesquisa qualitativa se constitui a partir dos pressupostos da fenomenologia de Hegel, Husserl e Heidegger, da hermenêutica e da sociologia, especialmente da Escola de Chicago (MINAYO, 2017b). Segundo a autora,

Todos têm como parâmetro o reconhecimento da subjetividade, do simbólico e da intersubjetividade nas relações, e trazem para o interior das análises, o indissociável embricamento entre sujeito e objeto, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações (MINAYO, 2017b, p. 16).

Com vistas em atingir os objetivos propostos a partir do referencial teórico psicanalítico, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa, uma vez que estas utilizam de métodos que permitem identificar os significados atribuídos à experiência a partir de uma postura interpretativa (POPE; MAYS, 2005). Segundo Minayo (2017b), o termo experiência na pesquisa qualitativa foi cunhado por Heidegger (2005) e remete à maneira como o ser humano compreende a si mesmo e seu lugar no mundo. Nessa perspectiva, a experiência é, portanto, apreendida a partir da compreensão dos sentidos atribuídos a ela (BARROSO, 2020).

Segundo Egy (2020), o conhecimento aprofundado produzido pela pesquisa qualitativa pode oferecer maior criticidade à compreensão do fenômeno e ser agente de transformação social, como possibilitar a reflexão e a maior qualificação da oferta de cuidados às mulheres jovens com câncer de mama. E para garantir a validade da pesquisa, podendo seus resultados serem utilizados para pensar as práticas em saúde, o método clínico-qualitativo (TURATO, 2000) foi escolhido para direcionar o percurso metodológico que pudesse abranger o fenômeno a partir da compreensão da experiência dos lutos decorrentes da menopausa precoce induzida pelo tratamento, considerando seus aspectos consciente e inconsciente.

Portanto, trata-se de um estudo clínico-qualitativo, transversal. O estudo clínico-qualitativo busca colocar à luz o fenômeno para que o observador possa compreender o sentido e seu significado, que são interpretados com o intuito de apreender o fenômeno em maior profundidade (TURATO, 2011). Para que o fenômeno seja apreendido a partir do método clínico-qualitativo, o pesquisador deve ter uma atitude existencialista ao valorizar as ansiedades e angústias apresentadas pelos sujeitos; uma atitude clínica, acolhedora do sofrimento e que oferece uma escuta atenta e especializada; e uma atitude psicanalítica atenta aos aspectos psicodinâmicos ao longo de todo o processo metodológico (TURATO, 2011).

A pesquisa qualitativa é considerada um método naturalista por valorizar a pesquisa realizada em ambientes conhecidos e familiares aos participantes do estudo (POPE; MAYS, 2005). O método clínico-qualitativo, por sua vez, inclui as instituições de saúde como um

setting privilegiado por ser parte das vivências de cuidados com a saúde, sendo seus espaços e figuras conhecidos pelo sujeito (TURATO, 2000).

Assim, valoriza o *setting* dos cuidados da saúde e pressupõe uma atitude clínica do entrevistador ao acolher as angústias e ansiedades vividas pelo participante em relação à doença. O investigador, neste *setting*, passa a ser seu próprio instrumento de trabalho, ao considerar suas experiências pessoais e personalidade na condução do trabalho (TURATO, 2000).

Como uma forma de lidar com a diversidade de instrumentos e referenciais, Turato (2000) sugere que o investigador realize uma *bricolage* ao juntar as partes do fenômeno que se apresentam durante e após a coleta dos dados. Fenômeno é considerado como sendo tudo aquilo que constitui o *setting*, o participante com suas angústias e ansiedades e o investigador com seu olhar, experiências e personalidade. Nessa perspectiva, o fenômeno é compreendido como um processo, em meio às relações que o constituem (TURATO, 2000). O uso de múltiplos métodos, tanto para a coleta de dados como de referenciais teóricos, permite a apreensão de diferentes aspectos do fenômeno, que o investigador deverá interpretar a partir de constructos teóricos que dão corpo ao objeto (MINAYO, 2012; TURATO, 2011). Tarefa de *bicoleur* que Turato (2011) atribui ao pesquisador.

A proposta do método clínico-qualitativo desenvolvida por Turato (2000) parte de uma compreensão dialética indutiva-dedutiva dos fenômenos. A descrição e análise dos dados ocorreram concomitantemente, considerando-se as observações sobre a linguagem e comportamentos verbais e não-verbais observados durante a entrevista. Dessa forma, há melhores condições de garantir a validade dos dados (TURATO, 2011).

Para reforçar a validade interna do estudo (OLLAIK; ZILLER, 2012), também foram utilizados outros instrumentos para a coleta de dados, como questionário de dados clínicos e o procedimento Desenho-Estória (D-E), além da entrevista e observações de campo. E a construção da pesquisa e análise dos dados foi pautada na teoria do luto como uma Transição Psicossocial (PARKES, 1998) e em teorias psicodinâmicas.

O método clínico-qualitativo, portanto, contempla o objetivo proposto e também é compatível com a opção pelo Procedimento Desenho-Estória e pela entrevista aberta como instrumentos de coleta de dados. O uso de técnicas projetivas como recurso auxiliar da entrevista tem sido cada vez mais utilizada em estudos clínico-qualitativos por pesquisadores graduados em Psicologia (SILVA; HERZBERG; MATOS, 2015).

Para auxiliar na descrição do percurso metodológico utilizamos o COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), um *checklist* de 32 itens que

contempla três domínios da pesquisa qualitativa: (1) equipe de pesquisa e reflexividade, (2) conceito de estudo e (3) análise e resultados (SOUZA *et al.*, 2021).

4.1 Local

O estudo foi realizado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA, o qual é parte do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Criado em 1989, o REMA possui equipe interdisciplinar composta por profissionais das áreas da enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia. Oferece um espaço para a realização de atividade física monitorada, grupo de apoio e atendimentos individuais realizados pelos profissionais da equipe. Desde sua criação até o ano de 2018 já haviam sido realizados quase cinco mil atendimentos.

Parte das mulheres que são atendidas no REMA foram encaminhadas da rede pública e privada de saúde, e outra parte das mulheres são atendidas pela livre demanda, uma vez que não há necessidade de encaminhamento para o núcleo. Trata-se de um serviço de portas abertas, sem obrigatoriedade de comparecimento às atividades desenvolvidas no qual a pesquisadora responsável por esse estudo atuou como psicóloga voluntária entre os anos de 2015 e 2018, com o objetivo de melhor conhecer o campo de estudo. O desenvolvimento deste estudo foi autorizado pela coordenadora do núcleo (Anexo B).

4.2 Colaboradoras

A população deste estudo foi composta por mulheres inscritas no REMA e que atendiam aos critérios de inclusão: ter idade entre 18 e 45 anos; ter sido diagnosticada com câncer de mama com idade inferior a 40 anos; mulheres que tiveram ou estavam em amenorreia relacionada ao tratamento de, ao menos, um ano no momento da entrevista. As mulheres em menopausa precoce anterior ao diagnóstico do câncer de mama não foram incluídas no estudo. Por não ter tido acesso a prontuários, a verificação do cumprimento dos critérios de inclusão ocorreu no primeiro contato com as mulheres.

Segundo consulta ao banco de dados do REMA, realizada em fevereiro de 2018, foram identificadas 38 mulheres inscritas no serviço com menos de 45 anos. Os dados de identificação e contato das mulheres selecionadas foram obtidos através do banco de dados do serviço.

Assim, também foi possível contatar as mulheres que não participavam ativamente das atividades desenvolvidas pelo REMA.

Das 38 mulheres com menos de 45 anos identificadas pelo banco de dados, não constava o telefone de contato de cinco delas na lista. No total foram contatadas 20 mulheres, sendo que dessas 13 não participaram, tendo participado do estudo sete mulheres. Uma das mulheres não foi incluída no estudo por apresentar diagnóstico anterior de menopausa precoce, duas mulheres relataram ter ficado em amenorreia por menos de um ano, uma havia mudado para outra cidade (a mais de 300km de Ribeirão Preto), oito dos números de telefone eram inexistentes ou não foram atendidos, e uma mulher alegou que não poderia participar da pesquisa.

Apesar da amostragem por conveniência poder ser um fator limitante do estudo, a análise das entrevistas concomitante à coleta permitiu observar que foi possível obter uma amostra com características heterogêneas, incluindo mulheres em diferentes estágios da doença; com diferentes status de relacionamento; com e sem desejo de ter filhos no futuro, entre outros. Essas características possibilitaram explorar o luto por diferentes aspectos da experiência da menopausa precoce induzida pelo tratamento, uma vez que características diferentes podem atribuir significados diferentes à experiência.

Segundo Minayo (2017a), mais importante que o número de colaboradoras, a escolha das colaboradoras deve garantir a representatividade do que se busca investigar. Buscamos privilegiar as mulheres que estão passando pelos sintomas do climatério considerando um curto espaço de tempo após o fim da quimioterapia, uma vez que a experiência de luto decorrente das mudanças causadas pela menopausa precoce ainda pode estar vívida na mulher.

O número de colaboradoras foi determinado pelos critérios de reincidência de conteúdo e complementariedade das informações que deverão ser suficientes para atender aos objetivos propostos. A amostra de pesquisa deve, portanto, permitir a compreensão aprofundada do fenômeno investigado, não podendo ser definida *a priori* (MINAYO, 2017a).

4.2.1 Conhecendo as colaboradoras

Devido ao fato observado de que as mulheres mais jovens não aderem às atividades desenvolvidas no REMA com a mesma frequência que as mulheres mais velhas, realizei contato telefônico com a maioria das mulheres para convidá-las a participar do estudo. Apenas duas das mulheres entrevistadas participavam ativamente das atividades do REMA no período em que as entrevistas foram realizadas. Uma vez que a pesquisadora conduziu toda a coleta dos dados

e era profissional voluntária no REMA, estas duas participantes já tinham uma relação profissional com a pesquisadora prévia à pesquisa. Apenas as informações coletadas durante os encontros propostos pela pesquisa foram utilizadas.

Foram entrevistadas sete mulheres que tiveram a menstruação interrompida devido ao tratamento do câncer de mama por, ao menos, um ano. Para identificar cada uma das mulheres entrevistadas, utilizamos os termos colaboradora 1, colaboradora 2, colaboradora 3, colaboradora 4, colaboradora 5, colaboradora 6 e colaboradora 7, respeitando a sequência cronológica em que os encontros foram realizados.

As mulheres entrevistadas tinham idade entre 26 e 39 anos, sendo que três delas tinham 38 anos no momento da entrevista e uma tinha 26 anos. Cinco se declararam de cor branca, uma de cor parda e outra de cor preta. Apenas uma das mulheres não estava em um relacionamento, sendo que três estavam casadas, duas em um relacionamento estável e outra que se declarou solteira apesar de morar com a companheira e três enteados.

A renda familiar variou entre três mil e dez mil reais, sendo que a colaboradora 2 não sabia qual era a renda dos pais, informando apenas a sua renda de R\$ 1.700. Todas as colaboradoras residiam com outros familiares no momento da entrevista. A média de pessoas por residência foi de 4,2 pessoas, com número mínimo de duas pessoas e máximo de seis pessoas. Desta forma, a renda per capita era em média de R\$ 1.221, sendo o valor mínimo de R\$ 600 e o valor máximo de R\$ 2.000 per capita.

Diferente do perfil social encontrado em outros estudos (BASTOS *et al.*, 2018; DUGNO *et al.*, 2014), as mulheres que participaram da coleta de dados tinham uma profissão, sendo que nenhuma se declarou como sendo *do lar*, e apresentaram um alto nível de escolaridade, sendo que três tinham o ensino médio completo e quatro tinham ensino superior. A localização das mulheres no interior do estado de São Paulo e serem mais jovens pode ser uma hipótese levantada para justificar a diferença entre os estudos. Ao contemplar apenas mulheres jovens, entre 20 e 49 anos, um estudo realizado em Fortaleza encontrou maior nível de escolaridade entre as mulheres com câncer de mama, sendo que 68% tinham ensino médio completo (SOUZA *et al.*, 2017).

Quadro 2- Caracterização sociodemográfica das colaboradoras.

<i>Colaboradoras</i>	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar	Estado civil	Cor
1	26	Superior completo	Esteticista	5.000,00	Solteira (noivo)	Branca
2	35	Superior completo	Auxiliar administrativo	1.700,00 (participante)	Solteira (namorado)	Branca

3	38	Médio completo	Cozinheira (aposentada)	3.000,00	Solteira	Branca
4	39	Médio completo	Serviços gerais	4.500,00	Casada	Preta
5	33	Superior completo	Assistente administrativa	3.000,00	Casada	Parda
6	38	Médio completo	Comerciante (prestação de serviço)	4.000,00	Casada	Branca
7	38	Superior completo	Comerciante	10.000,00	Solteira (mora com companheira)	Branca

Fonte: elaborado pela autora

Apenas duas das sete mulheres relataram não ter tido metástase. A colaboradora 3 apresentava duas metástases no momento em que a entrevista foi realizada e fazia uso de cadeira de rodas. A idade média com que as mulheres foram diagnosticadas foi de 31,28 anos, sendo que a idade mínima foi de 23 e a máxima de 34 anos (Quadro 3).

Quadro 3- Caracterização das colaboradoras quanto ao diagnóstico, período de amenorreia, metástase, ter optado ou não pela criopreservação e número de filhos

Colaboradora	Idade Diagnóstico	Ano diagnóstico	Metástase / Recidiva	Dum / Período amenorreia	Criopreservação	Nº de Filhos
1	23	2015	Não	Ago./2017	Sim	0
2	33	2016	Axilar	Mai./2017	Não	1
3	34	2015	Coluna e cabeça	Mar./2016	Não	2
4	34	2014	Axilar	Nov./2017	Não	3
5	30	2015	Mama	Fev./2018 (1 ano de amenorreia no 1º tratamento)	Não	0
6	32	2013	Não	Fev./2019 (2 anos de amenorreia no início do tratamento)	Não	2
7	33	2013	Mama	Jun./2019 (Amenorreia de 08/2013 a 12/2014)	Não	0

Fonte: elaborado pela autora.

Das sete mulheres entrevistadas, três estavam em menorreia a menos de um ano no momento da entrevista. No entanto, as colaboradoras 5, 6 e 7 cumpriram com o critério de inclusão ao terem ficado em amenorreia por um ano ou mais no início do tratamento. A experiência e os significados compartilhados durante as entrevistas por estas participantes,

portanto, partem da perspectiva de mulheres que também vivenciaram a volta do ciclo menstrual de forma regular ou não. A entrevista foi realizada no período de 2 a 6 anos após o diagnóstico de câncer de mama. Assim, algumas mulheres tiveram mais tempo do que outras para conviverem com os sintomas e repercussões da menopausa precoce induzida pelo tratamento.

Apenas duas das mulheres entrevistadas foram orientadas quanto à possibilidade de se submeterem à criopreservação como uma opção de aumentar as chances de uma gravidez após o tratamento do câncer. Apenas uma colaboradora optou por realizar o procedimento. Mesmo com desejo de ter filhos, outra colaboradora optou por não realizar o procedimento por motivos financeiros e devido ao baixo índice de sucesso da criopreservação. Uma das colaboradoras tem um filho, mas deseja ter um filho com o atual companheiro. No entanto, ela relatou que não foi informada sobre a criopreservação antes de iniciar a quimioterapia, apenas um ano após o diagnóstico foi informada de que o procedimento não seria indicado para ela. Ela soube do procedimento através das mulheres e profissionais do REMA. As mulheres que já tinham dois ou mais filhos antes do diagnóstico não relataram desejo de ter uma futura gravidez. Uma das colaboradoras afirma que “tirou isso (desejo de ter filhos) da cabeça” quando recebeu a orientação de que não deveria engravidar, pois seria um risco para o retorno da doença. Enquanto outra colaboradora recebeu a mesma orientação, mas foi sugerido pela equipe a realização da laqueadura, à qual ela foi submetida após a quimioterapia.

Todas as mulheres foram informadas sobre a possibilidade de entrarem em menopausa, entretanto a maioria (cinco mulheres) afirmou que não foi orientada sobre os sintomas e seu manejo. No entanto, durante a entrevista aberta, algumas dessas mulheres relataram, por exemplo, terem levado o companheiro à consulta médica para que este fosse orientado quanto à diminuição do desejo sexual devido à menopausa. O uso de lubrificante durante a relação sexual também foi uma orientação passada por profissionais da saúde, mencionado durante a entrevista aberta. Três colaboradoras foram informadas de que não poderiam fazer a reposição hormonal.

4.3 Instrumentos

- Questionário de dados sociodemográficos

Desenvolvido pelos pesquisadores, visa coletar dados pessoais, como nome e data de nascimento, além de informações sobre condições sociais e econômicas das participantes do estudo, como escolaridade, renda familiar, estado civil, religião, entre outros. Os dados

sociodemográficos podem ampliar a compreensão do fenômeno estudado ao adicionar informações e contextualização aos dados obtidos.

- *Questionário de dados clínicos*

Foram coletadas informações a respeito do diagnóstico de câncer de mama e do tratamento realizado. O questionário também aborda as orientações recebidas pelas mulheres sobre a menopausa precoce, a infertilidade e o manejo dos sintomas. Assim, é possível compreender a percepção das mulheres quanto ao suporte recebido, o qual pode interferir na maneira como a menopausa precoce é vivenciada pelas mulheres em tratamento do câncer de mama. Por último, o questionário apresenta uma lista de sintomas relacionados à menopausa, tendo sido selecionados sintomas cujas alterações físicas ou psicológicas pudessem ser percebidas pelas mulheres sem a necessidade de exame clínico, para que a mulher fale quais sintomas ela apresenta. As informações foram autorreferidas e nenhum dado foi obtido de prontuário.

- *Entrevista aberta*

A entrevista é um momento de interação entre duas ou mais pessoas. Enquanto técnica, ela possui o objetivo de construir informações que respondam à pergunta de pesquisa do entrevistador, o qual usa de questões formuladas para conduzir a entrevista de acordo com seus interesses (MINAYO, 2010). As questões podem ser fechadas, semiestruturadas ou abertas. Questões abertas levam a uma reflexão mais livre do tema de pesquisa, dando maior liberdade ao sujeito. Quando se pretende revelar sentidos e significados da experiência, a entrevista aberta, portanto, é privilegiada ao permitir que a subjetividade do sujeito seja expressa durante a entrevista (BONI; QUARESMA, 2005).

Segundo Turato (2000), a entrevista deve iniciar sempre pela preposição “como”, uma vez que o método clínico-qualitativo se preocupa mais com o processo do que com as relações causais. Sendo a entrevista sua principal técnica de coleta de dados (TURATO, 2000), optamos pela entrevista aberta por contemplar as exigências do método de pesquisa escolhido. Assim, a entrevista foi norteada a partir da questão: *Fale-me sobre como foi para você ter a menstruação interrompida.*

- *Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)*

O procedimento dos Desenhos-Estórias (D-E) foi introduzido por Walter Trinka, em 1972, como uma ferramenta de investigação da personalidade e de sua dinâmica inconsciente, mas também é capaz de detectar componentes conscientes e inconscientes da experiência subjetiva (TRINCA, 1995). O desenho permite a projeção de conteúdos inconscientes e as associações livres tendem a mostrar setores emocionais de maior sensibilidade no indivíduo.

Além de ser de fácil compreensão e econômica em termos dos recursos utilizados, pode ser aplicada em crianças a partir de três anos, em adolescentes, adultos e idosos (CUNHA, 2000).

Em instituições, as técnicas gráficas são recursos considerados adequados e frequentemente escolhidos por sua simplicidade de administração e economia de tempo (VAN KOLCK, 1984). Além disso, são procedimentos acessíveis quando se considera o nível socioeconômico e cultural limitado de parte da população brasileira, além de outras características, como a idade cronológica e o nível de maturidade evolutiva dos indivíduos que constituem a clientela da rede de saúde pública (TARDIVO, 1997).

Van Kolck (1984) lembra que é possível fazer um uso projetivo do desenho. A produção gráfica se constitui em condição ótima para a projeção da personalidade, na medida em que propicia a manifestação mais direta de aspectos de que o sujeito não tem conhecimento, não deseja conscientemente ou não pode revelar sobre si mesmo. Os aspectos inconscientes podem ficar mais salientes por meio da linguagem gráfica, porque se trata de um meio menos usual de comunicação do que a linguagem falada ou escrita, já que possui um conteúdo simbólico menos imediatamente reconhecido – e, portanto, menos sujeito às defesas. Na interpretação do D-E, assim como de outras produções gráficas, parte-se do pressuposto de que a folha de papel na qual são desenhadas as produções gráficas representam o contexto tal qual a participante percebe e vivencia, e o conteúdo desenhado representa aspectos do próprio indivíduo que ganham expressão tanto nos desenhos como nas histórias suscitadas. O que é desenhado e narrado tem relação com o modo como a pessoa se vê em seu mundo humano (TARDIVO, 1997; TRINCA, 1987; TRINCA; TARDIVO, 2000).

O D-E não é considerado método ou técnica projetiva (TRINCA, 2013) e, portanto, não se propõe a ser instrumento de avaliação psicológica. No entanto, guarda algumas características em comum com essas técnicas, que se caracterizam por apresentar instruções de aplicação mais amplas e estímulos menos estruturados. Dessa forma, por ser uma técnica de apercepção temática, oferece ao participante maior liberdade de associação e inúmeras possibilidades de respostas, por meio das quais o sujeito manifesta sua subjetividade e os atributos não observáveis da sua personalidade (PINTO, 2014; SENDÍN, 2000; TRINCA, 1987).

O D-E é um procedimento de investigação clínica da personalidade (TRINCA, 2013). As produções gráficas e narrativas são resultado de gramática e sintaxe particulares, que organizam os símbolos psíquicos e somáticos por meio de mecanismos de deslocamento, condensação e figurabilidade das formações que tentam dar expressão às fantasias inconscientes, à semelhança das formações oníricas. A diferença é que no D-E elas ocorrem

durante o estado de vigília, enquanto os sonhos são produzidos sob o rebaixamento do nível de consciência.

A produção dos participantes é determinada por uma combinação única de fatores psicodinâmicos, oferecendo um quadro das forças e fraquezas do funcionamento emocional, que incluem introjeção de fatores culturais e familiares. O uso deste procedimento favorece o conhecimento do modo particular como os indivíduos estruturam suas defesas frente às situações de vida que enfrentam (TARDIVO, 1997; TRINCA, 1987; TRINCA; TARDIVO, 2000). No caso das mulheres do presente estudo, o D-E permitiu captar a maneira singular como elas organizam seus recursos pessoais para o enfrentamento do câncer de mama, iluminando aspectos gerais e específicos.

As manifestações gráficas, de modo geral, são veículos de expressão relevantes para os conceitos da representação de si e do corpo, incluindo a imagem corporal. Estes aspectos são diretamente afetados por experiências críticas de vida, como uma doença grave e potencialmente fatal, como o câncer de mama. As participantes ficam expostas a inúmeras situações estressantes, que perturbam seu equilíbrio psíquico e orgânico.

Foram realizadas 35 unidades de produção, sendo cinco de cada participante, compostas por um desenho, uma estória e um título. O procedimento de análise dos dados do D-E incluiu avaliação de um par de avaliadores, ambos formados em Psicologia e com experiência prévia em aplicação e interpretação do procedimento em questão. A primeira avaliadora é a pesquisadora responsável por este estudo, psicóloga clínica com formação acadêmica na área de saúde e experiência em avaliação psicológica de base psicanalítica. O segundo avaliador é psicólogo com experiência em avaliação psicológica de base psicanalítica. As avaliações foram realizadas, inicialmente, de forma individual e independente pela dupla, seguida de uma avaliação conjunta para encontro das concordâncias nas interpretações. Os dois avaliadores discutiram suas avaliações e eventuais discordâncias foram dirimidas por consenso.

Sua aplicação foi feita em um encontro e toda a conversa foi gravada. Apenas uma das participantes precisou de dois encontros para finalizar a aplicação da técnica. Anotações de campo foram realizadas a respeito de todo comportamento não verbal e outros elementos que compõem o setting durante a entrevista não registrados em gravação.

A aplicação do instrumento depende, inicialmente, do estabelecimento de um bom *rappor*t com o sujeito, de modo a criar o ambiente emocional necessário para a aplicação da técnica (CUNHA, 2000). Em uma mesa, na qual a participante estará sentada, espalham-se lápis coloridos e grafite, coloca-se uma folha de papel na posição horizontal e solicita-se que o participante faça um desenho sobre um tema de sua escolha (desenho livre). Ao concluir o

desenho, o examinador solicita que o participante conte uma estória associada ao desenho. Uma terceira parte (inquérito) é necessária à aplicação da técnica, para que sejam esclarecidos quaisquer aspectos da atividade necessários à compreensão e interpretação do material produzido (CUNHA, 2000). Ao final, pede-se um título para a estória contada a partir do desenho. Assim, conclui-se a primeira unidade de produção (UP), constituída pelo conjunto formado por cada desenho e sua respectiva estória. O procedimento é repetido até que se chegue a cinco unidades de produção.

Em síntese, cada unidade consiste na solicitação de um desenho livre, a ser realizado em uma folha de papel sulfite branca, seguido da elaboração/invenção de uma estória livre sobre a figura produzida, a ser narrada pela participante. O D-E foi aplicado em estudo brasileiro com mulheres mastectomizadas, no qual se mostrou sensível para captar os psicodinamismos e defesas inconscientes (BARBOSA, 1991). A utilização desse procedimento no presente estudo tem como objetivo obter informações adicionais ou que confirmem as obtidas na entrevista, contribuindo para uma melhor compreensão do psicodinamismo do processo de luto vivenciado pelas mulheres em menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama.

A escolha pelas estratégias de coleta de dados se deu pela coerência com os objetivos propostos. Além de que a triangulação dessas técnicas amplia as possibilidades de compreensão e aprofundamento sobre o objeto de estudo, fortalecendo o rigor metodológico do estudo (MINAYO, 2017a).

4.4 Procedimento

4.4.1 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as orientações do CEP-CONEP, realizando o processo de consentimento de acordo com a resolução nº 510/2016, a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais. A coleta de dados teve início após receber aprovação do CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE: 90748218.3.0000.5393) (ANEXO A). A pesquisa também foi apresentada ao REMA, local onde foi realizada a coleta de dados, e recebeu parecer positivo (ANEXO B).

As mulheres que aceitaram o convite para participar da pesquisa escolheram o local de sua preferência para os dois encontros. A coleta de dados foi iniciada após a leitura e a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), o

qual foi assinado pelas mulheres em duas cópias. Foram sanadas dúvidas e enfatizado o direito delas de recusa a qualquer momento da coleta de dados.

4.4.2 Coleta de dados

As mulheres foram abordadas nas instalações do REMA ou através de contato telefônico realizando o convite para participarem do estudo. Após o aceite do convite, foi marcada uma entrevista pessoalmente em local de preferência da participante para realizar o processo de consentimento e dar início à coleta de dados. Os locais indicados pelas mulheres para a realização das entrevistas foram o REMA, seu local de trabalho ou sua casa.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. Na primeira entrevista realizei o rapport, a leitura do TCLE, a aplicação do questionário sociodemográfico, da primeira parte do questionário de dados clínicos e, por fim, a aplicação do procedimento de Desenho-Estória. A segunda etapa foi dedicada à aplicação da entrevista aberta, para investigar a experiência da menopausa precoce decorrente do câncer de mama. Por fim, a segunda parte do questionário de dados clínicos foi aplicada. Essa divisão na aplicação do questionário de dados clínicos ocorreu para que as últimas questões não interferissem na resposta das participantes durante a entrevista aberta e a aplicação do D-E, uma vez que se trata de questões que abordam diretamente os sintomas da menopausa.

A coleta de dados com as primeiras cinco colaboradoras, foi realizada no período de agosto a novembro de 2018, e com as duas últimas colaboradoras nos meses de junho e julho de 2019. Tendo em vista que a coleta foi interrompida pelo doutorado sanduíche de dezembro de 2018 a maio de 2019.

Todos os encontros foram gravados em áudio e transcritos na íntegra posteriormente. Entretanto, a entrevista aberta – segundo encontro - da colaboradora 3 não pôde ser transcrita devido a um problema técnico no gravador. Os encontros tiveram duração média de 59 minutos, sendo que a de menor duração foi de quinze minutos e a maior de uma hora e trinta e sete minutos, totalizando 13 horas de gravação em áudio dos encontros com as sete colaboradoras.

A coleta de dados também contou com anotações de campo que permitiram um maior detalhamento das condições de cada encontro quanto ao ambiente, interferências, comportamentos verbais e não-verbais das colaboradoras e sentimentos contratransferenciais da pesquisadora. As anotações foram feitas durante a aplicação do procedimento Desenho-Estória e após os encontros.

Realizei a coleta de dados com duas colaboradoras como teste-piloto, sendo que, após cuidadosa análise dos dados e averiguação de que os procedimentos adotados eram suficientes para cumprir com os objetivos propostos, dei continuidade à coleta e as colaboradoras 1 e 2 foram incluídas na amostra.

O primeiro contato para convidar a **colaboradora 1** a participar da pesquisa é feito por telefone. Os dois encontros foram realizados na casa da colaboradora, que fica aos fundos da casa dos pais. Os encontros aconteceram na presença apenas da colaboradora e tiveram três dias de intervalo entre um e outro.

Ao entrar na sua casa pela primeira vez, a colaboradora se mostrou bastante incomodada com a desorganização da sua casa, pois na sua sala tinham equipamentos e materiais da sua clínica de estética. Ela se desculpou e explicou que quando recebeu o diagnóstico de câncer, a colaboradora tinha uma clínica de estética, onde investiu suas economias. Devido ao tratamento, ela fechou sua clínica e armazenou seus equipamentos em casa. Após três anos do diagnóstico, ela não havia retomado sua atividade profissional por não poder mais realizar os procedimentos estéticos que exigem esforço manual.

No segundo encontro, percebi que a sala está mais organizada, mas ela não fez nenhum comentário sobre isso. Durante os dois encontros, expressou um sorriso no rosto durante todo o tempo das entrevistas, mesmo ao falar de assuntos difíceis, como a morte de familiares. O sorriso constante e os olhos bastante abertos me chamaram a atenção, causando um estranhamento e desconforto, como se minha presença e o assunto da pesquisa fossem difíceis para ela lidar.

Ao final do segundo encontro, ela contou como ficou surpresa por ter feito os cinco desenhos solicitados (D-E), pois em outro momento que foi atendida por uma psicóloga, que também solicitou que ela desenhasse, ela fez apenas um pontinho na folha. Essa fala evidencia a dificuldade da colaboradora de entrar em contato com suas angústias, ao mesmo tempo que também evidencia o estabelecimento de uma contratransferência positiva que possibilitou maior expressão.

Foram realizados três encontros com a **colaboradora 2**, sendo que foram necessários dois encontros para a aplicação do D-E e um terceiro para realizar a entrevista aberta. O segundo encontro foi realizado 14 dias após o primeiro e o último 37 dias após o primeiro. A distância de tempo entre os encontros se deu pela incompatibilidade de horário da colaboradora com a pesquisadora.

À época dos encontros, a colaboradora 2 participava regularmente das atividades do REMA. Ela também já me conhecia por estar atuando no REMA como Psicóloga voluntária.

Assim, o convite para participar da pesquisa foi feito pessoalmente, após as atividades do REMA. A colaboradora 2 se mostrou bastante interessada e disposta a participar da pesquisa. Combinamos de realizar o primeiro encontro no REMA, já que a colaboradora reside em outra cidade, mas tinha transporte para os dias em que frequentava as atividades no REMA.

No dia combinado, esperei alguns minutos enquanto a participante conversava com outra pessoa e a levei a uma sala reservada. Logo no início da entrevista, ela perguntou se a sala tinha ar condicionado e pediu para deixar a porta aberta, pois estava com muito calor. Ela parecia um pouco agitada devido ao calor, mas senti que estava muito receptiva a realizar a entrevista.

Ao longo da aplicação do D-E, ela ficou bastante concentrada, de cabeça baixa, enquanto fazia os desenhos. Fazia movimentos com a mão, abre e fecha, como se suas mãos estivessem doloridas. Percebo que ela usou bastante força para pintar o último desenho, que dispendeu mais tempo em relação à execução dos anteriores.

Foram realizados dois encontros com a **colaboradora 3**, com um intervalo de seis dias. O primeiro contato foi realizado por telefone e os encontros aconteceram na sua casa. Foram realizados dois encontros, sendo que o primeiro aconteceu na garagem da casa da colaboradora. Ao chegar, a colaboradora 3 estava na sala em sessão de psicoterapia. Sua irmã me recebeu na garagem da casa e aguardei em pé enquanto ela pegava uma mesa e uma cadeira para eu me sentar. Antes de iniciar a entrevista, observei que a colaboradora fazia uso de cadeira de rodas e apresentava alopecia. Ela fumava um cigarro e dizia “eu sei que não devia, mas eu preciso”. Me senti um pouco deslocada enquanto esperava a cadeira e a colaboradora fumar seu cigarro.

Após a leitura do TCLE, ela comentou que parar de menstruar foi ótimo, mas que deve ser difícil para as mulheres que não têm filho. Mas entrou em contradição ao dizer que sofre mais com a menopausa do que a sua mãe. À época da primeira quimioterapia, pensou que estava grávida quando a menstruação cessou. Perguntei se ela não tinha sido avisada de que isso poderia acontecer como consequência do tratamento e ela disse que não. Também contou que estava sozinha quando recebeu o diagnóstico do câncer de mama, mas que não se abalou.

Durante o encontro, ocorreram diversas interferências de seus filhos e sobrinhos, que entravam e saíam da casa, mas que pareceram não incomodar a colaboradora. Em alguns momentos ela interrompia a entrevista para respondê-los e logo em seguida retomava sua fala. Se emocionou ao falar da reação do filho ao ajudá-la a se trocar e ver seu corpo mastectomizado. Disse que ele agiu naturalmente e ficou surpresa com a maturidade do filho.

O segundo encontro foi realizado na sala da casa da colaboradora sem interrupções. Estávamos sozinhas na casa. Apesar de ela ter respondido às perguntas e se mostrado

colaborativa, foi uma entrevista mais rápida e tive a impressão de ser mais superficial. Talvez por ter mobilizado conteúdos mais sensíveis no primeiro encontro, nesse segundo momento ela pode ter ficado mais contida (repressão), como uma forma de defesa.

O primeiro contato com a **colaboradora 4** foi realizado por telefone e os encontros aconteceram na sua casa. Foram realizados dois encontros com um intervalo de sete dias entre eles.

Ao chegar na sua casa, fui recebida pelo seu filho, que permaneceu comigo na sala até sua mãe chegar em casa. A entrevista foi realizada na cozinha da casa, que não tem porta para isolar o cômodo do corredor que dá para os quartos. O filho permaneceu em um quarto com a porta fechada. A colaboradora se mostrou bastante receptiva e me deixou à vontade. Seu marido entrou na cozinha e foi para um quarto, deixando a porta fechada. Mesmo com familiares na casa, ela falou sobre a família, mas em tom de voz mais baixo. O segundo encontro aconteceu no quarto da colaboradora, a portas fechadas. Ao final do encontro, conversamos um pouco e a colaboradora disse que seu braço está um pouco inchado. A orientei a procurar o REMA para fazer uma avaliação e ela o fez na semana seguinte.

O primeiro contato com a **colaboradora 5** foi feito pessoalmente, após as atividades do REMA, em que expliquei brevemente a pesquisa e fiz o convite. O primeiro encontro foi realizado na empresa em que ela trabalha e o segundo no REMA.

No primeiro encontro, aguardei na recepção da empresa por volta de vinte minutos. Ela me recebeu com um abraço e mostrou parte da empresa, explicando sobre seu produto. Me levou para uma sala grande e disse que ninguém usaria aquele espaço. Fiquei um tanto apreensiva quanto à possibilidade de interrupções ou que a colaboradora se preocupasse com a duração da entrevista por estar em seu local de trabalho, mas ela acabou por me tranquilizar, não demonstrando qualquer tipo de preocupação quanto a isso. Estava tranquila e mostrou a tatuagem que fez para registrar que sobreviveu ao câncer e tem a intenção de fazer outra tatuagem, no pé, com a palavra *fé*, pois a fé a sustenta.

O segundo encontro foi realizado no REMA, em sala reservada. Disse que estava vindo de uma consulta do hospital e notei que estava com um aspecto mais cansada em relação ao primeiro encontro. Percebi que estava mais emotiva ao falar de assuntos difíceis, como ter que adiar o “projeto mãe”.

Foram realizados dois encontros com a **colaboradora 6** em sala reservada no REMA. Ela chega com 10 minutos de atraso. Realizo a leitura do TCLE e a aplicação do questionário sociodemográfico e da parte inicial do questionário de dados clínicos. Ao iniciar a aplicação do D-E, a colaboradora reage com espanto “Nossa! Mas assim, sem nada? Sou muito ruim para

desenho.” Ao receber as demais folhas, ela hesitou alguns instantes e fez expressões faciais de preocupação. Na quarta UP ela disse “Já nem sei mais o que eu faço.” E ao receber a última folha pergunta “Está acabando?”. Senti como se eu estivesse a colocando em uma situação desconfortável.

Após o primeiro encontro, a colaboradora não compareceu no dia agendado para o segundo encontro. Depois disso, tive dificuldade para entrar em contato com a colaboradora devido a problemas em sua linha telefônica. Assim, o segundo encontro aconteceu trinta e oito dias após o primeiro. Durante os encontros, a colaboradora falou pouco e percebi uma falta de vitalidade, notando sua postura mais encurvada e um tom de voz baixo.

O contato inicial com a **colaboradora 7** foi feito por telefone. Foram realizados três encontros no total. O primeiro dia foi marcado na empresa da colaboradora, que atrasou quase duas horas para me atender por estar fazendo uma reunião com suas funcionárias. Ela explicou que teria tempo apenas para a leitura do TCLE e que poderíamos agendar outro dia para dar início. Entramos em um acordo e agendamos um novo encontro para três dias após.

No segundo encontro, a colaboradora atrasou 40 minutos do horário combinado e me percebi um pouco impaciente enquanto espero, mas me tranquilizei ao ser recebida por ela e dar início à entrevista. O último encontro foi realizado após sete dias e não houve atraso. Os encontros foram realizados no escritório da colaboradora, o qual não tinha porta para isolá-la da sala ao lado. Durante o segundo encontro, observei que ela mexia nos objetos que estavam em cima da sua mesa com bastante frequência. Também houve interrupções de funcionárias e da sobrinha durante os encontros. Apesar de a colaboradora se dizer interessada em participar da pesquisa por achar importante ajudar, os atrasos e interrupções me pareceram maneiras de resistência.

4.4.3 Análise de dados

Os dados obtidos por meio da entrevista aberta foram analisados a partir da análise de conteúdo (AC) proposta por Bardin (1977), considerando as devidas adaptações ao método clínico-qualitativo sugeridas por Campos e Turato (2009). A AC proposta por Bardin pode ser utilizada de forma quantitativa ou qualitativa. A primeira se refere à frequência com que determinados elementos aparecem, enquanto a análise qualitativa dá relevância à presença ou ausência dos elementos codificados e categorizados (GONDIM; BENDASSOLLI, 2014). O presente estudo fez uso da análise qualitativa dos dados.

Segundo Gondim e Bendassolli (2014), a AC é parte de um processo indutivo-dedutivo. Indutivo, pois a entrevista, com base na teoria de referência, já direciona os conteúdos que surgirão nas entrevistas, o que pode facilitar a organização dos dados de acordo com o objetivo da pesquisa, ao mesmo tempo em que limita a análise do *corpus*. Por outro lado, a validade da indução deve permitir uma boa dedução dos dados reduzidos com o referencial teórico adotado. Portanto, a AC lança luz sobre os dados associados a um fenômeno, o qual torna-se compreensível segundo determinada perspectiva teórica, fazendo, assim, a ligação entre a tríade teoria-fenômeno-dado (GONDIM; BENDASSOLLI, 2014).

Considerando as contribuições de Campos e Turato (2009), as etapas da AC foram conduzidas da seguinte forma:

- *Leitura flutuante*: devido à quantidade de material produzido pelas entrevistas, a primeira leitura é feita de forma bastante livre, sem se apegar a conteúdos específicos.

- *Conteúdos manifestos e conteúdos latentes*: busca-se ir além do dito concretamente, permitindo a criatividade científica na atividade interpretativa.

- *Inferência*: parte-se das falas dos participantes na conexão com o referencial teórico, ao mesmo tempo em que o referencial teórico permite estabelecer inferências antes ou durante a realização da entrevista com os participantes. A interpretação de dados subjetivos se torna imprescindível nesta etapa da análise, a qual incluiu os dados obtidos através do questionário de dados clínicos e de observações de campo, dando maior sustentação às interpretações.

- *Categorização pelo critério de relevância*: forma didática de apresentação dos achados da pesquisa, com importantes significados que cumprem com os objetivos propostos pela pesquisa, além de produzir nova compreensão sobre o fenômeno investigado. As unidades de análise são, assim, construídas a partir do conteúdo relevante, e não a partir da frequência com que tais conteúdos emergiram.

- *Raciocínio indutivo e dedutivo*: ao partir de fatos genéricos da realidade e da teoria para organizar a busca pelos dados relevantes para a elucidação do fenômeno, faz-se o processo dedutivo. Ao interpretar os dados, validando-os com a teoria, faz-se um processo indutivo. Em todo caso, é preciso ressaltar que todo o processo de análise é permeado por uma postura intuitiva.

A análise das unidades de produção do D-E (APÊNDICE D) foi feita de acordo com as recomendações da literatura (TARDIVO, 1997; TRINCA, 2013). Esses resultados foram integrados aos achados das entrevistas, dando maior profundidade ao agregar aspectos da personalidade do processo de luto vivenciado pelas mulheres entrevistadas.

Os aspectos de personalidade que foram observados a partir da técnica do D-E são aqueles propostos por Tardivo (1997) e que estão ligados ao processo de adaptação a estressores. Ao se deparar com uma situação capaz de provocar intensa angústia, que é sentida como uma ameaça ao equilíbrio psíquico, o aparelho psíquico usa de mecanismos de defesa para diminuir as tensões provocadas pela situação estressora e retomar a sua homeostase. O uso de cores nas produções gráficas, por exemplo, é entendido como condição de mobilizar e expressar sentimentos e emoções por parte do sujeito (PINTO, 2014).

Os principais mecanismos de defesa do ego são: repressão, negação, racionalização, isolamento (ideia separada do afeto), formação reativa, projeção, regressão e sublimação. São inconscientes e encontrados em todos os sujeitos saudáveis. Sua presença excessiva é, via de regra, indicação de possível funcionamento neurótico. Normalmente servem à proteção do ego, que se dissocia (se divide) de impulsos ou afetos sentidos como perigosos para sua integridade e coesão (FREUD, 2006). Os mecanismos de defesa correspondem a estratégias ou operações efetuadas pelo ego diante das ameaças que emanam tanto da realidade externa, quanto das exigências internas (os impulsos psíquicos oriundos das instâncias psíquicas id e superego).

Um uso apropriado e parcimonioso desses recursos contribui para a manutenção do equilíbrio egóico, favorecendo sua adaptabilidade às circunstâncias e exigências da realidade. Quando esse uso é intenso e concentrado em poucos mecanismos, com perda da plasticidade, as ações defensivas perdem sua maleabilidade e funcionalidade, resultando em funcionamento inadequado, que não é capaz de conter a elevação da angústia, das emoções violentas e descontroladas e das exigências superegóicas. Nessa condição, observa-se alto dispêndio de energia psíquica, que é canalizada para manutenção de sintomas, empobrecendo o desempenho das demais funções egóicas. Assim, explorar qual é o repertório de defesas de que o indivíduo dispõe é um bom indicador do nível de eficácia de sua adaptação, especialmente frente a situações altamente estressantes como uma doença grave. Os mecanismos mais maduros são aqueles que se prestam à preservação da integridade egóica. Assim, são os mais bem-sucedidos e que exigem menos demandas energéticas, ao passo que os mais imaturos ou neuróticos resultam em atividade excessiva, de baixa eficácia e que não contribuem para a integração do ego.

O quadro 4 apresenta uma breve definição dos principais mecanismos de defesa utilizados na análise do material produzido pelo D-E. As cores do quadro representam a hierarquia dos mecanismos de defesa, dos mais arcaicos ou primitivos até os mais maduros ou saudáveis.

Quadro 4 - Mecanismos de defesa primitivos, neuróticos e maduro

CISÃO	Quando não é possível suportar a ambivalência, ocorre a negação de aspectos do outro ou do próprio <i>self</i> .
PROJEÇÃO	Conteúdos internos inaceitáveis são projetados para fora do <i>self</i> .
NEGAÇÃO	Aspectos da realidade externa que são sentidos como ameaça à homeostase psíquica não são percebidos ou considerados pela consciência.
IDEALIZAÇÃO	Atribui qualidades perfeitas ao outro como defesa à angústia frente a aspectos negativos.
REGRESSÃO	O funcionamento psíquico volta a ter características das fases anteriores do desenvolvimento para não lidar com aspectos da realidade da fase atual do desenvolvimento.
DESLOCAMENTO	Sentimentos ligados a uma ideia ou objeto são direcionados para outro com alguma semelhança, mas que seja socialmente aceito.
ISOLAMENTO	A ideia é separada do seu afeto correspondente para evitar o conflito psíquico.
RACIONALIZAÇÃO	Usa de explicações racionais que justifiquem comportamentos e pensamentos que seriam inadmissíveis.
FORMAÇÃO REATIVA	Impulsos intoleráveis são percebidos pela consciência como o seu oposto.
REPRESSÃO	Conteúdos internos sentidos como ameaça ao equilíbrio psíquico são impelidos a permanecerem inconscientes.
SUBLIMAÇÃO	Direciona a pulsão a objetos mais socialmente aceitos e valorizados.

Fonte: Adaptado de ⁵Gabbard (2006, p. 38-39).

De acordo com a teoria kleiniana, o contato com a realidade pode ser prejudicado em situações estressoras e mecanismos menos adaptados podem ser utilizados para fazer uma cisão da realidade. Sentimentos amorosos ou de ódio direcionados a um objeto são cindidos e a realidade é sentida como um objeto idealizado, que contém apenas aspectos positivos, não representando, portanto, uma ameaça ao ego. Ou a realidade pode ser sentida como extremamente ruim e negativa, devido à intensa projeção de objetos maus, muitas vezes dirigidos ao outro (PETOT, 1992). A ansiedade persecutória é predominante na posição esquizoparanóide, uma vez que a projeção de partes destrutivas e odiadas do *self* no outro amado dá origem à culpa. Na posição esquizoparanóide, portanto, há uma importante desintegração da realidade psíquica que prejudica a sua relação com o mundo externo (KLEIN, 1991).

A introjeção do objeto completo intensifica o sentimento de culpa pela projeção de aspectos negativos do *self* ao objeto amado e ao medo de perdê-lo. A integração da realidade, com todos os seus aspectos bons e ruins, evidencia um bom suporte egóico capaz de suportar tal ambivalência. Favorece um melhor contato com a realidade e respostas mais adequadas ao

⁵ GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

sentimento de culpa e pesar, através da reparação. Esse funcionamento é característico da posição depressiva e a ansiedade prevalente é a depressiva (KLEIN, 1991; PETOT, 1992).

As posições propostas por Klein referem-se a formas de funcionamento psíquico que indicam uma maior ou menor dificuldade de adaptação à realidade e oscilam constantemente. A avaliação das condições egóicas se embasa na análise de qual posição é predominante frente determinada situação ou contexto.

Em síntese, nosso esquema de análise/interpretação do D-E permite inferir as fortalezas e fragilidades no modo singular de cada participante vivenciar seu processo saúde-doença-cuidado. Para isso, possibilita compreender como está sendo a reação das mulheres adoecidas diante das ameaças representadas pela doença e tratamento quimioterápico (como as participantes reagem aos ataques ao ego); abre espaço para a percepção de possíveis figuras indicativas de proteção (percebidas como figuras cooperativas) mobilizadas frente a ameaças e tendências agressivas percebidas; e busca a eficácia das estratégias de escape das situações aflitivas ou de hostilidade, que ameaçam a integridade do ego e conspiram contra a continuidade da vida.

A imagem corporal sofre com as situações vividas pelas pessoas, em especial, as situações estressantes. É possível exemplificar citando as decorrências de enfermidades e situações de violência como seus efeitos potencialmente devastadores para o ego (SANTOS *et al.*, 2019).

Conhecer os aspectos psicodinâmicos, portanto, possibilitou compreender o luto como descrito por Parkes (1998) em diferentes níveis de profundidade no que concerne às características subjetivas da experiência do luto como uma transição psicossocial. Essa triangulação teórica e de dados, além de dar profundidade à compreensão do fenômeno, também oferece maior rigor à pesquisa qualitativa (DENZIN, 2009).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise dos dados

Os dados obtidos pela aplicação do questionário clínico referente à percepção dos sintomas da menopausa serão apresentados primeiro, pois as informações serão usadas para compor a discussão das cinco categorias construídas. As análises foram realizadas a partir dos dois distintos procedimentos clínicos: roteiro de entrevista e D-E. Após o contato inicial com o material e identificação dos conteúdos manifestos e latentes, foi feita a interpretação dos conteúdos das entrevistas, caso a caso, a partir do vértice clínico.

Em seguida, foi realizada uma análise dos desenhos e relatos, com utilização de referências norteadoras propostas pela literatura (TARDIVO, 1997; TRINCA; TARDIVO, 2000), buscando-se apreender aspectos centrais a respeito do mundo psíquico das participantes, projetados nos relatos das entrevistas e das histórias contadas. Foram considerados aspectos gerais e de conteúdo do material obtido, sem perder a noção de conjunto (caso a caso).

Para sistematizar o exame do material, considerando a extensa gama de conteúdos psicológicos que o D-E enseja, elaboramos um protocolo de análise das produções do D-E, composto dos seguintes itens, que foram levados em consideração nas análises. As produções são avaliadas com base em cinco eixos estruturantes: figuras significativas e percepção do suporte recebido; relações objetais; necessidades e conflitos; ansiedades predominantes; mecanismos de defesa mobilizados frente às ansiedades.

A análise das entrevistas permitiu identificar os significados da menopausa precoce induzida pelo tratamento, além das principais perdas e reações, enquanto a análise do D-E permitiu conhecer alguns aspectos psicodinâmicos presentes na adaptação às perdas. Partindo do pressuposto de que tanto as características subjetivas quanto a rede de apoio são importantes no processo de luto, foram esses os aspectos explorados pelo presente estudo.

5.2 Percepção dos sintomas e do suporte recebido para o manejo da menopausa induzida

Ao serem questionadas a respeito da interrupção da menstruação e a percepção de mudanças, frequentemente as colaboradoras se referiam aos sintomas mais comuns e conhecidos da menopausa, como: ganho de peso, ondas de calor, irritabilidade, cansaço e diminuição do desejo sexual. As demais alterações não eram do conhecimento delas como sendo repercussões da menopausa. Também foi comum pensarem que um determinado sintoma fosse uma repercussão da quimioterapia e não da menopausa.

Quadro 5 – Percepção de sintomas após o início do tratamento referidos pelas colaboradoras

	<i>Colab. 1</i>	<i>Colab. 2</i>	<i>Colab. 3</i>	<i>Colab. 4</i>	<i>Colab. 5</i>	<i>Colab. 6</i>	<i>Colab. 7</i>
<i>Ganho de peso</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Menstruação Irregular</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Calorões</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Sudorese</i>	---	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Palpitações</i>	Pouco	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
<i>Insônia</i>	Sim	Pouco	Sim	Não	Não	Sim	Não
<i>Irritabilidade</i>	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
<i>Ansiedade</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
<i>Depressão</i>	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não
<i>Fraqueza / Fadiga</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
<i>Esquecimentos</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
<i>Tonturas</i>	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
<i>Dor de cabeça</i>	Pouco	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
<i>Diminuição do desejo sexual</i>	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não
<i>Secura vulvo-vaginal</i>	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
<i>Dispareunia</i>	Sim	Pouco	Não	Não	Sim	Não	Não
<i>Dores articulares</i>	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
<i>Dores musculares</i>	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
<i>Ressecamento da pele</i>	Não	Não	Sim	Pouco	Não	Não	Sim
<i>Outros</i>	Odor forte no corpo		Dormência nos pés				

Fonte: elaborado pela autora.

As colaboradoras 1 e 5 foram as que mais relataram sintomas decorrentes da menopausa induzida, com total de 19 e 16 sintomas percebidos, respectivamente. Na sequência, as colaboradoras 3 e 4 referiram 14 e 13 sintomas, respectivamente. As mulheres que relataram menor número de sintomas, entre seis e 10 sintomas, foram as colaboradoras 2, 6 e 7. Assim, 57% das mulheres referiram sentir 13 ou mais sintomas de menopausa, enquanto o mínimo referido foi de seis sintomas. Nenhuma das mulheres entrevistadas estava assintomáticas.

Existe uma grande variação na prevalência de sintomas na menopausa entre países. Tal fato sugere a influência de aspectos socioeconômicos, da maneira como uma cultura entende a menopausa, de estilo de vida, entre outros fatores que podem implicar em importantes diferenças na maneira de vivenciar a menopausa (MEDEIROS; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2006). No Brasil, o estudo realizado por Medeiros, Medeiros e Oliveira (2006) identificou uma alta prevalência de sintomas da menopausa em mulheres de baixa renda que vivem na região norte do país e entre os principais sintomas destacam-se: nervosismo, ondas de calor, prejuízos na memória e fraqueza. O surgimento desses sintomas pode estar ligado ao clima e à alimentação da população (MEDEIROS; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2006).

Por outro lado, os estados emocionais provocados pelas mudanças corporais e simbólicas sofridas na menopausa também podem interferir na percepção dos sintomas por seu caráter psicossomático (FURTADO, 2001). O diagnóstico do câncer de mama ainda é sentido como uma sentença de morte para muitas pessoas e a menopausa induzida é um segundo

momento que pode representar a aproximação do fim da vida. Vale considerar que o diagnóstico do câncer de mama pode atribuir uma carga emocional extra à mulher e intensificar as manifestações psicossomáticas características da menopausa. Mesmo porque mulheres diagnosticadas com câncer de mama apresentam mais sintomas do climatério em comparação a mulheres sem histórico de câncer de mama (SEIB *et al.*, 2017).

Sobre as orientações acerca dessa ocorrência, todas as colaboradoras foram informadas de que a menopausa poderia ocorrer durante o tratamento quimioterápico. No entanto, cinco delas afirmaram que as informações não foram suficientes para o manejo dos sintomas. Apenas duas colaboradoras disseram ter sido informadas quanto ao procedimento de criopreservação. Uma optou por realizar e outra não.

Desta forma, a experiência das mulheres quanto ao manejo das repercussões da menopausa é sentida como tendo recebido suporte e orientações insuficientes para a compreensão e manejo dos sintomas da menopausa. A qualidade do suporte e informações recebidas pode interferir nas decisões relativas ao tratamento. Estudos mostram que as mulheres nulíparas ou com intenção de ter mais filhos podem optar pela interrupção de terapias endócrinas ou, até mesmo, não as iniciar (LLARENA *et al.*, 2015; SELLA *et al.*, 2021).

Abordar as questões reprodutivas logo após o diagnóstico e ao longo do tratamento para o câncer de mama em mulheres jovens é de suma importância para garantir a autonomia das mulheres na tomada de decisão em relação aos cuidados com a sua própria saúde e sua qualidade de vida (AYLOR; MEISEL, 2021; SILVA *et al.*, 2021; VILLARREAL-GARZA *et al.*, 2019). Um estudo realizado no Brasil apontou que, enquanto 77% das mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama foram orientadas quanto à importância do planejamento reprodutivo, apenas 6% foram informadas sobre estratégias para preservar a fertilidade (SILVA *et al.*, 2021).

Informações referentes à sexualidade e à menopausa devem ser oferecidas em diferentes momentos do tratamento e por diferentes recursos, como consultas, materiais educativos e suporte psicológico, já que o estado emocional no momento de receber a informação ou o impacto desta pode prejudicar sua compreensão (VILLARREAL-GARZA *et al.*, 2019). Se faz necessário, portanto, uma atenção interdisciplinar ao longo de todo o tratamento para oferecer o suporte necessário referente a sexualidade, preservação da fertilidade e menopausa (TORRES-CASTAÑO *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que as participantes tinham entre dois e seis anos de tratamento do câncer de mama no momento da entrevista e chama a atenção o fato de que as informações oferecidas não foram suficientes para sanar dúvidas e auxiliar no manejo dos sintomas da

menopausa. Faz-se necessário, portanto, a criação de protocolos e de diferentes estratégias a serem utilizadas por profissionais no Brasil e que favoreçam a compreensão das informações pelas mulheres e familiares. Serve de exemplo para isso o material desenvolvido nos Estados Unidos, por Young & Strong, que visa auxiliar a conduta referente à fertilidade, oferece um suporte educativo para mulheres e cuidadores, e diminui as repercussões psicossociais às mulheres jovens em tratamento do câncer de mama (GREANEY *et al.*, 2015).

Além de identificar as demandas nos primeiros meses após o diagnóstico do câncer de mama, também é necessário que a atenção primária à saúde esteja organizada e que os profissionais estejam capacitados para oferecer um cuidado integral que inclua adaptação e busca de estratégias para lidar com as repercussões da menopausa que podem ser de médio e longo prazo (ZOBERI; TUKER, 2019). É consenso entre a comunidade acadêmica que o cuidado às mulheres jovens com câncer de mama deve atender as demandas específicas dessa faixa etária.

A percepção dos sintomas e da sua intensidade, bem como o suporte recebido, estão relacionados com a forma de enfrentamento da menopausa. Assim, mulheres com mais sintomas e/ou menos informadas tendem a ter maior dificuldade no manejo e uma experiência mais negativa da menopausa (KNOBF, 2008). A ausência ou insuficiência de suporte recebido durante o tratamento pode dificultar o processo de luto, que consiste em reconhecer e compreender as perdas sofridas e ressignificá-las.

5.3 Experiência da menopausa induzida

O tratamento do câncer de mama demanda uma série de reajustamentos do corpo e da mente. A menopausa precoce, induzida pelo tratamento para o câncer de mama, é vivenciada pelas mulheres jovens como uma experiência densa de significações, que mobilizam seus recursos pessoais na tentativa de lidar com os desafios inerentes a esse momento de transição psicossocial.

A análise indutiva possibilitou a construção de cinco categorias: *Corpo devastado e o ataque ao suporte identitário*: “Eu mesma não me reconheço”; *Necessidade de se familiarizar com o novo corpo*: “É normal sentir isso?”; *De corpo inteiro*: “Meu corpo inteiro, eu notei que ele mudou”; *O sofrimento associado à possibilidade da infertilidade*: “É o meu Tendão de Aquiles”; e *“Como fogo e gelo”*: *Vicissitudes do desejo sexual criando desencontros na relação com o parceiro íntimo*.

Cada categoria ilumina diferentes facetas das vivências da menopausa precoce induzida pelo tratamento oncológico, que colocam em relevo dimensões vitais relacionadas a perdas percebidas no *nível do corpo* (como perda da fertilidade e agilidade, aumento da suscetibilidade a sensações paroxísticas, sentimento de ser assolada por afetos intoleráveis, debilidade e perda de controle sobre aquilo que lhe acomete), que também acarretam alterações no desempenho de papéis sociais e familiares.

5.3.1 Corpo devastado e o ataque ao suporte identitário: “Eu mesma não me reconheço”

*É na soma do seu olhar
Que eu vou me reconhecer inteiro*
Chico Buarque de Holanda

Ao entrar na casa de uma das colaboradoras para dar início à primeira entrevista, sua primeira reação foi pedir para que eu não reparasse na desorganização, na bagunça da sua casa. Explicou que havia fechado sua empresa após o diagnóstico do câncer de mama por não ter condições físicas de continuar exercendo sua profissão e os móveis da empresa estavam alocados na sala da sua casa. Desde o primeiro instante ficou muito evidente o quanto o diagnóstico e tratamento do câncer de mama “bagunça” a vida das mulheres diagnosticadas.

Essa “desorganização” simbólica da desconstrução do mundo presumido também tem em suas origens as mudanças corporais geradas pela menopausa precoce induzida pelo tratamento. A contingência de ter de conviver com as novas possibilidades e limites do corpo gera estranhamento e altera o cerne do equilíbrio do funcionamento da personalidade, suscitando o medo de não conseguir se controlar emocionalmente, em detrimento de suas relações interpessoais e familiares.

Mas em casa, tem dia que é difícil eles me aguentarem. Tem dia que eu estou insuportável. Eu mesma não me reconheço. [...] Aí, quando eu estou nessa situação insuportável, a S., minha filha, é meu termômetro. Ela: “Mãe! Hello, mãe. Hello!”. Ela faz desse jeito: “Mãe, calma! Espera aí!”. Aí eu respiro. Falo: “Meu Deus, estou maltratando. Jesus, tem misericórdia!” É onde eu tento me controlar, mas tem hora, meu Deus, não tenho paciência nem com a conversa deles. (colaboradora 4)

Alguns sintomas da menopausa favorecem a vivência de um corpo fora do controle, como um trem descarrilado, e que exige esforços extras para recuperar o seu eixo de equilíbrio. Assim como o olhar materno é o primeiro espelho em que o bebê pode reconhecer a si mesmo (WINNICOTT, 1979), a família e pessoas próximas espelham as manifestações desse corpo

desconhecido. Esse olhar passa a ser o *termômetro* que reflete a dificuldade em se perceber e controlar seus impulsos.

São requeridos esforços muito maiores para controle do peso, do humor, das sensações paroxísticas que o novo corpo acarreta e para criar estratégias para lidar com as insuportáveis ondas de calor. É um corpo cansado e menos produtivo, o que resulta na perda de potência e na incapacidade de reter experiências de prazer.

Em contrapartida, ao olhar do outro que reflete a si mesma, a mulher em menopausa precoce também pode se ver sem referências ao direcionar o seu olhar para o mundo. A convivência com os pares dá a sensação para duas das participantes de não pertencimento, de não poderem realizar os planos que acalentavam para o início da vida adulta, gerando frustração e sofrimento. Assim, se veem excluídas de um mundo que era desejado e idealizado.

É... que eu é... eu passei assim, eu tive o câncer aos 22 anos, por aí. Eu falei, é uma época que... vamos dizer, meus amigos, todo mundo está trabalhando, está estudando, está passeando e tal. E eu, senti que eu fui, é... são cortes. São cortes na minha vida. E aí depois eu fiquei assim pensando... Aí minhas amigas começaram a ter filhos. Casaram, tiveram filho. Aí eu fiquei pensando: “Mas, e eu?” [riso]. (colaboradora 1)

E uma outra amiga que [...] me chamou para o chá de bebê. [...] Eu fui. Eu nunca fiquei tão mal. Mas eu fiquei tão mal, tão mal. Sabe quando você não se sentia bem? Você senta na mesa, todo mundo sabia do processo que eu estava passando. Tudo bem que ninguém tinha nada a ver com isso. Só que ninguém nem se policiava. [...] E você? E eu lá, né, fora do assunto, fora da conversa, fora do mundo, né. Eu fiquei tão assim... (colaboradora 5)

As falas das colaboradoras indicam uma desorganização do próprio *self*, ao não se reconhecerem a partir da relação consigo mesmas e com seus pares. A castração e o retorno de feridas narcísicas acontecem a ponto de se sentirem não pertencentes ao mundo. Aqui a castração é sentida em relação aos próprios pares, de aspectos da personalidade que já estavam consolidados. É como se não houvesse um mundo onde exista um corpo jovem que não é produtivo e não gera filhos. Pasquali (1999) também observou mudanças em diferentes dimensões do *self* (físico, psicológico, social e espiritual) em mulheres com menopausa induzida por cirurgia ou quimioterapia.

Segundo Parkes (1998), a desorganização do mundo presumido ocorre no primeiro momento após a perda, quando a identidade de antes não corresponde ao atual momento. As perdas relacionadas à sexualidade e à fertilidade e as oscilações de humor são as que mais se mostraram importantes na desconstrução da identidade das mulheres jovens. Esses aspectos da

vida dessas mulheres podem ter se destacado do conjunto de mudanças decorrentes da menopausa induzida por estarem ligados a características específicas da fase adulta.

Segundo Erick Erikson (1972), a fase adulta contempla duas importantes tarefas psicossociais: intimidade versus isolamento e generatividade versus estagnação. A primeira consiste em desenvolver a capacidade de manter relações de intimidade, seja no âmbito afetivo ou social. Trata-se de consolidar uma identidade compartilhada com o seu grupo e comunidade. As relações conjugais, familiares e com os pares, portanto, são parte importante, que localizam o indivíduo na vida adulta.

Na fase seguinte, o indivíduo faz uma avaliação da vida, do que realizou até o momento e do que poderá deixar à posteridade. A produção intelectual, a constituição de bens e o cuidado da humanidade considerando as próximas gerações passam a ser as principais preocupações desta fase, que podem encontrar resolução na parentalidade (ERIKSON, 1972).

Diferente das mulheres estudadas por Furtado (2001), que entraram em menopausa na idade esperada, as colaboradoras deste estudo estavam iniciando sua vida adulta em termos de constituição familiar e construção de uma carreira profissional. Além disso, a menopausa não ocorreu naturalmente, mas foi induzida, imposta à mulher como condição para preservar a sua vida. Essa antecipação forçada, que prejudica a realização de planos próprios da idade, atribuem um caráter de crise para o processo de desenvolvimento e podem ser fator dificultador do processo de adaptação. Portanto, a menopausa precoce induzida pelo tratamento se diferencia daquela que acontece naturalmente, como parte esperada da fase de desenvolvimento em que a mulher madura se encontra.

A experiência do câncer de mama que contém as manifestações da menopausa induzida, rompe, portanto, com o suporte identitário pré-existente que precisará ser reconstruído. E como tentativa de dar contorno à nova identidade que está sendo construída, ainda invisível à sociedade, duas das colaboradoras do estudo realizaram tatuagens que marcam na pele o que viveram e estão vivendo após o diagnóstico do câncer de mama. Segundo Mielli (2002), a tatuagem constitui um território simbólico que serve como âncora identificatória que possa estabilizar o novo *self*.

A menopausa precoce representa um ataque ao corpo, que possibilita exercer os papéis atribuídos à sua condição de mulher jovem. Além disso, também a confronta com a imposição de um corpo debilitado, que abruptamente se vê assaltado por experiências sensoriais e emocionais de difícil controle. Essa desconstrução de partes do antigo *self* provoca incertezas sobre si e quanto ao seu lugar no mundo.

É visível, portanto, que a experiência da menopausa precoce ocupa um importante espaço dentre as vivências decorrentes do câncer de mama e seu tratamento. Entretanto, por estar implicada na vivência do câncer, o avanço da doença pode dar outra dimensão às experiências relacionadas à menopausa. Na análise do D-E da colaboradora que estava em estágio mais avançado da doença, apesar de perceber os impactos da menopausa nas suas relações familiares, ficou claro que ela, à época da entrevista, estava passando por um processo de se deparar com a possibilidade da morte ao fazer uma avaliação de toda a sua vida, suas conquistas e arrependimentos, ao longo das unidades de produção.

Portanto, as falas das colaboradoras sobre a experiência da menopausa precoce associada ao tratamento do câncer de mama evidenciam a desorganização do mundo presumido. Esta é uma parte do primeiro momento da transição psicossocial em que a enlutada se depara com uma realidade diferente e desconhecida, em que sente perder as referências de si e do mundo à sua volta.

5.3.2 Necessidade de se familiarizar com o novo corpo: “É normal sentir isso?”

O evento do câncer e seus tratamentos introduziu novas pautas e, com elas, parece se instaurar uma nova norma na experiência corporal. Para as mulheres entrevistadas, houve a perda do corpo que era utilizado como força de trabalho, como meio para realização de desejos do próprio sujeito e daqueles ao seu redor, como o desejo de experimentar a maternidade e a paternidade. Lidar com esse “novo normal” gera estranhamento. Esse “novo corpo” precisa agora falar por si.

Foi percebido que a compreensão das mulheres a respeito da menopausa se restringe aos sintomas que são mais conhecidos popularmente, como as ondas de calor, a dificuldade de controlar o peso, as oscilações no estado de humor, a irritabilidade e a maior suscetibilidade à fadiga. No entanto, ao serem questionadas diretamente sobre outros sintomas, como prejuízos da memória, dores musculares e/ou articulares, tonturas e dores de cabeça, muitas mulheres relataram que passaram a ter tais sintomas após o tratamento do câncer de mama.

Apesar de a maioria dos sintomas serem vivenciados pelas participantes, a relação destes sintomas com a menopausa não era do conhecimento delas. Causando estranheza e surpresa ao serem informadas durante a pesquisa sobre os sintomas que lhes eram desconhecidos.

Tem coisa que eu nem imaginei que fazia parte. [riso] (colaboradora 6)

Isso [menopausa] também faz isso [esquecimento]? [Sim.] Ah, então eu tenho que falar para os meus filhos. Porque eles falam que eu estou ficando louca. Eles falam para mim: “Mãe, vai no médico. Isso não é normal.” (colaboradora 4)

Parece que a gente fica mais fraca. Saúde da gente, né? É normal isso? (colaboradora 4)

[E dor muscular?] Ah eu não sei se é porque eu trabalho. Eu sinto, mas eu não sei se é por conta da menopausa ou se é por causa do esforço no serviço. (colaboradora 4)

Se deu alguns sintomas, eu nem percebi, nem sei o que que foi. [...] Era tudo consequência uma coisa da outra. Da quimio, do tratamento. (colaboradora 7)

As falas das mulheres remetem a um corpo sem forma, sem contornos mais delimitados. Trata-se de um conjunto de alterações corporais que podem ser menos demarcadas, mas que também parecem refletir na imagem corporal e na relação da mulher com seu corpo e que se somam às demais alterações causadas pelo tratamento. A falta de compreensão sobre os sintomas menopausais dificulta a identificação das possíveis causas e a tomada de medidas necessárias, além de favorecer para que as queixas não sejam levadas à equipe de saúde (BOUGHTON; HALLIDAY, 2008; MIAJA; PLATAS; MARTINEZ-CANNON, 2017; PATERSON *et al.*, 2016).

Observando o excerto da fala da colaboradora 7 – “Se deu alguns sintomas, eu nem percebi...”, podemos notar que *isso* fala de um certo modo de habitar o próprio corpo e integrar ou não as diversas experiências afetivas que dele emanam. As respostas das participantes sugerem algo que remete para mais além de uma mera lacuna de conhecimento. Parecem mais relacionadas a um tipo particular de relação que essas mulheres estabelecem com o próprio corpo, anterior ao adoecimento. Algo que se sabe que começa a ser construído no decorrer do processo de socialização da mulher e que se estende pelos demais estágios de seu desenvolvimento.

O olhar para si mesmas, incluindo seu corpo, parece ser atravessado e às vezes obliterado pelas inúmeras preocupações e afazeres que se acumulam na rotina diária. Agora o adoecer e o tratamento demandam uma série de ajustamentos, que o corpo feminino tem de operar pelo que lhe resta de sobrevivência. Há uma opacidade que acompanha o modo como essas mulheres olham para seu corpo e mantêm contato com suas sensações de dor e prazer, sua memória de prazeres e desconfortos. Segundo Neto e Rocha (2013), esses pontos cegos do corpo físico correspondem a conflitos inconscientes que estejam ligados, libidinalmente, a partes ou sensações corporais.

É onde você fica estressada, você fica nervosa, porque você não sabe lidar com a situação [sintomas da menopausa]. Aí você não entende o que está acontecendo. Sua família também não. Aí você acaba descontando neles. (colaboradora 4)

Não perceber ou evitar compreender o corpo modificado pode ser uma tentativa de se proteger da angústia causada pelas mudanças corporais que modificam a autoimagem e o desempenho nas atividades diárias e nas relações sociais. As dimensões da sua vida, biológica, psíquica e social passam a conter lacunas obscuras, conteúdos desconhecidos e incompreendidos que acabam por aumentar a angústia frente ao desconhecido.

A imagem corporal é entendida como muito além da imagem que se vê no espelho, pois engloba também a maneira como esse corpo é sentido, como ele responde ao comando e pelo corpo ideal que é internalizado (PRICE, 1990). Portanto, é preciso vivenciar o corpo em ação e em relação com o meio para conhecê-lo e internalizá-lo.

O corpo como unidade simbólica fica fragmentado e precisa ser novamente simbolizado a partir das vivências cotidianas na relação com o outro. As pessoas à sua volta passam a ter um papel importante nesse processo de conhecer e ressignificar esse novo corpo, por reagirem também a ele. Uma vez que a família e as pessoas ao redor também não o compreendem, um cuidado integral à mulher jovem com câncer de mama pode ajudar a dar novos sentidos e contornos a esse novo corpo. Auxiliando na compreensão das mudanças fisiológicas, das limitações e potencialidades dele.

Nada eu posso te pontuar como menstruação. Porque para mim era tudo quimio. (colaboradora 7).

A falta de contorno das mudanças corporais ocasionadas pela menopausa precoce faz com que se misturem às repercussões do tratamento do câncer de mama. Atribuir algumas dessas mudanças corporais à quimioterapia pode ser uma forma de negar que tais mudanças sejam permanentes e sustentar a fantasia de que, após a quimioterapia, com o tempo, seu corpo voltará ao que era antes. O desejo de recuperar o objeto perdido e a resistência à perda é, para Parkes (2009), o que caracteriza a experiência do luto.

Os recortes das entrevistas falam de um corpo mudado, que não corresponde às expectativas e relacionamentos que eram estabelecidos antes do tratamento. Segundo Parkes (2009), a desorganização do mundo presumido provoca uma crise em que as concepções básicas sobre si não correspondem ao corpo atual, o que levou a prejuízos nas relações familiares pela

dificuldade de compreender esse novo corpo que se apresenta. Deixar de menstruar parece ter desencadeado perdas secundárias que nem sempre são identificadas e compreendidas pelas mulheres jovens e seus familiares.

5.3.3 De corpo inteiro: “Meu corpo inteiro, eu notei que ele mudou”

A maioria das mulheres entrevistadas considerou positivo o fato de cessarem os sintomas desagradáveis relacionados à menstruação, como cólicas e dores pelo corpo. A interrupção do fluxo menstrual é uma mudança corporal ocasionada pela menopausa induzida, que foi significada e sentida como um alívio dos sintomas rotineiros que acometem algumas mulheres em idade reprodutiva. Os relatos corroboram os achados de Curta e Weissheimer (2020), em que as mulheres entrevistadas atribuíram aspectos positivos como parte da experiência do climatério por não se preocuparem mais com fluxo menstrual, cólicas e outros desconfortos.

Ai, o lado bom foi que eu tinha cólicas muito fortes e aí... Isso, então não descia, aí essas cólicas pararam. (colaboradora 1)

Ah, por um lado foi bom, assim, né. Que não fica aquela coisa assim, um pouco desconfortável. Porque descia bastante para mim, né. Tinha que toda hora ficar trocando. E... quando você fica mais tensa, parece que desce mais. (colaboradora 2)

Ah, para mim, não foi ruim não. O que foi ruim é essas coisas que a gente sente. Mas, para mim não teve nenhum problema não. (colaboradora 4)

Para mim foi até bom, na verdade, porque eu não menstruo. Eu tenho todos os sintomas, né. (colaboradora 7)

As colaboradoras destacaram, brevemente, alguns aspectos positivos da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama, enquanto os prejuízos da menopausa ocuparam a maior parte das entrevistas. A menopausa parece ser entendida pelas mulheres entrevistadas como um processo que altera o funcionamento do corpo e esse novo corpo não reage da mesma maneira aos desejos, hábitos e estilo de vida que vivenciavam antes do diagnóstico do câncer de mama.

O corpo em menopausa é um corpo que responde de forma diferente, que perde sua vivacidade, sua capacidade de reagir com flexibilidade. É um corpo mais suscetível ao calor, cansaço e irritação, o que faz com que ele diminua o ritmo do dia a dia, e que não se recupere facilmente do estresse e das lesões como um corpo jovem. Um corpo fragilizado e menos tolerante à dor, um corpo que incha e engorda. Nesse momento, o corpo é apresentado com

mais contornos, sendo possível olhar para as mudanças causadas pela menopausa precoce e nomeá-las.

Ah, igual eu falei. Esse calor que eu sinto, essa indisposição. Essa irritabilidade que eu tenho. Fico estressada, sem paciência. Essas coisas. (colaboradora 4)

Mas aí teve o lado ruim, que eu percebi, que eu fiquei mais inchada, é... minha barriga, principalmente, mudou. Assim, meu corpo inteiro eu notei que ele mudou. E... sensação de calor. Não sei se também, eu tive, eu comecei com muita dor na perna. (colaboradora 1)

Outra mudança relevante é sentida na disposição física e no ritmo de atividades, apontando para uma lentificação dos movimentos, letargia, sonolência, manifestações corporais que são interpretadas como incapacidades. Um corpo com capacidade produtiva reduzida em comparação à potência anterior ao tratamento. Atividades que antes eram realizadas mediadas por um corpo que “não aguentava ficar parado”, agora se mostra cansado e sem vitalidade. Para quatro das sete colaboradoras, as mudanças corporais interferiram de forma negativa no desempenho de atividades diárias e/ou laborais.

Às vezes, eu me sinto que eu era uma pessoa que fazia muita coisa. Eu não... não aguentava ficar parada. [...] eu não consigo fazer tudo como era antes. Então, isso me gera um desconforto muito grande. De incapacidade. [...] Agora é tudo mais (risos) debilitado. (colaboradora 1)

Calor, cansaço. Acho que só. Porque aí acaba afetando tudo, né. Porque é calor, aí você sente mal. [...] E o cansaço, você dá três passos e já... Que nem hoje, é o dia que, se eu deitar ali no carro, já durmo. Estou muito cansada. É mais isso. Que acaba afetando as outras coisas. As coisas de casa, do serviço. Tudo, né. (colaboradora 5)

Parte importante da subjetividade, o trabalho que é produzido pelo corpo, um corpo pulsional, é também o que o transforma e o coloca à prova. Segundo Dejours (2004), o desenvolvimento de habilidades, destreza e sensibilidade técnicas acontece através do corpo e da experiência afetiva, que mobiliza toda a personalidade do trabalhador e trabalhadora. O trabalho também tem sua dimensão social, composta por uma estrutura hierárquica que expõe relações de desigualdade, poder e dominação.

Todas as colaboradoras do estudo tinham uma profissão, tendo subido alguns degraus da escala hierárquica que, há pouco tempo, limitava o trabalho feminino ao ambiente doméstico. Mas, com as sequelas físicas do tratamento do câncer de mama, elas se viram, algumas mais que outras, com importantes limitações para exercer a profissão que escolheram. Inclusive, uma das colaboradoras do estudo mencionou que fechou a sua empresa de prestação de serviço por

não se ver mais com condições físicas de executar um trabalho que demanda força e habilidade motora. Enquanto outra colaboradora diz ter reduzido a quantidade de dias de trabalho após o diagnóstico. Uma das colaboradoras demonstrou gratidão à empresa que trabalha por ter recebido muito apoio durante o tratamento e disponibilidade da empresa em fazer adequações para que ela continuasse trabalhando.

A dimensão do trabalho é afetada não só pelas repercussões da menopausa, como a fadiga, mas também pelas restrições de movimento dos braços impostas pela intervenção cirúrgica e pela radioterapia. O corpo cansado, dolorido e fatigado contrasta com o corpo juvenil, independente e cheio de vitalidade. Fica visível, na fala de uma das colaboradoras, a frustração em precisar da ajuda de familiares para cumprir com os afazeres domésticos e outras atividades diárias.

Tipo, pegar o carro do meu pai todo dia, me corrói por dentro. Mas não tem outra forma. A outra forma que tem é eu vir de circular. Mas aí tem que fazer um esforço maior, tem que parar ali embaixo, tem que subir a pé. Aí eles acabam não deixando, eu tenho que pegar o carro. São coisas que me incomodam. Eu sempre fui muito orgulhosa. [...] você me ajuda já limpando, só que eu também quero poder cuidar da minha casa. Mesmo que não for a melhor das faxinas. (colaboradora 5)

A menopausa traz consigo muitas das mudanças que representam, simbolicamente, o início da velhice de maneira muito antecipada e se somam às demais limitações e transformações impostas pelo tratamento do câncer de mama. O corpo limitado e menopausado faz uma justaposição entre a juventude e a velhice. Segundo Silva e Ferreira-Alves (2012) os estudos sobre luto pouco contemplam contextos que entram em convergência entre as etapas do ciclo vital, assim a experiência da menopausa que ocorre naturalmente não pode ser transposta à experiência de mulheres jovens que sofrem a antecipação das transformações corporais, ainda mais no contexto do tratamento do câncer de mama.

Manter o corpo jovem dentro dos padrões de beleza estabelecidos para a faixa etária das mulheres entrevistadas também passou a ser um desafio após a menopausa precoce. A dificuldade em manter ou perder peso requer que as mulheres mudem hábitos de vida relacionados a alimentação e atividade física. O novo corpo demanda uma rotina de cuidados maior e mais intensa, que priva do desejo de comer o que quiser e, ainda assim, não oferece resultados satisfatórios. A imagem corporal é uma das principais preocupações das mulheres jovens com câncer de mama e o ganho de peso está entre as mudanças corporais de maior preocupação (EE *et al.*, 2020; PATERSON *et al.*, 2016). As frustrações e os cuidados

necessários com o corpo em menopausa se somam ao sofrimento gerado pelo câncer e seu tratamento.

[...] Vai ganhar peso. Então você tem que pensar, fazer um exercício. Ah, você tem que cuidar da alimentação. Aí você fala: “Putz! Passei por um processo tão difícil e não posso comer ainda o que eu quero”. (colaboradora 5)

Eu fiquei o tempo todo inchadona. Corria, fazia exercício todo dia, mesmo assim parecia um boi, parecia uma bola. Aí depois continuei fazendo exercício, foi voltando aos poucos. Aí na segunda [vez que teve câncer], eu engordei mais uns oito quilos. Não consegui voltar ainda não. (colaboradora 7)

Estou tentando, tentando. Tentando muito [me adaptar às mudanças corporais]. (colaboradora 1)

A cobrança em manter o peso não tem por motivação apenas o desejo da mulher, mas é controlado pelo serviço de saúde, uma vez que o ganho de peso antes ou durante o tratamento está relacionado com um pior prognóstico (VANCE *et al.*, 2011). Um estudo australiano apontou que, em média, as mulheres ganham 9kg durante o tratamento para o câncer de mama (EE *et al.*, 2020). O controle do peso é tido como mais um aspecto do tratamento que impõe restrições aos prazeres e demanda maior esforço para se manter sob controle.

[...] as enfermeiras falando: “Não pode engordar. Tem que comer certinho”. Eu já não estou 100% certinho, comendo certo. Mas eu já estou tentando, na minha condição, de manter certo. Porque ela falou: “Engordou?” Eu falei que acho que uns dois quilos. (colaboradora 5)

Os embates diários com as ondas de calor também são bastante recorrentes nas falas das participantes e iluminam uma outra faceta desse corpo de difícil controle. As ondas de calor são mais frequentes e intensas em mulheres em tratamento do câncer em comparação a mulheres que tiveram uma menopausa natural, contribuindo para uma pior qualidade de vida, por comprometer a qualidade de sono e promover alterações de humor (CHANG *et al.*, 2016; KADAKIA; LOPRINZI; BARTON, 2012). A necessidade de modificar o ambiente, abrir janela ou ligar o ventilador para amenizar as ondas de calor acaba por interferir no sono da mulher e também repercute no bem-estar das pessoas com quem divide esse mesmo ambiente.

É horrível. A sensação é horrível. [O que você sente?] Ah eu sinto uma onda de... Agora, não. Mas tem hora que eu sinto meu corpo esquentando. [...] E... aí eu pego, ligo tudo. Aí eu consigo ficar bem. Aí depois eu começo a sentir frio. Aí eu tenho que desligar. Aí meu marido fala: “Nossa, o que está acontecendo? Você fica, liga e desliga. Que negócio é esse?”. É ruim isso para mim. (colaboradora 4)

Calor, demais. Só que agora, antes era aquele calor insuportável. Só que agora está assim, sabe? Vem aquele calor, aí na hora que você tira tudo, aí vem aquele frio. Aí eu começo a tremer. Nunca senti. É um tremor no corpo, de muito frio. (colaboradora 2)

É difícil conviver com o “novo normal” do corpo, que introduz sensações extremas nunca antes sentidas. Como tudo o que é desconhecido, isso causa apreensão e desconcerto (“tem hora que dá umas crises, tem hora que fica tranquilo” – colaboradora 4). Além disso, após a menopausa, o controle do humor passou a ser um desafio para algumas das participantes e a irritabilidade interferiu nas relações familiares.

Piorou. Parece que eu vivo na TPM, né. Que dizem que a TPM é aquele período perto de menstruar, que a mulher... Eu não, parece que eu vivo naquela situação. (colaboradora 4)

Eu falo para todo mundo, de quando eu comecei o tratamento, é... eu dou uns surtos. Chega nessa época assim, eu estou surtando. Porque o ano fica muito longo. [...] Aquilo chegou num patamar que eu surtei de novo. Aí desandei a chorar. Brava, que eu não aguentava mais. [...] Aí o meu marido chegou e eu naquele desespero. Eu queria ir embora, sabe? E surtei. (colaboradora 5)

Podemos considerar também que a irritabilidade, como uma consequência da menopausa, pode ser acrescida da raiva como reação à perda do controle de si. Assim, as mulheres entram em um ciclo de retroalimentação da angústia e da raiva difícil de ser quebrado. Essa maior suscetibilidade à instabilidade emocional e à irritabilidade gera prejuízos nas relações sociais, especialmente nas familiares. A reação dos filhos aos seus rompantes de humor reflete um corpo descontrolado e irritado. Para uma das colaboradoras, trata-se de uma imagem que a remete a situações de violência sofridas na infância, das quais ela buscou se distanciar ao constituir sua família.

A falta de controle costuma ser um sentimento que causa muita angústia, uma vez que as fantasias de controle onipotente garantem um sentimento de segurança sobre os conteúdos internos e externos do sujeito (KLEIN, 1996). A maior irritabilidade pode remeter a fantasias de falta de controle sobre os próprios impulsos agressivos, podendo ferir as pessoas que ama. O uso repetido da palavra “surtei” e o desejo de sair da situação familiar conflitiva traduzem a angústia sentida por uma das colaboradoras. O isolamento ou distanciamento social parece ser uma estratégia, encontrada por ela, para lidar com a dificuldade em controlar a irritabilidade, ao relatar que tem repensado sobre participar ou não de reuniões familiares para evitar situações de conflito.

As mudanças corporais vivenciadas após o adoecimento são tantas que parecem inundar a percepção, sobrecarregando a experiência corporal e perturbando o equilíbrio emocional. A angústia de castração é revivida a partir das perdas significativas causadas pela menopausa e que ameaçam a unidade narcísica (FURTADO, 2001), a ponto de uma das participantes relatar o desejo de não ter se submetido à quimioterapia, revelando também sua dificuldade em se adaptar às mudanças.

Olha só que coisa! Se soubesse, eu não tinha pegado essa quimioterapia, viu. Que aconteceu comigo? Não tinha pegado. Não tinha. Ia morrer, mesmo que tivesse que morrer naturalmente, se tivesse que morrer. Porque eu não ia fazer. (colaboradora 4)

Buscar um culpado é uma resposta esperada ao luto, em que o sujeito projeta sentimentos negativos para amenizar o sofrimento causado pela perda. A raiva provocada pela perda é direcionada ao outro como uma forma de punição, de protestar pelo mal causado (PARKES, 1998). A quimioterapia, que pode curar, também prejudica o corpo adoecido e pode representar uma descontinuação da vida e de sonhos do paciente (WAKIUCHI *et al.*, 2019). Fica evidente o desejo de resgatar o corpo antigo e a imagem da morte como resistência a outra morte que de fato aconteceu: a do corpo que existia antes do diagnóstico.

As falas remetem a um conjunto de mudanças que provocam a perda da vitalidade da juventude, do corpo jovem que representa beleza, agilidade, controle e independência. Perdas secundárias são observadas nas mudanças dos relacionamentos familiares, em que se faz necessário reorganizar papéis e tarefas, e nas mudanças de hábitos ligados ao cuidado do corpo, como maiores restrições alimentares e a necessidade de realizar atividade física.

A elaboração do luto pelo corpo jovem e vivaz passa pela integração do novo corpo a uma nova identidade. Tarefa dificultada pelo contexto em que a perda do corpo jovem acontece, o prolongado tratamento do câncer de mama acrescenta outras preocupações ao corpo que ainda sofre com os medicamentos do tratamento hormonal e a ameaça de recidiva do câncer. Adaptar-se ao novo corpo parece confundir-se com os cuidados necessários ao corpo e decorrentes tratamento do câncer de mama e da experiência afetiva que esse cuidado suscita.

Ressignificar o novo corpo desconhecendo seu funcionamento, limitações e potencialidades pode levar a uma percepção distorcida da nova realidade e dificultar a adaptação a ela. As mulheres relataram que a atenção recebida e as orientações a respeito do manejo dos sintomas da menopausa induzida foram insuficientes.

Você falou assim, que a gente passa por algum acompanhamento, mas eu não tenho acompanhamento para isso. [...] Sobre isso, que você falou, da menopausa, não. Nem sabia. [...] E psicologicamente dá uma paranoia na cabeça da gente. E aí você não sabe lidar com a situação, é onde a pessoa né... (colaboradora 4)

Apesar de serem observados movimentos de restauração, representados pelas mudanças de hábitos relatadas, no momento da entrevista, as mulheres parecem estar muito mais voltadas às perdas e aos sentimentos de raiva e frustração causadas por um conjunto de mudanças corporais que torna o novo corpo desconhecido e de difícil adaptação. A compreensão e manejo dos sintomas da menopausa induzida podem ajudar a mulher a resgatar parte do sentimento de controle sobre esse novo corpo, diminuindo as angústias e instrumentalizando a mulher para melhor reconhecer as perdas e ressignificar suas experiências.

5.3.4 O sofrimento associado à possibilidade da infertilidade: “É o meu Tendão de Aquiles”

O determinismo biológico, aliado ao discurso religioso da maternidade como algo divino se arrastou ao longo de séculos, até que os avanços tecnológicos deram autonomia à mulher sobre seu corpo, provocando questionamentos e uma gradual desconstrução paradigmática. Apesar de, atualmente, a maternidade ser compreendida de maneira mais diversa e da feminilidade estar mais ligada a satisfação pessoal, autonomia e liberdade, a maternidade ainda é tida como um aspecto indissociável do feminino por algumas parcelas da sociedade. O ser mulher se iguala ao ser mãe, por valorizar os atributos relacionados ao cuidado dos filhos, como a capacidade de nutrir e acalantar. A mulher que não deseja ter filhos tem dificuldade em expressar seu desejo e ser compreendida pelo outro que atribui à mulher o dever da maternidade (EMÍDIO; GIGEK, 2019; SCAVONE, 2001).

Algumas das colaboradoras do estudo falaram sobre as expectativas de familiares quanto a terem filhos futuramente. Além de a maternidade estar ligada à expressão do feminino, ela também se associa aos diferentes papéis sociais vividos pela mulher, papéis que a atribuem a tarefa de dar filhos ao homem e netos aos pais. Assim, a maternidade também expressa o que é ser filha e ser esposa / companheira. Nas falas também é possível observar a manifestação do sofrimento desencadeado pela possibilidade de perda da capacidade reprodutiva e da frustração dos desejos da mãe e do companheiro. Os familiares passam a ser aqueles que “cobram” que ela realize seu destino de mulher.

Aí ele [noivo] falou assim: “Agora estou com mais vontade ainda de ter um filho”. Ele tem falado isso. Muito. [...] A última vez que ele falou para mim, eu fiquei muda, não, não sabia nem o que falar para ele. Não tinha resposta. Então, isso é um assunto, ultimamente, para mim, está sendo bem delicado. (colaboradora 1)

É que minha mãe, sempre foi o sonho dela é ser avó [risos]. [...] Aí eu falo para ela: “E se eu não conseguir? [...] Tem minha cunhada, meu irmão...” [risos] Aí ela: “Ah, mas eu queria seu também.” (colaboradora 1)

Porque faz 11 anos que eu namoro e... o meu namorado não tem nenhum filho. (colaboradora 2)

Falar sobre questões reprodutivas após o câncer pode ser um desafio para muitos casais, que podem evitar o assunto para não preocupar o companheiro ou companheira ou por não se sentirem compreendidos em relação a suas dúvidas e preocupações. Uma das colaboradoras paralisa frente ao desejo do companheiro de ter um filho. A fertilidade pode ser um assunto delicado sentido como uma ameaça ao relacionamento (HAWKEY *et al.*, 2021). Em outros contextos, o sofrimento gerado pela possibilidade da perda da capacidade reprodutiva também pode ser intensificado por relações sociais que perpetuam uma visão de feminilidade como que dependente do exercício da maternidade ou do seu desejo (CRAWSHAW; SLOPER, 2010).

Um dia, no serviço, elas começaram desde cedo: “Porque uma mulher, para ser feliz por completo, tem que ter filho”. [...] E tem uma mulher que trabalha com a gente, tem 50 anos, ela é solteira, não tem filho. Ela falou: “Olha, gente, eu vou ter que discordar. Eu não sou infeliz”. “Não, mas você não está entendendo, é porque você não tem.” Eu falei: “Bom, gente, eu não vou entrar no assunto porque é um assunto que não me agrada”. Saí da sala, fiz meu serviço, voltei. Continuavam no assunto. Fui almoçar, voltei. Continuavam no assunto. E aí, “Porque tem que ser feliz, porque se tem que ser feliz”. E aquilo foi entrando na minha cabeça: “Então, eu sou infeliz; então, eu sou infeliz”. A hora que eu percebi, eu já tinha dado um tapa na mesa, já tinha dado um grito. Falei: “Gente, ninguém vai parar?”. Porque ou vocês param, ou eu vou chorar, ou eu vou pedir para ir embora. Não sei. Já foi o limite do dia. [...] Eu não aguento mais. Aí todo mundo dispersou, né. Mas na hora que eu percebi, já tinha falado. Já tinha dado um tapa na mesa, já tinha feito tudo. Mas foi uma coisa que foi desgastando. [...] E para gente que já está abalada psicologicamente, né, digamos assim. Eu não sei se eu estou certa. (colaboradora 5)

O discurso de que uma mulher só se realiza pela maternidade ressoa no seu interior como que abrindo uma ferida profunda, provoca raiva e uma tentativa de evitar entrar em contato com a dor causada pela perda da fertilidade. A contestação é usada como defesa à infelicidade, a punição pela infertilidade, proferida pelas colegas de trabalho, que representa a

fragilidade narcísica provocada pela perda daquilo que a constitui, que garante a perpetuação da espécie e satisfação dos desejos nela projetados. A infertilidade a exclui do grupo de mulheres felizes, representado na fala “Não, mas você não está entendendo, é porque você não tem [filhos]”, como que determinando um destino de infelicidade para as mulheres que não têm filhos.

Evitar o assunto da maternidade e a participação em conversas relacionadas ao tema dificulta a elaboração do luto, uma vez que não é possível entrar em contato com o sofrimento da perda. Apesar de momentos de evitação da perda serem necessários no processo de luto, por possibilitar ao enlutado lidar com suas atividades diárias, as reações apresentadas evidenciam intenso sofrimento e a dificuldade de ressignificar a infertilidade de forma a integrá-la à sua identidade, levando a um crescimento pessoal. O modelo do processo dual do luto propõe que haja uma oscilação entre a orientação à perda, caracterizada pela possibilidade de entrar em contato com o sofrimento, e a orientação à restauração, quando a perda é evitada ou negada para que o enlutado possa lidar com outros aspectos da sua vida. É através dessa oscilação que a perda pode ser ressignificada e o enlutado assumir novos papéis sociais (STROEBE; SCHUT, 199).

O desejo de ser mãe ou ter mais um filho foi relatado por quatro colaboradoras, enquanto as demais mulheres já tinham filhos e, até mesmo, netos. Desta forma, todas as mulheres deste estudo ou tinham filhos ou expressaram o desejo de ter filhos. Mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho e o exercício de outras tarefas e papéis sociais desempenhados na sociedade contemporânea, a maternidade é desejada pela maioria das mulheres brasileiras (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007).

É... eu peguei, comentei com a minha mãe, com o meu pai. Falei: “É um sonho muito grande. Sim, é.” [em relação à maternidade] (colaboradora 1)

Tinha. Tinha o desejo de engravidar. (colaboradora 7)

No entanto, esse desejo fica condicionado a outros projetos de vida, como a conquista da estabilidade financeira, de concluir os estudos e estar em um momento de estabilidade no relacionamento. Mesmo porque, por ser considerada um trabalho integral, que demanda muita dedicação e tempo, a maternidade é planejada para um momento da vida de maior estabilidade. Agregado ao fato de ser possível ter um controle sobre a vida reprodutiva pelo uso de métodos contraceptivos, a maternidade é adiada como uma maneira de evitar surpresas que causem

maior instabilidade e manter o controle sobre o desejo (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007; BRUZAMARELLO; PATIAS; CENCI, 2019).

O adiamento da maternidade é uma escolha que implica riscos, uma vez que o aparelho reprodutor feminino inicia um processo de envelhecimento após a mulher completar 30 anos de idade, diminuindo as chances de engravidar e aumentando o risco de malformações (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007). O avanço da idade também deixa o corpo mais suscetível a outras morbidades, como o câncer. Assim, a fantasia de controle é confrontada pelo diagnóstico de câncer de mama e a possibilidade da infertilidade causada pelo tratamento.

E a gente sempre deixava, ah, para depois: “Vamos estudar mais”. Aí aconteceu tudo isso. Se eu soubesse, tinha arrumado, né [risos], antes. (colaboradora 2)

Porque, quando eu entrei para trabalhar, eu falei: “Vou engravidar daqui a dois anos”. Já fazia dois anos que eu estava na empresa, [...] Em dezembro eu comecei o tratamento [para o câncer de mama]. [...] Agora dessa vez [segundo tratamento] eu já fiquei mais baqueada. Porque aí a gente sabe que o projeto mãe, tem que ser adiado e a gente não tem a certeza no final. (colaboradora 5)

Apesar da maternidade ser um ideal importante, com o diagnóstico do câncer de mama, surge o receio de “passar a doença” para sua futura filha, o que fez com que uma das colaboradoras ficasse insegura quanto ao desejo de ser mãe. A ambivalência toma lugar na experiência do corpo adoecido, o que a faz pensar em quais legados esse novo corpo pode passar adiante. Outros estudos também identificaram o medo e ansiedade de mulheres que relataram sentirem-se responsáveis por transmitir a doença para seus descendentes (DONNELLY *et al.*, 2013; KIRKMAN *et al.*, 2014).

É que, assim, para mim, antes era um sonho muito grande. Aí agora por ter minha questão de... que eu te falei sobre... se for menina, ou não sei, se for menino também não sei, se pode correr o risco de ter câncer também. Aí assim, de passar por tudo também. Então eu fico... isso me faz questionar. (colaboradora 1)

A possibilidade de conhecer o genoma humano abriu inúmeras portas na compreensão do corpo humano e seu desenvolvimento, incluindo a possibilidade de investigar e antecipar suas possíveis falhas. O conhecimento sobre o corpo que pode conter uma doença hereditária parece reduzir o futuro à possibilidade estatística e a solução do problema ao gene (JARDIM, 2003). A autora propõe que a escuta a essas mulheres concilie o conhecimento técnico-científico com seus desejos, sem que o saber médico se sobreponha.

Apesar do câncer de mama ser amplamente divulgado e aspectos relacionados ao tratamento serem de conhecimento da população, a menopausa precoce é pouco abordada pelos meios de comunicação e também pelos profissionais. Apenas recentemente as questões relacionadas à menopausa e à sexualidade têm sido mais abordadas e consideradas como fatores importantes do tratamento e reabilitação de mulheres com câncer de mama. Assim, a notícia da menopausa precoce causa espanto e surpresa nas mulheres jovens.

Foi bem difícil [risos]. Eu não esperava. Porque até quando eu fiquei sabendo que eu estava com câncer, é... Fiz todos os exames, fiz tudo. Só que em momento algum eu sabia, é, fiquei sabendo que eu poderia não conseguir depois engravidar. [...] aí foi uma surpresa. [...] Eu fiquei toda apreensiva [risos]. [...] Aí... aí tudo, às vezes as pessoas chegavam e me perguntavam como eu estava me sentindo e tal. Na hora eu queria, só chorava, chorava, chorava... Mas hoje, até hoje eu não sei lidar muito bem com isso. (colaboradora 1)

[o diagnóstico do câncer] foi um choque muito grande. Na época eu optei por não saber das coisas. [...] Então assim, a minha família que... sabia o que estava acontecendo. Aí depois de uns dois anos que eu, dois anos, um ano e meio. Depois que eu operei. Foi logo em seguida que eu operei, que aí eu comecei a ver diferente. Que aí eu comecei a querer saber das coisas, a procurar mais. Só que essa parte eu não... da... menopausa eu não... só de conversar mesmo com outras mulheres. (colaboradora 1)

É um... por um lado eu estou chateada, porque eu quero engravidar. Então, sem menstruação a gente não engravida. Mas pode acontecer, porque a L. engravidou, né [risos]. (colaboradora 2)

No momento em que a mulher é informada sobre a menopausa precoce e a possibilidade de infertilidade, logo após o diagnóstico do câncer de mama, ela ainda está em choque. Isso dificulta a compreensão e a elaboração de novas informações. O entorpecimento é uma das primeiras reações ao luto e consiste em reações intensas, como o choro; sintomas físicos, como enrijecimento; e comportamento de evitar entrar em contato com o fato, como fez a colaboradora ao delegar à família a condução do tratamento (PARKES, 1998).

A comunicação da menopausa precoce parece causar um segundo choque, provocando tristeza que pode ser expressa através do choro. Mesmo após anos do diagnóstico do câncer e de ter sido informada sobre a menopausa precoce, o tema ainda provoca sentimentos negativos, difíceis de lidar. Para três das quatro mulheres que relataram o desejo de uma futura gravidez, a possibilidade de perder a capacidade reprodutiva foi o ponto sensível da experiência da menopausa induzida pelo tratamento do câncer de mama, representado aqui pelo *Tendão de Aquiles*.

[...] Então, isso aí [infertilidade] mexe um pouquinho comigo. Tem dias que eu estou meio chorando, tem dias que eu estou revoltada. Aí a gente xinga um pouco [riso]. Tem dia que fica... Hoje de manhã foi meio, nossa, eu vim na cabeça do meu marido o caminho inteiro. [...] Então, essa parte é um problema muito sério. Eu nem posso falar muito, senão começo a chorar. Ainda não consigo falar muito sobre isso. [...] E... mas, tipo, uma coisa incerta e a gente não... não sei. Não gosto nem de falar muito. Dia das mães, eu estava chorona. O meu marido fala alguma coisa relacionada a isso, eu já brigo com ele, porque eu acho que ele está jogando na minha cara. Aí eu fico, mas... É o, é o tendão de Aquiles. (colaboradora 5)

Por se tratar da possibilidade de perder algo valorado como fundamental em suas vidas e por seu contexto social, três colaboradoras apresentaram reações emocionais bastante negativas como: choro, incerteza, irritabilidade, ansiedade, apreensão, tristeza, revolta e choque. Percebemos uma dificuldade para entrar em contato com a perda, por provocar um conjunto de reações emocionais intensas. A raiva e a irritabilidade são reações comuns ao luto, por este representar uma situação de perigo de perder algo muito significativo. Enquanto não há a aceitação completa da perda, qualquer situação que faça a mulher reviver a ameaça de perder a fertilidade pode ser sentida como um perigo de perder a si mesma (PARKES, 1998). Datas especiais, como o dia das mães, podem colocar a mulher frente a frente com o seu maior medo, revivendo a situação de perda mais uma vez.

Com a projeção da raiva, o sentimento de culpa pode ser direcionado ao outro, mas também ao próprio enlutado, que pode se sentir responsável pela perda. A impossibilidade de ter filhos e de realizar a fantasia da família idealizada pelo casal recai sobre o corpo infértil da mulher. Esse sentimento de culpa fica evidenciado na fala “porque eu acho que ele está jogando na minha cara”, em que ela projeta no marido a raiva e a culpa por ter um corpo que se tornou infértil pela necessidade de realizar o tratamento do câncer de mama. Em estudo realizado com mulheres australianas, observou-se a necessidade de justificar a tomada de decisão sobre o tratamento que comprometesse a fertilidade, devido à limitação de opções que pudessem garantir a proteção da sua capacidade reprodutiva (KIRKMAN *et al.*, 2014).

A raiva e a irritabilidade expressas frente à ameaça da perda se diferem da irritabilidade sentida como descontrolada e generalizada, expressa na temática anterior, em que a irritabilidade foi ligada a falta de controle e incompreensão por ser entendida como reações desproporcionais à situação. Na fala da colaboradora 5, a irritabilidade aparece como uma reação ao luto pela fertilidade, reação que se justifica pela importância dada à maternidade pela colaboradora. Segundo Parkes (2009), a reação à perda está diretamente relacionada à força do

vínculo que foi rompido, ou seja, quanto maior a importância do objeto perdido mais intensa a reação à perda.

A ausência de menstruação e os demais sintomas da menopausa percebidos pelas mulheres são indicativos concretos de que o desejo de engravidar não pode ser realizado. Porém, a possibilidade de que a função ovariana possa ser restaurada após o fim do tratamento hormonal inclui o sentimento da esperança de resgatar o objeto perdido, como parte da experiência de vivenciar a menopausa precoce durante o tratamento do câncer de mama. A incerteza sobre o futuro gera ansiedade e expectativas relacionadas à fertilidade que parecem acompanhar algumas mulheres, mesmo anos após o fim da quimioterapia.

[...] o médico disse que eu tenho possibilidade de gravidez, né. Tomara. Que eu quero engravidar futuramente. (colaboradora 2)

Ah, eu não sei. Tem um monte de interrogação [riso] [sobre poder ou não engravidar]. É. Eu estou ansiosa, né, porque dia 22 eu tenho consulta na mastologista. Então estou aguardando. Eu fiz um monte de exames [...] para ver a possibilidade de gravidez, né. Então, eu estou ansiosa para chegar o dia 22. (colaboradora 2)

No processo de luto descrito por Parkes (1998), o comportamento de procura pelo objeto perdido é uma reação natural, mas que resulta na gradual aceitação de que a perda aconteceu. O sentimento de esperança é uma evidência de que, em algum grau, há o reconhecimento de que algo foi perdido, enquanto as opções que podem preservar a fertilidade e o fim do tratamento alimentam a esperança de que o objeto possa ser recuperado (ROCHA, 2007). Entretanto, a falta de garantias de que o corpo irá reagir ao tratamento e preservar sua função reprodutiva faz com que algumas mulheres vivenciem a ameaça da perda da fertilidade constantemente. Esse sentimento oscila com o de esperança, que é válido e real. Assim, é como se pudesse acontecer uma segunda perda após o tratamento, se constatada a infertilidade permanentemente.

Pode-se considerar que existe o luto antecipatório pelo que está por vir após o fim do tratamento, que pode representar o fim permanente da possibilidade de ter uma futura gravidez (RANDO, 1993). Em contrapartida, a mulher que está vivendo a partir de um corpo que não menstrua, que perdeu, neste momento, sua condição reprodutiva, vive o luto por essa perda.

O luto crônico tem por característica a dificuldade para aceitar a perda e se direcionar para outros aspectos da vida e vislumbrar novos projetos (WORDEN, 2013). O sentimento de esperança, alimentado pela possibilidade real, apesar de pequena, de recuperar a capacidade reprodutiva pode dificultar a aceitação e elaboração do luto, especialmente quando esse novo

corpo não pode ser simbolizado e integrado a uma nova identidade. O luto da fertilidade, portanto, pode conter características do luto crônico, o que requer uma atenção ainda maior do cuidado oferecido às mulheres jovens em tratamento do câncer de mama.

Partindo das considerações de Parkes (1998), a transição psicossocial desencadeada pelo luto culmina na integração da experiência da perda a uma nova identidade. Para as mulheres em menopausa precoce, que tinham na maternidade a realização de desejos fundamentais, faz-se necessário ressignificar a função materna, o cuidado e o ser mulher sem filhos, em busca de novas maneiras de satisfação de seus desejos.

Em contrapartida, para outras mulheres a perda da fertilidade foi ressignificada a partir de outras experiências de cuidado. Uma das colaboradoras relata que tinha o desejo de ser mãe, no entanto “teve que tirar [a maternidade] da cabeça” devido ao tratamento do câncer de mama. Dessa forma, se viu encaminhada a encontrar substitutos, como os cuidados com os enteados e a sobrinha, a possibilidade de ser avó e contribuir de forma voluntária com instituições que cuidam de crianças. Assim, a sublimação da pulsão sexual é direcionada a outros objetos socialmente aceitos e valorados como forma de satisfação. Também afirma que, por estar “ficando velha, não tem mais sabedoria e energia” para ter filhos.

Tinha o desejo de engravidar. Mas aí depois que eu comecei esse tratamento, que eu tomei o tamoxifeno, o médico dizia que eu não podia mais parar de tomar e que se eu engravidasse [...] Aí eu tirei isso da minha cabeça, [...] com a minha mulher que tem três filhos e gostei de... Hoje meu bebê é essa menina aí [aponta para a sobrinha, que estava na sala ao lado]. E vou ser avó, né. A hora que eles resolverem ter filho, a gente cria também. Mas eu perdi isso aí, totalmente. Depois que você vai ficando velha, não tem mais energia. Sabedoria e energia. Ontem chegaram, a minha sobrinha é de São Paulo, ela não dorme, cara. É 24 horas ligada no 520. Então é muita disposição, com 40 anos a gente não tem muita disposição. A gente é mais cansado, mais velho. Mas, aí eu perdi o desejo de ser mãe. Mas eu [ajudo] muitas pessoas, muitas entidades. Acabo desovando nisso. [...] Não é um trauma. Aquela coisa: “Nossa, eu não fui mãe, nossa!”. (colaboradora 7)

A fala “tirei isso da minha cabeça” expressa a dificuldade em se deparar com a impossibilidade de ter uma futura gravidez, atribuída, aqui, ao tratamento hormonal. Assim, a gravidez é evitada pela colaboradora por ter sido orientada quanto aos riscos de malformação fetal oferecidos pelo tratamento. Sendo assim, ela acaba encontrando outras formas de satisfação, a partir da sublimação do seu desejo. Em outro momento da entrevista, a mesma colaboradora nega estar em menopausa e diz que o corpo está se recuperando, pois ela optou por interromper o tratamento hormonal. Maternidade e fertilidade parecem ser vivenciadas de maneira diferente, sendo que foi possível estabelecer novos relacionamentos e assumir novos

papéis que substituem o exercício da maternidade, mas há uma dificuldade em reconhecer a possibilidade de perder a fertilidade. Resultado semelhante foi encontrado em mulheres australianas que não tinham o desejo de terem filhos, mas ficaram angustiadas frente à possibilidade de perda da fertilidade (KIRKMAN *et al.*, 2014).

Além da negação, outra reação ao luto descrita por Parkes (2009) é o movimento que o enlutado faz em busca do objeto perdido, como chamar pelo ente querido que partiu. Para as mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama existe uma chance real, apesar de pequena, de recuperar sua capacidade reprodutiva após o fim do tratamento. Sendo assim, a esperança de recuperar o objeto perdido é parte da experiência do luto pela fertilidade e acaba por interferir no percurso do tratamento.

A possibilidade de preservar a fertilidade se relaciona com a tomada de decisão frente ao tratamento, como optar ou não pela criopreservação e, até mesmo, interromper a hormonioterapia para tentar uma futura gestação. Na instituição pública de saúde em que duas colaboradoras realizaram o tratamento do câncer de mama, o procedimento da criopreservação é realizado de forma gratuita. Entretanto, a medicação deve ser adquirida pela paciente e, segundo o relato das participantes, ela tem um custo entre 5 e 10 mil reais, o que faz com que o fator econômico tenha um importante peso na tomada de decisão quanto à criopreservação e se torna inacessível para algumas mulheres.

Falei: “É um sonho muito grande. Sim, é. Principalmente para minha mãe” [riso] É... mas falei: “Se financeiramente não dá”. Porque eu falei assim, não é só é... a gente não vai gastar só, só, na fertilização, vai ter todo o tratamento, do ano todo. [...] Aí minha família chegou, conversaram, no outro dia, no outro dia de manhã falaram: “você vai fazer sim”. Aí todo mundo, aí meu avô, minha avó, minha mãe, meu pai, meu irmão se juntaram e aí no outro dia eu voltei lá de manhã. Falando que eu ia fazer. (colaboradora 1)

Eu disse: “Gente, mas eu não quero ir”, porque o doutor me explicou alguma coisa que é pago, tal. [...] Aí nesse dia minha irmã estava comigo. Ainda bem, porque a minha mãe, já é mais quieta. [...] Ah, eu falei: “Não vou mais lá, não. Vai ter questão financeira de novo. De um dia pro outro, ninguém arruma. Não é assim. Eu não tenho. [...] A minha irmã perguntou: “as chances de dar certo, quanto que é?” “Ele falou que é 30%”. [...] a minha mãe falou: “Você quer? A gente vende o carro”. Eu falei: “Eu não quero”. [...] Porque no começo a orientação era tomar o remédio de 5 a 10 anos. Se guarda por 10 anos, eu vou tomar o remédio por 10 anos. Um mês que atrasar é... esperança perdida, né. Então, aí eu não quis mais. Eu optei por não. Eu fico só com uma incerteza que é mais fácil, eu acho, que a incerteza do método natural. Ah, não dá desse jeito. Aí eu vou pensar em outra coisa. (colaboradora 5)

O suporte familiar no momento de tomada de decisão para realizar ou não a criopreservação foi mencionado por duas colaboradoras, bem como a preocupação com o custo do tratamento teve importante peso na decisão. Por considerarem a maternidade um aspecto muito importante, uma das colaboradoras e sua família optaram por realizar o procedimento. Em oposição, outra colaboradora não quis realizar o procedimento de criopreservação para não alimentar falsas esperanças e aumentar a incerteza sobre a possibilidade de uma futura gravidez após o tratamento do câncer de mama. A tomada de decisão das colaboradoras, ligadas às estratégias de preservação da fertilidade, esteve pautada no desejo de evitar a perda do objeto ou de diminuir a angústia causada pela perda e não alimentar falsas esperanças.

Além da família, a rede de apoio, composta por outras mulheres jovens em tratamento do câncer de mama e uma equipe interdisciplinar, foi uma importante fonte de informação e troca de experiência. Uma das colaboradoras afirma que só soube que existem opções de preservação da fertilidade através do compartilhamento de experiência com outras mulheres jovens e se ressentiu por não ter tido a mesma oportunidade de escolha que as demais mulheres.

O duro que a gente não tem assim o conhecimento igual do médico né. Então, tudo que o médico vai falando e depois a gente, depois que a gente vai conversando. É que nem... o REMA tem um monte... de mulheres com o mesmo problema que eu. A gente vai conhecendo, pegando mais informação, porque se eu soubesse é... um pouco da causa da injeção eu não, não teria nem tomado. (colaboradora 2)

A continuidade no cuidado à mulher com câncer de mama pode ser um desafio por se tratar de um tratamento prolongado que afeta diversas esferas da vida da mulher. Em uma primeira consulta, havia sido levantada a possibilidade de uma das colaboradoras interromper o tratamento hormonal por um período, para tentar engravidar, e depois retomar novamente a hormonioterapia. No entanto, na segunda consulta, que foi conduzida por outro profissional, essa possibilidade foi descartada, deixando a paciente confusa e frustrada. Ter recebido a devolutiva de outro profissional faz ela pensar que a negativa aconteceu devido à mudança de profissional e não por motivos clínicos.

[...] Aí, no ano que vem, eu vou parar de tomar a medicação, vou dar um intervalo, aí... vou fazer acompanhamento [...] para poder engravidar. (colaboradora 2)

Não queria. Não queria. Eu falei várias vezes pro médico. Falei que não. Falei “doutor, eu quero engravidar, não quero tomar essa injeção”. Pegou e taque. Aí ele falou assim. [...] o Aromazim não engravida né. Aí... uns médicos falam que sim, outros falam que não. Aí pegaram, trocaram o Aromazim pelo Tamoxifeno. (colaboradora 2)

A indicação do procedimento é feita a partir de avaliação médica, uma vez que os hormônios utilizados podem estimular o crescimento do tumor. Para uma das colaboradoras, esse procedimento que poderia oferecer chances de vivenciar a maternidade no futuro é o mesmo que acelerou o crescimento do tumor e levou à necessidade de realizar a mastectomia.

Mas foi BEM difícil. Aí eu notei também que quando eu estava fazendo a medicação o tumor estava crescendo. [...] Ele cresceu bem. Ele era muito pequenininho, mas aí nesse tempinho que eu tomei a medicação eu notei já que ele foi crescendo mais ainda. [...] Aí teve que fazer a mastectomia. (colaboradora 1)

Foram necessárias duas semanas de medicação para que fosse possível fazer a coleta de folículos com as condições necessárias para o congelamento, o que implica um aumento no custo arcado pela família da colaboradora. Esse período foi de importante sofrimento para a colaboradora, que sentiu um segundo choque devido à realização do procedimento de criopreservação, que repercutiu na sua qualidade de sono e provocou um sentimento de desrealização, em que o mundo não é sentido como real, mas como um sonho do qual se pode acordar (PARKES, 1998).

Aí eu cheguei lá, aí... fiz o exame tudo, aquele... ultrassom né. E... eu fui na outra salinha conversei com a médica. [...] falou da medicação que eu tinha que providenciar e tal. Nossa, aí foi tipo, nossa! [risos] Foi o segundo choque. [...] Eu fiquei muito... Nessa época [...] eu fiquei o tempo todo apreensiva. Eu não dormia [...] E... ficava assim, gente será que é um sonho ou não? (colaboradora 1)

Para uma das colaboradoras, a hormonioterapia desencadeia ansiedade e irritabilidade por induzir a menopausa precoce. O corpo da mulher é submetido a injeções e medicações que alteram seu funcionamento em prol da sobrevivência ao câncer de mama, mas que não minimizam o sofrimento pela menopausa. O tempo prolongado de tratamento diminui a possibilidade de recuperar a capacidade reprodutiva, devido à idade da colaboradora que vai se aproximando da idade em que é esperado que a menopausa ocorra naturalmente. Guardar as caixas da medicação pode ser uma tentativa de controlar o tempo restante para o tratamento e o tempo hábil para tentar uma futura gravidez.

Então, cada vez que eu vou tomar essa injeção eu já fico mais irritada. A enfermeira ainda falou “ó, da irritação”. Eu falei, mas... [Que foi a injeção que você tomou agora?] É, que eu tomei agora. Então assim, você tomar ela é sinal que você vai ter uma menopausa com certeza durante 5 anos. Depois disso eles não sabem avaliar, se volta ou se não volta. Por causa da idade. É uma coisa incerta né. Então, isso ainda mexe um pouquinho né. Porque você vai

fazendo, durante 5 anos você tem certeza que não. Aí depois disso você não sabe. [...] Todo mês eu guardava as caixinhas [do Tamoxifeno]. [...] Eu achava que aquilo lá era tipo uma simbologia que tipo, para ver quanto faltava. (colaboradora 5)

A espera é vivida de maneira passiva e submissa ao saber médico, como se a mulher tivesse que suspender seus desejos durante os anos de tratamento e, só então, frente ao resultado final do tratamento (se é que ele existe), poder resgatar e se permitir desejar a maternidade novamente. Mesmo tendo sido diagnosticada há mais de três anos, uma das colaboradoras apresenta dúvidas quanto ao procedimento de criopreservação. A orientação do médico foi de conversarem sobre o assunto após o fim do tratamento com o tamoxifeno, fazendo com que a participante permaneça entre 5 e 10 anos com essas incertezas devido à atenção dada à questão pela equipe de saúde não ter sido suficiente para sanar suas dúvidas e amenizar suas ansiedades.

Eu fiz tudo o procedimento, mas eu fiquei assim, sem... fiz tudo, mas, e agora? Ficou uma coisa meio no ar. [...] Ah... eu não sei se... se... não caso, por exemplo, eu não posso engravidar e aí... dá para fazer a fertilização mesmo assim? Ou não? Não sei como que esse processo funcionaria [riso]. Essa era minha dúvida. (colaboradora 1)

Então, o médico só comentou comigo que... eu tinha que tomar o Tamoxifeno. O tempo é cinco a dez anos. E depois a gente ia conversar a respeito de... engravidar. Mas assim, não sei, tem muita, gostaria de saber como que é o processo e tal. [risos] [...] Se for dez [risos] não sei. Eu acho que é um... tempo muito... muito longo. E... e era um sonho. Assim, até era de imediato, mas ... não sei [riso]. É como eu te falei não... eu não sei o que comentar sobre esse [assunto]. (colaboradora 1)

Apesar de serem aspectos importantes, ligados a feminilidade e identidade, as demandas apresentadas pelas mulheres ainda são pouco consideradas e valorizadas pelos profissionais da saúde, por terem a sobrevivência da paciente como única prerrogativa. Por outro lado, alguns estudos apontam que os profissionais de saúde se sentem pouco capacitados e inseguros para abordar as questões relacionadas à fertilidade durante o tratamento do câncer de mama (BROWN; ARMSTRONG; POTDAR, 2021; SOBOTA; OZAKINCI, 2021).

Eu lembro até que eu comentei com algum médico [sobre a fertilidade], [...] aí o médico pegou falou que isso não era importante, na... época falou “o importante agora é a sua saúde”. (colaboradora 1)

Nenhum [procedimento para preservar a fertilidade]. A médica não deu muita atenção [ao seu desejo de engravidar]. E eu, isso porque eu falei vários dias antes de começar a quimioterapia. Não fiz nenhum tratamento. (colaboradora 2)

O luto pela fertilidade não foi reconhecido pelo profissional da saúde que coloca a demanda trazida pela paciente como menos importante, algo que ela não deve se preocupar. O luto não reconhecido é aquele que não é autorizado socialmente, em que o enlutado não encontra espaço para expressar a sua dor e, essa dor, ser reconhecida como legítima. Não há acolhimento ou suporte para auxiliar a paciente a enfrentar o seu luto, quando este não é reconhecido, o que pode ocasionar um distanciamento na relação entre profissional e paciente e o comportamento de evitar falar sobre suas dúvidas e inseguranças relacionadas à infertilidade (DOKA, 2006; GABAY, 2021).

São muitos os estudos que enfatizam a necessidade de abordar de maneira adequada as questões relacionadas à fertilidade antes de se iniciar o tratamento sistêmico do câncer de mama. Até porque a realização de criopreservação de material para futura fertilização só pode ocorrer antes do início da quimioterapia. Mas, ao longo de todo o tratamento, o desejo de preservar a fertilidade pode direcionar decisões e, também, desencadear processos psicológicos, como o luto, que necessitem de atenção (LAMBERTINI *et al.*, 2018; RADECKA; LITWINIUK, 2016; ROSENBERG; PARTRIDGE, 2015). Independente da mulher diagnosticada com câncer de mama ter ou não filhos, é preciso averiguar qual o seu desejo quanto ao planejamento familiar. Dentre as sete colaboradoras do estudo, três já tinham filhos quando foram diagnosticadas com câncer de mama e duas não tinham o desejo de ter mais filhos.

A primeira colaboradora apresentou reações intensas ao luto pela fertilidade, mesmo já tendo um filho. Por outro lado, para as mulheres que não tinham o desejo de ter mais filhos, a possibilidade da infertilidade não foi sentida como uma perda importante, de acordo com seus relatos. Uma das colaboradoras contou que já tinha três filhos “grandes, adolescentes” quando foi diagnosticada com câncer de mama e que já não tinha desejo de ter mais filhos. No início do tratamento, ela estava em um relacionamento, que foi rompido após a descoberta da metástase. Portanto, ter mais filhos não fazia parte de seu plano de vida.

Eu já tenho três, graças a Deus, né. Se fosse uma mulher que queria engravidar, seria ruim. (colaboradora 4)

Só falou para mim que eu não poderia estar engravidando, que era para eu evitar, ter uns cuidados. Mas que eu também não poderia tomar o anticoncepcional. Mas assim, fora isso... Aí eles optaram por fazer laqueadura também. Aí eu fiz a laqueadura na época do tratamento (para o câncer). [...] [E o que você achou dessa sugestão?] Ah, eu, para mim não teve diferença. Como eu já tinha as meninas, né. Para mim não teve. Fiquei mais tranquila, pelo fato de não poder engravidar e não poder tomar o anticoncepcional. Então fiquei mais sossegada. (colaboradora 6)

Para outra colaboradora, a infertilidade foi um evento vivenciado antes mesmo da menopausa. Ela optou por realizar a laqueadura como método contraceptivo durante o tratamento para o câncer de mama, evidenciando que há tempos não alimentava o desejo de ter mais filhos.

A experiência da menopausa precoce é singular e os lutos decorrentes dela serão determinados por diferentes aspectos como a história de vida, estadiamento do câncer, idade, cultura e outros aspectos subjetivos. Enquanto a perda da fertilidade pode ser um risco para o luto complicado para algumas mulheres jovens, para outras pode não representar uma mudança de vida significativa.

5.3.5 Como fogo e gelo: Vicissitudes do desejo sexual criando desencontros na relação com o parceiro íntimo

*A cada manhã me lembra a água morna
que não tenho junto a mim nada mais vivo.*
Georges Seféris

A sexualidade da mulher com câncer de mama pode ser alterada por diversos motivos que envolvem as diferentes modalidades de tratamento, como a intervenção cirúrgica, a quimioterapia, o tratamento hormonal, entre outros fatores. As repercussões do tratamento podem gerar insatisfação quanto à sexualidade, devido a alterações na imagem corporal, a dispareunia, a diminuição do desejo sexual e dificuldade nos relacionamentos afetivos. A ausência ou diminuição da atividade sexual, para algumas mulheres, pode estar mais associada à menopausa do que ao câncer de mama (BURNEY, 2019; MARSH *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2014).

Além da diminuição do desejo sexual, uma das colaboradoras também relatou dispareunia e ter tido infecção urinária após a relação sexual como motivos que a levaram a evitar a relação sexual. Das sete colaboradoras do estudo, quatro relataram diminuição ou perda do desejo sexual como um dos sintomas da menopausa induzida pelo tratamento. Com exceção de uma colaboradora que estava solteira quando a entrevista foi realizada, todas estavam em um relacionamento estável.

Ah! O ruim também de estar nisso, é o que eu te falei, na falta de, de relação também. Porque eu perdi o desejo, a vontade. Eu não tenho mais vontade não. Foi depois de tudo que aconteceu que eu fiquei desse jeito. (colaboradora 4)

A questão da menopausa é a questão da... sexual. Tipo, eu não... não consigo. Se eu te falar que em um ano foram duas vezes [relação sexual], é muito. (colaboradora 1)

As contribuições de Freud ampliam o conceito da sexualidade, que deixa de ser restrita à reprodução e passa a ter sua função na obtenção de prazer reconhecida entre homens e mulheres. A sexualidade, entendida de maneira ampliada, considera todos os tipos de excitação e satisfação, que não se limitam ao ato sexual e aos genitais, mas a maneira como será vivida é atravessada por valores e questões sociais de cada período (BIRMAN, 1999; LAPLANCHE; PONTALIS, 2000). Os preceitos morais da sociedade do início do século XX, em que Freud desenvolveu sua teoria, que pouco tolerava a expressão do feminino e sua sexualidade, ainda se fazem presentes nesse início de século (PERES; CENTURION; CREMASCO, 2018).

Atualmente, existe uma confluência entre diferentes discursos sobre a sexualidade feminina, que autoriza a expressão de sentimentos negativos, em alguns espaços, quanto à ausência de desejo e relação sexual. Num primeiro momento, a fala de uma das colaboradoras expressa o quanto é ruim viver um corpo sem desejo, que provoca tédio. Há uma frustração pela perda da sua própria capacidade de desejar e satisfazer esse novo corpo. Em seguida, a fala revela outra dimensão: o corpo feminino que serve ao desejo do outro. A perda do desejo sexual gera um descompasso entre a colaboradora 4 e seu marido, acarretando frustração que aumenta a tensão no relacionamento conjugal. Parece haver uma discrepância entre o ser jovem e o estar em menopausa, como se ela não mais fizesse parte do mesmo período do desenvolvimento que o marido e tivesse avançado uma fase, em direção à velhice.

Ah, não é, para mim é um tédio [a relação sexual]. Para mim é um tédio. Porque ele é novo, 43 anos. Cheio de vontade, cheio de fogo, e a mulher um gelo! Então, é o inverso. (colaboradora 4)

O relacionamento conjugal fica prejudicado com as mudanças corporais que interferem na qualidade das relações sexuais. Os relacionamentos afetivos podem ser importante fonte de satisfação para a mulher que se sente amada, que encontra a satisfação da escolha narcísica de objeto. Por outro lado, a incapacidade de amar acarreta num esvaziamento libidinal do eu, que fica empobrecido e se expressa por um profundo sentimento de inferioridade. Como consequência do ataque narcísico, surge o medo de perder o lugar de objeto de amor (FREUD, 2010; FURTADO, 2001). A falta de desejo sexual pode ser confundida com

a falta de interesse pelo parceiro, colocando em risco o relacionamento. A fantasia de abandono do companheiro foi identificada em estudo realizado no Brasil, com mulheres com idade entre 36 e 76 anos (VIEIRA *et al.*, 2014). Para uma das colaboradoras deste estudo, fingir prazer durante a relação sexual é tida como estratégia para evitar conflitos e preservar o relacionamento.

Ah, vai levando com a barriga, né. Eu finjo. Mas é ruim, viu. Horrível. Situação bem precária. [Mas você consegue ter relação?] Não. Às vezes, não é sempre, às vezes eu até sinto alguma coisa. Mas na maioria das vezes eu finjo para ele não ficar... Eu finjo. (colaboradora 4)

A sexualidade é vivenciada a partir de uma dupla moral, que naturaliza a ausência do prazer feminino e que legitima a hegemonia do desejo masculino (FREUD, 1996; PERES; CENTURION; CREMASCO, 2018). O corpo modificado pelo tratamento causa sofrimento por não proporcionar prazer e se submeter ao desejo do outro. Assim, a mulher evita deixar que o marido perceba esse novo corpo e como ele reage, como tentativa de preservar o relacionamento conjugal. A dificuldade na comunicação entre o casal pode dificultar a criação de novas maneiras de se relacionar e obter satisfação.

A relação sexual do casal passa a ser uma experiência difícil e indesejável para uma das colaboradoras, até mesmo horrível, quase uma tortura à qual ela se submete para evitar conflitos na relação. Atualmente, nota-se uma excessiva erotização do corpo feminino pelos meios midiáticos, o qualificando como objeto de consumo. Diante disso, a impossibilidade de a mulher usufruir de sua sexualidade pode causar intenso sofrimento (VALENÇA, 2003). A dificuldade do homem em compreender que o desejo sexual da esposa pode ser prejudicado pela menopausa precoce fez com que duas colaboradoras se sentissem incompreendidas pelos parceiros.

Nossa! Várias vezes. Ele foi até [...] numas consultas. Ele foi comigo, conversei com ele perto da médica, para a médica explicar para ele. Porque ele acha que é eu, que eu tenho que me esforçar. Porque eu já tive uma conversa bem aberta com ele, sabe? Eu expliquei para ele, falei: “Eu não tenho vontade. Eu não tenho vontade.” “Ah, mas você tem que se esforçar.” [risos] Ai, meu Deus do céu. Mas não adianta! Eu tentei. Eu até me esforço, mas... [...] Chega uma hora que você cansa. Aí, assim, eu me entristeço por causa dessa situação. Me dá vontade de chorar. Eu choro. Depois passa. Mas não é bom, não. É ruim. É horrível. (colaboradora 4)

Aí a médica explicou para ele, que foi por conta do tratamento. Que ele tem que ter paciência. [...] Ajudou nada! Na hora ele ouviu. Mas, esses homens não sei. Parece que eles são cegos, surdos e mudos mesmo. Difícil entender as coisas. Ele quer ver só o lado dele né. Só o lado dele. Então é isso. (colaboradora 4)

[...] ele estava achando que era eu que não... [riso] que não queria mais e tal. Aí eu peguei e chamei ele para ir em uma consulta comigo e... falei com o médico, para o médico poder falar para ele que a questão... o que que gera e tal. Aí ele falou e a partir de então ele ficou mais... [Aí ele entendeu o que era?] Entendeu que não era eu, tipo, que era... Bom, era eu, mas por causa da medicação, de não ter menstruação. (colaboradora 1)

A fala da colaboradora 4 pode indicar que existe dificuldade para o companheiro compreender o que é a menopausa e seus efeitos no corpo da mulher, e como eles estão relacionados a sexualidade e relação conjugal. Essa dificuldade pode estar relacionada a fatores sociais, culturais, educacionais e subjetivos, como a negação das informações recebidas na consulta médica ao relacionar a falta de desejo com a falta de esforço. O marido parece ser impenetrável à percepção e à aceitação das mudanças corporais sofridas pela esposa, como exposto na sua fala “Parece que eles são cegos, surdos e mudos mesmo”.

Os recursos psíquicos que cada um utiliza para lidar com as perdas decorrentes da menopausa, que afetam a sexualidade, são diferentes e acentuam o descompasso que existe entre o casal. Enquanto ela sente a dor da perda, a negação do marido pode fazer com que ela pense que ele não se importa. Tais prejuízos na relação conjugal são perdas secundárias às perdas corporais vividas pela mulher em decorrência da menopausa precoce (WORDEN, 2013).

Diversos autores identificaram diferenças na maneira de como homens e mulheres lidam com o luto. Enquanto as mulheres têm maior propensão a permanecer por mais tempo na orientação para a perda, ou seja, permanecer em contato com o sofrimento da perda, os homens tendem a evitar o contato com o sofrimento, agindo em busca da restauração. A ausência de oscilação entre as orientações para a perda e restauração encontrada em ambos os sexos indicam dificuldades no processo de luto. A orientação para a restauração sem o contato com a perda e o processo de luto está relacionado ao luto complicado, adiado ou inibido, o que faz com que a reorganização do mundo presumido e sua adaptação não aconteçam de maneira satisfatória (BADENHORST *et al.*, 2006; DAS *et al.*, 2021; PARKES, 2009; STROEBE *et al.*, 2013; STROEBE; SCHUT, 1999).

Para que a transição psicossocial seja possível, é necessário que o novo corpo possa ser explorado e a sexualidade seja ressignificada e que o casal possa encontrar novas formas de satisfação. Entretanto, a experiência das mulheres quanto ao suporte recebido não foi suficiente para fazer o manejo dos sintomas da menopausa precoce e não se mostraram resolutivas na melhora da sexualidade. O cuidado oferecido foi restrito a orientações pontuais, como indicar o uso de lubrificantes. No entanto, faltou avaliar ou acompanhar o desfecho da intervenção,

como já exposto em temática anterior pela fala de uma das colaboradoras, “eu não tenho acompanhamento para isso [menopausa]”, que afirmou só ter consulta para realização da mamografia, mas não para abordar as repercussões da menopausa precoce.

Ele passou aquele gel, tal né. Mesmo assim é muito. É mais incômodo para mim ter do que não ter [relação sexual]. E... e também outra coisa que acontece muito. Quando tem, eu tenho infecção [de urina]. Me dá sempre. (colaboradora 1)

[Te orientaram como lidar com essas mudanças [da menopausa]? Se você poderia fazer alguma coisa?] Não. Não me orientaram. (colaboradora 4)

Uma das colaboradoras apresentou, além dos prejuízos relacionados à diminuição do desejo sexual e à secura vaginal, alterações em sua imagem corporal. Isso ocorreu porque, após a recidiva, precisou fazer nova cirurgia na mama, em que foi necessário retirar o mamilo.

A questão dessas injeções e aí você toma o remédio, causa ressecamento. Você tem que usar uma pomada, a pomada arde. Aí na hora da relação, você tem que usar outra pomada para lubrificar. Aí acaba causando uma situação que não é confortável. Então, teve uma diminuição. Aí eu não sei te falar se é uma questão da própria menopausa em si. [...] Essa questão da parte física e psicológica. Da parte do relacionamento mesmo, fica complicada também. Acho que foi o que mais pesou nesse último ano foi isso. Essa mudança brusca. [...] Eu tirei os dois seios, mas eu coloquei silicone e eu não percebia. A não ser que eu virasse para o lado e via a cicatriz. Esse ano não, eu tive que tirar. Eu tirei músculo peitoral, eu tirei o mamilo. Então aí já é uma dor maior. Porque mexeu. [...] Aí tem a questão que eu estou, na parte do relacionamento. Na parte íntima, que eu falo. Tem dia que eu não ligo, tem dia que eu não... Eu passo na frente do espelho, assim, nem olho. Então, o que mais pegou foi isso aí. (colaboradora 5)

Assim, os sintomas da menopausa precoce estão intimamente relacionados a múltiplas experiências de perdas que suscitam alterações da imagem corporal. Conseqüentemente, acabam acarretando importantes prejuízos no âmbito da sexualidade, dentre os quais se destaca a diminuição do desejo sexual, contribuindo para depreciar a satisfação conjugal.

As colaboradoras para as quais a sexualidade não havia sido aparentemente afetada pela menopausa induzida não estavam apresentando sintomas, como diminuição do desejo sexual, secura vaginal e dispareunia. Assim, três colaboradoras não mencionaram mudanças relacionadas à esfera sexual, no que diz respeito a alterações na função sexual, lembrando que esta é apenas uma das dimensões da sexualidade. O que se pode afirmar, resguardados os limites deste estudo, é que as manifestações de desconforto físico e emocional apresentadas pelas demais não foram mencionadas por essas três mulheres, isto é, não apareceram em seu discurso como queixas. Já a terceira entrevistada relatou ter percebido diminuição do desejo sexual,

entretanto, não estava em um relacionamento no momento em que passou a vivenciar a menopausa.

5.4 Características psicodinâmicas no enfrentamento do luto simbólico

Partindo do pressuposto de que o luto é uma experiência subjetiva decorrente do rompimento de um vínculo, dentre seus determinantes se destacam os recursos internos do enlutado, que têm importante participação do desenrolar desse processo. Quais perdas serão significativas, como são representadas simbolicamente e de quais recursos psíquicos o sujeito dispõe para lidar com a dor da perda são aspectos da vivência do luto marcada por cada subjetividade, o que torna o processo de luto único e singular.

As mudanças corporais mais significativas para as entrevistadas foram aquelas que remetiam, de alguma maneira, ao ser mulher jovem. Há uma sensação de impedimento para realizar e ser aquilo que se espera e um sentimento de inadequação e de não pertencimento ao mundo. Algumas dessas mudanças se confundem com as repercussões do tratamento do câncer de mama e provocam um sentimento de estranheza sobre o novo corpo, com delineamento impreciso e potencialidades desconhecidas. Essa confluência entre a menopausa precoce e o tratamento faz com que algumas mulheres tenham dificuldade para compreender quais mudanças serão permanentes ou quais podem ser recuperadas após o fim do tratamento. A real possibilidade de restauração do ciclo menstrual após o tratamento atribui características bastante peculiares à experiência. Existe uma oscilação entre a busca pelo objeto perdido, que pode ser entendida como esperança de recuperar o objeto, e a adaptação à nova condição.

Assim, as mulheres vivenciam perdas que podem ser temporárias e essa incerteza pode durar anos a depender do tempo de tratamento estabelecido para cada mulher, dificultando o processo de elaboração do luto. Ressignificar esse corpo durante o prolongado tratamento do câncer de mama as coloca numa espécie de limbo, em que as dúvidas e angústias, relacionadas ao corpo, são alimentadas ao longo do tempo pela ausência de definições.

Por se tratar de um contexto tão peculiar, a compreensão de aspectos da personalidade das mulheres participantes se fez necessária ao aprofundar o conhecimento desse processo de enlutamento. A interpretação das unidades de produção (UP) do procedimento de Desenho-Estória (APÊNDICE) resultou de uma síntese geral de cada participante. Nessa síntese, foram considerados aspectos da personalidade, como as ansiedades predominantes, os principais mecanismos de defesa, desejos e conflitos, entre outros aspectos identificados a partir da análise clínica como mostra o Quadro 6.

Quadro 6 - Síntese geral de cada colaboradora derivada da interpretação do D-E

Colaboradora Síntese Geral

1	Dificuldade em viver em um corpo que está passando pelo tratamento do câncer de mama. É uma “montanha-russa”. As mudanças corporais geram muitas incertezas e dúvidas sobre o futuro e ansiedade pela perda da fertilidade e adaptação ao desejo de ser mãe. Enfraquecimento da família idealizada, a fortaleza, ocorre com a morte de vários familiares que a aproximam da experiência de morte e perda, fazendo com que ela conte mais com seus recursos internos para se adaptar às mudanças. O uso das cores está presente em todos os desenhos, havendo assim, um importante investimento afetivo.
2	Temas abordados foram: família, mudança corporal e morte. A referência à família de origem é idealizada, e representa segurança e amor. Importante conflito emocional e distanciamento afetivo se vincula à família que deseja construir, por estar fortemente ameaçada pelas repercussões da menopausa precoce. Retrata as mudanças corporais como ruins. A responsabilização da equipe de saúde pela perda de um ente querido como característica no processo de enlutamento. A integração de cor aos desenhos vai de nenhuma ao uso excessivo. O distanciamento da tarefa projetiva, indica evitação de mergulhar em águas mais profundas de seu inconsciente.
3	Existe o desejo de uma segunda chance para poder cuidar do outro e uma negação de como o avanço do câncer pode limitar seu desempenho nesse papel. A idealização de um lugar de paz e a negação da gravidade das repercussões da metástase podem ser entendidos como defesas à ansiedade paranoide. De maneira geral, remete ao conflito entre vida e morte ao fazer uma avaliação da sua vida e se vê como uma pessoa sem estrutura para oferecer ao outro, mas reconhece em sua mãe e seus filhos a sua estrutura. Tantas autorrecriações sobre suas escolhas e sua capacidade de viver desembocam numa reação depressiva frente à possibilidade de morte. Sente-se culpada por ter agido a partir da raiva que sentia pelo pai. O aspecto agressivo e destrutivo fica evidente na busca de relacionamentos não satisfatório para “fazer pirraça”, bem como no consumo de álcool e tabaco, mesmo após o diagnóstico e metástase do câncer. Dificuldade em identificar e discriminar seus sentimentos pelo pai. Distanciamento afetivo representado pela ausência de cores em todos os desenhos. A quebra do distanciamento projetivo e a verbalização da dificuldade em fazer os desenhos também evidenciam o quão difícil é para a participante entrar em contato com seu mundo interno.
4	Retoma experiências da sua infância e do seu passado mais próximo que foram muito difíceis, como se ela tivesse sido “atropelada” pela vida. Apesar disso, suporta certa ambivalência ao dizer de aspectos bons e ruins da sua família. Fica claro um movimento de quebra dos padrões familiares e a busca por um novo modelo de relação que envolva maior aproximação e cuidado. No entanto, as alterações de humor ocasionadas pela menopausa precoce parecem dificultar essa mudança de padrões, uma vez que ela se percebe muito mais estressada e nervosa com os conflitos familiares. Os sintomas da menopausa também antecipam vivências da velhice como o cansaço, diminuição do desejo sexual e maior estresse. A família que constituiu remete a um espaço onde ela é a cuidadora, onde filhos e marido geram preocupações, enquanto ao falar da sua família de origem demonstra um desejo de maior proximidade e de poder ser cuidada. A relação com a mãe pode ser

- ressignificada durante seu tratamento oncológico, quando sentiu-se cuidada pela mãe e pelos “irmãos” da igreja. A ausência de chão, de sustentação em todas as UPs remete a um distanciamento da realidade. A integração de cores ao desenho se manteve em todos os desenhos, indicando uma tentativa de aproximação afetiva. Também observamos uma diminuição de vitalidade nas duas últimas UPs. O distanciamento da tarefa projetiva, se deu pela necessidade de falar de si e ser ouvida.
- 5 Faz uma representação dos diferentes caminhos que a vida pode percorrer, alguns são bons outros são obscuros. Os caminhos obscuros são aqueles provenientes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, mas que foram acolhidos por sua família. A necessidade de cuidado a coloca em uma situação de maior dependência. A maior irritabilidade acaba por ajudar a reconquistar uma parte da sua autonomia ao colocar limite na ajuda oferecida pelos familiares. Ao entrar em contato com o medo e um pavor que não é compreendido, ela usa de mecanismos como a negação e onipotência para diminuir a ansiedade gerada. Na quarta UP, há uma regressão a estágios do desenvolvimento em que a segurança é provinda da família. Também pode-se observar a busca por um “salvador” através da fé, que sustenta a esperança e auxilia a suportar o sentimento de impotência. Consegue integrar cor a todos os desenhos, apesar de observada diminuição na UPs três e cinco, sugerindo a projeção de vitalidade e aproximação afetiva.
- 6 A primeira UP foi a única em que a colaboradora tentou integrar cor ao desenho, mesmo assim, de maneira bastante reduzida, o que sugere baixo investimento de vitalidade e distanciamento afetivo. Em todas as unidades também houve uma quebra do distanciamento projetivo ao abordar situações da sua vida familiar e do trabalho. Aspectos positivos e idealizados foram predominantes em todas as UPs, corroborando o desejo de evitar conflitos que emergiu na última UP. Ao afirmar a dificuldade que tem em lidar com pessoas, podemos sugerir que há repressão de aspectos conflituosos nas demais UPs.
- 7 Apresentar diversos elementos de proteção contra a ansiedade paranoide. A idealização do ambiente familiar e as estratégias para evitar conflitos como o medo de remissão do câncer. A alimentação, prática esportiva, fé, viagens e a música são usados como fortificantes e protetores. Fica bastante evidenciada a necessidade constante de mecanismos de defesas como a idealização e o controle onipotente ao longo de todas as UPs. Ao falar da importância que a fé tem em sua vida fica evidente a necessidade de proteção frente à ansiedade paranoide.

Fonte: elaborado pela autora.

A análise das UPs das sete participantes é complementar aos achados adquiridos através da entrevista aberta e permitiu conhecer as perdas significativas e reações ao luto das participantes, bem como identificar os indicadores psicodinâmicos presentes no processo de enlutamento. Tais assuntos serão desenvolvidos nos tópicos a seguir.

5.4.1 Perdas significativas e reações ao luto

Ao oferecer total liberdade às mulheres na produção das UPs, não só a menopausa precoce foi abordada, mas essa ampliação permitiu contextualizar e atrelar tal vivência à experiência do câncer de mama. Muitos dos conflitos vivenciados pelas participantes envolveram perdas significativas e o processo de luto derivou da eminência da morte, da perda de familiares e amigos e das mudanças corporais causadas pela menopausa induzida.

Uma das colaboradoras se encontra em um estágio mais avançado da doença e vivencia o enlutamento do fim da vida ao fazer uma avaliação de suas escolhas e do que gostaria de deixar aos filhos. Ao se deparar com suas limitações físicas, que a colocavam em uma posição de dependência, e com a necessidade de ser cuidada, ela ansiava por poder cuidar do outro como uma maneira de negar sua atual condição e resgatar a autonomia perdida. Outra reação à eminência da morte foi a de reavaliar sua vida e culpabilizar a si mesma e ao seu pai pelas frustrações e pelas escolhas que fez durante a vida. Ela encontrava-se, no momento da entrevista, em um estágio mais avançado do câncer em comparação com as demais participantes. Para ela, as mudanças corporais que causam importantes limitações são decorrentes de metástases. As repercussões da menopausa precoce não foram mencionadas em seu D-E, mas a dificuldade para controlar o humor provocou pesar pelo prejuízo causado na relação com sua família. Assim, a avaliação do seu passado evidencia arrependimentos e culpa por não poder deixar aos filhos tudo o que gostaria, comprometendo a possibilidade de terem um futuro melhor. As relações, no presente, também foram afetadas de maneira negativa pelas mudanças corporais ocasionadas pela menopausa precoce.

A análise do D-E de outra colaboradora indica que o medo da morte está camuflado por todas as mudanças em seu estilo de vida, como uma tentativa de controlar e se proteger do avanço da doença. Ela relatou mudanças na alimentação, intensificação de atividade física, situações de lazer e a fé como estratégias para diminuir o estresse e evitar o avanço do câncer. As decisões quanto ao tratamento também foram conduzidas de maneira a sustentar a fantasia de controle sobre a doença, uma vez que o tratamento hormonal, por não oferecer a cura, é tido como charlatanismo e recusado por ela. A renúncia à possibilidade de ter uma futura gravidez se relacionou com o desejo de que o tratamento do câncer de mama fosse efetivo. As repercussões da menopausa precoce, como ganho de peso e infertilidade, foram percebidas como reações à quimioterapia, significando que poderiam ser temporárias e revelando o desejo de recuperar o corpo perdido. Durante os encontros com a colaboradora, a longa espera para iniciar a entrevista, apesar de ter sido agendado horário previamente, também aponta para o

desejo de se manter no controle de uma situação sentida como ameaçadora, que é falar sobre o câncer. Da mesma forma, ao longo de todas as UPs, foi possível observar o intenso uso do controle onipotente frente à ameaça da morte.

A morte também foi retratada a partir da perda de familiares e amigos, durante o tratamento do câncer de mama, por quatro colaboradoras, enquanto outra lembrou uma experiência da adolescência que a remete à ameaça da morte. O luto vivenciado por uma delas, decorrente da morte repentina de uma amiga, a faz reviver o medo da morte após o diagnóstico do câncer de mama. Como resposta, ela se indigna pela fragilidade da vida, se revolta e chora, e, como tentativa de elaborar esse luto, vai ao cemitério para acender uma vela e rezar. Para três colaboradoras, a morte de um ou mais familiares representou o enfraquecimento do cuidado recebido e do sentimento de proteção durante o tratamento do câncer de mama. O sentimento de tristeza pela perda foi uma reação comum a quase todas colaboradoras. Uma delas também buscou a quem culpabilizar pela morte da sogra, como uma maneira de exteriorizar a sua raiva.

Todas as participantes se referiram à família de origem como importante fonte de suporte, apesar da perda de familiares durante e após o tratamento do câncer de mama. Uma delas relatou o apoio familiar desde o início do tratamento. Ao receber o diagnóstico de câncer de mama e da menopausa precoce, passou por um período de choque e confiou à família as informações e decisões quanto ao tratamento. No entanto, essa proteção ao sofrimento e enfrentamento da doença foi prejudicada pelo falecimento de pessoas importantes, como sua avó e seu pai. Essas perdas foram mais um choque vivenciado por ela e sua família, ao qual ela reagiu, durante a entrevista, com os olhos marejados e um estranho sorriso no rosto. Esse sorriso, ao longo de toda a entrevista, parecia tentar amenizar a angústia provocada pela presença da pesquisadora e pela tarefa proposta, como uma defesa maníaca que torna possível falar sobre o objeto perdido ao preservar a fantasia de possuir o objeto amado e idealizado (VERTZMAN; JUNIOR, 2019).

Para outra colaboradora, o período de tratamento do câncer de mama serviu de reconciliação com a sua mãe, a qual fez o papel de mãe ao oferecer a ela cuidado e atenção. Relata uma reação tardia ao luto pela morte da mãe, ao dizer que a “ficha caiu” apenas um ano após sua morte e chora muito ao falar sobre a saudade que sente da mãe. A reação tardia à perda da mãe pode ter sido provocada pelos aspectos conflitivos da relação que estabeleceram no passado (WORDEN, 2013). A colaboradora fala da violência física que sofreu na infância e que só conseguiu se aproximar da mãe após o seu diagnóstico do câncer de mama.

O tema da morte foi abordado pelas colaboradoras quase sempre em relação ao outro e não de maneira direta. Duas colaboradoras falaram sobre a incerteza sentida após o

diagnóstico, de conseguir superar o tratamento. Enquanto outras duas colaboradoras fizeram breves menções à finitude, em que negaram o medo da morte, apesar de uma delas afirmar ter ficado mais sensível durante o tratamento e sentir a necessidade de conversar. Enquanto que a outra colaboradora disse ter mais medo de fazer sua família sofrer e que a fé em si mesma é necessária para seguir em frente. Esse comportamento de evitar falar sobre o próprio processo de morrer também foi observado em estudo realizado por Araújo e Lima (2015), com mulheres com câncer de mama, mesmo em estágio avançado, se diferenciando dos pacientes com outros tipos de câncer que falam sobre a morte de maneira direta.

Assim, diferente do que foi dito durante a entrevista aberta, a produção das UPs possibilitou que o tema da morte fosse tratado de maneira mais abrangente, para além das perdas simbólicas vividas através das transformações corporais. Na experiência do câncer de mama e da menopausa precoce, a morte se apresenta de diferentes formas, sendo um tema bastante sensível a essas mulheres. Entre as mudanças diretamente relacionadas à menopausa precoce que foram representados nas UPs de algumas participantes estão alterações de humor, cansaço, ondas de calor, inchaço, fertilidade, maternidade e sexualidade.

A análise da segunda UP, da segunda colaboradora, indica a presença de importante conflito entre o desejo de ter mais um filho e a infertilidade imposta pelo tratamento. A UP revela a idealização da família constituída, mas é possível observar, a partir da ausência de cores no desenho e dos traços, a dificuldade em entrar em contato com a possibilidade de não poder realizar seu desejo de ter mais um filho. O título da UP “A vida sempre floresce” indica a negação da possibilidade de perder a capacidade reprodutiva após o tratamento e a repressão da angústia gerada por este conflito. A esperança em recuperar a fertilidade sustenta a fantasia da família idealizada por ela, não sendo possível ressignificar a experiência e encontrar novas formas de satisfação. Por outro lado, outra colaboradora apresenta um movimento adaptativo ao tentar ressignificar a maternidade e a família que deseja constituir por se deparar com outras formas de cuidado e composição familiar. Ao ganhar um cachorro do seu noivo, percebe que deixou de cobrar tanto a si mesma, quanto a constituir a família que havia idealizado e se coloca disponível para pensar e sonhar outras possibilidades. Esse movimento para a restauração do luto, referente à perda da fertilidade, também foi observado em outra colaboradora que ressignificou seu papel de cuidadora a partir da sua relação com outros membros da família e, através da sublimação, ajudando instituições de caridade.

As alterações de humor, como irritabilidade, humor deprimido e desânimo, foram retratadas por duas colaboradoras. Uma delas desenhou um coração todo fragmentado e apontou que a parte preta representava o tratamento e outra parte, colorida, a família, que

ofereceu o suporte de que ela precisava. Por isso, se ressentia por se comportar de maneira mais agressiva com eles, mas também usa disso para impor certos limites no cuidado oferecido pela família. Como também mencionado pela colaboradora durante a entrevista aberta, sentir-se dependente do outro, “de uma hora para outra” (C5), é muito difícil. Mas reconhece que precisa de ajuda e se preocupa com o desenvolvimento do linfedema no braço operado. Para outra colaboradora, o desânimo afeta sua produtividade ao afirmar que “tem dia que eu nem consigo trabalhar” (C4). Ela afirma que seu corpo mudou muito após a quimioterapia e isso a faz sentir que não é a mesma pessoa, porque se percebia com muita disposição antes do tratamento. Mas agora se sente velha, por sentir seu corpo menos produtivo.

Ainda sobre as mudanças corporais provocadas pelo tratamento do câncer de mama, uma das colaboradoras desenha a sua própria mão, que estava inchada, e reflete sobre as assimetrias corporais presentes em todos, como evidenciado pela fala “ninguém é perfeito (... a gente é humano” (C2). Ao finalizar o desenho, ela o olha e observa com uma expressão de surpresa: o desenho serve como uma espécie de espelho, o qual permite que ela veja seus contornos e assimetrias. Além disso, o título da UP “Ninguém nasce perfeito” aponta para uma naturalização das mudanças corporais provocadas pelo tratamento, colocando-as no mesmo patamar das imperfeições corporais, para além do câncer. Assim, há um movimento de elaboração do luto, por algumas das mudanças corporais vividas por ela, ao ressignificar esse novo corpo como sendo “humano”, ou seja, que é constituído por assimetrias e falhas.

Quanto à interferência em aspectos da sexualidade, a colaboradora 4, ao falar sobre a família que constituiu como um lugar de sonhos e conflitos, menciona a falta de desejo sexual e a ausência de compreensão e apoio do marido devido à diferença entre os gêneros – “Às vezes compreende, às vezes não compreende. Eles não compreendem a gente né, os homens né.” A análise da UP2 evidencia que as vivências relacionadas à sexualidade são parte desse ser diferente, por ser mulher e, agora, por ter um corpo que reage de maneira diferente aos estímulos. Assim como também foi expresso na entrevista aberta, não compreender o novo corpo feminino também é vivido a partir do olhar do companheiro.

Assim, os conflitos vividos pelas colaboradoras neste momento não estão atrelados apenas à experiência da menopausa precoce. Esses elementos adicionais construídos a partir do D-E ajudam a dimensionar a vivência da menopausa induzida como parte da experiência do câncer de mama. Entretanto, a experiência da menopausa precoce provoca um conjunto de mudanças corporais, com importante e amplo espaço dentre as vivências incitadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Os conflitos desvelados pela produção e interpretação das UPs se distinguiram a partir de características como o avanço do câncer, o

suporte familiar, a morte, a percepção e repercussões dos sintomas da menopausa induzida, o planejamento familiar e o papel sexual feminino.

5.4.2 Indicadores psicodinâmicos

Além de permitir a identificação de conflitos vividos pelas participantes, a análise e interpretação do D-E permite identificar características estruturais da personalidade. Com a prerrogativa de organizar e delimitar a análise do D-E, consideramos os traços de personalidade propostos por Tardivo (1997). Desta forma, o Quadro 3 apresenta os indicadores encontrados.

Quadro 7 - Elementos estruturantes da análise dos D-E.

Indicadores	Resultados
Figuras significativas e percepção do suporte recebido	<p>Família de origem entendida como protetora e a principal fonte de suporte (colaboradoras 1, 2, 3, 4 e 5). Figura paterna negativa devido a conflitos edípicos (colaboradora 3). Figura do(a) companheiro(a) predominantemente positiva (colaboradoras 1, 2, 5, 6 e 7). No caso da colaboradora 1 também com aspectos negativos (ambivalência). Figura do companheiro predominante negativa (colaboradora 4) pela falta de compreensão. Amigos são figuras predominantemente positivas (colaboradoras 1, 2, 4 e 5). Os pares são figuras predominantemente positivas, mas com aspectos negativos (colaboradora 1) devido à comparação da capacidade reprodutiva. Profissionais de saúde também são figuras predominantemente negativas para a colaboradora 2 por erros cometidos no cuidado à saúde (culpabilização).</p> <p>Ambiente vivenciado como pouco protetor (colaboradoras 2, 3 e 4). Doença e/ou tratamento percebido como representação de força agressiva e/ou destrutiva (todas as colaboradoras). Dificuldades de</p>

	<p>controle sobre os acontecimentos da vida, com elevação da angústia e dificuldade de manejo dos eventos sentidos como ameaçadores ou destrutivos (colaboradora 1 e 3).</p>
Relações de objeto	<p>Relações objetais predominantemente idealizadas voltadas aos vínculos familiares (colaboradoras 1, 2, 6 e 7). Apresentam tendências de negatividade (colaboradora 3), de ambiguidade/ambivalência (colaboradoras 4 e 5). Presença de conteúdos de: culpabilização e retaliação (colaboradora 2 a respeito da equipe de saúde), morte (colaboradoras 1, 2, 3, 4 e 5). Sentimentos de onipotência e vivências de desproteção, convivendo de forma conflitiva (colaboradora 7). Presença de elemento sugestivo de reparação após ataques (colaboradora 4) e ausência de reparação (colaboradora 3). Conflito entre a dependência familiar e a necessidade de autonomia (colaboradora 5). Maior dependência familiar (colaboradora 1).</p>
Necessidades e conflitos	<p>Expressão de necessidades mais intensas: de proteção (colaboradoras 1, 5, 6 e 7), de autonomia (colaboradora 5), de conciliação (colaboradora 4), de cuidar (colaboradora 3), de controle da ansiedade e tensão interna (colaboradoras 1, 6 e 7).</p>
Ansiedades predominantes	<p>Ansiedades predominantes são de cunho persecutório (colaboradora 2 e 3) ou depressivo (colaboradoras 1, 4, 5, 6 e 7). São expressos elementos indicativos de temores pertinentes à perda do amor paterno e fraterno (colaboradoras 3 e 4), e apoio insuficiente por parte do marido (colaboradoras 1 e 4). Identificação de indícios de ansiedades depressivas, indicadas pela presença de defesas maníacas (triunfo, controle) (colaboradoras 1, 5 e 7).</p>

Mecanismos de defesa do ego mobilizados frente às ansiedades	<p>Pouca presença de indicativos de recursos mais integradores para o manejo de temores e ansiedade (que superem estratégias de fuga e/ou uso de contra-ataques) (colaboradora 3). Dificuldades de manejo diante de ataques externos e dos próprios impulsos agressivos, com uso frequente de mecanismos de negação (do perigo e de elementos de fragilidade) (colaboradoras 2 e 3) e fantasias de onipotência (colaboradora 7). Para enfrentamento diante das forças desagregadoras do ego são acionados mecanismos defensivos do tipo controle onipotente, cisão, negação, isolamento e repressão (colaboradoras 1, 2, 3, 6, 7).</p> <p>Predomínio de elementos de insegurança, fragilidade interna, medo e incerteza diante do futuro (colaboradora 1).</p>
--	--

Fonte: elaborado pela autora.

A família de origem é a figura predominantemente positiva para quase todas as colaboradoras ao oferecer proteção e cuidado após o diagnóstico do câncer de mama. Devido ao choque de receber o diagnóstico de câncer de mama, a colaboradora 1 delega todas as decisões sobre o tratamento aos seus familiares. A regressão para um estado de maior dependência é possível, uma vez que o ambiente é sentido como protetor e suficiente para satisfazer suas necessidades emocionais. A família é sua “fortaleza”, o que possibilita que ela se distancie do choque do diagnóstico e seus lutos como defesa a uma realidade que atravessa a sua existência e muda o rumo da sua história. Ela tatua no braço as flores que representam pessoas da sua família, como uma maneira de eternizar e internalizar esse sentimento de “fortaleza”, uma vez que, ao longo do seu tratamento, viveu perdas familiares bastante significativas. Fala da sua avó que havia sido diagnosticada com câncer de mama, mas que morreu devido a uma infecção hospitalar em decorrência de internação por acidente doméstico. E da morte do seu pai, também em decorrência de um acidente doméstico. Mortes repentinas, que fragilizaram sua rede de apoio.

A regressão é um mecanismo de defesa, característica do funcionamento neurótico, que faz com que a libido retorne a fases anteriores do desenvolvimento, como maneira de diminuir a angústia e resgatar o sentimento de segurança e proteção. Acontece a partir da frustração imposta pela realidade externa e dos pontos de fixação adquiridos ao longo do

desenvolvimento. Assim, cada sujeito poderá reagir de diferentes formas a uma realidade adversa (GALVÁN, 2012). A família de origem, a partir do mecanismo da idealização e regressão, foi representada como tranquilidade, paz, segurança e felicidade por três das colaboradoras.

Duas outras colaboradoras também representaram, através do D-E, a família de origem como um lugar muito rico de afetividade e segurança. Ambas voltam ao passado, em um lugar próximo à natureza e que remete à união familiar. Todos os desenhos que representam a família de origem são bastante coloridos, ricos em elementos e ocupam a maior parte da folha, indicando um importante investimento afetivo. No entanto, a UP criada pela colaboradora 2 indica idealização da família representada pelo título “Família Feliz”, que contrasta com alguns elementos do desenho como pessoas palito, ausência de chão em algumas partes do desenho e uma certa desorganização que indicam a presença de conflitos e tendência agressiva. Já a UP da colaboradora 5 remete a um lugar de paz, tranquilo, protegido das ameaças da vida cotidiana, indicando a necessidade de cuidado e proteção.

Por outro lado, a mesma família, retratada pela colaboradora 5 em outra UP, é tida como quem pode gerar uma condição de dependência, que é sentida como negativa pela colaboradora. Há uma inversão do lugar ocupado na dinâmica familiar, por se tornar dependente de outros membros da família para realizar tarefas sobre as quais tinha total autonomia, como cuidar da casa. A maior irritabilidade derivada da menopausa precoce acaba por ajudá-la a impor limites aos familiares, retomando parte da autonomia perdida, mesmo que precise adaptar a maneira de realizar suas tarefas diárias. Assim, ressignifica o que é ser uma mulher jovem e autônoma, dentro das possibilidades e limites da nova condição corporal.

O suporte recebido da mãe e dos filhos se mostrou muito importante para a colaboradora 3, que tem a relação com a sua mãe como a base da estrutura familiar que mantém todos unidos. Ao longo das UPs produzidas pela colaboradora, o sentimento de culpa por não ter oferecido uma estrutura mais sólida aos seus filhos é recorrente. Os papéis de mãe e filha se alternam, assim como a necessidade de ser cuidada e o desejo de poder cuidar do outro, sem as limitações físicas impostas pelo câncer, já em estágio avançado. Demonstra o medo de perder sua mãe, como projeção do medo de que seus filhos percam a estrutura familiar após a sua morte. Ainda sobre sua família de origem, o vínculo paterno foi descrito como bastante conflituoso, e que prejudicou sua condição de formar vínculos amorosos ao longo de sua vida. Além da culpabilização do pai, por desejos não realizados ao longo da vida, a participante deixa transparecer o desejo de reconciliação e reparação da relação paterna. O desejo de reparação não se restringe à relação edípica, mas, também, é direcionado à função materna, representada

pelo desejo de cuidar do seu “neto”: o filho de uma amiga que frequenta muito a sua casa e com quem sonha em poder oferecer o cuidado que não pôde oferecer aos filhos.

Para a colaboradora 4, a família de origem foi referida como fonte de conflitos e agressões na infância, mas também de suporte e reparação durante o tratamento do câncer de mama. A reaproximação com sua mãe após o diagnóstico fez com que se sentisse cuidada e, assim, pudesse suportar a ambivalência da relação com a mãe. O desejo de reparação também foi direcionado aos irmãos, com os quais gostaria de ter maior convivência, e à família que constituiu, com a qual tenta estabelecer padrões de relacionamento diferentes dos que teve durante a infância. Faz referência à família nuclear como um espaço de conflitos e causadora de estresse, mas também de sonhos, amor e alegria. Se empenha para ser uma mãe diferente da que teve e se cobra muito para ser uma boa esposa e boa mãe. No entanto, afirma que, após a quimioterapia, tem se percebido mais “nervosa” e “estressada”. Essa dificuldade em controlar o humor, como também foi referida durante a entrevista aberta, pode representar uma ameaça à sua busca por relações mais saudáveis, levando a uma identificação com a mãe da sua infância.

Para essa colaboradora, os membros da igreja que frequenta foram importante fonte de suporte durante o tratamento do câncer de mama, fazendo parte da sua rede de apoio. Eles parecem substituir as figuras fraternas durante o tratamento do câncer de mama, uma vez que a colaboradora afirma manter pouco contato com seus irmãos e se ressentir por não ter se sentido cuidada por eles durante o tratamento.

As colaboradoras 6 e 7 não fizeram menção à família de origem, mas apresentam uma visão idealizada da família nuclear atual, sendo que a união familiar é sentida como fator de proteção durante o tratamento do câncer de mama. A importância do suporte familiar para mulheres com câncer de mama foi afirmada em diversos estudos, sendo um fator protetor para depressão (FEIJÓ *et al.*, 2009; KATAPODI, *et al.*, 2018; TAVARES; TRAD, 2009). A análise das UPs permitiu identificar que a família simboliza aquilo que estrutura e que sustenta a experiência do câncer de mama, oferecendo proteção frente a uma situação tão ameaçadora. A idealização, neste contexto, passa a ser um mecanismo de defesa necessário para que outros conflitos existentes sejam deixados em segundo plano e a mulher possa receber o suporte oferecido pela família durante o tratamento. Foi observado também o movimento de reparação, de maneira a restabelecer e fortalecer vínculos familiares. Desta forma, os vínculos familiares são fortalecidos para que seja possível vivenciar as ameaças à vida frente o câncer de mama.

Nesse sentido, três colaboradoras fizeram menção à religião e à fé como fator protetivo no processo de adoecimento, o que também indica uma tendência construtiva por evidenciar o desejo de cura e superação do câncer. A espiritualidade é um recurso de enfrentamento

comumente utilizado por mulheres brasileiras no enfrentamento do câncer de mama, que favorece a presença de sentimentos positivos. Além disso, constitui parte importante da rede de apoio da mulher em tratamento, especialmente quando há contato com a instituição religiosa e estabelecimento de vínculos entre seus membros, como ocorreu com a colaboradora 4 (RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019).

Apesar de a família ter sido predominantemente representada por figuras positivas, uma das colaboradoras se ressentiu por não se sentir compreendida pelo marido que, segundo ela, nega as mudanças corporais causadas pela menopausa precoce, como a diminuição do desejo sexual. Nesse sentido, as alterações corporais desorganizam o mundo presumido da mulher, havendo a necessidade de ressignificar esse novo corpo e construir novas referências identitárias.

A necessidade de ser compreendida também foi expressa pela colaboradora 2, em relação ao seu desejo de tentar uma futura gravidez que, segundo ela, não foi acolhida pelo profissional de saúde, que não autorizou a interrupção do tratamento hormonal antes do tempo previsto. Assim, a figura dos profissionais de saúde é predominantemente negativa por não corresponderem à necessidade de compreensão frente aos desejos e anseios das mulheres que vivenciam a menopausa precoce induzida pelo tratamento. Para outra colaboradora, a equipe médica é sentida como negativa por não ter correspondido ao seu desejo de cura, uma vez que as opções de tratamentos disponíveis atualmente visam o prolongamento da vida e a diminuição do risco de recidiva, mas não garantem a cura do câncer de mama.

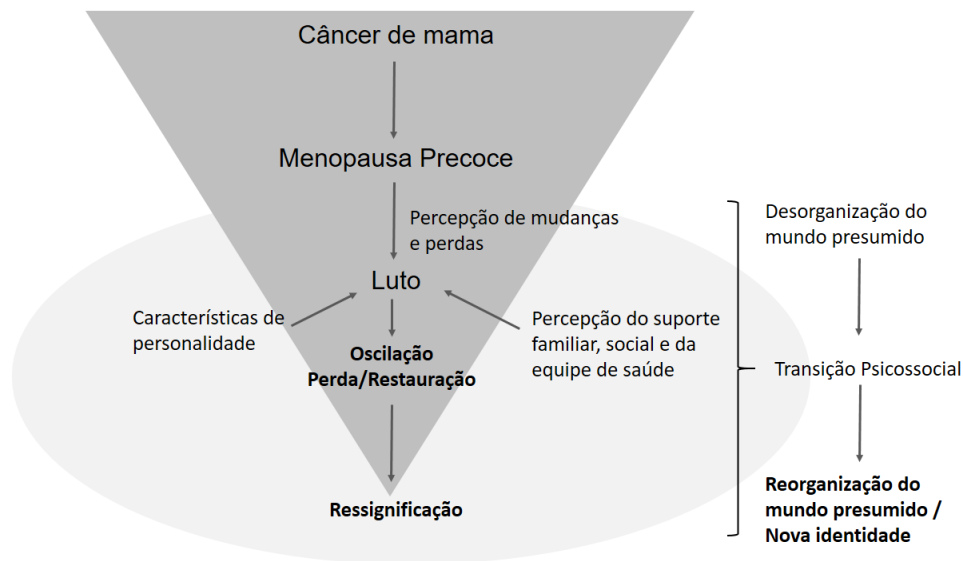
Segundo Theobald *et al.* (2016), a qualidade da comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e o paciente é de extrema importância para a adesão à conduta terapêutica, sendo que se faz necessário que o paciente se sinta seguro quanto às informações transmitidas e que a sua autonomia seja respeitada. Assim, além da competência técnica, o aspecto ético do cuidado favorece o estabelecimento de um vínculo positivo entre o paciente oncológico e o profissional de saúde, pois implica a necessidade de um cuidado pautado, também, nos aspectos subjetivos e sociais que foram afetados pelo adoecimento.

A experiência do câncer de mama, aliada à menopausa precoce, representa uma importante ameaça à vida, física e simbólica. Dessa forma, acaba desencadeando necessidades básicas mais regredidas, como a necessidade de proteção e cuidado e sentimentos derivados do conflito como culpa, ambivalência, medo da perda, medo da morte e desproteção. Também foram observadas tendências construtivas, como a busca pela autonomia, o desejo de recuperar a saúde e a busca pelo crescimento pessoal.

Em termos psicodinâmicos, o luto mobiliza importantes estruturas psíquicas para a reorganização do eu frente à perda do objeto. Para Melanie Klein, o luto no adulto representa a perda de todos os objetos bons, resultando na ativação de ansiedades características da posição depressiva arcaica. O mecanismo de defesa utilizado é a introjeção do objeto na posição depressiva, ou seja, momento em que é possível suportar a ambivalência, como forma de elaboração do luto (PETOT, 1992; SOUZA; PONTES, 2016).

A menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama provoca diversas perdas simbólicas, que fazem com que a mulher perca seu senso de identidade. No entanto, cada objeto perdido terá um caminho diferente na elaboração do luto, a depender da identificação existente e dos mecanismos de defesas acionados. Assim, quando é possível amenizar a identificação com o objeto perdido e buscar novas formas de satisfação, há uma possível integração da experiência de perda a uma nova identidade, que ocorre a partir da oscilação entre a orientação à perda e à restauração, como mostra a Figura 2.

Figura 2 – Componentes da transição psicossocial e ressignificação da perda



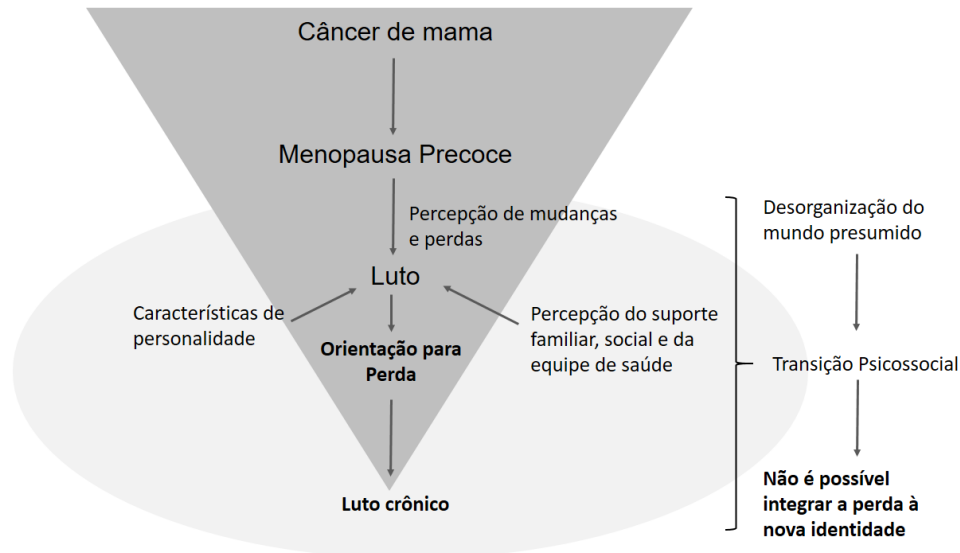
Fonte: elaborado pela autora.

Entretanto, a incompreensão sobre o novo corpo e a dificuldade para explorar suas potencialidades podem favorecer a constituição de uma nova identidade, fundada em aspectos negativos que remetem à incapacidade e a uma autoimagem negativa. Assim, o cuidado oferecido às mulheres jovens deve favorecer a conciliação da mulher com o seu corpo.

Já a perda da fertilidade e dos ideais de maternidade e família podem levar a um luto crônico, quando não é possível desfazer a identificação com esses objetos. A evitação em

assumir novos papéis relacionados à maternidade indica a permanência na orientação para a perda, que tem como consequência o luto crônico, como mostra a Figura 3.

Figura 3 - Componentes da transição psicossocial e luto crônico



Fonte: elaborado pela autora.

Como mostra a UP2 da colaboradora 2, a negação da possibilidade de não ter uma futura gravidez devido ao tratamento e a idealização da família que deseja constituir dificultam a aceitação da perda e a ressignificação da família. A perda da fertilidade provocou profundos sentimentos negativos, como raiva e inveja dos pares e se mostrou de difícil elaboração para algumas mulheres que vivenciam a dor da perda há alguns anos.

Diante do exposto, é possível afirmar que as repercussões da menopausa precoce induzida pelo tratamento do câncer de mama desencadeiam diferentes processos de luto por prejudicar diversas funcionalidades corporais. No entanto, a experiência da menopausa precoce se mistura com a do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, o que dificulta a compreensão das alterações corporais e, conseqüentemente, o reconhecimento da perda e sua elaboração.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho metodológico percorrido, permitiu responder os objetivos propostos, ao identificar que as repercussões específicas da menopausa induzida desencadearam diferentes processos de luto, uma vez que podem ser muitos os objetos perdidos. As mudanças corporais que limitam e incapacitam, por exemplo, podem provocar o luto pela perda de parte da autonomia e independência tão almejada por jovens adultos. Além disso, as alterações de humor atribuíram novas características às relações sociais e familiares, provocando um estranhamento sobre a sua nova maneira de ser. Além das perdas primárias ocasionadas pelas transformações corporais, perdas secundárias foram observadas quanto a mudanças nos vínculos e papéis sociais desempenhados por algumas mulheres.

Os lutos referentes à fertilidade e à sexualidade provocaram reações emocionais bastante intensas e negativas em algumas mulheres. Para as mulheres que desejavam ter uma futura gravidez, saber da possibilidade de se tornar infértil foi sentido como um segundo choque, após o diagnóstico do câncer de mama. Enquanto algumas mulheres puderam ressignificar o desejo de ser mãe e de constituir a família que haviam idealizado, para outras o processo de luto apresentou características de luto complicado, uma vez que foi observado o predomínio da negação ou evitação dessa realidade, a ponto de não ser possível encontrar novas formas de satisfação ligadas à maternagem e à constituição familiar. Os lutos secundários à perda da capacidade reprodutiva relacionam-se à base identitária do ser mulher jovem. Desta forma, perde-se também aquilo que as define enquanto mulher. A dificuldade para ressignificar as experiências de perda e integrá-la a uma nova identidade acaba por impossibilitar a transição psicossocial e, conseqüentemente, a elaboração do luto.

As mudanças físicas que provocaram prejuízos na relação sexual repercutiram no relacionamento conjugal de algumas mulheres, que se sentem em descompasso quanto ao desejo masculino. A necessidade de serem compreendidas neste novo corpo que habitam remete ao medo de perder o lugar de objeto de amor do companheiro. Homens e mulheres podem ter diferentes maneiras de lidar com seus lutos, aumentando ainda mais o descompasso conjugal e o distanciamento afetivo. Evitar falar sobre o assunto e, até mesmo, evitar a relação sexual acabam sendo as principais estratégias utilizadas pelo casal, o que faz perpetuar o sofrimento causado pelas perdas primárias e secundárias ligadas à sexualidade e à conjugalidade.

Vale ressaltar que as perdas significativas foram diferentes entre as mulheres, a depender de fatores como: percepção e intensidade dos sintomas da menopausa; ter ou não desejo de uma futura gestação; o suporte recebido; os recursos internos para lidar com as adversidades; os aspectos individuais da trajetória de vida de cada mulher que determinassem

o que foi tido ou não como importante na vivência do câncer de mama e da menopausa induzida pelo tratamento.

Também foi possível identificar os significados da menopausa precoce e das mudanças decorrentes dela para as colaboradoras do estudo. A experiência da menopausa induzida pelo tratamento do câncer de mama se mostrou singular no que remete a como cada colaboradora significa o ser mulher jovem. Foi possível identificar uma variedade de objetos significativos que foram perdidos pela transformação corporal, que enfraquecem as bases identitárias do ser mulher jovem. O corpo frágil, incapacitante, de difícil controle, que não é fértil e nem fonte de prazer faz com que a mulher antecipe algumas vivências que remetem ao imaginário sobre a velhice.

Por se tratar de uma experiência implicada ao tratamento do câncer de mama, observamos uma dificuldade, por parte das mulheres, em delimitar as mudanças corporais decorrentes da quimioterapia e da menopausa. São muitas mudanças corporais causadas pelo tratamento, fazendo com que algumas não sejam compreendidas, quanto a causa, duração e manejo. O que pode favorecer a fantasia de que o corpo de antes será recuperado após o fim da quimioterapia ou da hormonioterapia, criando expectativas que podem não ser alcançadas ao longo do tempo.

Quanto as orientações e suporte oferecido pelos profissionais de saúde, todas as mulheres foram informadas sobre a ocorrência da menopausa, no entanto, o cuidado recebido durante o tratamento foi sentido como insuficiente para melhor compreender e fazer o manejo das repercussões da menopausa induzida. As orientações recebidas foram percebidas como pontuais e, em alguns casos, não foram suficientes para que houvesse uma melhor adaptação às novas condições corporais, por parte da mulher e seus familiares. Ressignificar o corpo transformado pelo tratamento e pela menopausa implica em poder olhá-lo, percebê-lo e explorar seus novos contornos.

Entretanto, lidar com o desconhecido e com as experiências de ameaça à vida proporcionadas pelo diagnóstico e pelo tratamento do câncer propicia um terreno fértil para o surgimento de medos e angústias que acabam por acionar mecanismos de defesa menos adaptativos e regressivo. Através da triangulação dos dados com o uso do D-E, observamos a necessidade por segurança e de ser cuidada, além de sentimentos como culpa, ambivalência, medo da perda e da morte e desproteção. Por outro lado, também identificamos tendências construtivas como a busca pela autonomia, frente as limitações corporais sentidas durante o tratamento. Conhecer as reações e processos adaptativos às perdas simbólicas, aponta para a necessidade de um cuidado extensivo e aprofundado na experiência subjetiva. Por se tratar de

um estudo transversal, o estudo limitou-se a identificar as características do luto no momento das entrevistas, não sendo possível acompanhar o desenrolar do processo de luto vivido pelas colaboradoras.

As reações ao luto podem ser confundidas com sinais e sintomas depressivos, o que pode levar a uma maior medicalização. Além disso, podem ocasionar um cuidado com pouca ênfase no processo de ressignificação do corpo após tratamento, o que auxiliaria na transição psicossocial desencadeada pelas mudanças corporais. Assim, a melhor compreensão do processo de luto decorrente da menopausa pode possibilitar a adequação do cuidado à saúde emocional das mulheres durante o tratamento do câncer de mama, diminuindo a medicalização e auxiliando no processo de luto e adaptação à nova realidade.

O suporte recebido em situações de luto tem papel crucial na sua elaboração e prevenção do luto complicado. Assim sendo, é importante que a formação dos profissionais que atuam no cuidado oncológico abarque, também, a experiência subjetiva e os lutos simbólicos decorrentes do tratamento e da menopausa induzida em mulheres jovens com câncer de mama. Talvez por ser recente a valorização dos aspectos psicossociais do diagnóstico e tratamento do câncer de mama por parte das políticas de saúde, são ainda insuficientes os estudos que possam embasar uma prática de cuidado integral às mulheres jovens, que consiga oferecer escuta qualificada a suas demandas e vivências subjetivas. Os profissionais da saúde, em parte, foram tidos como figuras negativas pelas colaboradoras, o que pode estar ligado a ações pontuais, que podem não ter suprido a necessidade de serem cuidadas e compreendidas pelos profissionais de saúde.

Desta forma, é possível afirmar que as reações aos lutos, que podem ser desencadeados pela experiência da menopausa induzida, são significativas e devem ser incluídas no cuidado à mulher jovem com câncer de mama nos diferentes níveis de atenção à saúde. Também podemos pensar na necessidade de se abordar os assuntos relacionados à menopausa, não só após o diagnóstico, mas ao longo dos anos de tratamento e, talvez, após o fim do tratamento do câncer de mama. O maior distanciamento dos serviços de saúde e espaçamento entre as consultas dá espaço para o surgimento de muitas fantasias sobre os limites e potencialidade desse novo corpo que vai sendo experienciado após a quimioterapia. Isso pode dificultar o processo de ressignificação ou fazer com que a mulher ressignifique seu corpo de maneira muito negativa.

Os desafios para se oferecer o cuidado integral ao paciente oncológico perpassam pela necessidade de se construir conhecimentos e estratégias de cuidados que contemplem a diversidade da experiência. Esperamos, com isso, que os apontamentos realizados possam contribuir para um aprofundamento da compreensão da experiência da menopausa induzida e

seus lutos, embasando práticas de cuidado sensíveis às demandas e às necessidades de mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

AKAROLO-ANTHONY, S. N.; OGUNDIRAN, T. O.; ADEBAMOWO, C. A. Emerging breast cancer epidemic: evidence from Africa. **Breast Cancer Research**, Lodon, v. 12, 2010. Suppl. 4. DOI: 10.1186/bcr2737. Disponível em: <https://breast-cancer-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/bcr2737>. Acesso em: 03 jun. 2021.

ALMEIDA, T. G. *et al.* Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sLpQr93tLPSw3HXhP3dZWdG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 851-864, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.13482014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PLfpp5LhQwcd9McNKLcrmqb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

ANDERS, C. K. *et al.* Breast cancer before age 40 years. **Seminars in Oncology**, Philadelphia, v. 36, n. 3, p. 237-249, 2009. DOI: 10.1053/j.seminoncol.2009.03.001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894028/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

ARAÚJO, R. S. de; LIMA, N. L. de. A clínica psicanalítica no hospital com mulheres em tratamento de câncer de mama. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200006. Acesso em: 18 jul. 2021.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007. Acesso em: 03 jun. 2021.

ASSOGBA, E. L. F. *et al.* What are young women living conditions after breast cancer? Health-related quality of life, sexual and fertility issues, professional reinsertion. **Cancers (Basel)**, v. 12, n. 6, p. 1564, 2020. DOI: 10.3390/cancers12061564. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32545701/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

ATTIG, T. Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love. **OMEGA**, v. 49, n. 3, p. 197-215, 2004. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/P4TT-J3BF-KFDR-5JB1>. Acesso em: 25 out. 2021.

AZIM, H. A. *et al.* Elucidating prognosis and biology of breast cancer arising in young women using gene expression. profiling. **Clinical Cancer Research**, Denville, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, 2012. DOI: 10.3390/cancers12061564. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32545701/>. Acesso em: 22 jan. 2018.

BADENHORST, W. *et al.* The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 27, n. 4, p. 245-256, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1080/01674820600870327>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820600870327?journalCode=ipob20>. Acesso em: 24 jun. 2021.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 163-185, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/X3dyWtRFFFfy8wnyZMgzgYd/?lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BARBOSA, A. M. S. Viagem ao vale da morte: Estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.), **Da morte: estudos brasileiros** (pp. 159-180). Campinas, SP: Papirus, 1991. p. 159-180.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROSO, G. L. S. A constituição de sentido como acontecimento: Heidegger e a transformação da fenomenologia. **Griot: Revista de Filosofia**, Cruz das Almas, v. 20, n. 1, p. 17-38, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31977/grirfi.v20i1.1402>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5766/576664133002/html/index.html>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BASTOS, B. R. et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 9, n. 2, p. 31-36, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000200004>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000200031. Acesso em: 03 jun. 2021.

BENEDICT, C. *et al.* Family-building after breast cancer: considering the effect on adherence to adjuvant endocrine therapy. **Clinical Breast Cancer**, Dallas, v. 17, n. 3, p.165-170, 2017. DOI: 10.1016/j.clbc.2016.12.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28087390/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BERNSTEIN, D. Female genital anxieties, conflicts and typical mastery modes. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v. 71, p. 151-165, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2332291/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Editora 34, 1999.

BLONDEAUX, E. *et al.* The PREgnancy and FERtility (PREFER) study investigating the need for ovarian function and/or fertility preservation strategies in premenopausal women with early breast cancer. **Frontiers in Oncology**, Lausanne, v. 11, p. 1-11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.690320>. Disponível em: <file:///C:/Users/daniv/Downloads/fonc-11-690320.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BOELE, F. *et al.* Cancer as a chronic illness: support needs and experiences. **BMJ Supportive & Palliative Care**, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-001882. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31537579/>. Acesso em: 09 out. 2020.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>.

Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BOUGHTON, M. A. Premature menopause: multiple disruptions between the woman's biological body experience and her lived body. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 37, n. 5, p. 423-30, 2002. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02114.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11843980/>. Acesso em: 22 mai. 2021.

BOUGHTON, M; HALLIDAY, L. A challenge to the menopause stereotype: Young Australian women's reflections of 'being diagnosed' as menopausal. **Health and Social Care in the Community**, v. 16, n. 6, p. 565-572, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2008.00777.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18371169/>. Acesso em: 22 mai. 2021.

BOWLBY, J. **Perda: tristeza e depressão**. 3. ed. v. 3. São Paulo: Martins Fontes, 2004. v. 3.

BOWLBY, J. **Apego e perda: separação: angústia e raiva**. 3. ed. v. 2. São Paulo: Martins Fontes, 1998. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil**. 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p-blica.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>. Acesso em: 08 jan. 2021.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ksrv46KYyjk4xtYN4cp5Fk/?lang=pt>. Acesso em : 20 jun. 2021.

BRENNER, D. R. *et al.* Breast cancer survival among young women: a review of the role of modifiable lifestyle factors. **Cancer Causes & Control**, Dordrecht, v. 27, p. 459-472, 2016. DOI: 10.1007/s10552-016-0726-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26970739/>. Acessado em: 03 jun. 2021.

BRINTON, L. A. *et al.* Recent trends in breast cancer among younger women in the United States. **Journal of the National Cancer Institute**, Cary, v. 100, n. 22, p. 1643-1648, 2008. DOI: 10.1093/jnci/djn344. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19001605/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BROWN, K.; ARMSTRONG, N.; POTDAR, N. Fertility preservation decisions in young women with breast cancer: a qualitative study of health care professionals' views and experiences. **Human Fertility**, v. 6, p.1-14, 2021. DOI: 10.1080/14647273.2021.1933219. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096435/>. Acesso em: 04 jul. 2021.

BRUZAMARELLO, D.; PATIAS, N. D.; CANCI, C. M. B. Ascensão profissional feminina, gestação tardia e conjugalidade. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. 1-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4025/1807-0329e41860>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/KqTqBPXwpWHxtmHm9R57H5P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2021.

BURNEY, S. Psychological issues in cancer survivorship. **Climacteric**, v. 22, n. 6, p. 584-588, 2019. DOI: 10.1080/13697137.2019.1606795. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31079545/>. Acesso em: 07 jul. 2021.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 1-6, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ncc5MZ9hYGGhQXDgXW7sVnb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

CANTINELLI, F. S. *et al.* A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/3kLHfkZnV4tM5HcG5v44k5D/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jun. 2021.

CARDOSO, E. A. O.; SANTOS, M. A. Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2567-2575, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3kysPKtP97QCLSp7vGgzzMQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

CARVALHO, V. Atendimento psicossocial a pacientes com cancer: relato de uma experiência. *In.*: KOVÁCS, M. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 205-223.

CASELLATO, G. Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempo modernos. *In.*: CASELLATO, G. (Org). **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: Summus, 2015. p. 15-28.

CHANG, H. *et al.* Hot flashes in breast cancer survivors: frequency, severity and impact. **Breast**, v. 27, p. 116-21, 2016. DOI: 10.1016/j.breast.2016.02.013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27065357/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

CHRISTIAN, N.; GEMIGNANI, M. L. Issues with fertility in young women with breast cancer. **Current Oncology Reports**, Philadelphia, v. 21, n. 7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11912-019-0812-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11912-019-0812-4#:~:text=This%20damage%20can%20lead%20to,of%20amenorrhea%20and%20premature%20menopause>. Acesso em: 03 jun. 2021.

COBO-CUENCA, A. I. *et al.* Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. **PLoS One**, San Francisco, v. 13, n. 8, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0203151. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6118366/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

CORNEY, R.; PUTHUSSERY, S.; SWINGLEHURST, J. The stressors and vulnerabilities of young single childless women with breast cancer: a qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 18, n. 1, p. 17-22, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388913001300>. Acesso em: 03 jun. 2021.

CRAWSHAW, M. A.; SLOPER, P. 'Swimming against the tide'—the influence of fertility matters on the transition to adulthood or survivorship following adolescent cancer. **European Journal of Cancer Care (England)**, v. 19, n. 5, p. 610-620, 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2009.01118.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20088919/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CUNHA, J. A. *et al.* **Psicodiagnóstico V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CURTA, J. C.; WEISSHEIMER, A. M. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PNXLw4JH78y8T64t6fRQ6NB/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2021.

DAS, M. K. *et al.* Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved north indian parents: a qualitative study. **Plos One**, v. 16, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7840017/pdf/pone.0240270.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/V76xtc8NmqqdWHd6sh7Jsmq/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. London: Routledge, 2009.

DESREUX, J. A. C. Breast cancer screening in young women. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Limerick, v. 230, p. 208-211, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.05.018>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211518302331>. Acesso em: 01 jun. 2021.

DINAPOLI, L. *et al.* Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. **Current Oncology Reports**, Philadelphia, v. 23, n. 38, p. 2-7, 2021. DOI: 10.1007/s11912-021-01049-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7952347/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DOKA, K. J. Grief: the constant companion of illness. **Anesthesiology Clinics of North America**, v. 24, p. 205-212, 2006. DOI: 10.1016/j.atc.2005.12.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16487903/>. Acesso em: 03 jul. 2021.

DOMENICO, E. B. L. A complexidade do cuidado em oncologia: desafios atuais e futuros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. III-V, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600034>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/N8JgbN6XwPG3HYrJH8cs7zD/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021.

DONNELLY, L. S. *et al.* Reproductive decision-making in young female carriers of a BRCA mutation. **Human Reproduction**, v. 28, n. 4, p. 1006-1012, 2013. DOI: 10.1093/humrep/des441. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23293217/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

DUGNO, M. L. G. *et al.* Perfil do cancer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, Belo Horizonte, v. 10, n. 36, p. 60-66, 2014. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/36/artigo3.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. **Lancet**, London, v. 9472, n.365, p. 1687-1717, 2005. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66544-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15894097/>. Acesso em: 18 fev. 2018.

EE, C. *et al.* Weight before and after a diagnosis of breast cancer or ductal carcinoma in situ: a national Australian survey. **BMC Cancer**, v. 20, n. 113, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6566-4>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12885-020-6566-4.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

EGY, E. Y. O lugar do qualitativo na pesquisa em Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. I-IV, 2020. Editorial. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/q5vWFVZqXF9qZQQmHVKYBcq/?lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2021.

EIRIZ, I. F. *et al.* Breast cancer in very young women – a multicenter 10 – year experience. **ESMO Open**, London, v. 6, n. 1, 2021. DOI: 10.1016/j.esmoop.2020.100029. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33399090/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

EL SAGHIR, N. S. *et al.* Trends in epidemiology and management of breast cancer in developing Arab countries: a literature and registry analysis. **International Journal of Surgery**, London, v. 5, n. 4, p. 225-233, 2007. DOI: 10.1016/j.ijso.2006.06.015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17660128/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

EMÍDIO, T. S.; GIGEK, T. “Elas não querem ser mães”: algumas reflexões sobre a escolha pela não maternidade na atualidade. **Trivium – Estudos Interdisciplinares**, v. 11, n. 2, jul./dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2019v2p.186>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912019000200007. Acesso em: 04 jul. 2021.

ERIKSON, E. H. (1968). **Identidade: juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FARAROU EI, M. *et al.* Dietary habits and physical activity are associated with the risk of breast cancer among young Iranian women: a case-control study on 1010 premenopausal women. **Clinical Breast Cancer**, New York, v. 19, n. 1, p. 127-134, 2019. DOI: 10.1016/j.clbc.2018.10.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30503310/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Orientação: Climatério**. São Paulo: FEBRASGO, 2010.

FEIJÓ, A. M. *et al.* O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 8 (suplem.), p. 79-84, 2009.

FERNANDES, M. H. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. **Percursos**, São Paulo, n. 29, v. 2, p. 51-64, 2002.

FERREIRA, D. B. *et al.* Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 3, p. 536-544, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rSGJW8dGZJjSQ3tbPbNCfDN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021.

FERREIRA, V. N. *et al.* Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 25, n. 2, p. 410-419, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Wb8Js5hSLSnXVJ4LkqBCvLt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FRANCO, M. H. P. Por que estudar o luto na atualidade? *In.*: FRANCO, M. H. P. (Org.). **Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010. p. 17-42.

FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREUD, S. **Artigos sobre metapsicologia**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004.

- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In.*: FREUD, S. **Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. p. 117-231. (Obras Completas)
- FREUD, S. Introdução ao narcisismo. *In.*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 12. p. 13-50. (Obras Completas).
- FURTADO, A. M. Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 27-37, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142001003003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/J3LLT4sbmryRrYxrJCKJbJf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.
- GABAY, G. A nonheroic cancer narrative: body deterioration, grief, disenfranchised grief, and growth. **Omega - Journal of Death and Dying**, v. 83, n. 2, p. 287-309, 2021. DOI: 10.1177/0030222819852836. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31138010/>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- GALVÁN, G. O conceito de regressão em Freud e Winnicott: algumas diferenças e suas implicações na compreensão do adoecimento psíquico. **Winnicott e-prints**, v. 7, n. 2, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2012000200003. Acesso em: 21 jul. 2021.
- GOLDMAN, R. E. *et al.* Rede de Atenção ao Câncer de Mama: perspectiva de gestores da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, Brasília, DF, v. 72, n. 1, p. 286-292, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0479>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/c7QzYYsSb8hLTYyDT6YCKpM/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- GONDIM, S. M. G.; BENDASSOLLI, P. F. Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 191-199, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-737220530002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/M6cwvMCxw8xnKcbMVhmTBmp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2016.
- GORMAN, J. R. *et al.* Experiencing reproductive concerns as a female cancer survivor is associated with depression. **Cancer**, Hoboken, v. 121, n. 6, p. 935-942, 2015. DOI: 10.1002/cncr.29133. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352116/>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- GREANEY, M. *et al.* Study protocol for Young & Strong: a cluster randomized design to increase attention to unique issues faced by Young women with newly diagnosed breast cancer. **BMC Public Health**, London, v. 15, p. 15-37, 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-1346-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4328063/>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- GREEN, A. A mãe morta. *In.*: GREEN, A. **Narcisismo de vida - Narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988. p. 239-273.

- GROENEVELD, I. F.; BOER, A. G. E. M.; FRINGS-DRESEN, M. H. W. A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study. **BMJ Open**, London, v.2, n. 4, p. 1-7, 2012. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001321. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22786950/>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- HALLIDAY, L.; BOUGHTON, M. Premature menopause: exploring the experience through online communication. **Nursing and Health Sciences**, n. 11, p. 17-22, 2009. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2008.00415.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19298304/>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- HAMPE, M. E.; RHOTON-VLASAK, A. S. Fertility preservation in breast cancer with case-based examples for guidance. **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, Amsterdam, v. 37, n. 3, p. 717-729, 2020. DOI: 10.1007/s10815-019-01665-w. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32008180/>. Acesso em: 01 jun. 2021
- HARLEY, C. *et al.* Defining chronic cancer: patient experiences and self-management needs. **BMJ Supportive & Palliative Care**, London, v. 2, n. 3, p. 248-255, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000200>. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/2/3/248>. Acesso em: 09 out. 2020.
- HAWKEY, A. *et al.* Talking but not Always understanding: couple communication about infertility concerns after cancer. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, 2021. DOI: 10.1186/s12889-021-10188-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33468106/>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.
- HICKEY, M. *et al.* Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. **Human Reproduction Update**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 323-339, 2009. DOI: 10.1093/humupd/dmn064. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19174449/>. Acesso em: 18 fev. 2018.
- HIRONAKA-MITSUHASHI, A. *et al.* Invasive breast cancers in adolescent and young adult women show more aggressive immunohistochemical and clinical features than those in women aged 40-44 years. **Breast Cancer**, Tokyo, v. 26, n. 3, p. 386-396, 2019. DOI: 10.1007/s12282-018-00937-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30539373/>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- HULVAT, M. C.; JERUSS, J. S. Maintaining fertility in young women with breast cancer. **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, v. 10, n. 5, p. 308-317, 2009. DOI: 10.1007/s11864-010-0116-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20238254/>. Acesso em: 21 jul. 2015.
- HUNGR, C.; SANCHEZ-VARELA, V.; BOBER, S. Self-image and sexuality issues among Young women with breast cancer: practical recommendations. **Revista de Investigación Clínica**, Barcelona, v. 69, n. 2, p. 114-122, 2017. DOI: 10.24875/ric.17002200. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28453509/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. GLOBOCAN. Cancer Today. **Graph production:** Global Cancer Observatory. 2020 Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0. Acesso em: 08 jan. 2021.

JANKOWSKA, M. Sexual functioning in young women in the context of breast cancer treatment. **Reports of Practical Oncology and Radiotherapy**, Gdańsk, v. 18, n. 4, p. 193-2000, 2013. DOI: 10.1016/j.rpor.2013.04.032. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863318/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

JARDIM, L. L. O risco familiar de cancer de mama: a psicanálise diante da pesquisa genética. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 4, p. 68-79, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142003004006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/yjLTgvPCpw7W3S8YgtVNr6m/?lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2021.

KADAKIA, K.; LOPRINZI, C. L.; BARTON, D. L. Hot flashes: the ongoing search for effective interventions. **Menopause**, v. 19, n. 7, p. 719-721, 2012. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182578d31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386611/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

KALANTARIDOU, S. N.; NELSON, L. M. Premature ovarian failure is not premature menopause. **Annals of the New York Academy of Science**, New York, v. 900, p. 393-402, 2006. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2000.tb06251.x.

KATAPODI, M. C. *et al.* Predictors and interdependence of family support in a random sample of long-term young breast cancer survivors and their biological relatives. **Cancer Medicine**, v. 7, n. 10, p. 4980-4992, 2018. DOI: 10.1002/cam4.1766. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30187678/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminino**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

KIRKMAN, M. *et al.* Women's reflection on fertility and motherhood after breast cancer and its treatment. **European Journal of Cancer Care**, v. 23, p. 502-513, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12163>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12163>. Acesso em: 29 jun. 2021.

KIRKMAN, M. *et al.* Fertility management after breast cancer diagnosis: a qualitative investigation of women's experiences of and recommendations for professional care. **Health Care for Women International**, London, v. 34, n. 1, p. 50-67, 2013. DOI: 10.1080/07399332.2012.735729. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23216096/>. Acesso em: 05 fev. 2015.

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação: e outros trabalhos: 1921–1945**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão: e outros trabalhos: 1946-1963**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1991.

KNOBF, M. T. "Coming to grips" with chemotherapy-induced premature menopause. **Health Care for Women International**, London, v. 29, n. 4, p. 384-399, 2008. DOI: 10.1080/07399330701876562. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18389434/>. Acesso em: 02 ago. 2015.

KOVACS, M. J. Morte, separação, perdas e o processo de luto. *In*: KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p. 149-164.

KUDELA, E. *et al.* Breast cancer in young women: status Quo and advanced disease management by a predictive, preventive, and personalized approach. **Cancers (Basel)**, v. 11, n. 11, p. 1791, 2019. DOI: 10.3390/cancers11111791. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31739537/>. Acesso em: 06 fev. 2021.

LAMBERTINI, M. *et al.* Prospective study to optimize care and improve knowledge on ovarian function and/or fertility preservation in young breast cancer patients: Results of the pilot phase of the PREgnancy and FERtility (PREFER) study. **The Breast**, Amsterdam, v. 41, p. 51-56, 2018. DOI: 10.1016/j.breast.2018.06.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30007268/>. Acesso em: 13 fev. 2021.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LAZNIK, M. C. O complexo de Jocasta. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 37, p. 79-92, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n37/n37a08.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. O corpo em Psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 241-250, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/bVjD4hvChNCWssn8jbd5pSM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2021.

LECLÈRE, B. *et al.* Working Group. Trends in incidence of breast cancer among women under 40 in seven European countries: a GRELL cooperative study. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v. 37, p. 544-549, 2013. DOI: 10.1016/j.canep.2013.05.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23768969/>. Acesso em: 02 jun. 2021.

LIEM, G. S. *et al.* Chemotherapy-related amenorrhea and menopause in young Chinese breast cancer patients: analysis on incidence, risk factors and serum hormone profiles. **PLOS One**, San Francisco, v. 10, n. 10, p. e0140842, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0140842. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26485568/>. Acesso em: 12 fev. 2018.

LINDEMANN, E. Symptomatology and the management of grief. **American Journal of Psychiatry**, v. 101, p. 141-149, 1944.

LINDH-ASTRAND, L. *et al.* Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 16, n. 3, p. 509-517, 2007. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01547.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2005.01547.x>. Acesso em: 04 jul. 2017.

LINS, P. G. A. *et al.* O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 3, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166x2014000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/vhVG4SprPvs6sHXyrd7bcgN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LJUNGMAN, L. *et al.* Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: type, prevalence, and predictors of problems. **Psycho-Oncology**, v. 27, p. 2770-2777, 2018. DOI: 10.1002/pon.4886. Disponível em: [chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2Fdoi%2Fpdfdirect%2F10.1002%2Fpon.4886](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.4886). Acesso em: 30 ago. 2021.

LLARENA, N. C. *et al.* Impact of fertility concerns on Tamoxifen initiation and persistence. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 107, n. 10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djv202>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article/107/10/djv202/986599?login=true>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MARSH, S. *et al.* Sexual health after a breast cancer diagnosis in young women: clinical implications for patients and providers. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, v. 184, n. 3, p. 655-663, 2020. DOI: 10.1007/s10549-020-05880-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32968951/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MEDEIROS, S. F.; MEDEIROS, M. M. W. Y.; OLIVEIRA, V. N. Climateric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 124, n. 4, p. 214-218, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802006000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/yTBwJVtd8JcPQyqgLYjM7cv/?lang=en>. Acesso em: 01 mar. 2021.

MIAJA, M.; PLATAS, A.; MARTINEZ-CANNON, B. A. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. **Revista de Investigacion Clinica**, Barcelona, v. 69, n. 4, p. 204-209, 2017. DOI: 10.24875/ric.17002279. Disponível em: https://clinicalandtranslationalinvestigation.com/files/ric_2017_69_4_204-209.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

MIELLI, P. **Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

MIGOWSKI, A. *et al.* A atenção oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 247-250, 2018a. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_64/v02/pdf/14-artigo-de-opiniao-a-atencao-oncologica-e-os-30-anos-do-sistema-unico-de-saude.pdf. Acesso em: 12 fev. 2021.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018b.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III – Desafios à implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018c. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046317>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gPdZbvNJpgL5ySJ4YZTVkrd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017a. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalizações e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-17, 2017b. DOI: 10.1590/1413-81232017221.30302016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y43fVcvWNcgytyVNB6gKqzG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. Cuidar do processo de morrer e do luto. Editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/44s7YHZPJQt5RfrhPQ7bSXXK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 abr. 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. P. 261-297.

MORAES, D. C. *et al.* Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BTJXVqHgTcbqCGfSXTxNNCC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MORAES, G. C. S.; COELHO JUNIOR, N. E. Feminino e psicanálise: um estudo sobre a literatura psicanalítica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 791-800, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/99B6Q46gMn7PcrrKVStkLtL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 177-187, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000200006>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/prc/a/RMLkMfGS8kgbvKnSFkWp9zn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2021.

NAROD, S. A.; IQBAL, J.; MILLER, A. B. Why have breast cancer mortality rates declined? **Journal of Cancer Policy**. Amsterdam, v. 5, p. 8-17, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2015.03.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213538315000065>. Acesso em: 21 jan. 2018.

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Alceu**, Rio de Janeiro, v.5, n. 9, p. 77-86, 2004. Disponível em: http://revistaalceu-acervo.com.puc-rio.br/media/alceu_n9_negreiros.pdf. Acesso em: 02 jun. 2021.

NETO, E. B.; ROCHA, Z. Corpo cuidado, esquecido e simbólico. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 16, n. 2, p. 7-24, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a02.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2021.

OLIVEIRA, R. A. A. *et al.* Sobrevivência ao câncer: o desembrulhar da realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1602-1608, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.27445>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27445>. Acesso em: 13 jan. 2021.

OLLAIKE, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 229-241, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/HmMrcZjwBH5GtqHd8YpXT8m/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021.

PANACHÃO, A. L. Figurações do feminino na atualidade. Resenha. **Psychê**, São Paulo, v. 8, n. 13, p. 166-168, 2004. Resenha. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v8n13/v8n13a18.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

PARKES, C. M. **Amor e perda: raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus, 2009.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1998.

PARTRIDGE, A. H. *et al.* First international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY1). **The Breast**, Edinburgh, v. 23, n. 3, p. 209-220, 2014. DOI: [10.1016/j.breast.2014.03.011](https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.03.011). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24767882/>. Acesso em: 01 mai. 2016.

PARTRIDGE, A. H. *et al.* Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 22, n. 20, p. 4174-4183, 2004. DOI: [10.1200/JCO.2004.01.159](https://doi.org/10.1200/JCO.2004.01.159). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15483028/>. Acesso em: 02 jun. 2021.

PASQUALI, E. A. The impact of premature menopause on women's experience of Self. **Journal of Holistic Nursing**, Newbury Park, v. 17, n. 4, p. 346-364, 1999. DOI: [10.1177/089801019901700404](https://doi.org/10.1177/089801019901700404). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10818847/>. Acesso em: 22 mai. 2021.

- PATERSON, C. *et al.* Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. **Cancer Nursing**, Hagerstown, v. 39, n. 1, p. 39-58, 2016. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000251. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25881807/>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- PEDRO, M. de; OTERO, B.; MARTÍN, B. Fertility preservation and breast cancer: a review. **Ecancermedicalscience**, Bristol, v. 9, n. 503, 2015. DOI: 10.3332/ecancer.2015.503. Disponível em: <https://ecancer.org/en/journal/article/503-fertility-preservation-and-breast-cancer-a-review>. Acesso em: 03 jun. 2016.
- PENAULT-LLORCA, F. *et al.* Ki67 expression and docetaxel efficacy in patients with estrogen receptor-positive breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 27, n. 17, p. 2809-2815, 2009. DOI: 10.1200/JCO.2008.18.2808. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19380452/>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- PERES, R. S.; CENTURION, N. B.; CREMASCO, M. V. F. “Formar-se” e “ser” mulher: um breve ensaio sobre a sexualidade feminina. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 401-420, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n2/v50n2a20.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- PERZ, J.; USSHER, J; GILBERT, E. Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 514-522, 2014. DOI: 10.1111/ecc.12165. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24372983/>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- PETOT, J. M. **Melanie Klein II: o ego e o bom objeto**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.
- PINHEIRO, A. B. *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n3.500>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/500>. Acesso em: 21 jan. 2018.
- PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 135-153, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/FfrxThdCyQ5hSN6Qq46gsCK/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2016.
- POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- PRICE, B. **Body image: nursing concepts and care**. Harlow: Prentice Hall, 1990.
- RADECKA, B.; LITWINIUK, M. Breast cancer in young women. **Ginekologia Polska**, Gdańsk, v. 87, n. 9, p. 659-663, 2016. DOI: 10.5603/GP.2016.0062. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27723074/>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- RAQUE-BOGDAN, T. L. *et al.* The work life and career development of young breast cancer survivors. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, DC, v. 62, n. 4, p. 655-669, 2015.

DOI: 10.1037/cou0000068. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751018/>. Acesso em: 28 mar. 2021.

RANDO, T. A. **The treatment of complicated mourning**. Champaign: Research Press, 1993.

REES, S. “Am I really gonna go sixty years without getting cancer again?” Uncertainty and liminality in young women’s accounts of living with a history of breast cancer. **Health**, London, v. 21, n. 3, p. 241-258, 2017. DOI: 10.1177/1363459316677628. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28521649/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

REYNA, C.; LEE, M. C. Breast cancer in young women: special considerations in multidisciplinary care. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Auckland, v. 29, n. 7, p. 419-429, 2014. DOI: 10.2147/JMDH.S49994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25300196/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S. de; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 849-856, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6667/pdf_1. Acesso em: 30 jul. 2021.

ROCHA, Z. Esperança não é esperar, é caminhar. Reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 2, 255-273, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142007002005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/vq8WGVP4g3Lm5Jbd5t3JZ5s/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ROCHA, Z. Feminilidade e castração: seus impasses no discurso freudiano sobre a sexualidade feminina. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 1, p. 128-151, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142002001009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/dclL3DyX8wmrDjn7FzNLJgHG/?lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2021.

ROSENBERG, S. M.; PATRIDGE, A. H. Management of breast cancer in very young women. **Breast**, Edinburgh, v. 24, n. 2, p. 154-158, 2015. DOI: 10.1016/j.breast.2015.07.036. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26255745/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

ROSENBERG, S. M.; PATRIDGE, A. H. Premature menopause in young breast cancer: effects on quality of life and treatment interventions. **Journal of Thoracic Disease**, Hong Kong, v. 5, n. 1, 2013. DOI: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.06.20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23819028/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

RYU, J. M. *et al.* Different prognosis of Young breast cancer patients in their 20s and 30s depending on subtype: a Nationwide study from the Korean Breast Cancer Society. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, v. 166, n. 3, p. 833-842, 2017. DOI: 10.1007/s10549-017-4472-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28831642/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: Revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JM3Hv9YZB8gPDJ39svnSWqM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SANTOS, M. A. *et al.* Corpo, saúde e sociedade de consumo: a construção social do corpo saudável. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 239-252, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170035>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/96j6vDCX8Kcv7s94yQ7KNHS/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2020.

SAYAKHOT, P.; VINCENT, A.; TEEDE, H. Breast cancer and menopause: partner's perceptions and personal experiences – a pilot study. **Menopause**, Hagerstown, v. 19, n. 8, p. 916-923, 2012. DOI: 10.1097/gme.0b013e318246ab45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22549167/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, v. 16, p. 137-150, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/3wSKqcsySs8ZV4rHM63K8Lz/?lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2021.

SCHMIDT, M. *et al.* Return to work after breast cancer: the role of treatment-related side effects and potential impact on quality of life. **European Journal of Cancer Care (Engl)**., Oxford, v. 28, n. 4, 2019. DOI: 10.1111/ecc.13051. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31033073/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SEIB, C. *et al.* Menopausal symptom clusters and their correlates in women with and without a history of breast cancer: a pooled data analysis from the women's wellness research program. **Menopause**, v. 24, n. 6, p. 624-634. DOI: 10.1097/GME.0000000000000810. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28141666/>. Acesso em: 27 out. 2021.

SELLA, T. *et al.* Impact of fertility concerns on endocrine therapy decisions in young breast cancer survivors. **Cancer**, Hoboken, 2021. In press. DOI: 10.1002/cncr.33596. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33886123/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SENDÍN, M. C. **Diagnóstico psicológico: bases conceptuales y guia práctica em los contextos clínicos y educativo**. Madri: Psimática, 2000.

SILVA, D. V. R. *et al.* Repercussões psicológicas da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama. **Psicologia em Estudo**, Maringá. No prelo.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Nt9QhBh3Z6T9pY8hRTgQVjQ/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

- SILVA, E. C. *et al.* Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. **Rural and Remote Health**, Townsville, v. 13, n. 2321 [online], 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23597169/>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- SILVA, M. das D. F. da; FERREIRA-ALVES, J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 588-595, 2012.
- SILVA, E. D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 727-34, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LwRZJRqH4VSN8fKshS9FRdw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- SILVA, S. *et al.* Fertilidade e contracepção em mulheres com câncer em tratamento quimioterápico. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0374>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/7hHrxKW4v6sJP3kY4prwWWn/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- SILVA, S. A.; HERZBERG, E.; MATOS, L. A. L. Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: uma revisão. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 65, n. 142, p. 97-111, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v65n142/v65n142a09.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2021.
- SMALL, F. E. The psychology of women: a psychoanalytic review. **Canadian Journal of Psychiatry**, Thousand Oaks, v. 34, n. 9, p. 872-878, 1989. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674378903400906>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674378903400906>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- SOARES, R. G. Aspectos emocionais do câncer de mama. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, **Boletim Eletrônico SBPO**, São Paulo, v. 4, n. 3, 2009.
- SOBOTA, A.; OZAKINCI, G. “Will it affect our chances of having children?” and feeling “like a ticking bomb” – the fertility concerns and fears of cancer progression and recurrence in cancer treatment decision-making among young women diagnosed with gynaecological or breast cancer. **Frontiers in Psychology**, v. 2, n. 12, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.632162. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34149518/>. Acesso em: 04 jul. 2021.
- SOLDERA, S. V. *et al.* Sexual health in long-term breast cancer survivors. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, v. 172, n. 1, p. 159-166, 2018. DOI: 10.1007/s10549-018-4894-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30027300/>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- SOUZA, B. F. *et al.* Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 866-873, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3564.2491>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/DFYzDftvZLLxJHD5G4shwRt/?lang=en>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOUZA, N. H. A. *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **SANARE, Sobral**, v.16, n.2, p.60-67, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1179>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SOUZA, A. M. S.; PONTES, S. A. As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. **Analytica**, v. 5, n. 9, p. 69-85, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v5n9/07.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2021.

STABILE, C. *et al.* Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, v. 165, n. 1, p. 77-84, 2017. DOI: 10.1007/s10549-017-4305-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28547655/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

STREICHER, L.; SIMON, J. A. Sexual function post-breast cancer. **Cancer Treatment and Research**, New York, v. 173, p. 167-189, 2018. DOI: 10.1007/978-3-319-70197-4_11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29349764/>.

STROEBE, M. *et al.* Partner-oriented self-regulation among bereaved parents: the costs of holding in grief for the partner's sake. **Psychologica Science**, v. 24, n. 4, p. 395-402, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797612457383>. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956797612457383?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 24 jun. 2021.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, Washington, DC, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999. DOI: 10.1080/074811899201046. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10848151/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SUTER, M. B.; PAGANI, O. Should age impact breast cancer management in young women? Fine tuning of treatment guidelines. **Therapeutic Advances in Medical Oncology**, v. 10, p. 1-10, 2018. DOI: 10.1177/1758835918776923. Disponível em: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fjournals.sagepub.com%2Fdoi%2Fpdf%2F10.1177%2F1758835918776923>.

TARDIVO, L. S. C. Análise e interpretação. *In*: TRINCA, W. (org.). **Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias**. São Paulo: Vetor, 1997. p. 115-156.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com cancer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface. Comunicação, saúde e**

educação, v. 13, n. 29, p. 395-408, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JHqjSFqMPQpM7fRZSVgFvkf/?lang=pt#>. Acesso em: 28 jul. 2021.

TAYLOR, C. E.; MEISEL, J. L. We have to talk about it: bringing fertility into the conversation for young women with breast cancer. **Cancer**, Hoboken, 2021. In press. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.33595>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.33595?af=R>. Acesso em: 03 jun. 2021.

THEOBALD, M. R. *et al.* Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1249-1269, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n4/1249-1269/pt/>. Acesso em: 31 jul. 2021.

TORRES-CASTAÑO, A. *et al.* Information needs and research priorities for fertility preservation in women with breast cancer: patients and experts' perspectives. **European Journal of Cancer Care (Engl.)**, Oxford, v. 30, n. 1, 2021. DOI: 10.1111/ecc.13359. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33191537/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

TRATAMENTOS atuais trazem boas perspectivas para gerar uma criança, mesmo após o câncer. Em nome dos filhos. **Rede Câncer (INCA)**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 19-21, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rrc-27-versao-integral.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

TRINCA, W. The Drawing-and-Story Procedure: development and status. **British Journal of Projective Psychology**, London, v. 40, n. 2, p. 32-43, 1995.

TRINCA, W. (org.). **Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões**. São Paulo: Vetor, 2013.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática**. São Paulo: EPU, 1987.

TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. C. Desenvolvimento do procedimento de desenhos-estórias. In: CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p. 428-438, 2000.

TRIVERS, K. F. *et al.* Estimates of young breast cancer survivors at risk for infertility in the U.S. **The Oncologist**, v. 19, p. 814-822, 2014. DOI: 10.1634/theoncologist.2014-0016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951610/>. Acesso em: 03 jun. 2016.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, v. 2, n. 1, p. 93-108,

2000. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

URBAN, L. A. B. D. *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 244-249, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842012000600009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/ndjRGNCLF5TSKlKv59ZbQbx/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

VALDIVIA, O. B. Psicanálise e feminilidade: algumas considerações. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 17, n. 3, p. 20-27, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/X6bTF9RCnSzQhhDbDFLHsy/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

VALENÇA, M. C. A. **A feminilidade em Freud e na contemporaneidade**: repercussões e impasses. 2003. Dissertação – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, 2003.

VAN KOLCK, O. L. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. São Paulo: EPU, 1984.

VANCE, V. *et al.* Weight gain in breast cancer survivors: prevalence, pattern and health consequences. **Obesity Reviews**, v. 12, n. 4, p. 282-94, 2011. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2010.00805.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20880127/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

VERTZMAN, J.; JUNIOR, N. E. C. Mania: um bairro pouco visitado. **Ágora (Rio de Janeiro)**, v. 22, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982019001009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/Lmhmp8CQ3NBZKm5q7fGxMwz/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

VIEIRA, G. M. *et al.* Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 408-414, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281431353009>. Acesso em: 07 jul. 2021.

VILLARREAL-GARZA, C. *et al.* Medical and information needs among young women with breast cancer in Mexico. **European Journal of Cancer Care (Engl)**, Oxford, v. 28, n. 4, 2019. DOI: 10.1111/ecc.13040. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31008546/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

VILLARREAL-GARZA, C. *et al.* Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. **The Oncologist**, Dayton, v. 18, n. 12, p. 1298-1306, 2013. DOI: 10.1634/theoncologist.2013-0321. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24277771/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

WAKIUCHI, J. *et al.* Reconstruindo a subjetividade a partir da experiência do câncer e seu tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 72, n. 1, p. 133-41, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0332>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KHSn5nh3DPzWm5C9KTt5bZj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

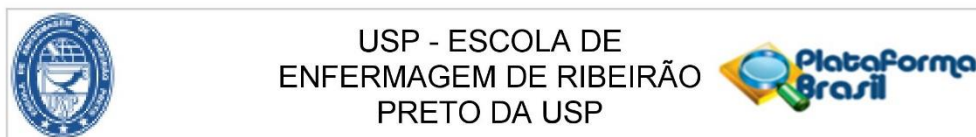
WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1979.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013.

ZOBERI, K.; TUCKER, J. Primary care of breast cancer survivors. **American Family Physician**, Kansas City, v. 99, n. 6, p. 370-375, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30874405/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos

Pesquisador: Daniela Vitti Ribeiro da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90748218.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.768.828

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado, bem elaborado e baseado em referências bibliográficas pertinentes e recentes. O projeto tem abordagem clínico-qualitativo, transversal e será realizado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA, com mulheres com câncer de mama, diagnosticado em idade anterior a 45 anos. O estudo parte do pressuposto de que a experiência da menopausa precoce vivenciada por mulher com menos de 45 anos pode ocasionar significativas perdas à vida e identidade dessas mulheres, demandando uma adaptação a nova realidade que depende do processo de elaboração do luto de tais perdas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o processo de luto relacionado às perdas associadas à menopausa precoce em mulheres com câncer de mama e com idade inferior a 45 anos. Identificar as perdas decorrentes da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama.- Analisar a psicodinâmica do processo de luto das perdas decorrentes da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A participante poderá se emocionar, devido aos conteúdos abordados na entrevista. Será realizado o acolhimento e encaminhamento a serviço de saúde, caso seja necessário

BENEFÍCIOS: O benefício indireto é a melhora do cuidado oferecido às mulheres em menopausa precoce decorrente do câncer de mama.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

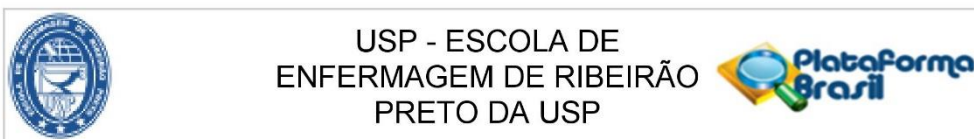
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.768.828

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo clínico-qualitativo. Participarão do estudo mulheres com câncer de mama, diagnosticado em idade anterior a 40 anos que participam do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA. As mulheres serão abordadas no REMA ou através de contato telefônico realizando o convite para participarem do estudo. Caso aceitem o convite, será marcada uma entrevista pessoalmente em local de preferência da participante para realizar o processo de consentimento e dar início à coleta de dados. A coleta de dados será realizada em duas etapas. Na primeira etapa será realizada a entrevista aberta, para investigar a experiência da menopausa precoce decorrente do câncer de mama, além da obtenção dos dados sociodemográficos e das informações sobre o suporte recebido desde o diagnóstico acerca de questões reprodutivas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. A segunda etapa será dedicada à aplicação do Procedimento de Desenho-Estória com Tema, com o intuito de aprofundar as questões identificadas na entrevista ou coletar novas informações. Os dados, obtidos por meio da entrevista aberta e do Procedimento de Desenho-Estória serão analisados a partir da Análise de Conteúdo (AC), que será utilizada de forma qualitativa, dando relevância à presença ou ausência dos elementos codificados e categorizados. Os dados do D-E serão submetidos à apreciação de um comitê constituído por dois juízes, ambos psicólogos com larga experiência e formação profissional em instrumentos projetivos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento, folha de rosto assinada pela diretoria da EERP-USP, declaração do REMA, projeto de pesquisa, TCLE, resumo, orçamento e cronograma.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os preceitos éticos foram atendidos

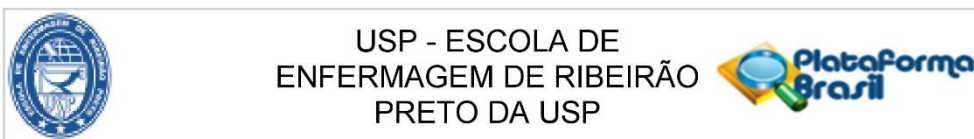
Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 36ª reunião extraordinária do CEP/EERP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.768.828

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1111839.pdf	30/05/2018 17:39:56		Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento_CEP.pdf	30/05/2018 17:38:59	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/05/2018 17:38:28	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/05/2018 17:38:10	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/05/2018 17:37:47	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2018 17:37:22	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/05/2018 17:35:18	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito
Outros	Declaracao_REMA.pdf	30/04/2018 15:50:35	Daniela Vitti Ribeiro da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 12 de Julho de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B

Autorização para desenvolver a pesquisa no REMA



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – CAMPUS
RIBEIRÃO PRETO - TELEFONE: (016) 3315- 3448
CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Ribeirão Preto, 27 de março de 2018

Prezada Sra.

Informamos que a aluna Daniela Vitti Ribeiro da Silva, do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - doutorado, sob a orientação da Profa.Dra. Ana Maria de Almeida, tem autorização para desenvolver o projeto de pesquisa COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DA MENOPAUSA PRECOCE EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS, no REMA - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Atte,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Panobianco'.

Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco
Coordenadora do REMA

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do Comitê de Ética da EERP/USP

APÊNDICE A

Questionário Sociodemográfico e ficha de dados clínicos

INSTITUIÇÃO - REMA
DATA DA ENTREVISTA ___/___/___

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

Iniciais: _____ **D.N.:** ___/___/___ **Contatos:** _____

Endereço: _____

Como já foi colocado para você, através dessa entrevista, eu poderei conhecer um pouco melhor como é para a mulher com câncer de mama passar pela menopausa precoce. A nossa conversa durará em torno de uma hora. Todas as informações colhidas serão mantidas em sigilo, no entanto, sinta-se a vontade em não responder alguma pergunta que possa incomodá-la. Depois de responder ao questionário, farei mais algumas perguntas e essa conversa será gravada. Assim, terei mais certeza de que não perdi nada do que me disser. Tudo bem? Gostaria de me perguntar algo? Podemos começar?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão	
Idade no diagnóstico de câncer de mama:	Data da última menstruação:
Crítérios de exclusão	
Ciclo menstrual antes do diagnóstico de câncer de mama: () normal () ausente () irregular – há quanto tempo? _____	
Teve diagnóstico de falência ovariana ou menopausa precoce antes do câncer de mama? _____	
Possuía algum problema de infertilidade antes do câncer de mama?	

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Cor auto referida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha								
Escolaridade (): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 Analfabeta</td> <td style="width: 50%;">5 Ensino Médio Completo</td> </tr> <tr> <td>2 Ensino Fund. Incompleto</td> <td>6 Sup. Incompleto</td> </tr> <tr> <td>3 Ensino Fund. Completo</td> <td>7 Sup. Completo</td> </tr> <tr> <td>4 Ensino Médio Incompleto</td> <td></td> </tr> </table>	1 Analfabeta	5 Ensino Médio Completo	2 Ensino Fund. Incompleto	6 Sup. Incompleto	3 Ensino Fund. Completo	7 Sup. Completo	4 Ensino Médio Incompleto	
1 Analfabeta	5 Ensino Médio Completo							
2 Ensino Fund. Incompleto	6 Sup. Incompleto							
3 Ensino Fund. Completo	7 Sup. Completo							
4 Ensino Médio Incompleto								
Ocupação (): 1 desempregado, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante								
Renda Familiar:								
Provedor (): 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros:								
Religião (): 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita kardecista, 4 protestante, 5 umbanda, 6 candomblé, 7 testemunha de Jeová, 8 creio em Deus, mas não tenho religião, 9 não tem, 10 outras:								

Estado civil (): 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada
Estado Marital (): 1 vivendo com companheiro(a), 2 tem um(a) parceiro(a) mas não vive junto 3. Não tem companheiro
Estão juntos a quanto tempo?
Nº de filhos:
Constituição familiar:

FICHA DE DADOS CLÍNICOS

HISTÓRICO
Diagnóstico do câncer de mama: ___/___/___
Metástase? () sim () não Diagnóstico: _____ Data ___/___
TRATAMENTO
Radioterapia: Início: _____ Término: _____
Quimioterapia: Início: _____ Término: _____ Número de ciclos: _____
Cirurgia: () sim () não. Data ___/___ Qual? _____
Hormonioterapia: Início ___/___ Término (previsão) ___/___ Duração: _____
Medicação: _____
AMENORREIA OU MENOPAUSA PRECOCE RELACIONADA AO CÂNCER DE MAMA
Data da última menstruação ___/___/___
Foi orientada de que a amenorreia poderia ocorrer? () sim () não Por quem? _____
Recebeu alguma ajuda para lidar com isso? () sim () não De quem? _____
O que foi feito? _____

Recebeu alguma informação sobre questões reprodutivas após o diagnóstico do câncer de mama? _____
Quais informações? _____

Por quem foi orientada? _____ Quando isso ocorreu? _____
Recebeu alguma orientação sobre tratamentos e alternativas de preservação da capacidade reprodutiva? _____
Se sim, qual(is)? _____

Esses tratamentos são encontrados no serviço público de saúde? _____
Você tem acesso a esses tratamentos? _____

Tem sintomas atualmente? (Pode marcar mais de uma opção):

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. /___/ Ganho de peso | 11. /___/ Esquecimentos |
| 2. /___/ Menstruações Irregulares | 12. /___/ Tonturas |
| 3. /___/ Calorões | 13. /___/ Dor de Cabeça |
| 4. /___/ Sudorese | 14. /___/ Diminuição do desejo sexual |
| 5. /___/ Palpitações | 15. /___/ Secura vulvo-vaginal |
| 6. /___/ Insônia | 16. /___/ Dispaurenia (dor na relação sexual) |
| 7. /___/ Irritabilidade | 17. /___/ Dores articulares |
| 8. /___/ Ansiedade | 18. /___/ Dores musculares |
| 9. /___/ Depressão | 19. /___/ Ressecamento da Pele |
| 10. /___/ Fraqueza, Fadiga | 20. Outro, cite: |

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: A experiência da menopausa precoce em mulheres com câncer de mama com idade inferior a 45 anos

PESQUISADOR: Daniela Vitti Ribeiro da Silva – Psicóloga CRP 06/93439 e Ana Maria de Almeida – Professora Associada e Senior da EERPUSP

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Eu, Daniela, sou psicóloga e estou lhe convidando para participar de uma pesquisa que estou realizando. Este documento, chamado termo de consentimento, é feito para lhe ajudar a compreender do que se trata a pesquisa para que você possa escolher se quer ou não quer participar, sem que isso seja algo forçado.

Para nós, realizar esta pesquisa é importante porque as consequências da menopausa precoce podem causar sofrimento à mulher durante e após o tratamento do câncer de mama.

A intenção desta pesquisa é saber como foi para as mulheres que deixaram de menstruar devido ao tratamento do câncer de mama, passar por essa experiência.

A sua participação será conversar comigo sobre como foi ou está sendo para você vivenciar a menopausa precoce. No primeiro momento, você responderá a um questionário com seus dados como data do diagnóstico, tratamentos recebidos, etc., e eu anotarei em um papel as suas respostas. Eu também irei fazer algumas perguntas sobre como é ou foi para você passar pela menopausa precoce durante ou após o tratamento do câncer de mama. Dessa vez a conversa será gravada, mas a sua identidade não será revelada na pesquisa. Esses nossos encontros terão duração de uma hora mais ou menos e você pode pedir para parar a conversa em qualquer momento. Outra coisa é que você poderá se emocionar, se angustiar enquanto conversamos, ou o contrário, sentir bem ao responder os questionários, porque nossa conversa será sobre seus sentimentos e sobre o seu dia a dia. Se acontecer de sentir-se mal, me diga, paramos a conversa e combinamos outro dia, se você ainda quiser participar da pesquisa, ou podemos encaminhá-la a um serviço que ofereça os cuidados que você necessite. Nós iremos nos encontrar mais uma vez em local da sua escolha. Nesse encontro será aplicada uma técnica psicológica, a qual consiste na realização de alguns desenhos e em contar uma história sobre o desenho. Eu estarei fazendo anotações enquanto você realiza a atividade. É uma tarefa simples e você poderá desenhar do seu jeito. Esse encontro também será gravado e levará cerca de 40 minutos. Você também poderá se emocionar durante essa atividade e poderá pedir para parar a atividade em qualquer momento. Nos dois encontros eu estarei ali para acolhe-la, mas se achar necessário, posso encaminhá-la a um serviço que ofereça os cuidados que você necessite. Você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa, mas caso precise se deslocar para nos encontrarmos, você receberá o valor da passagem de ônibus. Mas caso você tenha algum prejuízo devido a pesquisa, você será indenizada nos termos da Lei. Acredito que você terá benefícios em sua saúde de forma indireta, por exemplo, com os resultados da pesquisa, esperamos saber como é para a mulher ter passado pela menopausa precoce e com isso oferecer um cuidado a saúde diferente.

VERSO de TCLE

Caso aceite, você ficará com uma via deste termo assinada por mim e pode entrar em contato comigo em qualquer momento, se desejar. Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos, mídia ou similares. Eu assumo o compromisso em manter em segredo a sua participação, seu nome e endereço mesmo depois do término da pesquisa; apenas o que você responder será usado na pesquisa. Quando a pesquisa ficar pronta, eu me comprometo em dar a você uma cópia com os resultados.

Essa pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. O Comitê de Ética em Pesquisa avalia as pesquisas com seres humanos para garantir os direitos e proteger eticamente os participantes de pesquisa.

Eu quero reforçar que você poderá desistir de participar quando quiser, sem problema algum, é só avisar. Terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento. Obrigada.

Eu, _____,
_____anos, depois de receber as informações sobre este trabalho, e sabendo dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa que acabo de ser convidado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Informante

Pesquisadora

Telefone para contato: 3615-3419 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 31033704 Psicóloga Daniela Vitti R. da Silva. 33153391 Profa. Dra. Ana Maria de Almeida. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: (16) 3315-9197, horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

APÊNDICE D

Análises do procedimento de Desenho-Estória

Colaboradora 1 – Unidade de Produção 1

Figura 1: primeiro desenho da unidade de produção livre realizada por Flores.



Descrição: ao entrar na sala da casa da participante, esta pede desculpas pela bagunça e explica que após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama fechou sua clínica de estética e, portanto, os móveis da clínica (maca, aparelhos, etc.) estavam na sala da sua casa. Me sento no sofá enquanto que a participante pega uma cadeira e se senta a minha frente. Entrego o TCLE e leio para a participante, a qual assina o Termo. Dou início às perguntas do questionário sociodemográfico. Em seguida solicito uma mesa para fazer a aplicação do D-E. A participante vai ao quarto ao lado, enquanto eu fico na sala. Ela me chama no quarto e pede para eu não reparar na bagunça em cima da cama. A cama de casal do quarto estava com muitas roupas jogadas. Ela pede para que eu me sente em uma cadeira onde há uma mesa e outra cadeira para ela, de forma que ficamos de frente uma para a outra. A participante se mostra muito solícita.

Me chama a atenção que quase durante toda a entrevista a participante está com a pupila dilatada e um sorriso “nervoso” no rosto. Ao solicitar o desenho à participante, ela pergunta [“Mas o que eu vou ter que desenhar?”]. Explico que ela pode desenhar o que quiser. A participante pega um lápis de cor, não movimentava o papel e desenha flores ocupando o espaço todo da folha. Me percebo incomodada em olhar a participante desenhando, como se eu a estivesse julgando. Percebo que olho para o lado e acabo perdendo os detalhes da forma como ela fez o desenho.

Estória: [risos] É... eu desenhei as flores. Eu pensei “o que que eu vou desenhar?”. Mas aí, até fiz a tatuagem. [ela mostra a tatuagem de flores de tamanho médio na parte interna do braço] [É, eu vi, aham.] Depois por esse motivo. É... correria do dia a dia, tudo. Nunca tinha tempo, às vezes, para nada. E... para família, às vezes, principalmente. Que é trabalha, as vezes saía, deixava ... um pouco. Então... no tempo do tratamento uma coisa que aconteceu, foi que eu tive tempo para pensar em muita coisa, refletir. [Entendi.] E aí, eu comecei a reparar, nas flores. A ver o miolinho delas, a raiz, o caule, a ra, é... a terra. Então, eu comecei a prestar atenção nas pequenas coisinhas. Que... muitas vezes a gente vai, passa, tal e nem... nem percebe. E cada florzinha (aponta para o desenho) é alguém da família que foi muito importante para mim no tratamento. Sem eles eu... não tinha conseguido. Eles me davam ânimo todos os dias. Então isso foi muito importante para mim. Uma coisa que me marcou muito. [Uhum. Que bonito. Que pessoas da sua família que... que você acha que te marcaram, que foi importante?] O meu pai em primeiro lugar. Minha mãe é... meu irmão. A minha, meus avós, minha avó e meu avô. O meu namorado e a mãe do meu namorado. Minha família. Foram todos eles que marcaram muito. E minha amiga também, a C. ... Que... foram assim, essências para mim [risos]. [E o que que você passou a perceber neles, depois disso?] Eu percebi que... eu poderia confiar... muito mais, não confiar é... como se eles fossem minha fortaleza, que eu estaria segura. Que eu precisasse eles iriam me apoiar. Tiveram muitos momentos que eles me apoiaram nas minhas decisões. Tem horas que eu também não sabia tomar uma decisão. E eles me aconselhavam muito. Então, isso foi muito importante. [Se sentiu bastante acolhida.] Sim. [Foi um bom apoio.] No momento da quimioterapia a gente faz muito amigo né. Conversa com todo mundo. [Uhum.] E, assim, era muito claro você ver alguém que não tinha ninguém da família ou amigos e quem tinha. Isso era totalmente diferente. [Você acha que foi ... muito importante isso para você, que fez muita diferença.] Com certeza.

Título: Meus amores.

Interpretação: ao entrar em sua casa, sinto a colaboradora 1 bastante desconfortável pela “bagunça” causada pelo câncer em sua vida. Essa desorganização psíquica que é também evidenciada por sua expressão com um constante sorriso no rosto e pupilas dilatadas. Na contratransferência a pesquisadora sente um incômodo e desvia o olhar enquanto a colaboradora 1 faz os desenhos. Existe uma quebra da distância projetiva ao relatar sua vivência objetiva com a família durante o tratamento do câncer, ao invés de imaginar e criar a estória, o que pode indicar necessidade de falar e ser ouvida. A fala “Mas o que eu vou desenhar?” remete à ansiedade gerada pela tarefa solicitada, sendo que na primeira unidade de produção (UP) a colaboradora 1 aborda a proteção recebida da família durante o tratamento do câncer como forma de diminuir a ansiedade sentida. Foi preciso buscar fora de si recursos para suportar o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. A família é a fortaleza, é o que protege e essa proteção foi imprimida na pele, como que para ser sentida como sua própria. Assim, fica evidente o uso intensivo da idealização como mecanismo de defesa utilizado pela participante. O desenho ocupa todo o espaço da folha e a participante faz a integração das cores em todo o desenho, assim houve projeção de reserva de vitalidade e afetos primitivos. O detalhamento empobrecido no desenho das flores denota uma estrutura psíquica um tanto fragilizada.

Colaboradora 1 – Unidade de Produção 2**Figura 2:** segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 1.

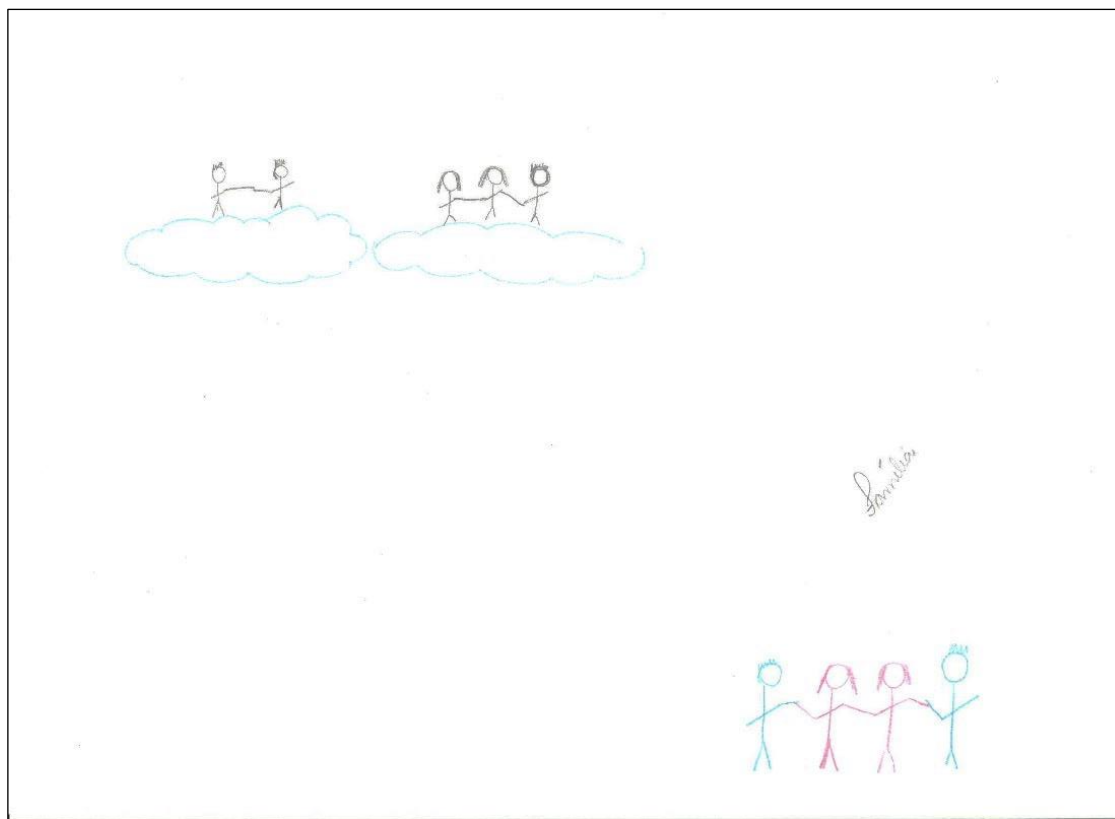
Descrição: ela continua com um sorriso estranho no rosto e eu continuo evitar olhar para Flores enquanto desenha. Quando entrego a folha ela diz [“E agora?”] [riso], mas logo em seguida já inicia o desenho. Percebo que a última coisa que ela faz são os pontos de interrogação.

Estória: [Aqui você desenhou uma pessoa. Quem que é essa pessoa?] [risos da participante] Eu no... começo do diagnóstico, depois da minha primeira química [risos]. [Uhum. Você pode me falar um pouco sobre o desenho?] Aqui eu fiz eu careca. É, desde criança eu sempre fui muito vaidosa. Até trabalho com isso, por esse motivo. E... e assim, o cabelo para mim, não foi o problema é... mas assim, meu problema maior foi tudo, eu pensando como seria até o final do tratamento. Se eu iria chegar, se eu não ia chegar, se ia conseguir fazer, como que ia ser. E... e também é... meu corpo mudou muito. Isso é o que mais me, me intrigava nesse tempo todo. É... a questão, que eu ficava assim preocupada é... Porque teve um dia que o médico comentou que futuramente talvez teria que tirar o útero e tal, para não acontece de ter [câncer]. Aí fiquei pensando, “eu não vou conseguir igual ser, tipo, a maioria das mulheres. Tem que planejar. Vou

conseguir engravidar ou não vou?”. Tudo isso passava na minha cabeça. Mesmo que não era o momento, mas passava. [olhos ficaram marejados] [Vou pedir para você colocar um título também no desenho] [enquanto escreve o título “Como será?” na folha continua a falar] Ou como eu dizia sempre, montanha-russa. Era uma montanha-russa. [Como?] Eu falava muito que era como uma montanha-russa. [Ah, montanha-russa.] Todo dia era uma montanha-russa. Um dia estava tudo bem, um dia estava mal. Um dia estava vomitando, [risos] outro dia. Eu tinha muito caso também na quimio, é, de... infecção de... urina. Me dava muito. E aí eu ficava toda hora tinha que ir ao médico, eu fiquei internada várias vezes por conta disso. É uma montanha-russa [risos].

Título: Como será?

Interpretação: o afastamento da projeção na segunda etapa de aplicação da técnica pode ter se dado pela conduta da pesquisadora que modificou a forma de abordagem, questionando sobre o desenho de forma direta. Diferente da primeira UP, onde as defesas estavam mais atuantes, a segunda UP evidencia a ansiedade causada pelo medo da morte, pela queda de cabelo e outras mudanças corporais, pela possibilidade de retirar o útero e pela incerteza em relação ao futuro. O uso das cores, no desenho, também remete à projeção de emoções primitivas. A imagem criada pela participante da “montanha-russa” representa as ansiedades e ambivalências vividas a partir desse novo corpo. Mesmo abordando assuntos que geram muita angústia, a colaboradora 1 desenha um sorriso e também continua com um sorriso no rosto. A ausência de demonstração de afeto (isolamento) e do controle onipotente, representado pelo sorriso, frente à situação conflitiva pode indicar o uso de uma defesa maníaca. A pessoa representada no desenho não tem corpo e não tem chão, mostrando pouco contato com a realidade e uma maior imersão nas fantasias inconscientes.

Colaboradora 1 – Unidade de Produção 3**Figura 3:** terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 1.

Descrição: continua com um sorriso estranho no rosto e eu continuo evitar olhar para ela enquanto desenha. Ao iniciar o desenho diz [“Então, durante o tratamento.”]. Enquanto transcrevo a entrevista, percebo que me sinto incomodada ao digitar “riso” tantas vezes em contraste a tantas perdas vivenciadas pela participante.

Estória: [Está pior? Por que?] Pauzinho [aponta para os desenhos de pessoas] [risos]. [Você pode me falar um pouco do desenho?] Esse daí foi o pior [riso] momento para nós. Tanto para mim quanto para minha família. Em... em cinco meses a gente perdeu dois tios, duas, minhas duas avós e meu pai. Tudo de uma vez, em cinco meses. Então assim, isso foi o... pior choque na família. [E você estava em tratamento quando isso aconteceu?] Uhum. Foi no... final do ano para começo do ano agora. [Está recente então.] Uhum. Meu pai foi em... dia vinte e oito de feve, não abril, foi no dia primeiro de março foi o enterro. E agora? E quem me acompanhava sempre, ia comigo nas consultas, nos exames todos era o meu pai. Sempre era ele. [Mas eu vi que você desenhava todos de mãos dadas.] A gente era muito amigo, sempre foi. Agora parece que falta um pedaço [riso]. Essa é a sensação. [Né, acho que foram aí vários pedaços né.] Sim. A minha avó, o meu avô ele teve câncer de próstata um... dois anos atrás. Aí ele fez todo

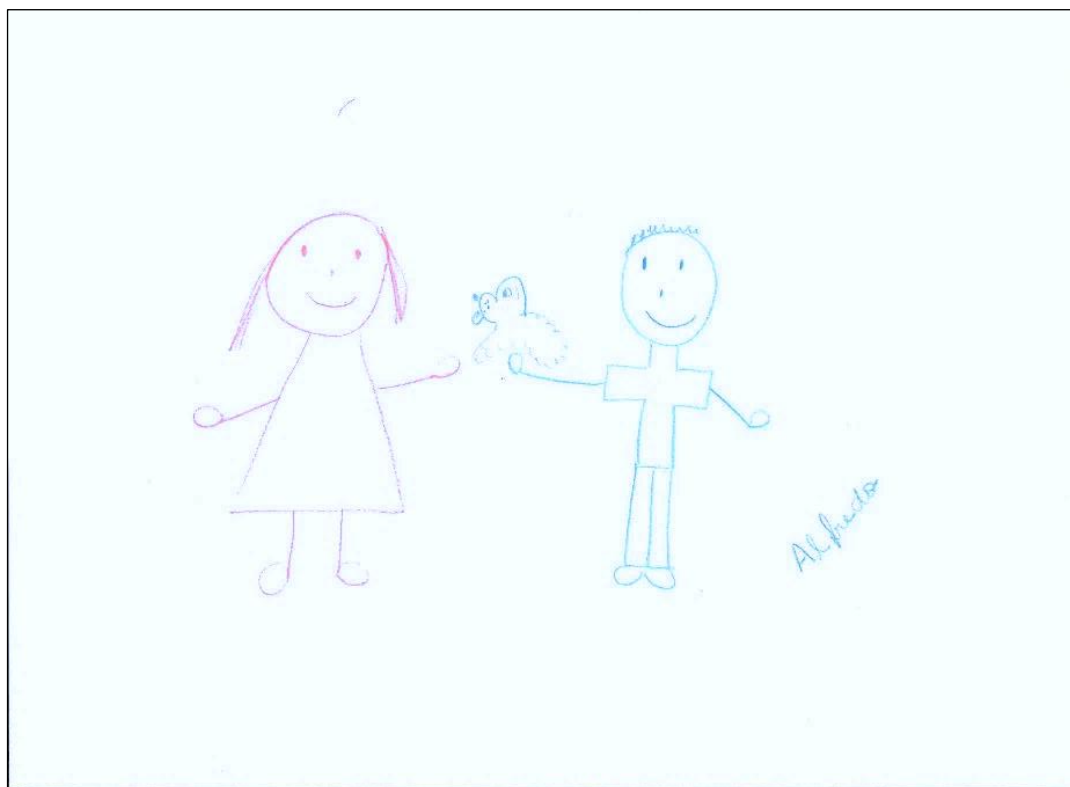
tratamento, fez a rádio e umas injeções e zero tudo. Aí minha avó também descobriu um ano depois de mim. Aí eu ia com ela nas consultas aqui no HC. E... e aí eles moravam sozinhos, em Altinópolis, e aí ela foi recolher roupa, ela caiu da escada. Ela ficou... setenta e quatro dias no hospital. Ela quebrou aqui [aponta para a parte de trás do pescoço]. Estava tetraplégica e... só que ela pegou infecção hospitalar tudo. Aí eu, meu pai falou assim “ah eu vou fazer um quartinho pro meu avô vir morar aqui com a gente”. Aí construiu tudo, no último dia meu pai falou assim “ah eu vou lá em cima arrematar a... o lugar que ficou sem pintar”. Aí nisso ele foi descer, caiu da escada. Bateu a cabeça. [“Seu pai?”] Ele teve morte cerebral. [voz fica embargada]. [“Foi de repente então.”] Foi. Aí então era, meu irmão já tinha casado então, aí foi minha mãe e meu avô veio depois. [“Muitas perdas mesmo. Você disse que a sua avó descobriu, ela descobriu o que? Um ano depois de você?”] Câncer de mama também. [“Ela também teve câncer de mama.”] Só que o dela, ela... ela acompanhou eu muito no tratamento. Então ela ficava toda hora apertando, se apertando. Aí ela “eu estou, eu estou”. E ia procurar o médico e não estava. [riso] Aí até que novembro estava. Estava com meio centímetro. Ela operou, tirou, fez a rádio e não fez quimio. E estava bem também. Só Tamoxifeno e acompanhamento.

Título: Família.

Interpretação: aqui a projeção também pode ter sido prejudicada pela maneira como a aplicação da técnica foi conduzida. Na terceira UP, o tema da morte é abordado novamente. A morte de um número expressivo de familiares em um curto espaço de tempo, em um momento em que já estava em tratamento do câncer de mama. A morte do pai e dos outros familiares remete ao enfraquecimento da “fortaleza” mencionada na primeira UP. A morte da avó pode gerar ansiedades quanto à aproximação da sua própria morte, por terem a mesma doença.

O enfraquecimento da vitalidade é vista na forma e tamanho com que as pessoas são desenhadas (pessoa palito), sendo que a própria participante percebe essa característica em seu desenho e diz que o desenho ficou “pior”. Enquanto que no desenho das pessoas desenhadas na parte superior da folha ela utilizou o lápis grafite, o desenho das pessoas na parte inferior da folha está colorido. As pessoas da parte inferior da folha também estão sem chão, remetendo ao menor contato com a realidade e a projeção de afetos primitivos.

A morte é representada pelo falecimento dos familiares e pelo enfraquecimento da vitalidade e dos recursos psíquicos utilizados pela participante. O uso da defesa maníaca corrobora com os demais achados da UP.

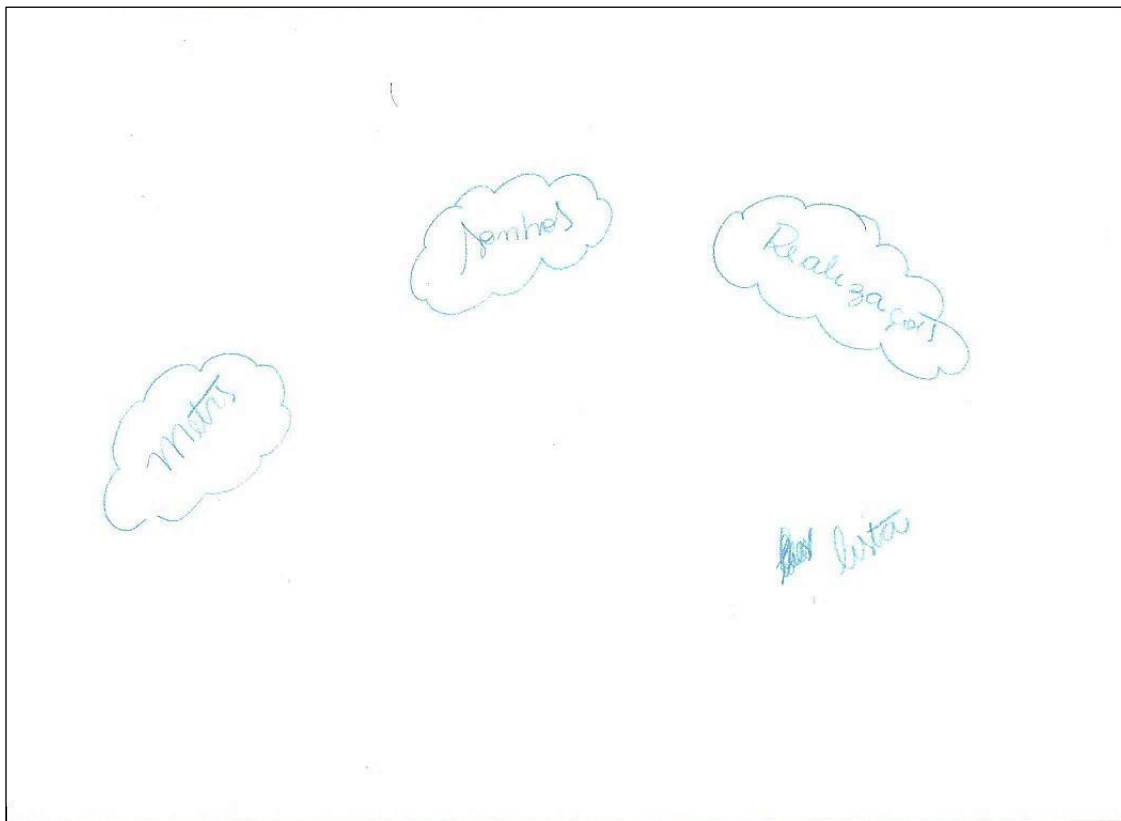
Colaboradora 1 – Unidade de Produção 4**Figura 4:** quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 1.

Descrição: continua com um sorriso estranho no rosto e eu continuo evitar olhar para ela enquanto desenha. Enquanto desenha diz “Desenho de primeira série [risos]. Na verdade acho que o desenho, na primeira série acho, desenham melhor que eu [riso].”

Estória: É... no, nesse tempo todo eu... não sabia se conseguiria engravidar ou não, devido a quimioterapia. O meu noivo resolveu me dar um cachorro. E aí eu dei uma... assim, passou assim, não fiquei mais tão... preocupada. Ficar pensando se ia conseguir ou não. Depois é, eu fiquei mais aliviada. E eu notei também assim, eu não tive ele durante o tratamento, eu tive ele agora, faz uns dois meses que ele me deu. Que... ele também ajuda muito, um animalzinho, a passar por isso. Sei que não é recomendado. Que nem pode, não sei. [O que?] Durante a quimio fazer, ter algum bichinho por perto. [...] [Mas durante a quimio você tinha?] Não, foi agora dois anos, dois meses que ele deu. [Uhum. E quando ele te deu o cachorrinho é... ele falou o porquê que ele estava te dando?] Ele falou que é para ser nosso, a gente cuidar juntos e... para eu curtir ele. Então, deixei de pensar algumas coisas que eu estava me cobrando na verdade.

Título: Alfredo.

Interpretação: o cachorro, que aproxima a participante e o namorado, pois está localizado entre eles, representa um movimento de adaptação à realidade imposta pelo tratamento do câncer de mama. A ansiedade frente à perda da capacidade reprodutiva diminui e o desejo de constituir família, ganha novas possibilidades. Talvez pela possibilidade de adaptação, o desenho apresenta mais vitalidade e projeção de afetos primitivos, pois em todo o desenho foi utilizado cor. A divisão das cores se dá pelo gênero de cada figura humana, incluindo o sexo do cachorro.

Colaboradora 1 – Unidade de Produção 5**Figura 5:** último desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 1.

Descrição: continua com um sorriso estranho no rosto. Ela pega o lápis azul, escreve a palavra “metas” e faz um contorno em volta da palavra. E assim, com as demais palavras, em sentido horário.

Estória: Quando eu comecei o tratamento, eu descobri que muitas coisas eu não realizava. E aí essa minha amiga C., ela falou para mim assim “faça uma lista e tente realizar todos eles. Ou em partes né”. E aí foi que eu comecei, que eu fiz a minha listinha e comecei a fazer meus sonhos. Por mais bobo, aquele sonho de infância, até o mais adulto tal eu comecei a fazer. Então... isso daí me motivou muito durante o tratamento. Que quando eu conquistava alguma coisa ou até mesmo eu não conquistava, mas eu tentava o máximo que eu podia, já me saía, assim já me sentia vitoriosa por aquilo. [E você ainda tem essas metas, esses sonhos?] Sim. Eu fiz uma meta de quarenta. E falta uns, uns vinte e cinco [risos]. [Ah é! [risos] Tem uma listinha longa aí então.] Tem, bem longuinha ainda [risos]. Aí é isso. Agora a próxima é o casamento [riso]. Que está aí. Está chegando. Eu coloquei mais assim, metas em questão de trabalho, aí os sonhos tipo viagens e tal e as realizações mais, família. [E você acha que vai conseguir realiza

todas ou a maioria?] Todas eu acho que não [riso]. Mas umas assim, assim tão, estou me esforçando, tudo para conseguir. Mas também eu já, o que eu consegui está, assim já estou muito feliz.

Título: Lista.

Interpretação: a última UP remete à esperança e desejos em relação ao futuro. Existe um movimento em direção à vida quando a participante diz que se esforça, tenta e se sente vitoriosa. Apesar de estarem coloridos, ocupam pouco espaço da folha e as palavras estão colocadas em nuvens, flutuando no ar. É possível observar um empobrecimento da vitalidade e o distanciamento da realidade no enfrentamento das ansiedades referentes ao futuro.

Síntese geral do D-E

As UP da colaboradora 1 retratam a dificuldade em viver em um corpo que está passando pelo tratamento do câncer de mama. É uma “montanha-russa”. As mudanças corporais geram muitas incertezas e dúvidas sobre o futuro. As questões relativas à maternidade foram recorrentes nas UP, havendo uma evolução da ansiedade causada pela perda à busca de outras possibilidades de realização do desejo de ser mãe e a diminuição da ansiedade.

A quebra da família idealizada, a fortaleza, ocorre com a morte de vários familiares que a aproximam da experiência de morte e perda, fazendo com que ela conte mais com seus recursos internos para lidar e se adaptar às mudanças impostas pelo tratamento do câncer de mama.

Apesar da observação de mecanismos de defesa pouco adaptativos, como a defesa maníaca, é possível observar um desejo da participante de entrar em contato com os conflitos que vivencia decorrentes das mudanças corporais. O uso das cores está presente em todos os desenhos, exceto em pequenas partes de dois deles, havendo assim, um importante investimento afetivo. Ao final da segunda entrevista realizada com Flores, esta relata que foi à uma sessão de psicoterapia quando era adolescente e o profissional, solicitou que ela fizesse um desenho, mas ela só fez um pontinho no centro da folha e não compareceu a outra sessão. Ela conta, orgulhosa, que conseguiu fazer os cinco desenhos solicitados pela pesquisadora.

Análise procedimento Desenho-Estória

Colaboradora 2 - Unidade de Produção 1

Figura 6: primeiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 2.



Descrição: no primeiro encontro para aplicação do D-E foram realizados 4 desenhos, pois a participante tinha que pegar a condução para casa devido o avanço da hora. Ficou bastante concentrada durante a realização de todos os desenhos. A colaboradora desenha a casa, começando pelo telhado, uma árvore, frutas, duas pessoas, um porco, a galinha, a parreira, um cachorro, uma mulher e um menino com uma bola, menina ao lado da parreira, três pessoas. Gira levemente a folha, desenha a piscina, pinta o telhado da casa. Gira a folha, faz o chão, um coqueiro. Gira a folha nos dois sentidos para desenhar o sol. Desenha pessoas embaixo do coqueiro, algumas árvores, pinta o céu, desenha três corações, pinta as árvores, faz as frutas e desenha um animal próximo ao sol. O título Fazenda 3M se refere à uma chácara da família e o M ao nome da avó, da tia e da mãe.

Estória: Ah tá. Esse daí é o sítio da casa da minha avó. Minha avó e meu avô sentados num banquinho que eles sempre sentam [aponta para o desenho], os animais passeando, ah... o sítio, tudo cheio de pomar, fruta, um monte de coisa, vaca pastando, minha família, meus primos brincando. Todo mundo aqui. [E o que representa esse espaço para você?] Família. É a minha família. [É um lugar que você] Gosto. [Frequenta?] Freqüente, só que faz um tempinho que eu não estou indo. Eu estou com saudade. Ficando mais na casa do meu namorado. Até eu estou sentindo falta de estar lá com eles. Todo domingo está todo mundo junto.

Título: Fazenda 3M. Família Feliz.

Interpretação: fez uso de cores no desenho, entretanto as figuras humanas e animais foram desenhados com o lápis grafite, portanto há apenas uma tentativa de aproximação afetiva. O desenho remete à sua família de origem, numerosa e unida. Pode significar o desejo de regressar a um estado de maior segurança e amor. Uso da idealização como mecanismo de defesa. Há uma quebra do distanciamento projetivo, que pode ser entendido como uma maneira de resistência aos impulsos inconscientes. Pode-se pensar também que, para lidar com a ansiedade causada pelo procedimento D-E, num primeiro momento a participante recorreu a esse local que lhe é familiar e protegido. O desenho também passa uma sensação de desorganização, ou de uma sustentação frágil. Apesar do chão estar representado, foram usadas cores de maneira fraca que indicam hesitação ou indecisão. O uso de toda a folha indica tendências agressivas e expansividade.

Colaboradora 2 - Unidade de Produção 2**Figura 7:** segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 2.

Descrição: pega o lápis grafite, desenha uma pessoa, um carrinho de bebê e um bebê, outras duas pessoas e um coração em volta. Escreve o título do desenho sem que eu solicite. E após escrever o título fica em dúvida quanto à grafia, olha no celular como escreve a palavra “floresce” e pede uma borracha para fazer a correção no título.

Estória: A minha vontade de ter mais um filho. [Quem são as pessoas aqui?] Meu filho, meu namorado, eu e o nenê. [riso] [E o que que eles estão fazendo aí no desenho?] Está todo mundo aqui junto né. Todo mundo feliz, curtindo o nenezinho [riso]. [ela começa a escrever o título na folha].

Título: A vida sempre floresce.

Interpretação: Diferente do primeiro desenho, este foi feito todo em lápis grafite, remetendo à dificuldade em integrar a afetividade. O assunto abordado no desenho é o desejo de ter mais

um filho. O título “a vida sempre floresce” remete à esperança de ter mais um filho ou à negação das limitações e mudanças causadas pelo tratamento ao usar a palavra “sempre”. Como se a participante estivesse negando a possibilidade de ficar em menopausa e infértil devido ao tratamento do câncer de mama. Diferente do desenho que representa sua família de origem, a família constituída por ela tem a vitalidade empobrecida. O desenho de pessoas palito indicam insegurança, negativismo e/ou hostilidade. As pernas curtas implicam sentimentos de constrição e a presença de menos de cinco dedos indica sentimento de inadequação. O coração que contorna e contém essa família evidencia a necessidade de idealização do desejo. E a ênfase nos cabelos da figura feminina, que representa a participante, sugere um forte esforço para manter o controle diante fantasias perturbadoras. Assim, apesar da aparente representação de uma esperança, o desenho contém elementos que revelam importante conflito emocional entre o desejo de ter mais um filho e as repercussões do tratamento.

Colaboradora 2 - Unidade de Produção 3

Figura 8: terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 2.

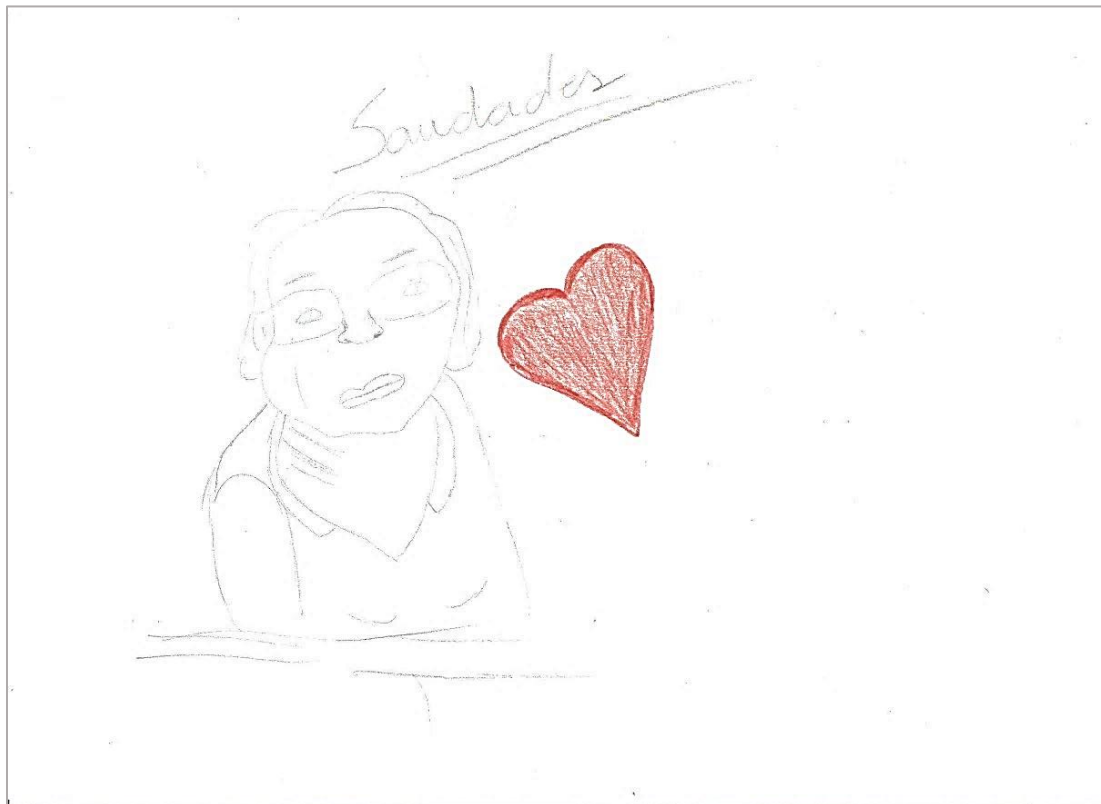


Descrição: Pega o lápis grafite, coloca a mão esquerda na folha e desenha o contorno no papel. Coloca a mão direita na folha e faz o mesmo procedimento. Demonstra preocupação com o horário.

Estória: Uhum. Hã... Engraçado, desenhei minha mão. Essa daqui eu coloquei essa daqui aqui. Não, essa daqui mesmo. Saiu igualzinha. O inchado da minha mão. [riso] Olha aqui. [riso] [Porque está com a mão inchada.] É [riso]. Olha que perfeito [risos]. [E você desenhou a mão por conta do inchaço?] Aham. [Você está.... acompanhando?] Estou acompanhando. [E como que é ver a mão inchada?] Ah é ruim né. Pode usar nada na mão. Eu gostava de usar anel nessa mão aqui, não posso usar mais. É uma coisa ruim. Mas que legal [olhando para o desenho]. [Após dar o título continua]. É, todo mundo. Até a sobrancelha da gente não é igual a outra [riso]. Tem toda uma diferença. Não é? [Sim.] Nem os irmãos gêmeos são iguais. Cada um tem uma diferença. [...] as orelhinhas nascem meio coisadinha é. Ninguém é perfeito, nada. Não só físico. [É. E você acha que tem, essas diferenças.] Eu tenho [riso]. Todo mundo tem [riso] né. A gente é humano.

Título: Ninguém nasce perfeito.

Interpretação: fala da imperfeição, do corpo deformado e de como não se pode fazer o mesmo “uso” desse corpo. O título “ninguém nasce perfeito” pode representar uma tentativa de adaptação e aceitação das mudanças causadas pelo tratamento no corpo da participante. Ela pode reproduzir parte do corpo e o olhar para esse corpo imperfeito causa espanto, perplexidade, “uma coisa ruim”. Não integra cores ao desenho, demonstrando um distanciamento afetivo. E perda de vitalidade.

Colaboradora 2 - Unidade de Produção 4**Figura 9:** quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora.

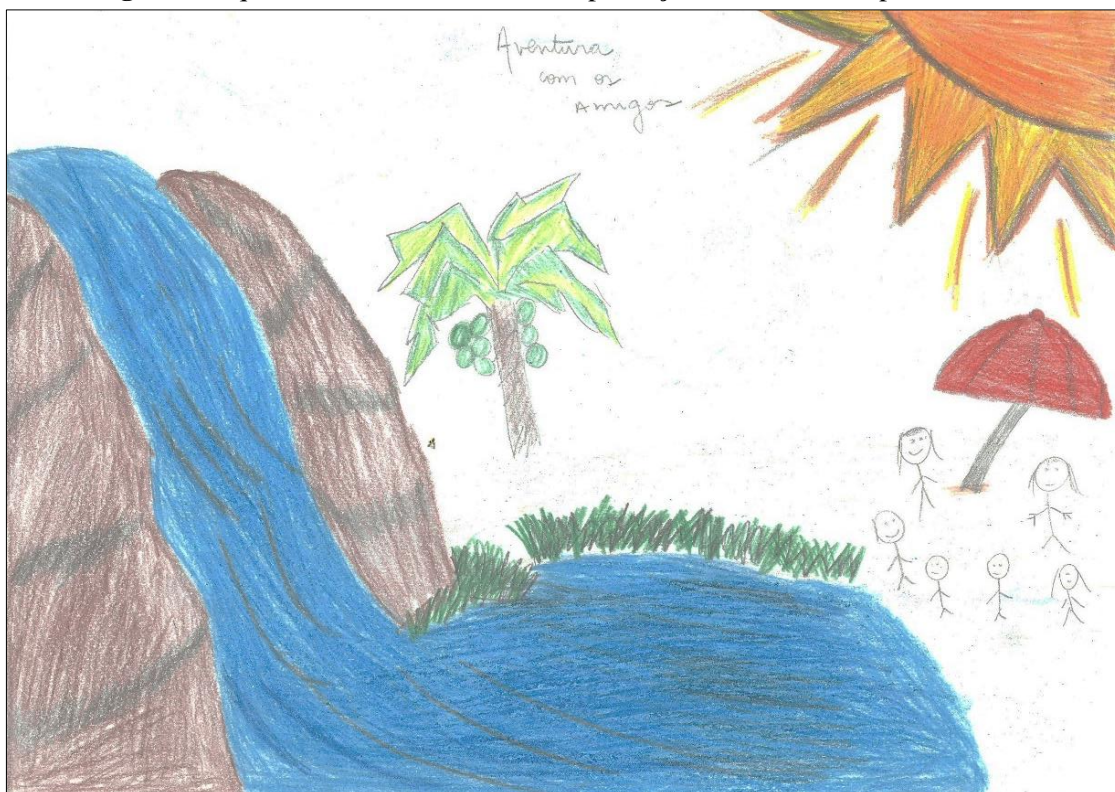
Descrição: Pega o celular e procura uma foto. Começa a fazer uma cópia da foto na folha sulfite. Desenha a cabeça, cabelo, orelha, óculos, olhos, sobrancelhas e nariz [usa a borracha para corrigir o nariz]. Tira uma foto do desenho com o celular e diz que vai mandar para o namorado, pois é o desenho da mãe dele. Ao terminar a estória do quarto desenho, pede para ir embora pois precisa pegar o ônibus para sua cidade.

Estória: Ah, minha sogra. É... era uma parceirona sabe. Ensinava fazer as coisas, explicava [...] ensinava, fazia comida. Ela, se o D. fazia alguma coisa errada ela me contava tudo (risos). [Ah é?] Não ficava pro lado dele quando ele estava errado. Então assim, uma pessoa que eu sinto muito, estou sentindo saudade né. Faz um mês que ela partiu. E a gente tem que aceitar né. [E como que foi essa partida dela?] Ah foi muito triste né. Porque ela estava bem e aí uma gripe. Ela deu uma... a... ela falou assim, eu fui para beijar, ela falou assim “ah Carla nem me beija, porque se não, perigoso você pegar. Está muito forte”. Falei assim “a senhora não foi no médico ainda?”. Porque ela estava bem acabada, na cama assim, sabe? Aí eu acho que na última assim, ela pediu para ir no médico. Na porta do hospital teve uma parada. Aí ressuscitaram ela.

Intubaram ela. Levaram para Ribeirão. Ela ficou do dia primeiro ao dia quinze. Ela fez a... ela estava melhorando sabe? Ela estava apertando a minha mão. Só que teve que fazer a tráqueo né. Ela estava acompanhando o olhar. Ela estava tendo sentimento. Ela chorava. Ah... ela pegou, apertou bem a minha mão, queria falar alguma coisa só que não saía. Aí essa hora falou assim “eu vou embora”. Ela fez assim. Então ela estava consciente. Se não ela não tinha feito assim ó. [Ela fez que não com a cabeça.] Não. Para não ir embora. E... e... eu fiz massagem na perna dela, para ela ficar boa logo. A enfermeira estava conversando com nós pra, aí, para ensinar o jeito. Que a gente não ia sair de lá sem aprender a cuidar dela né. Até ela se recuperar. Aí, às cinco horas da manhã, no dia quinze, a enfermeira foi fazer um procedimento de limpeza. Ela estava bem. Nós fomos todos embora assim para casa. Meu namorado ficou com ela. Nós fomos embora bem, sabe? Porque estava vendo ela recuperar. Aí a enfermeira foi fazer um procedimento, acho que cansada, um monte de serviço. Não fez o procedimento correto. Aí na hora da limpeza da tráqueo, ela fez errado e não foi ar pro pulmão. Faltou ar. Aí na hora que foram ver já era tarde. Ela já estava [...] né. Aí essa enfermeira falou “ai me perdoa, não sei que lá”. Mas não traz ela de volta. Não é que nem um carro que falta um parafuso você vai lá e coloca. A vida não. Você não ter todo cuidado, ela vai embora e não tem jeito de voltar mais. Foi o que aconteceu. Um deslize, ela foi embora. [E o hospital assumiu isso?] Não, não assume né. Nem o hospital assume. Aí colocou obesidade mórbida. É... colocou enfisema pulmonar. Enfisema pulmonar, ela não era fumante, mas pela falta de ar formou bolhas né. Estava explicando. Deu como enfisema pulmonar. Mas estava tudo certo. Estava bem sabe? Não paralisou os rins, não tinha nada. Estava fazendo xixi normal. Aí a médica que falou assim que deve ter afetado um pouquinho sabe? Por causa que deu a parada cardíaca. Aí falou assim que ia esperar um pouco para ver que que aconteceu. Se... afetou a... cabeça ou não. Mas não traz ela de volta né. Acho que, as boas lembranças dela né. [É.] Muito trabalhadeira. [São boas lembranças.] É. Que nunca morrem [riso].

Título: Saudades.

Interpretação: na quarta unidade de produção surge o tema da morte. Relata sobre a morte da sua sogra que era uma pessoa muito querida por ela, muito próximo da figura materna. Dentre as características do processo de luto descrito por Parkes (1998) é possível observar a idealização da figura da sogra e responsabilização da equipe de saúde pela morte. A busca por um culpado pela perda é uma característica comum no processo de enlutamento. Houve uma tentativa de integrar cor ao desenho, indicando dificuldade de aproximação afetiva com o tema.

Colaboradora 2 - Unidade de Produção 5**Figura 10:** quinto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 2.

Descrição: A continuação da aplicação do D-E foi realizada um mês e seis dias após o início da aplicação. Pega o lápis grafite e começa a desenhar a cachoeira. Durante toda a execução do desenho permanece de cabeça baixa. Ela contrai os lábios e franzi a testa, parece estar bastante concentrada. Pinta o desenho com bastante força, especialmente quando pinta o rio. Faz um movimento de abrir e fechar as mãos como se estivessem doendo ou estivessem dormentes.

Estória: Ai, cachoeira. Teve uma vez que ... ai a gente... lá na minha rua o pessoal era muito unido sabe? Aí teve uma vez que falou assim “ai, vamos na cachoeira?” Aí a gente foi. Só que eu não falei nada para minha mãe nem pro meu pai. Só que a gente não tem noção do perigo de uma cachoeira né. E agente foi. Meu amigo quase morreu afogado nessa cachoeira. [É? O que aconteceu?] É... tinha um buraco ele caiu dentro desse buraco. Aí ele conseguiu volta. Pensa bem se esse menino tivesse se afogado que que a gente ia fazer? Eu tinha quinze anos na época. E estava aquele calor do caramba. Estava muito quente. E aí a gente... se divertiu. Nadou bastante. Só que. É... tipo assim. Da minha casa até essa cachoeira eu acho que era uns vinte e oito quilômetro. Na hora eu, nós chegou, o sol já estava abaixando. Então nós ficamos uns

trinta, quarenta minutos e tivemos que ir embora. Aí na hora de ir embora, a gente conseguiu uma carona para ir. Mas esse meu amigo que entrou, ele quase morreu afogado. [E todos vocês entraram na cachoeira?] Uhum. Só que eu não fui lá, mais lá no meio sabe? Eu fiquei mais assim no, do lado da areia mais próxima, no rasiho. [E era funda a cachoeira.] Correnteza né. Tem um lugar lá que tem uma corda. Tipo se a pessoa, se a correnteza leva, a pessoa segura na corda. Porque é forte. [E aí, esses aqui, quem que são?] Meus amigos, a Marcela. Mas está tudo casado já. [Uhum. Todos vocês tinham essa idade de quinze anos?] É. A gente jogava bastante bola junto, brincava bastante. Aí eu sei que esse dia, nossa, levei uma pisa. Uma porque eu não ia nunca mais né. Porque era muito longe eu fiquei toda queimada do sol. Fui de vestido. Não estava aguentando de tanta dor no pé de tanto que a gente andou. [Vocês foram a pé.] Fomos a pé. Com lanche. Levamos lanche, uma bolsinha de lanche. Só. Sem juízo né [riso]. É que estava gostoso né. Mas a única preocupação foi na hora do meu, esse meu amigo ele entrou, ele quase se afogou. [E você preferiu ficar só no raso. Não foi pro fundo.] Não. [E o que que representa esse dia para você?] A foi um dia ... ai foi um dia assim, legal que a gente se divertiu bastante, foi legal, mas assim. Do mesmo jeito que a gente se divertiu e a gente ficou meio preocupado por causa desse amigo que quase se afogou. Que a gente se assustou né. Mas foi muito legal. Uma experiência diferente. Uma adrenalina. Uma aventura. [riso] Mas que eu não... queria repetir de novo. [Não?] Tchutchu. Porque é perigoso né. A piscina é uma coisa, a cachoeira é outra coisa. Uma assim que não dá para você ver o perigo. Aí na hora que você está ali dentro, você pode sair do perigo, mas como você não pode sair. Que nem esse meu amigo teve sorte, ele conseguiu sair do buraco onde que ele entrou. E se ele não tivesse saído? Foi uma experiência. [E você gosta de cachoeira?] Eu gosto. Só que meu namorado é muito, sabe, nada, só gosta, é muito caseiro. Mas eu, gostava sim de passear. Quando o meu pai era... mais jovem, a agente ia direto sabe? Cachoeira, a gente sempre passeava. Mas, assim, sempre no olhar deles. A gente nunca ficava sozinho. Mas aí meu namorado ele não gosta de praia, não gosta de nada. E... quando eu era mais jovem, era criança, ia para praia, ia para um monte de lugar. Meu pai era muito animado. [E agora?] Agora? Eu só fico na minha casa, na casa dele. Na minha casa, na casa dele. [E como que é para você?] Aaaai, eu falo para ele que é um pouco sufocante. Porque... tem tanta coisa bonita para gente vê, a gente só fica dentro de casa. A gente tem que passear, tem que se divertir. Aí, teve um baile, dos anos sessenta, eu achei que ele não ia né. Minha irmã falou “vê com ele se ele vai querer ir né”. Aí eu peguei mandei o convite para ele, falei assim para ele “e aí, você vai quere ir?”. Aí ele falou “vamos”. Aí a gente, nossa, foi esses, uns quinze dias atrás. Nossa, mas dancei tanto. Aí eu tinha chamado ele para dançar, ele não queria dançar. Aí na hora que o pessoal saiu da pista de dança ele queria dançar. Aí eu falei

“não! Eu não vou dançar sozinha aqui na pista”. Na hora que está todo mundo, aí é uma coisa né. Agora só eu e ele, ali no meio para todo mundo ver. Eu falei “não.” Aí até a minha sobrinha foi. Só tinha mais casal assim. Minha cunhada também gostou. Que a minha cunhada não sai de casa. Só trabalha, casa. Trabalha e casa. Então é um momento de distração da gente. Que a gente fica com os amigos da gente. Que a gente conversou. Se divertiu. Dancei horrores. Estava nem aguentando andar de tanto que eu dancei. Foi muito bom. [Te surpreendeu.] Uhum. E estava todos os meus amigos né. Os professores da escola que eu trabalhei. Então estava assim bem gostoso. Não tinha molecada né. Porque molecada só gosta de bagunça, droga. Então era um pessoal mais selecionado. Que não bebe. Que bebe, mas que não usa droga. [Uhum. Um local com menos riscos de como a que tinha aqui na cachoeira.] É. Verdade. O único risco era dirigir né. [riso] Porque depois é o teste do bafômetro. [riso]

Título: Aventura com os amigos.

Interpretação: na última UP o tema da morte é novamente abordado. No entanto, em um estágio anterior do desenvolvimento, na adolescência, e com atitudes inconsequentes. O medo da morte é mencionado pela colaboradora 2 e sentido como algo que está próximo, mas que ela prefere se distanciar e permanecer em local seguro. A ausência de uma figura “adulta e responsável”, remete à sua própria condição de manter-se segura, apesar da ameaça e dos riscos. O desenho evidencia importante vitalidade, sendo importante destacar que a última UP foi realizada no início de um terceiro encontro com a participante e as demais UPs foram feitas no segundo encontro. Existe intensa integração de cores e um excessivo sombreamento que podem indicar importante afetividade relacionada à depressão ou ansiedade.

Síntese Geral

As UPs criadas pela colaboradora 2 remetem aos temas família, mudança corporal e morte. O tema família é abordado de maneira idealizada, sendo que a família de origem representa segurança e amor, enquanto que a família que deseja construir envolve importante conflito emocional e distanciamento afetivo. A família idealizada é fortemente ameaçada pelas repercussões da menopausa precoce.

Na terceira UP Carla usa do próprio corpo, imperfeito, para representar as mudanças corporais causadas pelo tratamento do câncer de mama. Aos vislumbrar o desenho de sua mão, ela sorri espantada com sua precisão e diz que é uma mudança corporal ruim. Tanto a terceira,

como a quarta UP mostram algumas das características presentes no processo de enlutamento. A aceitação das imperfeições corporais, e a responsabilização do outro pela perda de um ente querido.

A integração de cor aos desenhos vai de nenhuma ao uso excessivo. No último desenho a colaboradora 2 fica com a mão cansada ao pintar, por diversas vezes, o rio e o local perigoso em que seu amigo quase se afogou. O ganho de vitalidade pode estar relacionado ao fato de ter recommçado a aplicação do procedimento D-E em outro encontro, mas também ao reconhecimento de seus próprios recursos internos para lidar com situações, apesar de manter a evitação ao ficar apenas na “beirada”. O distanciamento da tarefa projetiva, também é uma indicação da evitação de mergulhar em águas mais profundas de seu inconsciente.

Colaboradora 3 - Unidade de Produção 1**Figura 11:** primeiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 3.

Descrição: A entrevista foi realizada na casa da colaboradora. Quando cheguei ela estava em atendimento psicológico domiciliar. Sua irmã pediu para que eu esperasse na garagem. A colaboradora 3 estava em uma cadeira de rodas e pede para a irmã pegar uma cadeira e uma mesa para sentarmos. Enquanto isso, ela fuma um cigarro e fala “eu sei que eu não devia, mas eu preciso”. A entrevista foi interrompida por cinco vezes por pessoas que entravam ou saíam da casa. Apesar das interrupções, Beatriz não apresentou mudança no seu comportamento. A participante verbaliza bastante durante a realização do desenho: Tema livre? [Sim.] Ai Jesus, tanto tempo que eu não faço isso [riso]. Vamos ver. [Fica à vontade. Não tem...] Vamos ver se eu consigo fazer alguma coisa. [Inicia o desenho.] Isso aqui é um sonho meu de consumo de menina. [riso] [Ah é.] Que está difícil de realizar [riso]. Não tem borracha. [Não.] Não, não tem problema, é só um detalhe. [continua desenhando]. [...] um desenho bonitinho né. Gente muito estranho né, você fica tempo sem fazer uma coisa. ... Acho que eu não consigo ajudar nem minha sobrinha se ela pedir. [É?] Ah acho que deu [riso].

Estória: Ah... tá. É... eu tenho um netinho postiço, que na verdade é filho da minha amiga. Que eu cuido desde os quatro meses. E, a minha vontade maior é poder cuidar dele mesmo. Pegar ele, levar para passear, levar para correr, levar para brincar, andar. Levar em parque, levar em clube. E... é tudo coisa que eu não consigo. E... ele me ajudou a sair a primeira vez da cadeira de roda. Que nem, antes de ajudar a cuidar dele eu não dava um passo. Não estava dando um passo. Eu tinha acabado de saber o diagnóstico da coluna. Tinha feito a cirurgia e foi o que me travou. Aí... ele me ajudou bastante. Aí... é meu sonho de consumo. Poder fazer alguma coisa com ele. Do que eu não consigo. Não consigo fazer nada. [filha entra na garagem]. Oi filha. Essa é a minha filha do meio [riso]. E... é o que eu quero. É isso aí. Poder fazer o que todo mundo pode fazer. Isso me, isso, é que nem a psicológica me falou “para Beatriz”. Ela fala para, é... em questão deu ficar me culpando. Mai não dá. É uma coisa que me incomoda. Que eu não, eu não consigo entender o porquê deu não conseguir andar direito. Eu sei que deu o problema da coluna mas, não sei o que que me, o que que está me limitando fora a doença. Realmente se for minha cabeça eu não caí, eu não acordei. Se for a minha cabeça o problema. [Você acha que é a sua cabeça?] Então, porque até agora já tentei procurar resposta de tudo quanto é lado e eu não consigo. E está cada vez, e quanto mais vontade eu tenho de fazer as coisas com ele, menos eu consigo. Ele fica comigo no meu quartinho. Tem um quartinho no fundo lá. Já até separei a tv para ele, o chiqueirinho dele. E aí, eu tento pegar ele, não consigo pega. Tem que pedir ajuda. Não consigo fazer uma coisa com ele, tem que pedir ajuda. Eu vou dar banho nele, tomo banho na cadeira, tem que [pausa] dar banho nele na cadeira e pedir ajuda. E... eu sou muito aquela assim de não pedir. Eu acho que é por isso que acaba de me deixando mais... chateada, sei lá. Ou mais limitada, não sei. Eu acredito que seja isso. Na verdade eu não sei. Eu estou achando que é a minha cabeça ainda. Por mas que eu fale que não, eu acho que não, eu acho não, não sei. Eu tenho certeza, não tenho problema cum... o problema da doença, já aceitei. Estou em tratamento. Mas não sei. Deve ter alguma coisa guardada na minha cabeça que não se abriu ainda para dizer o porquê que eu ainda sinto essas limitação. É o que mais. E a minha vontade é isso, estar em um lugar com ele, eu e ele. Eu e ele, curti ele o máximo que eu posso. Ainda mais agora, ele começou a andar. Nossa. Eu fiz o aniversário dele. É... fiz assim, todo mundo teve que ajudar. Na verdade eu fiz o que era prático, o que é impresso né. O que era computadorizado. Mas o que eu queria fazer mesmo. Montar a festa dele, fazer aquela coisa eu não fiz. Eu tenho ele como um netinho mesmo, acho que é por isso. [riso] E ele é muito fofo. Não tem como não ter. Porque desde o comecinho ele dormia no meu peito. Nossa, hoje eu sinto uma saudade. Que está andando, ele não quer mais dormir no peito né. Quer ficar perto, mas não, vem com a aquela alegria então. É isso que, é a historinha do, aqui não fala muito,

mas é a minha historinha com ele. Eu e ele. Uma cor, curtir um lugar legal, sem ajuda de ninguém. Não é que eu não quero a ajuda de ninguém. Eu quero poder fazer o que eu tenho vontade de fazer com ele. Cuidar ... desde o... do primeiro momento. A psicóloga até falou que é perigoso porque eu acho que ele é meu né. Que se um dia ele for embora. Porque ele é gaúcho né. Ele é filho de um casal gaúcho na verdade. E se de repente eles resolvem ir embora eu, eu vou sofrer muito. Aí eu falei “ah eu nem sei menina”. Eu acho que, eu acho não, eu tenho certeza que eu vou sofrer muito. Mas aí eu queria ter esse momento que eu não tive com ele ainda. Infelizmente eu não tive ainda. Eu sinto... necessidade de, como eu não sei se é porque nesse momento eu to sendo cuidada, eu sinto necessidade de cuidar. Não sei. Não sei explicar. Eu acho que é isso. [Está bom.] [a participante ri.] [É... e esse lugar, que lugar que é?] Um lugar tranquilo. Um lugar de paz. Que para mim pode ser um clube. Que nem, tem um clube que eu frequento que é lá no meio do mato, que tem essa área verde, tem a piscina, tem a cachoeira. Tem lá o parquinho para ele que [...] eu nem desenhei o parquinho. Eu limitei um pouco. Mas é um lugar de paz, de tranquilidade. A minha família é muito agitada, é... Ah acho que já deu para ver um pouco né. É de italiano. Meu pai não chegou, ele não mora aqui mas ele não chegou. Então, é muito, vinte e quatro horas agitada. E nesse momento eu acabei me modificando um pouco, porque eu também sou muito agitada. Na verdade eu quis me modificar né, eu quero. Ser mais tranquila. Tanto que eu faço coisas com ele, eu aceito coisas do J. M. que..., é lógico é diferente de filho. Mas... é... tem coisa que aceitei dele que eu não aceitei dos meus filhos. Em questão de educação, por exemplo. Ele já me bateu e. É errado eu, eu estou tentando ensinar e depois você acaba agradando né. E com filho você não faz isso. Te bateu, você educa, você volta, você fala “não é”. Então eu não sei. Eles não podem sumir, só isso. [riso] Eles não podem mudar. Já fui clara com eles. Esse ano eles vão viajar, ano que vem eu vou junto com eles. Ela vai ter que me aguentar e... eu sou a vovó dele, não adianta. Ninguém vai me tirar desse posto [riso]. E é isso. Mas é mais tranquilidade mesmo que eu procuro. Eu sempre fui muito agitada, sempre trabalhei muito. Eu não curti meus filhos na verdade. Não vi meu filho andar. Não vi meus filho crescerem. É, detalhes assim, que eu estou vendo dele. Eu acho incrível. Que eu falei para mãe dele ainda “larga esse emprego! Nem que eu não tenha que cuidar mais dele. Mas, curta!” Momentos que eu estou vendo dele que eu não, não, eu não lembro de nada do meu filho. Eu sempre trabalhei, eu fui mãe com dezessete anos. Então eu trabalhava e estudava. Então, foi muito complicado. Eu sempre tive minha mãe, para fazer tudo. Minha mãe sempre apoiou em tudo. Na verdade minha mãe abraçou né. Eu na verdade, eu acho que eu fui pai. Porque eu comecei, trabalhando, eu comecei por dinheiro. E adolescente, você viu. Minha mãe é daquela muito [...] uma pessoa muito tranquila que ela não limita. Tipo assim é... ela não me

proibia de fazer nada. Se eu estava trabalhando, tinha meus filhos tudo bem pequeno. Mas se eu quisesse sair, para ela tranquilo. Ela cuidava. Ela cuida. Ela cuida do J. M. Ela faz tudo pro J. M. Tem coisa que até eu fico com ciúme, eu falo assim “está tomando meu posto [riso]. Tomando o posto da avó. Tem duas avó” [riso]. E é isso. Mas é mais isso. Eu acho que é tranquilidade que eu procuro. Um outro, eu acho que chega um... certo período da vida ou é oito ou oitenta né. Então você tem que escolher. E agora eu acho que estou escolhendo o oito. Ficar serena. Eu já ouvi o, eu que sou nervosa que, que sempre corri. Trabalhava em cozinha. Sou uma doida. Já tomei conta da cozinha sozinha co, com o restaurante lotado. E hoje fala que eu estou serena. Eu falei “nossa” [riso]. É bom, quer dizer que eu estou conseguindo, não muito, mas eu estou. Mas eu acho que a minha necessidade maior foi a perda do... do que eu perdi com meus filhos, do crescimento deles. Eu não vi nada. E.. eu, hoje eu acho que eu estou me cobrando isso com o J. M. por isso. E quero fazer tudo com ele por isso. Que acho que vou ficar pior ainda quando vim os netos. Eu já até falei para minha filha que ela já pode me dar um neto agora. Que ela pode até deixar aqui, ela pode se mudar, que ele vai ficar comigo [risos]. Que eu acho, que não é nem que eu quero suprir, eu quero sentir o, o que, o que eu estou, o que eu não senti com meus filhos. Na verdade eu não... perdi muito por conta de trabalho. E não valeu a pena. Não fiquei rica, fiquei doente e ainda meu patrão ainda me deixou na mão. Então, então eu só tive na verdade desgosto. Se for analisar. Eu acho que é por isso que eu quero essa mudança radical. É isso. [riso] [Você pode colocar um título no desenho?] Vamos ver. [lápiz no papel] Vida nova. Não está parecendo vida nova não, mas [riso].

Título: Vida nova.

Interpretação: o desejo de cuidar do “neto” é barrado pelas limitações do corpo. A dualidade entre cuidar e ser cuidada aparece em grande parte da sua fala. Quer muito poder cuidar, pois precisa ser cuidada. A negação da posição de dependente e da gravidade da sua doença dão suporte ao pensamento de que o “neto” a ajudou a andar. Entretanto, a participante estava em cadeira de rodas durante a entrevista e ao final da sua fala diz que não entende o motivo de não conseguir mais andar. Assim, o propósito do desejo de cuidar do “neto” pode estar na negação de seu atual diagnóstico e avanço do câncer. O distanciamento afetivo é indicado pela ausência de integração de cores ao desenho. A quebra do distanciamento projetivo fica evidente no fato de a participante ter feito o desenho e a estória a partir de fatos da sua vida enquanto fazia o desenho.

Colaboradora 3 - Unidade de Produção 2

Figura 12: segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 3.



Descrição: conversou com a pesquisadora enquanto fazia o desenho: Ai Jesus, vamos lá. ... E eu ia colocar eu careca né, mas.... eu tive que colocar o cabelo para diferenciar, porque se não, ia parecer um menino. [riso] Ia, mas eu falei “se eu coloco careca não vai aparecer. Ainda mais eu que desenho perfeitamente né”. Ah... vamos ver. [suspiro] [filha entra na garagem]. Tá. [filha faz uma pergunta.] Eu precisava, mas eu que tenho que resolver. Não adianta. Beijo. Vai com Deus. [continua desenhando enquanto fala com a filha]. ... Aqui é complicado. Da próxima vez a gente vai ficar dentro do quarto. [Por causa do movimento?] É. Ela foi de carro. ... Só um minutinho. Ela entrou falando no celular? [Eu acho que sim.] [chama o nome da filha.] Só um minuto. Você não está falando no celular não né? Já parou? [filha responde]. Ah tá. Que eu vi você entrando, falando. De repente esquece. Até na hora de comer esquece. Eu fico dura com esse negócio de celular menina. O meu ó, eu nem sei onde que tá. Eu olho as mensagens de tempo em tempo porque... esse vício deles me incomoda demais. Virou um negócio que era para ser, para... aproximar. [a filha fala com a mãe] Desconfigurou? É porque, é porque trocou a bateria. Ó. Só um minutinho. Desculpa viu. Faz o seguinte. Coloca aí. Coloca 7991 e aperta...

rádio. Aí ele vai voltar. Se você não acha, tem um manual aí no porta luva. Eu acho que é 7991. E tem [...]. [suspiro] Vou desenhar a pessoa em pauzinho porque eu acho que é mais fácil do que ficar fazendo cabelinho [riso]. Já basta essa paciência que eu tenho de fazer as coisas. ... [continua o desenho] Engraçado, eu mandei minha sobrinha fazer um desenho, ela adora. Criança é um coisa [...] pede para você fazer, é complicado. [É difícil?] É difícil. Que coisa né gente. [Por que você acha que está difícil?] Pra... para colocar no papel. É o que eu não consegui fazer com os meus filhos até hoje. Estruturados. Que é uma coisa que eu sempre quis muito. Mas sempre fui muito cabeça dura. É... lado certo, lado errado. Não tem um do meio, você tem que escolher um dos dois e a, muita das vezes vai pro lado errado. E isso eu me cobro 24 horas, 48 quase. É aonde eu acho que, ainda bem que eu ainda tenho a educação, o respeito deles ainda porque... não sei. No meu caso, eu não sei se é o meu modo de ver, se eu não teria. Se eu fosse filho. Não, eu fosse... eu vendo a minha mãe do meu jeito, do jeito que eu me vejo. Que eles não me vêm dessa forma. ... Essa aí é a que tem personalidade mais forte. É a do meio, que é a que... mais bate de frente comigo. Bate de frente assim, dá a opinião dela. Não que ela falte com respeito. Mas, é... tem cabeça, nunca me deu trabalho, é estudiosa. Então assim, é uns detalhes que eu me cobro. Que eu não posso também exigir tanto. Eu fico pensando. Mas ao mesmo tempo eu penso “por que não?” né, não exigi. Então, sei lá, eu fico meio na dúvida. Eu acho que não consegui acertar ser mãe ainda direito [riso]. Acho que ninguém consegue né. [riso] É, é complicado. É, não é. E como eu fiz isso fora de época, revoltada com a vida, eu acho que eu compliquei um pouquinho mais. Porque eu escutei muitas vezes de amigos falando para mim assim “Beatriz como é que você pode ser tão doida assim e ter uns filhos tão bacana, tão”. Eu falei “nossa gente, parece que... que eu tenho um problema sério né”. Porque a maioria dos meus amigos acham que eu sou louca e conhecem meus filhos e falam que... eles são 100%, nem parece que fui eu que eduquei e fui eu que eduquei. Sempre morou comigo. ... [o tempo todo continua desenhando] [...] palavras. É. Eu fui escrever biblioteca, eu estava tentando ver como é que eu ia escrever biblioteca Se eu estava escrevendo certo. Ai [suspiro]. Esse aqui. [interrupção] Ô meu bem, toca a campainha que a avó escuta. Para ela trazer a chave, está lá com ela. Se estivesse aqui a tia abria. Ali não está aberto para você entrar? Vê lá. Não, aí não. Vê lá.

Estória: É... na verdade aqui está a estrutura que eu não consegui dar pros meus filhos. Eu tive a chance uma época de... comprar uma casa, não comprei. Estava aberto? Pode entrar fia, vai. Só tranca aqui, tranca o cadeado. Sua mãe quis é, a hora que ela chegar ela abre. Ela não aprende né. [sobrinha fala algo] Ah... está mas, eu estou aqui né, mas se não está é ruim. Cumprimento

as pessoas. A tia está ocupada, mas pode cumprimentar. Não, pode cumprimentar, “oi tudo bem?” [riso]. É a E., essa é a minha sobrinha. É filha daquela minha irmã que estava saindo. Então, aqui é o seguinte. Eu não conseguir dar uma estrutura para eles. Na época, fiquei com medo. De, de distância. [Distância?] É, distância. Na época, é... que nem minha mãe, na época morava na... Alagoinha, quando eu tive a menina. Aí logo, logo. Eu, eu e o pai dela, a gente brigava muito. Então [...], a gente quase não conseguia ficar junto. Mas o detalhe da, da, dessa época da estrutura a gente estava junto, porque a gente tinha um carro [...] um gol. E era no Ribeirão Verde. Eu só não lembro exato. Eles eram pequenininho, porque tudo um ano de diferença, um ano e três meses. Eles eram muito pequenininho. E, eu por muitas vezes, para não ficar ouvindo meu pai. Que meu pai é italiano, meu pai joga na cara. Meu pai é agressivo com palavra. Só nunca bateu, mas ele é... foi assim, não foi um bom pai em questão de estrutura. De, da, da minha cabeça né, do meu modo de viver. E na época a gente tinha um gol, aí eu falei “nossa, Ribeirão Verde”, um bairro que mal existia. Ia ser trocado um carro pela casa. E aí eu não fiz porque falei “não, porque depois vou ter que começar a depender de novo. Aí depende”. A minha mãe não, a minha mãe nunca jogou nada na cara que ela fez. Então com ela era tranquilo. Mas ela é... quem tinha, na verdade aqui, era meu pai. Por mais que minha mãe que... falava que dava as ordens, mas o meu pai sempre foi muito... passa por cima. E minha mãe para evitar ela, deixava, ela amenizava pra, para ele não quebrar, a situação com a gente. Que era muito difícil a minha situação com ele. Não fiz. Me arrependo amargamente até hoje. Até hoje eu me arrependo de não ter trocado aquele carro com aquela casa. Aí deixei eles sem estrutura. Já... já começou por aí. E aí eu queria ser policial. Engravidei com 17 anos de pirraça. Eu acho que não, que tinha que vim mesmo. Porque só vem quando Deus quer mesmo. Eu também acredito muito nisso. Mas eu procurei né. Procurei uma pessoa que meu pai não queria por pirraça. Apesar que não está aqui na historinha mas é como, mais ou menos como isso foi. O porquê chegou nisso. E... e pela pirraça acabei tendo minha menina, a segunda veio por intermédio da convivência. E o meu menino, na verdade, foi um descuido. Tadinho, eu nem falo isso perto dele, porque é uma judiação, porque ele é um ótimo filho. Todos eles são. E ele, dos três, não é defendendo porque é menino, é o melhor. Nunca me deu dor de cabeça, não vai para rua, não gosta. É um menino tranquilo. Nossa, graças a Deus. E aí não dei a casa e não consegui é... reestruturar. E aí, aí eu fiquei doente em 2016. 2015, na verdade, quando eu fiquei sabendo. Em 2016 minha filha ia entrar na faculdade se ela passasse na prova, lógico né. Aí ela deixou de fazer algumas coisas porque... ficou sabendo da minha doença. A mais velha na época. Ela tinha acabado de sair do colegial, que foi 2016 e ela deixou de... de, ela perdeu uma chance na UNAERP por conta da minha doença. Porque eu vim saber depois, porque eu só fui

saber quando fui com ela até lá e eu perguntei para ela porque que ela não fez a tal etapa que a amiga tinha feito. Elas estavam sempre juntas. Aí ela achou que era uma coisa e era outra. Ela falou “mãe”. Aí eu achei que a minha doença atrapalhou na época, porque foi logo que ficou sabendo. E ela é muito delicada. Ela é diferente dessa outra. Ela vai chegar, você vai ver. Ela é totalmente o oposto. Ela é muito meiga, ela é muito delicada. Então eu também não sei se é a pessoa. Eu também fiquei muito chateada por isso. E.. porque a biblioteca né. Eu cobro muito em questão de estudo. Coisa que eu não fiz. Fiz tudo errado, tudo para traz. Eu tive chance, minha mãe deu chance, a minha irmã deu chance, essa que está em Fortaleza. Que está bem, é um ano só a mais que eu. Sempre me apoiou em tudo. Tanto que ela fala até hoje “você pega o artesanato você faz. Pega uma ferramenta, você usa. Eu não. Eu tive que estudar. Tive que usar minha cabeça. E se você tivesse estudado estava muito mas além”. Aí nossa, aí acaba comigo né, porque, acaba no bom sentido né, porque na verdade eu vejo que ela tem um pouco de razão. Porque se eu tivesse usado um pouco a cabeça, sem rebeldia, sem raiva, que esse negócio que eu tenho com o meu pai. Eu estou em tratamento com psicólogo por causa do meu pai. Porque meu pai não vai mudar mesmo, que ele está com quase 80 anos, então quem tem que mudar sou eu. Por isso essa questão da mudança. Aí é a questão desse desenho é mais ou menos isso. Meus três filhos é... estrutura que eu não consegui... eu desistru, na verdade eu não dei estrutura. Eu vou por como desestruturação. Foi o que eu não consegui fazer até agora. Porque... essa que gosta de estudar, o ano que a minha irmã me ajudou, que mais me ajudou. Também não sei se por conta da minha doença. É complicado porque meus filhos eles são assim, ao mesmo tempo que eles são abertos, eles são muito fechados. O meu menino quase não fala nada do que acontece. Ele fala para minha mãe, ele é muito parceiro da minha mãe. Graças a Deus. Criado com avó é, é diferenciado, e é mesmo. Não é porque é meu não, mas ele é. Educado demais. As menina até da virgindade me contou, mas tem coisa que eu não fico sabendo. Então assim, eu acabo, eu acho que acabei de dizer, não dando uma estrutura boa para eles. Porque se até agora eu não consegui. Ela já tá, tudo o que ele falou [...] 19 anos, 20 anos, é novo. Mas, ele, a minha, eles não gostam que eu comparo, que a minha irmã com 17 anos ela, ela já estava na faculdade né. Então. Eu não comparo, eu só mostro. Eu falo “ela batalhou, ela estudou, ela correu atrás. Conseguiu tudo cedo. Ela é um ano mais velha que eu, é auditora fiscal do Ceará e está super bem de vida entendeu?” E teve a mesma família. É que nem eu falo para eles, não é que eu quero que eles façam o que ela fez. Mas que não deixe de fazer. Que estude. Uma pessoa com estudo é diferenciada. Em qualquer lugar. Até na questão da educação, é... do jeito de, a [...] não que nesse meio não tenha. Eu falei para eles “eu sei que tem de tudo”. Mas, é bem menos né, do que um, uma favela, por exemplo. Uma pessoa drogada, que é um outro meio que você

conhece, que é um outro tipo de estrutura. Graças a Deus eu não tenho com isso. Eu vou colocar... falta de estrutura [título do desenho] que é o que eu acho. E essa falta de estrutura quem... que acabou me dando foi o meu próprio pai, sem saber. Porque todas são um pouco assim com ele de.... de respeito. Mas a que mais bateu de frente foi eu, a que mais fez coisa para provar o que ele falava era eu. Então assim, fui totalmente errada. É... questão de bebida, eu não bebia. Começou a falar, eu era novinha, comecei a beber. A... a... Ah porque eu criei minhas filhas para... para mais e não para menos. Para ter uma pessoa acima delas. Eu sei, está falando pro bem. Só que do jeito que falava, eu procurei uma pessoa totalmente, mas totalmente oposta. Eu, não ele é uma pessoa ótima, como pessoa, como pai dos meus filhos eu não posso falar. Mas totalmente desestruturada até hoje. Totalmente sem, não tem nada para oferecer e não vai ter. Entendeu. Então assim, eu procurei exatamente o oposto do que ele falava. E acho que com isso eu acabei fazendo ... uma reviravolta na minha vida com eles. Que hoje eu quero ah... escrevi certo. Que hoje eu quero cobrar uma coisa que eu não consegui fazer. Eu acho que eles sabem disso, sentem isso, por isso que está cada vez mais difícil. Que nem minha filha falou “ai, minha amiga tem faculdade mas ela trabalha lá como telemarketing”. Mas ela não correu atrás. Eu sei que está difícil, mas a pessoa que vai batalhando, vai batalhando consegue. Você escuta tanta história. Não está fácil para ninguém. Mas você vê aquele que fica em cima. Que nem a tia E. A tia E. não parou de estudar até hoje. Ela falou, ela se aperfeiçoou. Olha a idade que ela tem, ela tem a minha idade, já mudou muita coisa. Então se ela para no tempo, ela vai ficar lá, não vai sair dali. Então é uma coisa que a gente briga bastante, que a gente tem a discordância. Mas, fazer o que né. Filho é filho. Só muda de endereço [risos]. [suspiro] Ai ai. Nossa, se eles verem esse desenho vão ficar doido. Deus o livre. Vão falar “mãe do céu, que coisa horrorosa”.

Título: Falta de estrutura.

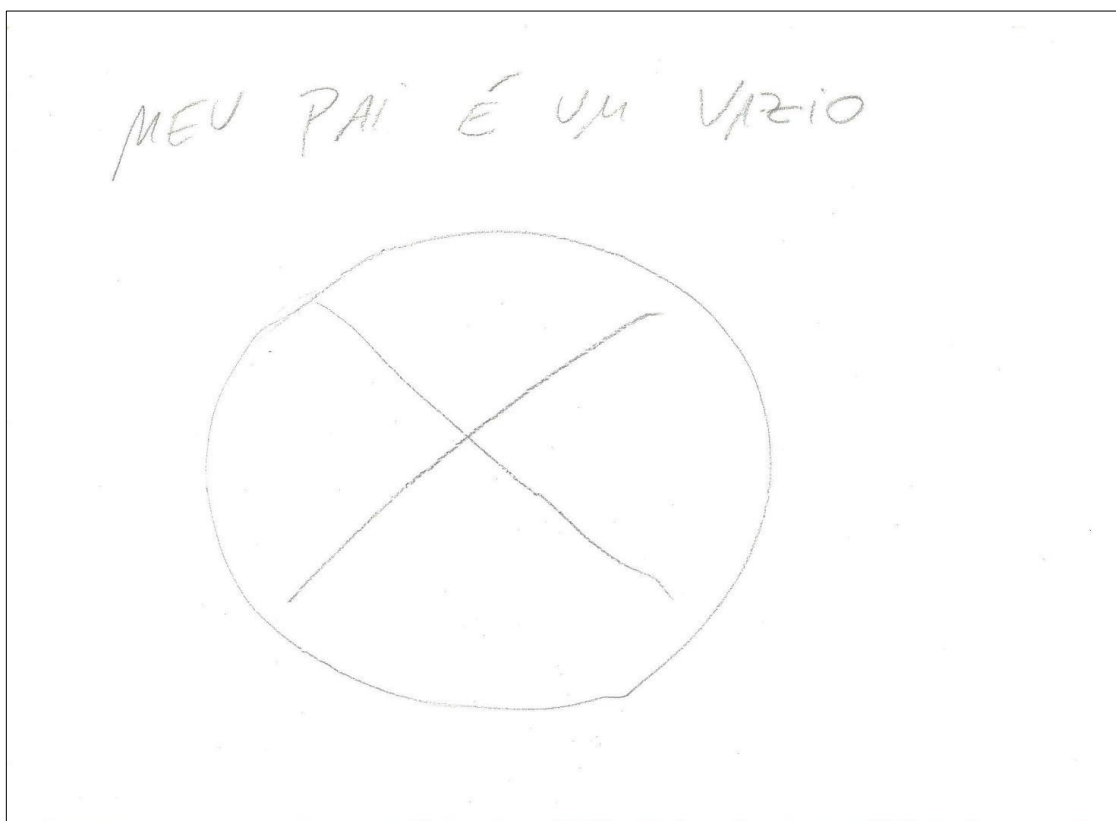
Interpretação: avalia suas escolhas passadas e sente que não construiu uma estrutura para os filhos. Se arrepende de algumas escolhas e fala da influência da relação sua com o seu pai na forma como viveu sua vida. Fez coisas por pirraça, ela diz. Fala de aspectos econômicos, como não ter casa própria e o medo de ser dependente financeiramente do pai. Mas cobra muito dos filhos para que eles estudem e tenham uma vida melhor que a que ela teve. Sente-se culpada por a filha não ter entrado em uma boa faculdade. Pouco antes do vestibular, a filha soube que a mãe havia sido diagnosticada com câncer e Beatriz acredita que esse foi o motivo da filha ter perdido a prova.

Fala sobre o que lhe faltou ao longo da vida para lidar com os conflitos e a mudança para a vida adulta e do medo de que os filhos sigam o mesmo caminho.

As características do desenho como ausência de cor, traços laves e o desenho localizado na parte inferior da folha denotam um distanciamento afetivo, hesitação e tendências depressivas, respectivamente.

Colaboradora 3 - Unidade de Produção 3

Figura 13: terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora.



Descrição: também aconteceram interrupções enquanto a participante desenhava. Ela escreve o título na folha, sem que eu peça. Verbalizou bastante e fez pausas e silêncio ao tentar desenhar: Também livre? [Também.] Ai [suspiro]. Vamos lá. [pausa de 12 segundos enquanto olha para folha] Meu Deus como é difícil. [O que é difícil?] Colocar no papel. Nossa é muito complicado colocar no papel as coisas. Que nem a... já me informaram para pegar um... um diário. Ixi, não. Escrever sentimento. Isso aí eu nunca fui boa. Sempre fui muito fechada. Acho que é por isso que eu não me dou em relacionamento. Exatamente por isso. [a sobrinha aparece no portão.] Oh, oh filha, eu estou sem a chave. Você abre? Ou quer que eu chame a avó? ... [suspiro]

[sobrinha entra]. Vamos lá. [pausa de 21 segundos]. [Filha faz uma pergunta.] Hum? Não, ainda não. Ele falou alguma coisa com você? [pessoa responde] Não, não falou nada ainda não. Nem deu sinal. Eu não sei, você deu [...] para ele? Não? Essa é a minha mas velha. [cumprimento ela]. Eu falei que elas são diferentes né, elas são [risos] bastante. É... [pausa de 8 segundos]. Caramba, não sei o que eu faço. Não vem nada. [Não?] Vamos ver. Vamos tentar. Vamos colocar a cabeça para funcionar. [21 segundos de pausa] [Você pode usar a folha do jeito que quiser.] [pausa de 24 segundos] Esse aqui que eu não consigo por no papel é o meu pai. Que eu estou pensando. Não vai, não consigo, eu não consigo. Eu... tenho, às vezes, vontade, que nem ele faz aniversário agora dia 12. E eu não consigo abraçar ele e dar um beijo. Com amor, com carinho, com, com a aquela vontade sabe? Ele é uma pessoa, para mim, que parece, parece um vazio. Por isso eu acho que não consigo. Não consigo nem passar pro papel. Eu estou pensando agora, no aniversário dele, é muito complicado. Dia dos pais é complicado, tudo para ele é complicado. [pausa de 6 segundos]. Eu... meu pai é um vazio. Não tem jeito. [faz o desenho de um círculo] Eu não consigo nem passar. Tento achar alguma forma de mudar, não consigo. É um... é um buraco. Não tem. [faz um X ou uma cruz dentro do círculo] Eu não consigo nem passar pro papel. É um sentimento que é complicado. Eu tento agir diferente com ele, mas ele não ajuda. Ele não colabora. É muita coisa. Eu com 11 anos, eu esperava meu pai chegar do trabalho. Meu pai sempre foi da noite também. Bancário. Esperava ele chegar pra... ele fazer mingau para mim. Então assim, depois desses, depois dos 11 anos eu não sei, é um vazio que eu sinto. Eu não consigo transmitir, passar nada, não consigo. Eu olho para ele, eu tento agir diferente. E olha que ele nunca bateu heim. Imagina se ele fosse um pai agressivo. Eu não consigo, as coisas que eu escutei dele, é coisa muito absurda. Não consigo passar pro papel. Não tem jeito. Já até tentei achar alguma coisa. É impossível. [pausa de 7 segundos]. Até com relação aos meus filhos. Nossa. É complicado demais. E eu acho que é por isso que eu cobro tanto ele pra... fazer, que nem minha mãe, ver o que é dela, fazer para ela. Para poder conseguir passar isso. Que nem, a minha mãe que é a estrutura da família, é ela. Sem ela não tem família reunida. Não tem. Por exemplo, esse ano a minha irmã que mora em Fortaleza quer que eu vá para lá. Vamos eu, minha mãe e meu filho e minha sobrinha. Acabou. Ninguém se reúne no Natal, minha mãe não está. Acabou família. A minha irmã mais velha agora vai para um canto, a mãe da minha sobrinha que estava aqui vai para outro. A minha filha vai para outro, meu, meu, meu menino vai estar com a gente e a minha outra vai para outra. Ninguém. É uma falta de, de, eu não sei nem o nome que eu dou para isso. Minha mãe ainda consegue reunir todo mundo. Agora, ela saiu, acabou. Acabou a família. Ai [suspiro] eu fico até com aperto de pensar que eu posso perder a minha mãe, que a gente sabe que já [...] É difícil. Ai, não consigo [riso],

não consigo. É isso Dani. Ficou muito feio Dani? [Não.] Ficou uma coisa muito... muito pesada? [Não, é isso mesmo. A intenção é trazer mesmo o que é seu. Não tem certo, não tem errado.]

Estória: [riso] É... ninguém é, ninguém é perfeito né. Eu sei, mas. O meu pai. O duro que, se fosse só comigo, aí eles falavam “não é só com ela”. Tudo bem que o meu caso foi o pior, porque eu fui a mais terrível. A que mais coloquei a prova. É com todos, então. E ver quando a minha mãe não está. Que nem, eu vi agora, nunca aconteceu isso, de separar. Mesmo com a minha filha namorando há 4 anos. Vem com o namorado, passar com a família. Mas porque, a minha mãe está. A minha mãe não está, acabou tudo.

Título: Meu pai é um vazio.

Interpretação: a ausência de cor remete ao distanciamento afetivo e é possível observar uma diminuição de vitalidade e resistência ao tentar falar sobre sua relação com seu pai. Faz um X em um círculo enquanto fala que “não dá” para desenhar ou falar sobre seu pai. Não seria possível falar sobre o pai ou seria um assunto proibido? Antes de iniciar o desenho verbaliza que não consegue desenhar e que é muito fechada, não fala de sentimentos. Diz que o pai é um vazio, ao mesmo tempo em que relaciona sua figura a conflitos e desejos que não podem ser expressos – não sente nada ao abraçar o pai. O vazio parece esconder a turbulência de sentimentos voltados ao pai e o desejo de resgatar essa relação.

Mais uma vez usa o termo estrutura, como aquilo que dá sustentação, agora se referindo a importância da mãe em manter a família unida.

Colaboradora 3 - Unidade de Produção 4**Figura 14:** quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 3.

Descrição: fala sobre o desenho enquanto desenha: Lá vai eu de novo [risos, fala quando entrego a nova folha em branco à ela.] Você viu que eu não sou muito fã de cor né. Não esquento não, é porque eu gosto de preto. Eu gosto de preto, da cor preta. Eu sou, ovelha negra mesmo. Ai, vamos lá.

Após finalizar o desenho, escreve o título na folha sem que eu peça. Um massagista chega e espera por Beatriz na sala, enquanto eu continuo a entrevista.

Estória: não sei se é normal né. É... eu sei que todo mundo precisa de alguém, mas no meu caso, eu fui muito namorada. Nem liguei. Mas, para mim, é a mesma coisa que nada. Que nem. A minha irmã costuma dizer que ela não achava normal, eu estava num relacionamento hoje, acabou amanhã, para mim era como se fosse a coisa mais natural do mundo. Não ter o mínimo de reação, de... que nem, eu estava namorando quando eu fiquei sabendo da doença [se referindo ao câncer de mama], em 2015. Um relacionamento já de 3 anos, uma pessoa que eu conheço já há 14 anos, que já era amigo meu. Aí, foi o tratamento. Tá, resolvi parar de beber e fumar. Porque eu só bebia cerveja e fumar, ainda fumo. Antes eu fumava. Tá, resolvi parar.

Quando eu resolvo voltar, a pessoa vem terminar. Para mim tanto fez como faz. Para mim foi normal. Tanto que eu continuei bebendo e fumando, até eu saber do diagnóstico né, lógico. Porque eu não sabia, quando veio a metástase. Aí eu parei de beber de vez. Nunca mais coloquei uma gota de álcool na boca. Na verdade, não que o cigarro não seja pior, porque é o pior dos piores. Mas é o mais difícil de parar. Mas a bebida era, para mim, como se não existisse. E olha que eu bebia e não era pouco. Acompanhava gente grande. Então assim, questão de relacionamento, para mim, não faz diferença. Se eu tenho ou não tenho. Tanto que eu olho pro pai dos meus filhos hoje, eu falo assim “nossa como que eu tive três filhos com essa pessoa?” Porque... acho que é só para ter os três filhos. Eu não tenho o mínimo de sentimento por ele. Sentimento que eu falo assim “ai, é meu ex, é pai dos meus filhos” aquela coisa de amor. Eu não sei, eu não me lembro dessa, desses detalhes que eu acho que eu peguei tudo na raiva. Foi tudo na base da raiva. Não sei. E como eu tenho o meu pai como base né, de homem. Eu acho que é por isso. Eu não [...] no papel, mas. [pausa de 7 segundos] Relacionamento para mim não, não faz diferença. Vamos ver. E não querendo ser melhor, nada. É porque é uma coisa que até eu, às vezes, me conformo. Que nem, esse que terminou comigo por conta da bebida e do cigarro, tentou é... conversar comigo algumas vezes de... de opção de voltar. Deus me livre. Para mim, estou muito bem do jeito que eu estou. Uma que não é nem situação para isso. Acho que se eu estivesse no relacionamento, acho que é diferente né. Agora começar depois por conta de um novo problema. Porque eu achei que eu estava bem né, quando nós terminamos. Por isso que eu estava bebendo cerveja. [Que você estava bem do câncer?] Isso. É, eu estava bem. Eu estava me sentindo bem na verdade. [uma pessoa na rua pede informação] É, é aqui. É ele? Que hora são filha? [a filha responde]. [É para você? Você tem compromisso?] Não, acho que é, acho que é o massagista que ela chamou. O meu caso é outro. Não vai resolver muita coisa não. [alguém vai abrir o portão] E ela me avisou depois que eu já tinha falado com você, eu falei “ah deixa para lá. Ele vai vir só depois das seis mesmo”. [o massagista entra, cumprimenta a filha]. Eu não sou uma pessoa que se diz apaixonada [riso] Vamos ver se eu consigo colocar isso no papel né. Porque é difícil você colocar o que você não sente [riso]. Eu sempre fui muito fria, em relacionamento. Fria que eu digo assim, não sou de ligar, não sou de mandar mensagem, não sou de ir atrás, não de, de “ah vou jogar bola. Tchau”. E também não sou de dar [...] Eu podia ir na china e aí se me cobrasse. [pessoa se aproxima] Oi, boa noite. Tudo bem? Só um minutinho tá. Então eu não sei, estou tentando por isso no papel. Como que eu coloco o título? Relacionamentos não me apego? Não sei o que eu faço. Eu sou, não sinto falta de um relacionamento [escreve no papel] E uma pessoa que foi namorada heim. Mas acho que foi a ocasião [continua escrevendo o título]. Coloca relacionamento amoroso porque tem vários

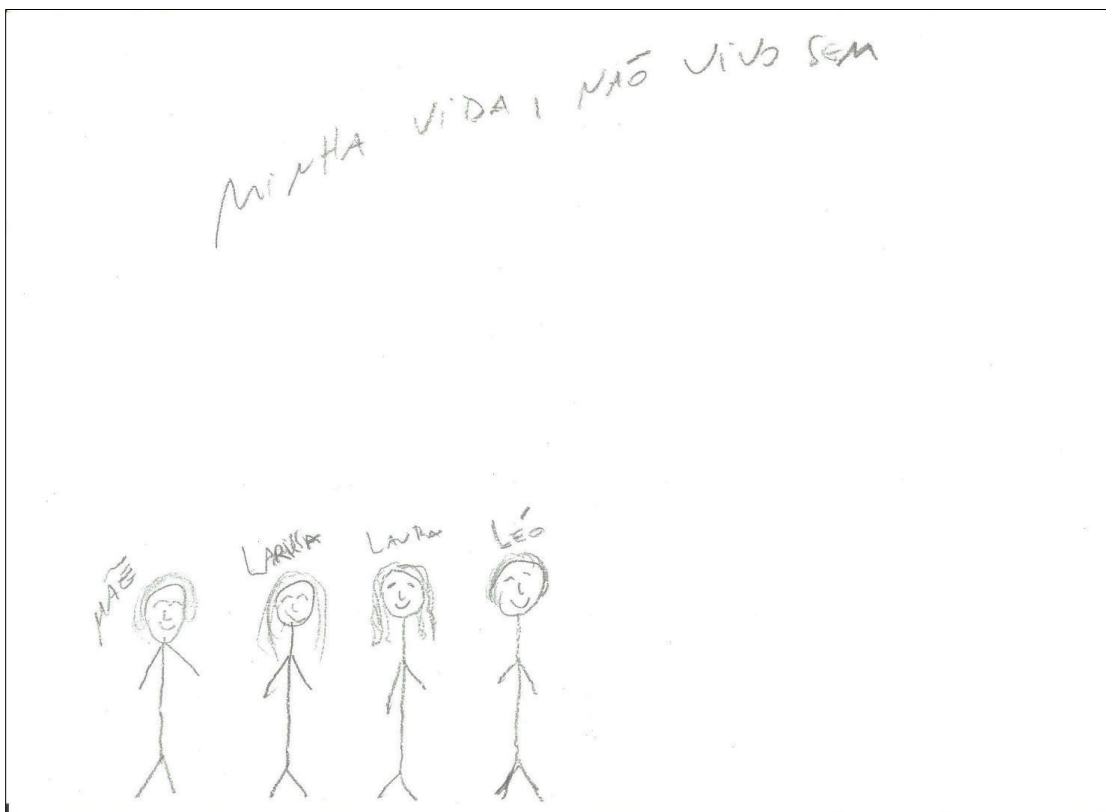
tipos de relacionamento né. [risos] Ficou bem feinho né. É isso. [No desenho, quem que é aqui?] Ah é eu e uma pessoa. Não tem. Não tem A pessoa. Sou eu, mas aqui, qualquer um que se disse apaixonado na época. Que também para mim não fez diferença, se estava junto, se não estava. Se vinha, se não vinha. Para mim nunca fez diferença. Era bem estranho. Até eu achava estranho nessa questão de relacionamento. Mas, era o meu jeito. Tive cobrança sobre isso. Por que que eu não ligo, porque isso. Não. Eu sou assim. Meu genro brinca comigo. Fala “oh ainda bem que a filha não puxou para mãe [risos]” É mais amorosa.

Título: Não sinto falta de relacionamento amoroso.

Interpretação: Inicia falando que ter ou não um relacionamento amoroso é o mesmo que nada, mas depois diz que fez tudo na raiva. Ao observar o desenho, a figura que representa a participante está com uma expressão que pode indicar tristeza ou raiva. Logo em seguida diz que tem o pai como modelo de homem e faz uma pausa de alguns segundos na sua fala. Diz que está melhor sozinha e que não acha certo retomar um relacionamento por causa de uma doença. Já tem um problema, vai acrescentar mais um. A maneira como fala de seus relacionamentos amorosos e a transposição da figura de seu pai em seus relacionamentos, evidencia as amarras de seus conflitos edípicos em seus relacionamentos na vida adulta. Também fica exposto aspectos agressivos e destrutivos da participante ao falar da raiva do pai como motivadora para se envolver em relacionamentos que não são satisfatórios, bem como do consumo de álcool e tabaco, mesmo após o diagnóstico de câncer. A localização do desenho na parte inferior da folha remete a tendência depressiva e o desenho de pessoas palito à insegurança. De forma geral, o desenho denota pouca vitalidade. A não integração de cores no desenho remete ao distanciamento afetivo, no entanto, mencionar a cor preta e a ovelha negra [“Eu gosto de preto. Eu sou a ovelha negra mesmo”] pode indicar um sentimento de ser diferente em relação às outras pessoas da sua família.

Colaboradora 3 - Unidade de Produção 5

Figura 15: quinto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 3.



Descrição: pergunto se teria tempo para mais um desenho, pois o massagista a estava esperando na sala: Dá. Vamos ver o que eu consigo passar. Se eu conseguir passar né. Porque está difícil. [começa a desenhar] É, vamos ver. Isso aqui não vai ser tão difícil não. Acredito eu. [...] é bem complicado. [continua a desenhar] Vai ficar parecendo primário, mas é uma [riso], é o que eu sinto.

Estória: É... aqui é a minha vida. Não vivo sem. Mas de não viver mesmo. Acho que eu teria um infarto se qualquer uma dessas pessoas faltasse na minha vida. [E quem são essas pessoas?] Minha mãe e meus filhos. Sou péssima para escrever [enquanto escreve o título do desenho no papel]. É isso. Minha vida. Não vivo sem. Eu não criei estrutura sem eles. Eu acho que não conseguiria passar pelo o que eu estou passando se não tivesse a força deles. De geral, eu acho. Até do meu filho que, assim, que normalmente a família cai né. E o meu menino, principalmente, ele é tão doce, tão assim, tão gentil, tão meigo. Eu achei que ele ia ter, eu achei que ia ter problema com ele. Que ele ia ser, sei lá que ele ia ficar rebelde, fazer coisa errada. Não, ele pegou de um forma. Que quando ele me viu sem a mama a primeira vez, que foi uma

situação que eu precisava da ajuda dele, que não tinha ninguém aqui. Eu precisava de alguém para me ajudar a me trocar. E eu achei que ele ia ter uma reação e ele foi super natural. Foi um menino. Sabe, olha para mãe daquele jeito sem a mama e ajudar vesti-la. Eu falei “nossa”. Eu não esqueço. Para mim ele [pausa] foi incrível. E como todos os outros né. Mas mãe e filha, é diferente né, mais fácil admitir, ver a situação. Agora um menino é complicado. Ainda mais um menino de 17 anos, que só quer saber de bola, que não quer saber de nada. Nossa eu não esqueço dessa cena ele foi incrível. É a minha vida eles e eu não vivo. Literalmente. É isso [risos].

Título: Minha vida, não vivo sem.

Interpretação: ao iniciar diz que está muito difícil passar para o papel, mas resolve desenha algo que seja mais fácil de falar, sua mãe e seus filhos. Usa novamente a palavra “estrutura”, e diz que a sua estrutura vem deles. Ela afirma que seus filhos e sua mãe representam sua vida, no entanto, o desenho apresenta pouca vitalidade e ausência de integração de cores indicando um distanciamento afetivo. Também a localização do desenho na folha remete à aspecto depressivo.

Síntese Geral

A primeira UP remete à um lugar de paz, em que suas limitações físicas não mais existem e ela pode cuidar de seu neto, como acredita não ter feito com seus filhos. Existe o desejo de uma segunda chance para poder cuidar do outro e uma negação de como o avanço do câncer pode limitar seu desempenho nesse papel. A idealização desse lugar de paz e a negação da gravidade e das repercussões da metástase podem ser entendidos como defesas às ansiedades geradas pela tarefa solicitada à participante.

De uma forma geral, a análise do D-E de Beatriz remete ao conflito entre vida e morte. Ela faz uma avaliação da sua vida e de suas escolhas e se percebe como uma pessoa sem estrutura para oferecer uma boa condição de vida ao outro, mas reconhece em sua mãe e seus filhos a sua estrutura, o que dá sustentação à sua vida.

Tantas auto recriminações sobre suas escolhas e sua capacidade de viver desembocam numa reação depressiva frente à possibilidade de morte. Sente-se culpada por ter agido a partir da raiva que sentia pelo pai. O aspecto agressivo e destrutivo fica evidente na busca de relacionamentos não satisfatório, mas para fazer “pirraça”, bem como o consumo de álcool e tabaco, mesmo após o diagnóstico e metástase do câncer.

Ao falar do pai usa o termo “vazio”, provavelmente pela dificuldade em identificar e discriminar seus sentimentos por ele. Esse distanciamento afetivo, também representado em todos os desenhos pela ausência de cores, a faz sentir dominada por esses sentimentos que a conduzem em suas escolhas ao longo da vida de maneira inconsciente. A quebra do distanciamento projetivo e a verbalização da dificuldade em fazer os desenhos também evidenciam o quão difícil é para a participante entrar em contato com seu mundo interno.

Colaboradora 4 - Unidade de Produção 1**Figura 16:** primeiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 4.

Descrição: a entrevista foi realizada na cozinha da casa da participante. Houve interrupção do marido, mas logo após ele foi tomar banho e ficou em outro cômodo da casa de portas fechadas. Nos sentamos lado a lado na mesa da cozinha. Ao começar a desenhar, gira um pouco a folha no sentido anti-horário. Desenha a casa, a árvore, a grama, as nuvens, o sol, as frutas das árvores, as flores e as aves. Após contar a estória e colocar o título no desenho, olha fixamente para o desenho.

Estória: Criar uma estória? Ixi. Danou-se. [Você pode falar sobre o que você desenhou.] Ah, eu desenhei uma casa simbolizando uma família, um lar. Natureza, as nuvens, pássaros, [...] Então é, é isso. [E como que é essa família?] Ah é, é minha família né. No caso, é a nossa casa. O C., S., A., J. e eu [marido e filhos]. A nossa casa. [E o que acontece nesse lugar?] Ah! Acontece tanta coisa. Tanta coisa. Acontece aqui nessa casa. [Que tipo de coisa? Você pode me dar um exemplo?] Ah sim. Nessa casa, nessa família acontecem muitas, muitas picuinhas entre a A. a S. e o J. É... picuinhas delas, dele. Muitas vezes, muitas vezes eu fico até estressada com

a situação deles, porque tudo é mãe, mãe. Só chama mãe, mãe, mãe, mãe. Eu tenho medo. Mas também tem amor, tem compreensão. Apesar de, da situação deles. Ah... tem, tem paz, tem alegria, tem os momentos de estresse. Os momentos de indiferença, de ciúmes. Essas coisas. [E quem que está envolvido nessas situações?] Ah, mais os meninos né. A S. tem ciúme da A. Aí o J., as vezes também questiona um pouco. É isso. [Tá. E essa árvore?] Eu acho bonita. O sol, nuvem, passarinho voando. Assim, uma sensação de tranquilidade e paz. Quando você está num lugar assim, cheio de verde, os passarinhos cantando, aquelas flores, aquele canto. Dá um sossego, tranquilidade. [Tem mais alguma coisa que você queira falar, do desenho, dessa história?] Como assim? [Se vier alguma coisa.] Não. Assim não. Deixa eu ver. Ah, tem que melhorar né. Às vezes eu fico pensando “Ah tem que melhorar um pouco”. Aí eu tento, aí eu olho, ajuda. [Melhorar o que?] Ah, melhorar. Ser uma boa esposa, uma boa mãe. Porque, às vezes, eu me cobro muito. Assim né. Às vezes, eu não era assim, mais ultimamente eu estou muito, tudo, sabe assim? Qualquer coisinha eu estresso. Qualquer coisinha já me tira a paciência, fico estressada, nervosa. Eu não era assim não. Mas de um tempo para cá eu estou assim. Então, é isso. Aí fico, meu Deus, essas meninas crescendo, essa adolescência. Essa preocupação que quer namorar. Nossa tanta coisa meu Deus do céu. Só Deus para dar graça. Então, é muita coisa. Tem hora que eu falo é muita coisa para uma cabeça só. [É?] É muita coisa para uma cabeça só. Aí é isso. Aí eu quero paz. Tem dia que eu quero ficar quieta no meu canto, mas ninguém deixa (risos). Ninguém deixa. Você vai trabalhar, aí você chega em casa, aí tem o marido, tem a comida, tem as filhas querendo conversar. Aí tem as intrigas, tem tudo. Ai meu Deus. [após colocar o título ela fica pensativa] [Você quer falar mais alguma coisa?] Não. Não. [Te fez pensar?] É, acho que sim. Falando assim, me fez pensar um pouco sim. [Você quer falar o que você está pensando?] Ah... me fez pensar um pouco na minha vida. Na minha vida, na minha história. De convivência. Porque tudo foi acontecendo assim, aos atropelos. O título é “minha família”, porque eu saí da minha casa muito cedo. Eu morava com a minha mãe. Perdi meu pai, eu tinha sete anos. E minha mãe teve, naquele tempo a gente vivia em seis. E aí quando meu pai morreu, a gente (...) tudo pequeno. Porque meu pai estava andando com a minha mãe. Minha mãe não, uma tia. Aí meu tio descobriu e meu pai foi assassinado por ele. Aí minha mãe teve muita dificuldade para criar nós, para cuidar de nós. Nós começamos a ir para a roça. E por causa das circunstâncias, eu acho que a minha mãe não sabia lidar com a situação, ela batia muito em nós. Ela não sabia bater, ela espancava nós. Aí quando a gente cresceu, aí eu tive, parei na quinta série porque eu chegava cansada da roça. Que era, a gente apanhava algodão, quando não era cortar cana, feijão. E eu não tinha força para ir para escola, estava muita cansada. Falei “ah mãe eu não vou mais na escola não”. Parei de estudar. E aí,

vivendo naquela vida. Eu peguei idade, comecei a namorar. E minha mãe não ligava muito para nós, porque ela ia atrás dos namorados dela. E... e aí ela ficava sabendo e batia em nós. Ela era muito estressada também. [Ficava sabendo do que?] Ficava sabendo que nós estava indo namorar escondido. Aí meu irmão contava tudo para ela. Ela batia em nós. Pegava a vara de amora, mangueira. Dessas mangueiras de lavar jardim. Aí eu fui cansando da situação e fui embora de casa. Porque um dia ela me bateu tanto que quebrou meu braço. Ela me ameaçou “se chega no hospital você falar que fui eu que quebrou o seu braço, chega em casa eu vou te matar”. Aí ela falou que tinha caído da árvore eu concordei que tinha caído da árvore. Aí chegou um dia, não sei o que aconteceu que ela ia me bater. Aí eu fui embora de casa. Já tinha conhecido, eu estava namorando na época. Estava namorando o pai do meu filho, porque ele não é o pai do meu filho, só das meninas. Aí eu fui embora de casa. Mas não era quilo que eu queria para minha vida sabe? Eu tinha vontade de ser professora, de... aí tipo, amiguei. Aí engravidei do meu filho. Aí não deu certo o relacionamento com o pai do meu filho porque ele começou a beber. Quis curtir a vida, porque ele tinha 19 anos e eu tinha 13 anos. E... e aí eu não queria voltar para casa da minha mãe. Fiquei forçando a barra, porque eu já sabia o transtorno que ia ter que viver. Aí eu conheci a irmã dele começou a ir na igreja e me convidava. Até um dia que eu resolvi ir, aí eu tive força para separar do pai do meu filho. Porque não estava dando mais para viver com ele. Mas tive que voltar para casa da minha mãe, porque eu não tinha estrutura para manter um aluguel, uma casa. Aí por falta, voltei para casa da minha mãe de novo. Aí, depois de uns dois anos eu conheci o C., que hoje é o meu esposo. E... foi na onde que a gente casou. Ficamos um tempo namorando, casamos aí depois eu tive as meninas. Aí depois de um tempo que eu estava com ele. Antes de eu conhecer ele, ele era usuário de droga. Só que quando eu conheci ele, já tinha largado tudo sabe? Aí eu tive a A., tive a S. A S. nasceu no dia 25, não, 28 do 07 de 2005. Aí ele foi lá assistir o parto tudo. E... dois dias antes eu perdi meu irmão. Dia 26, o dia que era para eu ter internado para ter a S. Era uma cesárea. E... aí por causa do falecimento do meu irmão, fui nas clínicas e pedi para eles deixarem eu ir embora, porque eu queria ir no velório. O médico foi bonzinho. Me deu um monte de remédio, para mim não passar mal. E aí quando eu internei para ter a S., meu esposo assistiu o parto e foi para casa da mãe dele. Chegando lá o irmão dele estava usando droga. E ele, na brincadeira, falou “deixa eu dar um pega”. E o irmão dele falou “imagina, para com isso”. E ele insistiu e usou. Aí depois daquele dia ele se afundou. Ficou dez anos nessa situação. Aí, então, foi muita coisa. Uma coisa atrás da outra sabe? A infância toda das minhas filhas, ele nessa situação. Ficou dez anos nessa situação. Então, foi algo assim que eu não sei nem explicar. Aí, quando apareceu esse caroço na minha axila, eu ainda não tinha largado dele. Foi quase nessa época. Antes de operar, aí eu

larguei dele porque ele continuava nessa vida e meu filho já estava homem. Aí meu filho já não estava mais aceitando aquela situação. Foi na onde começou a ter agressão. Eu queria agir, mas eu não tinha força sabe? Porque é pai das minhas filhas. Minhas filhas gostavam. Apesar dele estar naquela situação que ele vivia elas gostavam muito dele. Então eu tentava mais por elas. E aí até, teve um dia que não teve como. Porque eles se cataram e... eu falei “meu Deus, se eu não tomar uma atitude vai morrer meu filho”. Até que um dia ele conseguiu trabalhar uns dois, três meses, e ele pegou o acerto e sumiu. Foi dar notícia depois de quinze dias. Eu achei até que estava morto já. Queria voltar. Aí eu tive força, falei “não, você ficou esses quinze dias, agora vai viver a tua vida”. Foi aí que eu fiquei esses dois anos separada dele. Aí foi na onde que eu descobri que era um câncer. Eu já não estava mais com ele. E foi onde eu operei e comecei todo o processo. [Então, quando você fez o tratamento, vocês estavam separados.] Estava separado. Estava separado. Aí eu fiz a quimioterapia. Eu fiz a cirurgia primeiro. Depois quando eu tive, o médico falou para mim que era um câncer maligno. Aí marcou a cirurgia. Eu fiz a cirurgia dia 04 de setembro. Aí eu fui para casa da minha mãe. Fiquei com a minha mãe. Aí em janeiro eu comecei a quimioterapia. Aí foi até agosto. A última quimioterapia minha foi em agosto. Aí quando eu estava me recuperando da quimioterapia em agosto de 2015, esse meu filho acidenta de moto. Aí vem uma coisa atrás da outra sabe. Aí tem hora que... graças a Deus hoje eu superei toda a situação, mas não foi muito fácil não. Uma barra meio pesada para mim. Porque meu filho teve esse acidente, eu ainda estava na situação de recuperação. Porque toda vez que fazia a quimioterapia, as duas primeiras não, mas depois, meu Deus, eu começava a passar muito mal. Aí quando eu parei a vermelha para outra. Misericórdia. Atacou tudo a minha boca. Nossa, o que é aquilo. Achei até que não ia aguentar não. Mas, graças a Deus, deu tudo certo. Aí quando eu estava me recuperando aí vem essa situação. Meu filho acidenta, teve traumatismo craniano, perdeu três centímetros do fêmur. Mais um baque. Aí eu tive que ter força, mesmo naquela situação eu tive que ter força mesmo. Porque ele ficou um, quase um mês na CTI, entre a vida e a morte. Aí de tanto horar, pedia a Deus para ter misericórdia. Deus deu mais uma oportunidade de vida para ele. Aí ele ficou quase dois meses na UE. Aí no final de 2015, antes de finda o ano ele saiu. Teve alta do hospital. Aí eu estava ainda na minha mãe. É. Aí quando ele estava recuperando, estava com aqueles ferros na perna tudo, mas já estava boa. Aí no dia 22 de março de 2016 minha mãe morre. Aí pronto. Aí acabou tudo. Aí foi onde eu voltei para minha casa. Aí ele tinha parado com as drogas, tudo. Estava me pedindo mais uma oportunidade. Foi onde eu resolvi dar mais uma oportunidade para ele. Agora eu estou sem mãe. A única pessoa que eu tinha para me apoiar né. Aí resolvi dar mais uma oportunidade para ele. Aí, graças a Deus, louvado seja Deus, ele está bem. Mas, não foi fácil né. E é uma batalha

todo dia. Todo dia é uma batalha. Família. Nunca é do jeito que a gente quer as coisas né. Nunca é do jeito que a gente gostaria que fosse. Mas, a gente vai levando. É isso. [Tem uma história aí né.] Uhum. Mas graças a Deus, a gente está bem. Apesar das picuinhas dos meninos, o ciúmes, a minha intolerância né. Porque, às vezes, eu não sei se foi por causa do processo que eu passei. Tem hora que eu fico muito estressada, muito nervosa. [Que processo?] Ah, dessa quimioterapia. Depois que eu fiz essa quimioterapia eu sinto que eu não sou a mesma. Não tenho muito ânimo. Perdi até vontade de ter relação sabe? Isso causa atrito entre eu e ele. Porque ele é homem, ele sente desejo e eu não. Então assim, nessa parte para mim é muito difícil. Aí, às vezes, eu me entristeço por causa dessa situação. Mas a gente vai levando. Aí eu conversei com a médica, ela disse que não pode me dar hormônio. Ela disse que não pode me dar hormônio. Que... ah é isso. [Ela falou de mais algum jeito de lidar com isso, com essa alteração?] Não. Ela queria me mandar para um lugar lá que faz teste de remédio. Ah eu não quis não. Falei “Ah não. Vai dar mais problema”. Ela só falou que não podia tomar hormônio né. Porque eu já entrei na menopausa, porque tem o cartão de todos e eu marquei uma consulta com a ginecologista de lá. E ela pediu um monte de exame. E ela falou, deu lá o negócio de hormônio está 85. Quando é 20, 25 já está na pré-menopausa. Eu estou com 85. Ela falou assim que eu já estou na menopausa porque eu sinto muito calor. Umas ondas de calor que dá vontade de arrancar a roupa. Aí ela falou que eu estou na menopausa já. Pelo nível. Aí ela falou que foi por conta da quimioterapia. E é algo que não é reversível, que vou ter que conviver para o resto da vida. [E como que está isso para você?] Ah é terrível. Afetou minha vida toda né. Ah para mim é muito ruim. Tem hora que eu nem sei lidar com essa situação. Porque, ah é muito ruim. Tem dia que eu estou indisposta. Tem dia que eu quero ficar quieta. Aí eu tenho que trabalhar. Porque a vida continua, contas e tal né. Tem dia que eu nem consigo trabalhar. Tem dia que eu mais enrolo do que trabalho. Então, o meu corpo não é mais o mesmo, eu acho. [O que você acha que mudou?] Ah menina, tem dia, um desânimo. Eu acho que isso não é normal. Um desânimo, uma falta de coragem. Nossa, quando não, dor. Desconforto sabe? Desconforto. Eu já falei para médica, já fez exame, ela disse que não é nada. Então não sei. Mas eu falei para ela “foi depois que eu fiz essa quimioterapia aí”. Que eu não tinha nada. Não tinha nada. Era uma pessoa tão disposta, fazia tudo. Hoje parece que eu estou velha. Sabe velho, parece que. Eu me sinto desse jeito. É isso né. É isso.

Título: Minha família.

Interpretação: apesar de não ocorrer o distanciamento projetivo, a atividade parece causar um momento de reflexão sobre sua história a partir da sua família. Como eventos tão difíceis e abruptos a atropelaram, desde o assassinato do pai, agressões e violência doméstica, o diagnóstico de câncer de mama, o acidente do filho mais velho, a morte da mãe e a entrada na menopausa marcaram e marcam sua vida e subjetividade.

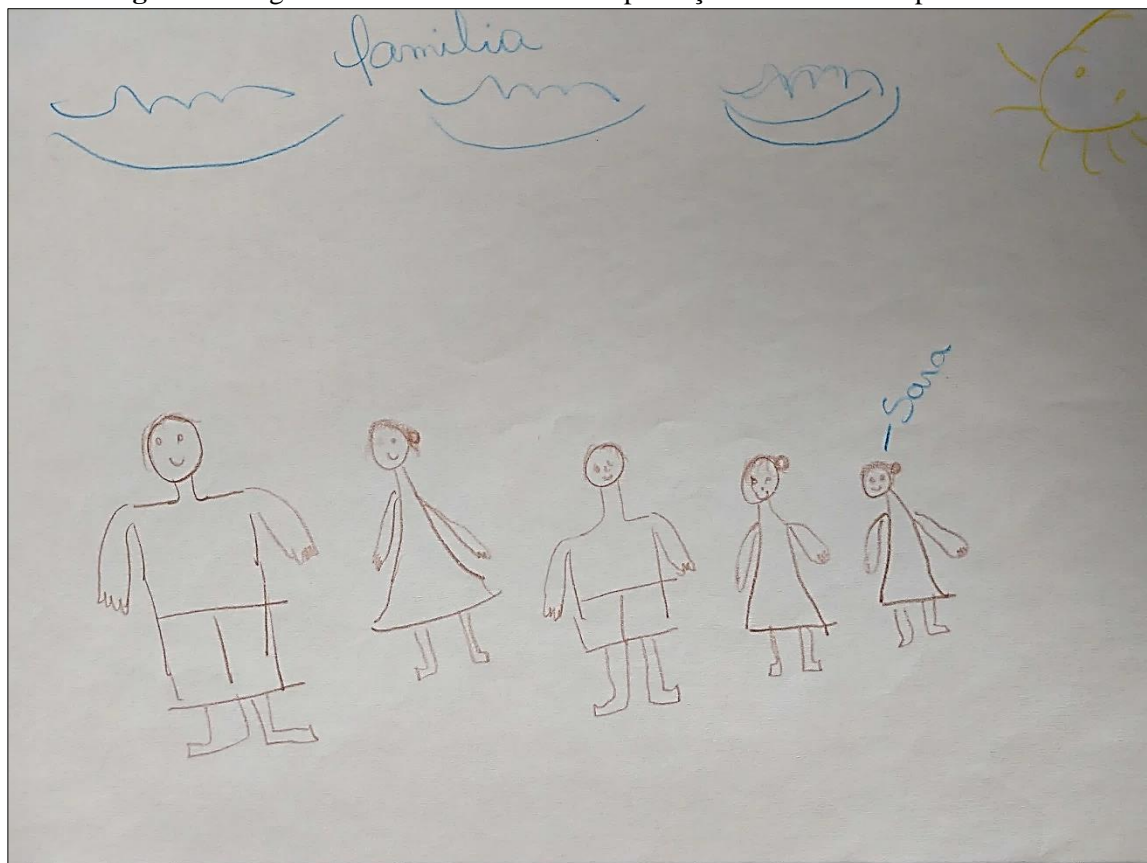
Apesar disso, consegue suportar a ambivalência de sentimentos ao reconhecer que nessa família e nela mesma existe amor, alegria, paz, compreensão, mas também medos, indiferença, ciúmes, estresse e picuinhas. Ainda diz que precisa melhorar pois tem se sentido muito estressada, especialmente ao chegar em casa após o trabalho e ter que fazer comida, lidar com os filhos, o marido, os conflitos, etc.

Após o fim do tratamento, os sintomas da menopausa passam a ocupar um importante espaço na maneira da colaboradora 4 se relacionar com sua família. Diz que ficou muito nervosa, muito estressada, que não se sente a mesma, que perdeu o ânimo e o desejo sexual. Os sintomas da menopausa como a falta de disposição, a diminuição do desejo sexual, dores pelo corpo antecipam a vivência de características específicas da velhice.

A integração de cores ao desenho indica maior proximidade afetiva e a inexistência de um chão que sustente a casa e a árvore podem indicar um distanciamento da realidade.

Colaboradora 4 - Unidade de Produção 2

Figura 17: segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 4.



Descrição: Antes de iniciar diz: “Que desenho que eu vou fazer agora? Eu já fiz a casa. [inicia o desenho] Sou muito boa de desenho não”. Gira a folha no sentido anti-horário e desenha cinco pessoas, começando da esquerda para a direita.

Estória: É a família. É minha família. C., J., A. e a S. [E o que eles estão fazendo?] Reunidos. [Como que eles estão?] Ah, eles estão bem. Estão bem. ... A S. é a menina cheia de sonhos. A S. é cheia de sonhos, cheia de vontade. A. é a que não gosta de estudar. A gente pergunta para ela o que ela quer ser, ela fala nada. “Mãe deixa eu ficar em casa?”. “Tem que estudar, sem estudo não é nada.” “Eu não gosto de estudar.” O J. é o indeciso. Como está afastado desse acidente que eu te falei. Está em tratamento tem três anos e ainda não se decidiu o que quer fazer. O médico falou que não vai aposentar ele, que é para ele arrumar uma outra coisa para fazer. E fez três anos e até agora ele não fez nada. Eu falo para ele “J. vai fazer um curso”. “Eu vou fazer o que mãe? Eu não sei o que eu quero fazer?”. É um indeciso. Aqui sou eu né. A I.

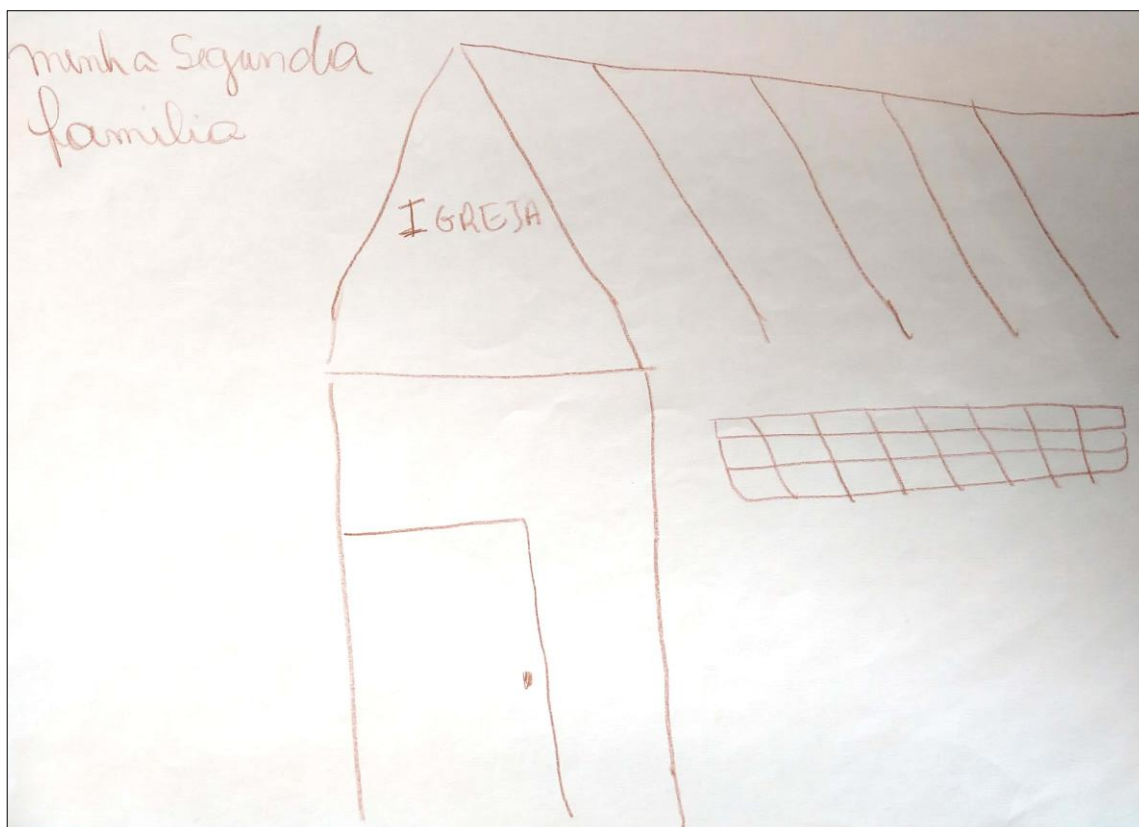
Eu falei para você. Esse é o C. Meu marido que, às vezes entende, às vezes não entende. Às vezes compreende, às vezes não compreende. Eles não compreendem a gente né, os homens né. Aí eu acho meio difícil né. Eu acho. [O que você acha que ele não compreende?] Ah, a gente mulher né. Eles tem uma mente, a gente tem outra. Claro que um não vai pensar a mesma coisa que o outro né. Mas, eu fico assim. Eu penso que as meninas. Que nem a A. Ela não quer estudar. Ela não quer estudar, não pensa numa profissão, mas quer namorar. Quer namorar. Aí eu já fico preocupada né. Ela já deu um perdido em nós há um tempo atrás. Aí minha cabeça já fica preocupada. Porque é nova. 14 anos. E... [Como é que foi isso?] A A.? Ah então ela estava com a gente na igreja do Campos Elíseos, e lá ela conheceu um jovem. E... conheceu um jovem, começou a olhar um pro outro. E... na época ela estava com telefone né. Ela pegou o telefone dele, ele pegou o dela. E eles estavam se comunicando através do facebook, whatsapp. E... ela ficava no Educandário na parte da tarde. De manhã ia para escola e a tarde ia pro Educandário. Aí num dia que a S. não foi. Que a S. tinha uma atividade aqui na escola, e ela marcou encontro com esse menino. Saiu do Educandário três e meia da tarde, em vez de vir embora para casa, foi encontrar com ele. Aí se perdeu com esse menino. Aí chegou em casa falou para nós, eu percebi que ela tinha chegado tarde. Falei “onde que você estava? Eu estava preocupada”. “Aí, o ônibus quebrou. Por isso que eu não cheguei na hora”. E aí, passou uma semana. Aí um dia, eu tinha uma reunião num domingo de manhã. Não sei o que me deu de entrar no quarto dela. Aí eu não vi ela. Falei “Cadê a A.?” Olhei no banheiro, olhei lá fora. Aí falei desesperada pro meu marido “A A. não está aqui! A A. não está aqui!” E a S. foi vasculhar o celular dela. Aí viu que ela tinha se encontrado com ele sabe? E tal. E aí a gente foi, meu marido foi atrás dela, já sabia, já tinha mais ou menos. Só pode estar com esse menino. Aí ligou pro irmão dele, tudo, disse que ela estava com ele mesmo. Disse que ia passar o feriado. Isso era num domingo, ia voltar na terça-feira. Simples assim. Então eu me preocupo demais com essa menina. A S. não. A S. é nova, mas tem uma cabeça fora de sério. Mas a A., só por Deus. É uma boa menina tudo, mas tem a cabeça mole como diz os outros. Cabeça mais fraca. Aí é isso né. Eu pego e fico. Aí eu vou trabalhar. Aí eu chego esse horário que você viu. Aí só, a gente vai na igreja. Eu só não vou na igreja de terça e quinta. Ah... graças a Deus agora elas ajudam, fazendo comida. Agora eu não me preocupo tanto com essa parte, porque elas ajudam. Limpam a casa do jeito delas, mas limpam. Apoia nessa parte. Mas, é isso.

Título: Família.

Interpretação: fala da família que constituiu. Fala do filho que é indeciso, a filha que é namorada e por isso tem cabeça fraca, o marido que não a entende porque tem a cabeça diferente da dela. Não fala diretamente de si, mas demonstra a preocupação com os filhos e conflitos na relação com o marido. Fala sobre cada um de maneira individual, sem integrar na dinâmica familiar. Mas fala de aspectos que a preocupam, que exigem a sua compreensão e cuidado. Mas não fala de suas necessidades e quem se preocupa com elas. O uso de cores no desenho indica uma tentativa de aproximação afetiva e a ausência de chão um distanciamento da realidade.

Colaboradora 4 - Unidade de Produção 3

Figura 18: terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 4.



Descrição: antes de iniciar o desenho ela diz “Mais desenho? Ai meu Deus. Eu não sei o que vou fazer mais não. Mas eu não sei o que vou fazer. Já fiz. [Pode ser qualquer coisa.] Aí vai me perguntar daquilo ali, não sei mais o que falar”. Ao iniciar ela gira a folha no sentido anti-horário, pega o lápis marrom e desenha uma casa grande, escreve “igreja” e faz a janela.

Estória: É onde que eu vou. É onde que eu encontro força, que é em Deus. Mas é assim onde a gente se reúne, para estar horando, buscando a Deus. Para Deus nos dar força para continuar né, porque os dias são difíceis. Para que Deus, peço para que Deus venha me dar sabedoria para lidar com a S., a A., com meu esposo, com meu filho. Porque, as vezes eu falo, sozinha eu não consigo não. Mas se o Senhor me ajudar eu vou conseguir. Então é um lugar de refúgio, que eu me refugio. É um lugar que eu me refugio para estar renovando as minhas forças. Para continuar a caminhar. Para continuar a enfrentar as situações, as circunstâncias né, que enfrenta no dia-a-dia, na minha casa, no relacionamento. Em tudo. Onde que tem pessoas que estão dispostas a conversar, aconselhar, a orar junto. Pessoas amigas. Então é um lugar que eu me refugio. [E como você se sente nesse lugar?] Ah... é muito bom. Muito bom. Lugar agradável, tranquilo. Onde você sente acolhida sabe? Lugar que eu gosto muito. [E essa igreja que você desenhou é alguma igreja específica?] É a Deus é amor, onde que eu vou. Porque eu penso assim. Diante tudo isso que eu passei. Agora, louvado seja Deus, eu estou ok. É igual aquele lá, tem hora de plantar. Tem hora de arrancar o que plantou. Eu estou, graças a Deus, eu acho que eu estou no descanso um pouco. É, porque diante de todo esse acontecimento. Eu acho que se eu não estive em Cristo, eu não tinha vencido tudo isso. Acho que eu já tinha entrado numa depressão. Alguma coisa do tipo, sabe? Mas louvado seja Deus, Deus me deu força. Pessoas estavam orando pela minha vida. Para mim vencer aquelas batalhas. E graças a Deus deu tudo certo. Eu venci. [E quem são essas pessoas?] Ah são as irmãs da igreja. Nossa, aquelas irmãs eu nunca vou esquecer delas. Do pastor, pessoas assim que. Porque nessas horas você vê quem é quem né. Porque tem pessoas que falam que são seu amigo, que gostam de você, mas no momento mesmo que você precisa de uma visita, de um telefonema, da presença da pessoa a te visitar. Então eles foram muito marcante nesse período da minha vida. Pessoas que estiveram do meu lado. Muitas das vezes a minha família própria, irmãos, irmãs, não foram sabe? Mas eles estavam ali. [Em que período?] Nesse período que eu te falei, enquanto estava passando esse tratamento da quimioterapia. Com meu filho. Nossa eles estão sempre ali presente. Me ajudando, em palavra, no que eles podiam. Em todas as áreas eles estavam ali me apoiando, me dando força. [Você pode dar um exemplo? De alguma situação?] Tipo, eu estava no hospital, esperando para ser atendida. Tinha feito a quimioterapia, comecei a ter febre, fui para o HC. Aí eu peguei. Lá você sabe que demora, lá na UE. E eu cheguei que horário, não sei, fazia bastante tempo que eu estava lá. Aí a R. me ligou, eu liguei para R., falei para ela que eu estava no hospital. Você está a pé? Falei “estou na UE”. E ela pegou o moto táxi na hora e foi lá. E a minha irmã me ligou eu falei que eu estava lá. E a minha irmã não pode ir lá. E ela pegou o moto táxi, foi lá “desde que horas você está aqui?”. Eu não lembro bem, mas já fazia tempo que

eu estava lá esperando atendimento. E eu querendo deitar, porque eu não estava bem. E aí ela falou “não”, foi lá, falou com a enfermeira “olha a situação que ela está. Não pode ficar dessa maneira.” Aí ela foi lá, arrumaram um leito para mim. Aí eu tive que ficar internada. Porque eu estava naquele período de falta de defesa no corpo, sabe? Aí eu fiquei até internada. E... nessa parte sabe? Vinha na minha casa, me trazia sopa, me trazia comida. Me levava no médico. Coisas assim. Estava bem presente. Porque minha família não é muito unida sabe? Meus irmãos, sabe? Minha família não é unida, cada um por si, Deus para todos. E aí eles são diferentes. Eles realmente, são companheiros, ajudador. Se importa com você sabe? É isso. São pessoas que eu nunca vou esquecer. Que passaram pela minha vida e marcou. Porque independe da situação que eu passei. Eu nunca tive medo de morrer. Porque eu sei que um dia eu vou morrer mesmo. A morte é só um pretexto. De um jeito ou do outro, a gente vai sair desse mundo. Então, medo da morte assim eu não tenho. Mas, quantas das vezes assim, não sei se por causa da situação, você fica mais sensível. Você quer ter uma pessoa para conversar. E como eu estava separada do C., então ela me ajudou muito. Me deu muita força. Foi mais que uma irmã. [E como foi para você receber essa atenção?] Ah foi muito bom né. Porque, as vezes, eu me sentia sozinha pela parte da minha família. Porque nós somos em nove. Oito, melhor dizendo. Oito. São três mulheres e seis homens. Mas morreu um. Mas, eu gostaria que meus irmãos, essa atenção que eles me deram eu gostaria que a minha família me desse apoio. E eu não tive. Por parte deles. Mas eu não tive porque eles também tiveram. Eu acho que por causa da nossa convivência. Da nossa criação. Porque quando a família é mais unida. E é isso que eu falo pro meu esposo, pros meus filhos. Porque eu sempre penso assim, o que eu passei lá eu não quero que seja para eles. Eu até falo isso pro meu filho. Se um dia a mãe chegar a faltar, você [...] suas irmãs. Eu falo com ele. Eu toco nesse assunto com eles. Porque a família é tudo, a família é a base de tudo. Eu sei que cada um tem seu pensamento, sua cabeça, mas eu acho que tem que ter aquele sentimento de cuidar um do outro. E é nessa parte que eu falo que eu gostaria de ter tido parte da minha família que eu não tive. Foi onde que, de alguma forma, elas supriram isso em mim. Porque aí eu pude ver “nossa, mas fulano, eu estava atravessando por essa situação e ela sempre estava ali. Era no hospital, era no médico. Às vezes eu estava aqui passando mal, chegava com sopa. “Ah vou fazer uma sopa, vou te levar”. Trazia uma canja. A outra, no dia que eu sai do hospital, estava me esperando aqui com bolo no dia do meu aniversário. Passei aniversário no hospital. Aí cheguei aqui ela estava com um bolo para mim. Sabe, foi muito bom. Então são pessoas que eu nunca vou esquecer.

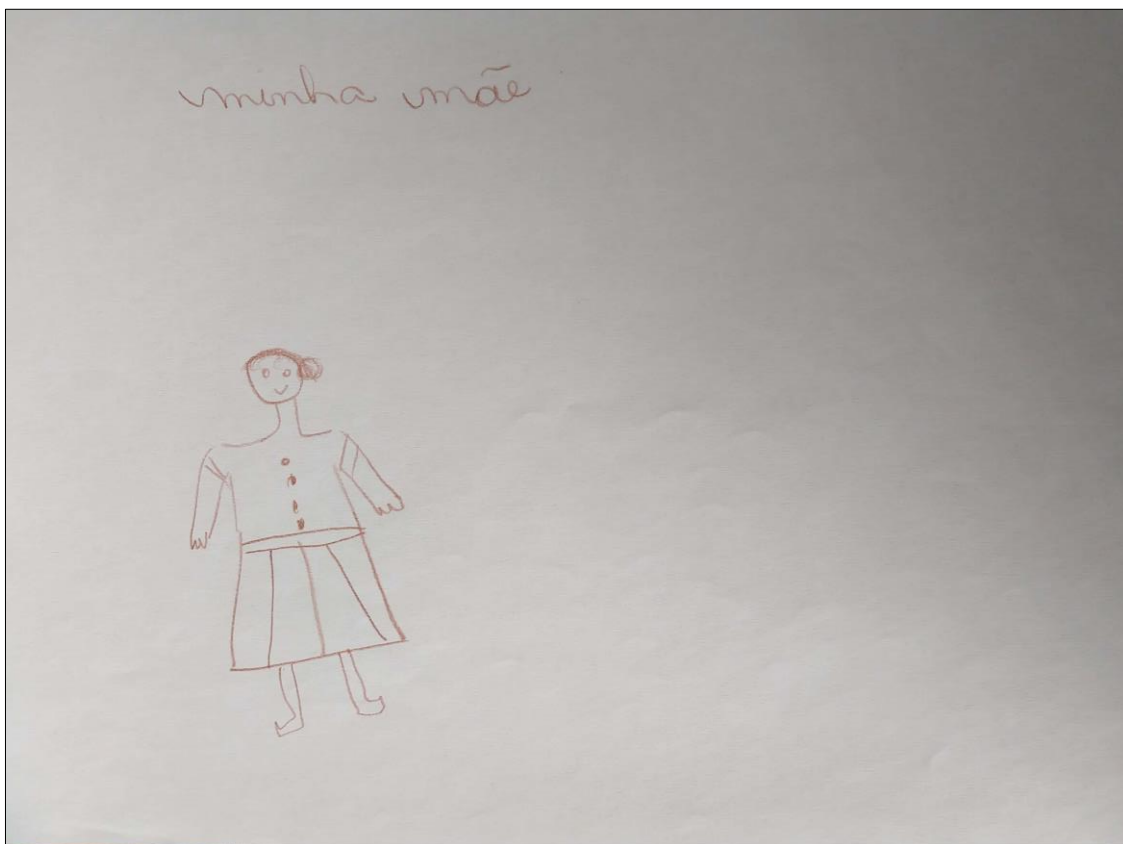
Título: Minha segunda família.

Interpretação: A Igreja é seu lugar de refúgio, de paz, onde encontra forças. É onde encontra pessoas amigas, dispostas a conversar, a orar juntos. A fé e o suporte oferecido pelas pessoas da Igreja a ajudaram a passar por eventos muito adversos como a quimioterapia. Diz que não tem medo da morte, mas que algumas situações a deixam mais sensível, precisando de um apoio, de uma conversa. Gostaria de ter recebido esse suporte de seus irmãos, mas sua família é mais distante, cada um por si. Atribui isso à criação e convivência que tiveram na infância.

O desejo de ser cuidada pela sua família de origem parece ser o fio condutor dessa Unidade de Produção. Há uma tentativa de integrar cores ao desenho, ao usar a cor marrom em todo o desenho. O tamanho do desenho pode indicar aspectos agressivos da personalidade.

Colaboradora 4 - Unidade de Produção 4

Figura 19: quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 4.



Descrição: Antes de iniciar o de desenho diz “Mais desenho? Meu Deus não tem mais o que desenhar não moça. Não tem mais desenho.” Gira a folha em sentido anti-horário, pega o lápis

marrom e desenha uma pessoa. Quando peço para ela dar um título, ela olha para o desenho e uma lágrima escorre pelo seu rosto. Permanece por alguns segundos olhando para o desenho e lágrimas vão escorrendo pela sua face. Quando ela se acalma, pergunto se gostaria de tomar uma água, ela diz que sim e também me oferece um copo de água.

Estória: Sim. Minha mãe. Apesar do jeito que ela era. Até quando eu saí da minha casa [...], mas eu creio que na cabeça dela ela achava que estava fazendo o melhor. Porque ela foi uma mãe lutadeira. Eu nunca lembro dela ter dado, dela ter dado um abraço quando eu era pequena. Mas porque ela não tinha como ter dado o que ela também não teve. Do jeito que a mãe dela fez, ela fez com nós. Aí, depois que a gente saiu de casa, tudo. Que eu vivi minha vida, que voltei, casei com o C. Ela, conforme a vida ela foi amadurecendo. E aí, foi onde que a gente começou a conviver um pouco melhor. [Quando foi isso?] Eu casei em 2001. Dois mil, noventa e nove ainda estava na casa dela. Isso, quando eu casei com o C., que eu casei em 2001. 2002, 2003 a gente começou a conviver um pouco melhor. Porque até então, era minha mãe, tudo. Mas não tinha aquela coisa de mãe para filha sabe? Aquela coisa assim? Mas, eu já estava indo na igreja. Aí eu comecei a aprender a perdoar, porque eu tinha muita mágoa dela. Tinha muita mágoa dela por causa da vida que eu vivi com ela. Ficava muito focada no passado, no sofrimento. Achava que a minha vida estava daquele jeito por causa da culpa dela. Enfim, a situação que eu vivi. Aí foi onde eu consegui perdoar ela. Foi quando a gente começou a conviver um pouco. Eu comecei a entender ela um pouco melhor. Eu comecei a ver que ela foi do jeito que ela foi para mim, porque ela achou que ela estava fazendo a coisa certa. Estava fazendo a coisa certa. Porque a mãe dela falava que a mãe dela era muito ruim para ela. E ela também, pelo jeito que ela contava, ela também saiu de casa muito cedo. Porque a minha avó também batia muito, espancava muito também né. Foi onde a vida dela também não deu certo. Foi uma vida muito frustrada. Eu acho que ela não queria que tivesse acontecido aquilo para ela, mas por causa da circunstância, falta de maturidade levou aquela situação toda que ela vivia. Então, aquilo que ela tinha que ela repassou para nós. Então, eu sempre falo pros meus filhos “olha”, eu já não, eu já pensei diferente. Do jeito que a minha mãe foi para mim eu não quero ser pros meus filhos. E é o que eu tenho tentado mostrar para eles isso. Mas aí, antes dela morrer, tudo, a gente tinha uma boa convivência. Eu já conversava com ela. A gente tinha um diálogo. Eu falava “mãe, não é assim”, ela já me ouvia. Tinha paciência para estar falando com ela e entendo a situação que ela colocava. Hoje até que ela me faz falta. Hoje eu sinto falta dela. Porque nesse período ela esteve presente na minha vida. Eu fui para casa dela, ela cuidou de mim. [Que período?] Esse período da quimioterapia. Da descoberta do câncer. Porque aí eu,

quando a gente descobriu em setembro, já em novembro já fez a cirurgia. E aí já comecei as quimioterapias. Aí eu lembro, eu fiquei um tempo na casa dela. Passava mal, muito mal. Aí ela cuidou de mim. Aí ela fez papel de mãe dela. Aí eu lembro que ela fez o papel de mãe né. [Por que? Você pode me dar um exemplo?] Porque eu senti aquela preocupação que ela tinha por mim. Acho que ela pensou que eu ia morrer né. Porque todo mundo que está com câncer já fala “vai morrer né. Está na última.”. Então, aí ela se aproximou mais. Eu senti que ela aproximou mais. O medo da perda fez ela aproximar mais. Foi isso. Ela me ligava todo dia. Quando eu voltei para casa. Ligava tanto que até enxia o saco. Hoje eu sinto falta do telefone tocar (chora), mas eu sei que não vai tocar. Ai... coisas que acontecem na vida da gente né. Que a gente tem que superar. Aí tudo isso me fez... eu não sei, parece que eu não sei explicar sabe? Eu acho que isso causou alguma barreira na minha vida? [Por que?] Porque, olha mesmo com tudo isso que aconteceu na minha vida, a minha irmã ainda falou para mim assim “ai, parece que você é blindada.” Tipo, eu não sei se é tanta coisa que aconteceu, eu não me abalo muito. Não sei. [Como assim, não se abala muito?] Tipo assim. Minha irmã falou que quando eu fiquei sabendo que meu filho se acidentou e tudo, claro veio aquele choque, tudo. Aí eu via ele todo intubado, do jeito que ele estava lá. Os médicos lá no, tipo assim “a gente fez né, agora ele tem que reagir”. E a minha irmã lá, desmanchava em chorar e eu ali não sabe? Como se fosse, não sei algo normal. Mas tipo assim? Não sei te explicar. [Mas como que você se sentia?] Ah, eu olhava para ele eu tinha certeza que ele não ia morrer. [Por que?] Eu tinha certeza que ele não ia morrer. Você não vai crer, mas eu tinha certeza que ele não ia morrer. Entendeu? Médico, esse mês, esse mês não. Final do mês passado, o doutor lá da USP falou para ele assim “J. falaram para você que a sua massa encefálica parou?”. Aí eu peguei né, porque eu sou falei “doutor, você está querendo dizer que vocês iam constatar morte cerebral no meu filho e o cérebro dele voltou a funcionar de novo?” Ele falou “é isso mesmo”. Entendeu? Então, eu tinha certeza que ele não ia morrer. Porque ela ficava esperando que eu ia ficar chorando, me descabelando. E no velório da minha mãe também. Porque minha mãe teve um infarto, uma parada. Mas minha mãe já tinha tido problema de coração. Ela já tinha tido umas duas vezes antes dessa. E outro enfisema pulmonar. Enfisema pulmonar deve ter tido uns três ou quatro. Aí nesse, que ela teve essa parada cardíaca. Como ela mudou pro Parque dos Servidores demorou muito para chegar, para ter socorro. Mas mesmo assim, ficou quase quinze dias lá na UE. E... eu lembro assim, eu não fiquei triste na hora. Chorei. Chorei? Não chorei. Aí depois, no velório. No velório quando a minha vizinha da minha mãe, que morava em frente, chegou em mim e começou a conversar comigo. Falou “nossa b. agora nós não temos mais a sua mãe né”. Aí que me veio aquele coisa, que eu chorei naquele momento, mas depois passou. Então, tipo assim parece que eu sou dura,

não sei. Não sei o que acontece. [E como que ficou isso depois?] Então, passou né. Você está falando da morte da minha mãe né? [Uhum.] Então, passou. Enterrou ela, tudo, ficou normal. Aí depois de um tempo, eu vi as meninas pegando umas fotos da minha mãe aqui, que tem umas fotos. Elas começaram a chorar. Eu ia lá... Porque eu tinha que ser forte para elas. Então, acho que era isso também. Eu ficava tirando força por causa das pessoas. Minha filha, não chorava por causa das minhas filhas. Sei lá. Porque eu tinha que ser forte, eu tinha que ser forte. Eu ficava com aquilo na minha cabeça. Eu tenho que ser forte. Mas depois de um tempo eu comecei, eu lembro que alguns episódios, eu acho que a ficha caiu né. A ficha caiu que a minha mãe tinha morrido tudo. Depois de um ano já. Aí era eu que pegava foto. Aí eu lembrava e começava a chorar. Ou eu estava fazendo comida, as vezes, e vinha aquela lembrança e eu começava a chorar. [E o que aconteceu para sua ficha cair?] Tipo assim, que você não vai ver mais a pessoa. Ela me ligava todo dia. Todo dia ela me ligava. Não tinha um dia que ela não me ligava. Aí eu comecei a perceber, a cair aquela ficha né. “acorda, não vai ter mais. Você não vai ver mais”. Aí foi onde que eu comecei a cair em si. Até hoje, as vezes eu apro assim, mesmo com tudo que aconteceu eu queria ter ela aqui. Eu queria ter ela. Me ligando. Perguntando dela. Ela me chamava de irmã. “Como é que você está?” [Por que ela te chamava de irmã?] Por causa da igreja. Porque lá a gente chamava o outro de irmão. [Vocês iam na igreja juntas?] Não. Ela estava, ela começou. Depois de um tempo. Através de mim ir, aí depois de uns anos ela começou a ir também em uma outra. Mas lá.

Título: Minha mãe.

Interpretação: ressignifica a relação com a mãe ao se sentir cuidada por ela durante a quimioterapia. Acredita que o medo de perder a filha, fez com ela se aproximasse mais da colaboradora 4, possibilitando o diálogo e o cuidado entre mãe e filha. Após a morte da mãe, lida com seu luto de uma forma “dura”, pouco chora. A irmã diz que ela é blindada. No entanto, um ano depois ela diz que sente falta da mãe, que chora ao lembrar do cuidado recebido.

No entanto, chama a atenção no desenho onde está representada apenas a mãe, sem nenhum outro elemento, sem relação. A ausência de chão no desenho indica menor contato com a realidade e a pouca integração de cores no desenho supõe uma tentativa de aproximação afetiva.

Colaboradora 4 - Unidade de Produção 5**Figura 20:** quinto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 4.

Descrição: antes de iniciar o desenho ela diz: “Tem que desenhar de novo? Ah não, não brinca não. Não tem mais desenho. [Você quer terminar os desenhos depois? Na próxima?] Quantos eu tenho que fazer? [Está acabando.] Mais, quantos tem mais? [riso] Quantos desenhos eu tenho que fazer ainda? Meu Deus. [Está difícil fazer os desenhos?] Nossa”. Gira a folha em sentido anti-horário, pega o lápis marrom e desenha uma pessoa.

Estória: Essa aqui é minha irmã. [...] Ela é minha irmã por parte de mãe. Ela não foi criada com nós. Assim, com a minha mãe né. Minha mãe teve ela e deixou ela ser criada pela família do pai dela. E... ela não vive muito bem com nós. É uma pessoa muito difícil. É uma pessoa revoltada porque minha mãe não criou ela, sabe? E [...] essa raiva, ela guarda no coração. Eu lembro que uma certa vez ela pedia, ela queria que a minha mãe reconhecesse ela como filha. Porque minha mãe não registrou ela no nome da minha mãe. Ela só é registrada no nome do

meu pai. Do pai dela, melhor dizendo. E.. aí eu lembro que uma vez eu conversei com a minha mãe. Falei “mãe a senhora sabe que ela é tua filha, tudo. Vai lá mãe. Reconhece logo”. Aí minha mãe falou que ia lá registrar ela. E minha mãe só falou e não foi. Ixi minha filha. Até hoje. Mesmo com a minha mãe morta. E ela morreu de mal, ela não estava conversando. Ela não estava conversando com a minha mãe. E até hoje ela joga isso na nossa cara. Eu tento fazer de tudo para conviver com ela. Para ser amiga, mas não tem jeito não. Ela é uma pessoa muito difícil. Eu gostaria que fosse diferente. Mas infelizmente. [Ela mora aqui?] Mora. Em Ribeirão. Mora. [E como você gostaria de que fosse?] Ah eu gostaria que ela fosse uma pessoa, que ela liberasse esse perdão. Que ela perdoasse a minha mãe. E que ela tentasse ser uma pessoa diferente. Mudar esse jeito dela. Já tentamos para que ela passasse com um psicólogo. Ela não quer. Aí fica alimentando aquilo e aquilo não deixa as pessoas se aproximarem dela. Quando começa a se aproximar, ela sempre faz alguma coisa sabe? Cria sempre alguma coisa, uma situação para ter inimizade. [Você pode me dar um exemplo?] Um exemplo dessa situação? Tipo, ela... qual exemplo eu te dou. Ela deu a casa dela lá no Paiva. Minha mãe morreu, ela deixou um salão, uma casinha e uma casa que ela tinha no Alto do Ipiranga. Ela desceu. Eu tenho um irmão que mora numa casinha de três cômodos, e ela foi morar no dois cômodos que tem no salão. Beleza, tudo bem. E ela já morou lá e não pagou as contas. Deixou IPTU lá, as contas, virou uma bola de neve. E aí, nós que tivemos que pagar essa dívida que ela deixou. E ela retornou para lá de novo. Meu irmão deixou ela entrar lá. Aí eu fui lá, conversei com ela. Tive a boa vontade de falar para ela que a gente queria reconhecer ela como irmã, tal. Aí ela pegou, ela ficou nervosa. Ela só não me agrediu porque o meu irmão estava lá e segurou ela. Aí [...] eu não deixei entrar no meu coração aquilo, nada. Aí agora, um tempo atrás agora, ela se desentendeu com o meu irmão por causa de um talão de luz. Aí ela quebrou o vidro da porta. Quebrou a janela. E falou para ele, chama seus irmãos agora. E começou a gritar que não gosta de nós sabe? Maior babafá. Eu só sei que ela é uma pessoa muito difícil. Muito difícil mesmo. Tem um gênio muito difícil. Só Deus para mudar o coração dela. [E como é para você?] Ah é horrível. É horrível. Ela fala que nós não aceita ela, mas eu acho que é ela que não se aceita. Ela que não se aceita e fica vivendo só naquele mundinho sabe? Naquela situação de mãe que não reconheceu. E que a vida dela está daquele jeito por causa que a minha mãe deixou ela lá com a família do pai dela. E com isso ela fica se envenenando com aquilo e fica tentando envenenar a gente também. E aí, o que você faz? Se afasta. Se afasta. Aí ela fala que ela é rejeitada. Mas não é que é rejeitada. Você tenta e a pessoa só. Você vai conversar com ela, as vezes você vai lá “vim te visitar”. E ela fica com o mesmo assunto. Mesmo assunto. Você cansa! Você vai ver ela, ver como ela está, se está tudo bem. E não tem um santo dia que você vai que

você não encontra, que não toca, que não fala e começa a chorar. Sabe, remói aquilo. Aí você cansa daquilo. Aí você não quer ficar perto. É complicado. Não é fácil não. Agora ela voltou para casa. Depois dessa briga que ela teve com o meu irmão. Aí eu não voltei na casa dela não. [Faz quanto tempo?] Ah, já tem quase dois meses. Aí eu não voltei lá não. [E antes você via ela com que frequência?] Raramente. Porque eu ia lá, porque era sempre assim “ah para você a mãe pagou a carta. Para mim, ela nunca deu um leite para minha filha”. Só vendo coisa negativa. Só vendo o passado. Só, sabe? Aí eu não M., mas você tenta levar para um lado e ela sempre levando pro mesmo negócio. Nossa é complicado. Eu oro para Deus mudar o coração dela, a mente dela para que ela não venha a morrer dessa maneira. Porque meu Deus do céu. [Tem mais alguma coisa que você quer falar?] Não. Só isso mesmo. Queria que ela mudasse. Ela é mãe, avó. Quando não briga com um, briga com outro. Ah é difícil lidar com isso, todos os meus irmãos se afastam. Aí tem só ela e os filhos dela, e os netos. Título né? A irmã incompreensível.

Título: A irmã incompreensível.

Interpretação: resiste bastante para iniciar o desenho por achar uma tarefa muito difícil. Na folha desenha apenas a irmã, sem um chão indicando distanciamento da realidade. Fala sobre a irmã que é muito difícil, que tenta se aproximar, mas cansa e acaba se afastando. Demonstra seu desejo de aproximação familiar e de evitar o conflito. Quer se desvencilhar do passado para poder viver uma nova relação, como fez com a sua mãe. Mas a irmã mantém o mesmo modelo de relação que tinha no passado.

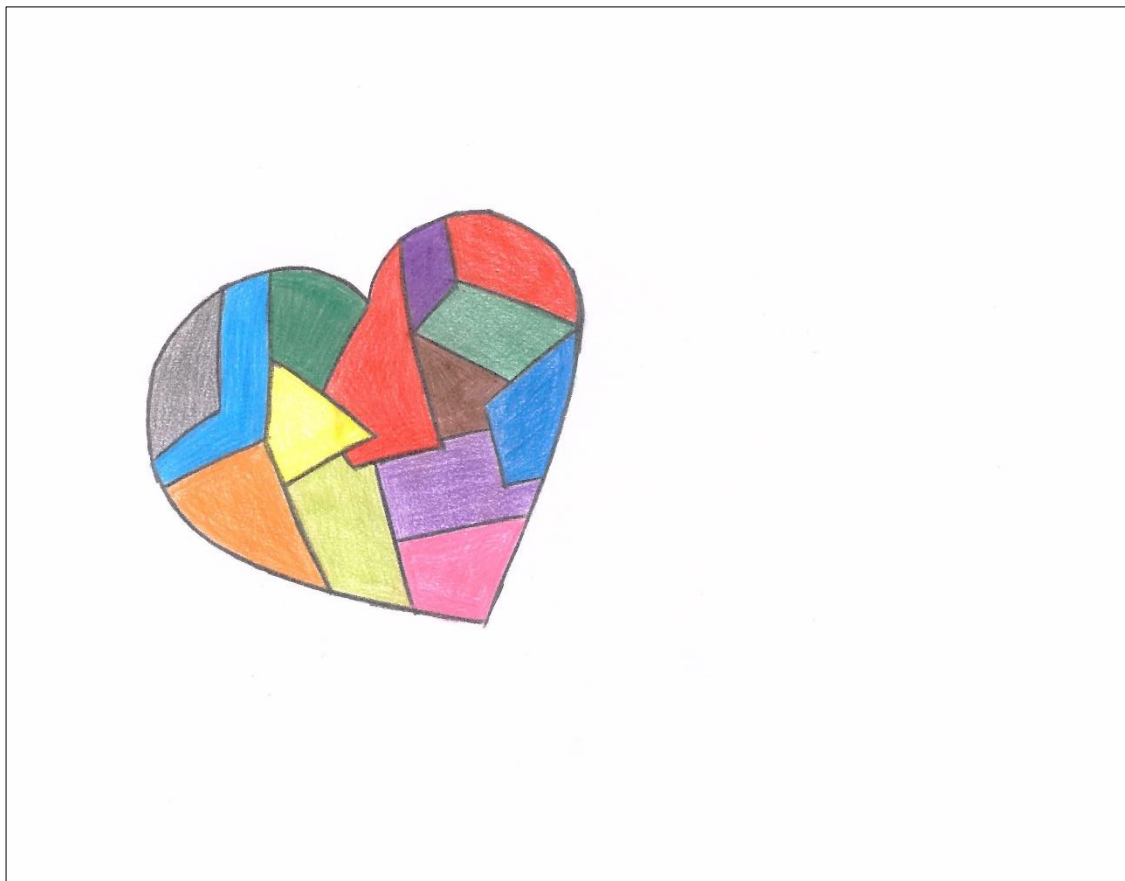
Síntese Geral

Logo na primeira UP, retoma experiências da sua infância e do seu passado mais próximo que foram muito difíceis, como se ela tivesse sido “atropelada” pela vida. Apesar disso, suporta certa ambivalência ao dizer de aspectos bons e ruins da sua família e ainda pensa que é preciso melhorar. Ao longa das UPs fica claro um movimento de quebra dos padrões familiares e a busca por um novo modelo de relação que envolva maior aproximação e cuidado.

No entanto, as alterações de humor ocasionadas pela menopausa precoce parecem dificultar essa mudança de padrões, uma vez que ela se percebe muito mais estressada e nervosa com os conflitos familiares. Os sintomas da menopausa também antecipam vivências da velhice como o cansaço, diminuição do desejo sexual e maior estresse.

A família que constituiu remete a um espaço onde ela é a cuidadora, onde filhos e marido geram preocupações, enquanto que ao falar da sua família de origem demonstra um desejo de maior proximidade e de poder ser cuidada. A relação com a mãe pode ser ressignificada durante seu tratamento oncológico, quando sentiu-se cuidada pela mãe e pelos “irmãos” da igreja.

A ausência de chão, de sustentação em todas as UPs remete a um distanciamento da realidade. A integração de cores ao desenho foi diminuindo ao longo das UPs, mas se manteve em todos os desenhos indicando uma tentativa de aproximação afetiva. Também observou-se uma diminuição de vitalidade nas duas últimas UPs.

Colaboradora 5 - Unidade de Produção 1**Figura 21:** primeiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 5.

Descrição: a entrevista foi realizada no local de trabalho da participante. Não houve interrupções e a participante não demonstrou preocupação em ter que voltar ao trabalho durante a entrevista. Antes de iniciar o desenho diz: “Qualquer coisa? [Qualquer coisa.] Nossa [riso]. Que difícil. É... pode ser forma geométrica? Qualquer coisa? [O que você quiser, do jeito que você quiser.] Vichi Maria. Hum. Eu não sei desenhar [riso]. Eu não sei desenhar. [Não?] Não. É bem difícil”. Pega o lápis preto e começa a desenhar um coração com riscos na parte de dentro. “Eu nem sei desenhar direito viu. Para falar a verdade”. Enquanto pinta os espaços dentro do coração gira a folha na vertical e depois volta na horizontal. “Eu vou acabar com a ponta do lápis, porque eu gosto só de coisa forte. [Não tem problema.] Aqui tem muito barulho, você percebeu né. Gente batendo porta. [Você acha que te atrapalha?] Não. Acha. Se você ver a sala que eu trabalho, o tropé que é. Tem hora que começa a falar muito alto. Tem hora que. Aí resmungo muito. [...] Mas, eu saio tomar uma água. Eu falo que criei a técnica do café.

Começa a me estressar eu saio para tomar uma água, saio para tomar um café. Tem hora que tem que beber muita água e muito café né [riso]. Ah, depende o dia bem. Sexta-feira eles estavam com um pepino lá para resolver de última hora. E aí começa a xingar. Eu peguei minha bolsa e fui embora. Não tinha nada a ver comigo. Aí eu falei “não vou oferecer ajuda, se não é capaz de ficar estressada igual eles”. E fui embora. Por causa do horário. Eu já falei “tchau para vocês, bom final de semana”. Quis nem saber se deu certo ou não. Antes eu ficava muito... sabe querendo ajudar. Carrega muito para mim. Esse tempo que eu fiquei em casa, semana passada para pegar os desenhos lá, para pintar. Aqueles eles chamam de cordel, sabe? É, é bem intenso sabe? Não é colorido, nada. Então as formas dava para fazer em casa. Mas também era de momento. A hora que cansava eu já colocava pro lado. Aquela floresta encantada, sabe? [Aqueles livros?] É. É. Eu tentei. Peguei um tempo, mas tinha dia que eu não queria ver eles na frente. Não ia. [fica em silêncio por 10 segundos] Devia ter feito um desenho menor. Meu braço já está. Não suporta muito movimento, nossa. [É? Por que?] Ah ele está doendo esses dias. Não sei se é o tempo. Quando fica tempo de chuva, o braço fica meio sabe? Ele dá a previsão do tempo. Ele chora. [Da primeira cirurgia ou de agora?] Olha, desde a primeira viu, mas agora intensificou mais. Está mais, agora é direto. Puxa né o braço por causa da radio também. E aí começa a ficar, sabe? Aperta. [...] Sujou um pouquinho”.

Estória: Eita! [risos] Vichi. Inventar uma estória? Qualquer? Curta? Rápida? [Do seu jeito.] Ah... sei lá. A vida de uma pessoa que por vários caminhos diferentes, percursos diferentes. Caminhos mais escuros, outros mais leves. E... tudo isso dentro dum... dependendo dum... dentro do amor de alguém, um amigo, alguém acompanhando. [Você pode me dar um exemplo?] Ah o meu! O meu é tipo... tipo, a gente tem uma vida que... em casa, minha família, tem os meus amigos. Tem as partes boas, tem as partes obscuras, aí as partes do tratamento né, que são as partes mais escuras [aponta para a parte preta no desenho]. Mas que tudo isso está dentro do amor de todos eles né. Família. Porque depende muito né. Depende da gente mas depende dos outros que estão do nosso lado também né. Ajuda muito. [Ajuda no que?] Ah... nos momentos que a gente fica mais deprê né. Ou nos momentos que fica mais irritada. Eu ficava muito irritada. Saía xingando todo mundo e eles tiveram uma paciência enorme [riso]. É. Aí é mais. Porque tinha dias que você não queria falar com ninguém, você queria ficar na sua casa e eles compreendiam isso, sabe? No começo eles queriam ficar muito “ah não, ela não pode ficar sozinha, sabe?” Ai até hoje eu falo, dou uns esporros. Eles falam “ah tá bom. Pode ir, pode ficar lá”. Então é bem isso aí. [E eles, quem que são eles?] Ah... olha, graças a. Teve muita gente que se afastou. Teve muita gente que ia na minha casa e de uma hora para outra

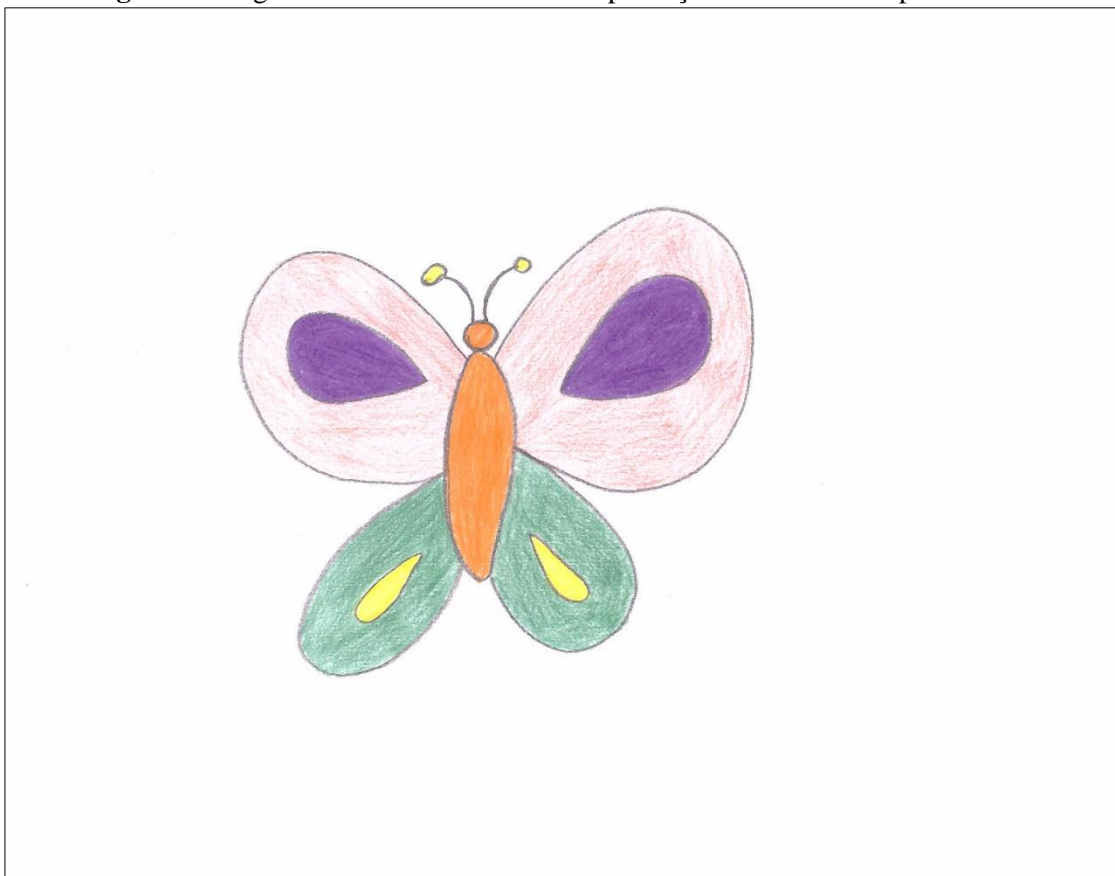
sumiu, nunca mais. Mas graças a Deus eu tinha muitos amigos. Amigos mesmo, de infância, amigos da faculdade que segue para vida inteira. Minha família de um modo geral, minha sogra. Minha mãe, meu pai, meus irmãos, meus cunhados sabe? Então de uma forma geral. Então, ah caiu meu cabelo. Todo mundo cortou o cabelo. Meu pai, meu marido, cunhados, irmãos. Sabe? Ah que nem na parte de limpar minha casa, minha sogra limpa, me ajuda toda semana. Minha mãe lava minha roupa, faz a comida para mim até hoje [riso]. Então todo mundo me ajuda de alguma forma. Minha vizinha, eu levo meu uniforme sem passar, porque a paixão dela é eu chegar e pedir para ela fazer alguma coisa. Então eu levo uniforme para ela passar de manhã. Então, todos eles me ajudaram. Meu pai me ajuda muito. Eu venho trabalhar, eu venho com o carro do meu pai, porque eu não consigo dirigir o meu. Eu vou na academia de manhã. Meu marido é educador físico, ele vai comigo para acompanhar o meu exercício. Às vezes eu sou até. Às vezes não, eu sou muito grossa sabe? Eu fico meio irritada. Mas assim, eu percebo que cada um faz para mim sabe? Às vezes eu tento até tirar um pouco. Que nem, minha sogra. “Eu vou na sua casa”. Não, vamos combinar uma vez por mês. “não, não, não, não”. “A cada quinze dias então”. Falei “tá bom”. Igual semana passada, falou “vou na sua casa eu falei “não”. “Ah não, eu vou sim”. Eu falei você me ajuda já limpando, só que eu também quero poder cuidar da minha casa. Mesmo que não for a melhor das faxinas. Mas, colocar as coisinhas no lugar. Você ajeita ao seu modo. Então agora eles estão sabe, eu estou tentando deixar um pouquinho. Até porque eu sei que é puxado para eles também. Então. Reduz a carga de cada um já que agora eu estou melhor né. [Hoje você acha que dá conta de fazer mais.] Ah, não tudo. Que nem eu fui torce um pano, levantou um nervo aqui. Esse braço está com o nervo inflamado. Então, não dá para eu fazer muita coisa. Então no dia a dia, dá para mim cuidar, para vir trabalhar graças a Deus. Eu cato o carro venho dirigindo, volto dirigindo. Se eu tenho que ir em algum lugar, eu consigo ir. Eu sei que tem muitas que não tem essa possibilidade. Que não consegue nem levantar da cama, ou que infelizmente acaba falecendo. Então assim, eu até, as vezes brinco com o pessoal. Chego toda animada “bom dia Brasil, boa tarde Itália”. “Nossa eu não sei como você consegue vir trabalhar animada.” Eu falei “gente eu consegui levantar cedo para vir trabalhar. Tá bom”. Tem dia que você está de mau humor para tudo, você tem que levantar para trabalhar. Mas de modo geral eu agradeço muito sabe. Porque é bem difícil a gente ver quem passa por esse tipo de tratamento, conseguir tocar assim. É lógico que tem coisa. Tipo, pegar o carro do meu pai todo dia, me corrói por dentro. Mas não tem outra forma. A outra forma que tem é eu vir de circular. Mas aí tem fazer um esforço maior, tem que parar ali embaixo, tem que subir a pé. Aí eles acabam não deixando, eu tenho que pegar o carro. São coisas que me incomodam. Eu sempre fui muito orgulhosa. Eu faço. E aí, de uma hora para outra, precisar dos

outros é complicado. Às vezes, eu peço pro meu marido “lava o banheiro para mim, eu não consigo esfregar né. Não da.” Às vezes a gente usa como desculpa. Lógico [risos]. Aí ele fala assim “eu não gosto de lavar o banheiro”. “E eu também não gosto de fazer tratamento e tem que fazer. Você ainda tem a opção de não lavar”. Aí ele “ah tá bom vai”. Tudo, tudo, tudo eu não consigo fazer. Se eu pegar para esfregar, eu vou esfregar, mas aí eu tenho medo do braço inchar, tem que usar a meia. Então a gente se policia um pouco quanto a isso né. Mas de modo geral, eu consigo fazer praticamente tudo né. [O braço já inchou alguma vez?] Ele fica pouca coisa. Teve um dia que eu fui fazer as medidas, estava com 1 centímetro só de diferença. Aí ta vendo. Quando pica alguma coisa, ele demora um pouquinho mais pra. Teve uma vez, final do ano que eu abusei na faxina. Faxina de final de ano. Coisa besta da gente. Aí inchou o braço inteiro. Ficou uns 10 dias. O ano passado o bicho me picou, virou um negócio aqui. Graças a Deus voltou no normal. Incha, incha. É linfedema né que ele incha. Aí eu falo “aí é muito mais complicado. Então não vamos abusar. Vamos fazer dentro do limite.” Vou limpar a casa, tirar o pó e sentar. Aí vou lá, passo uma vassoura no chão. Sento na TV, cato o celular. Vai a prestação sabe [riso]. Mas dá para fazer.

Título: Coração de fases.

Interpretação: existe uma forte integração de cores no desenho, indicando proximidade emocional. Ao falar sobre a irritabilidade que tem sentido, fica claro que está a favor da sua autenticidade, como uma maneira de conquistar seu espaço e autonomia.

O coração representa a família que a acolheu durante o tratamento, o lado obscuro. O cuidado recebido implica a ambivalência entre o amor e a dependência. A localização do desenho, lado esquerdo da folha indica uma tendência regressiva.

Colaboradora 5 - Unidade de Produção 2**Figura 22:** segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 5.

Descrição: Antes de iniciar o desenho ela diz: “Hum... vou ter que contar a história depois? Porque aí então [risos]. Outro desenho? Nossa, não vem nada na minha cabeça. Ah, já sei.” Ela pega o lápis preto e desenha o corpo da borboleta e depois as asas. Movimenta a folha nas duas direções enquanto pinta o desenho. Enquanto desenha me oferece água ou café que eu recuso. Enquanto conta a estória mostra uma tatuagem na parte interna do braço direito que diz significar “eu sou mais forte que o câncer”. A tatuagem é uma cabeça com um lenço e dois braços como que mostrando força.

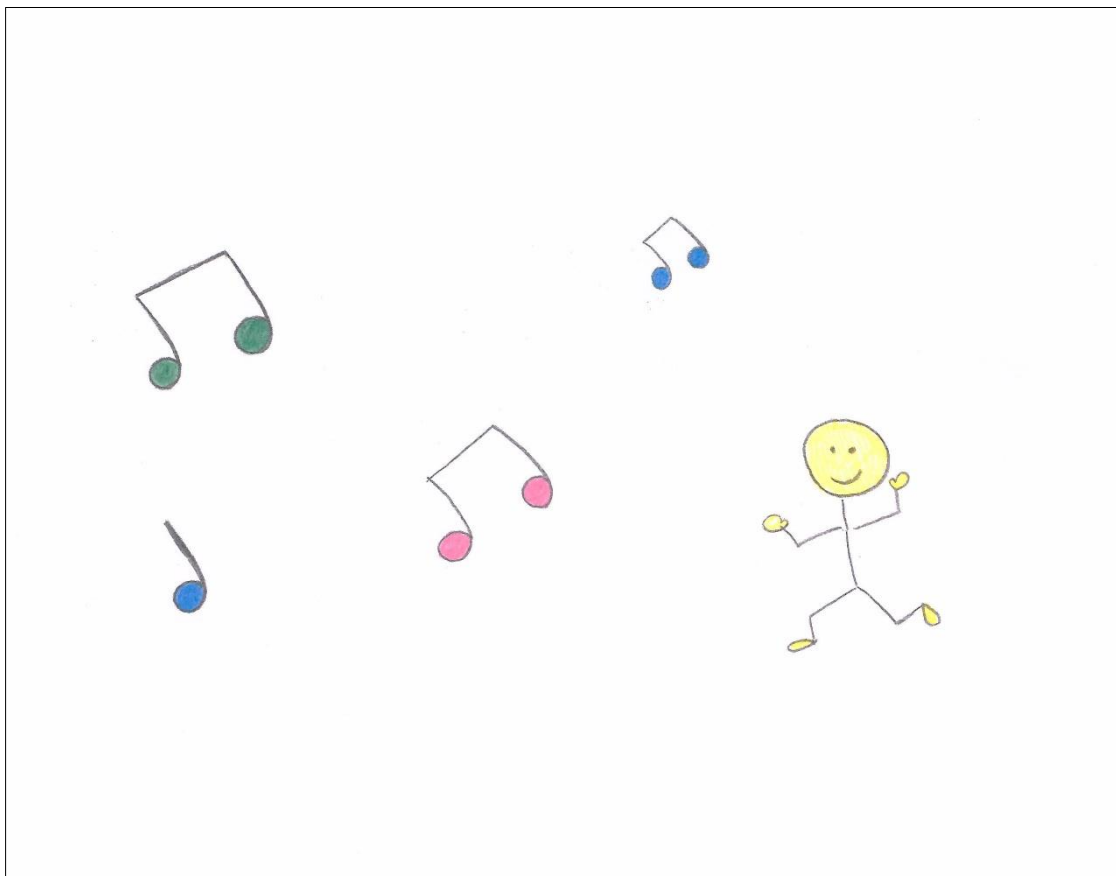
Estória: Não precisa de história não. Tenho medo de borboleta. [Tem medo de borboleta.] Das grandes sim [risos]. Não sei porque. A minha mãe falava que quando eu era pequena meu irmão brincava “Oh a borboleta”. Eu tenho medo. Dessas grandes aí eu tenho medo. Tenho quatro, pequenininhas tatuadas nas costas, mas das grandes. Se entrar uma aqui, eu te largo sozinha e

vou embora. Gritando, correndo [risos]. [E desde quando você tem esse medo?] Ah, desde quando eu me conheço por gente. Medo, assim, pavor mesmo. Se entra uma aqui, se ela está longe e eu consegui correr, beleza. Saio correndo. Agora se ela chegar muito perto eu travo. Travo, choro, não consigo sair, eu faço um escândalo. Uma vez uma sentou na rua sabe? Eu dentro do carro, falei “vou passar por cima dela”. Eu não consegui passar com o carro na borboleta. É besta né. Mas eu não consigo. Eu tenho medo. [Mesmo no carro.] Tava dentro do carro, com o vidro fechado. Porque eu falei “vai que ela entra né.” Mas eu falei que ia passar em cima dela com o carro. Mas eu não dei conta. A história de uma pessoa que tem medo de borboleta até hoje. [E você, disse que tem uma tatuagem de borboleta. O que significa essa tatuagem?] Então, falavam que se fazia perdia o medo. Pequeninha né. Acho que eu tinha que ter feito uma grande. Não sei, os outros falavam de ter medo, tal e eu coloquei quatro aqui nas minhas costas. A primeira tatuagem que eu fiz. Foi quatro pequeninha, até que é bonitinha. Das pequeninhas eu não tenho medo. Aquelas de jardim bonitinha assim, eu não ligo. [...] [E que idade você tinha quando fez a tatuagem?] Ah...sei lá. Acho que tinha uns vinte, vinte e dois, vinte e três. Aí fui fazendo né, fui fazendo. [Você fez outras tatuagens.] Fiz. Tem um coração aqui. [No ombro.] É. Tem um [...] com um coraçãozinho aqui e tem a menininha de lenço aqui. A única que a minha avó gostou [riso]. Essa daqui ela gostou. [Quando que você fez a tatuagem?] Essa daqui o ano passado. Depois da cirurgia e aí, o médico, falava “posso fazer?”. “Não pode.” A hora que eles liberaram eu fiz. Acho que eu fiz no meio do ano passado. [E o que representa essa tatuagem?] Ah, ela tem uma frase embaixo. Tinha uma escrita “eu sou mais forte que o câncer”. Aí eu não coloquei. Eu queria por aqui. Falei não, a menininha está assim, achei melhor aqui [no braço]. Minha avó fala que sou eu com esse lenço. Aí é bom. A gente olha o que a gente passou, mas que já, já foi. Significa que ela, o que estava na frase dela, eu sou mais forte e estou aqui né. Agora eu quero escrever fé. Tipo uma cruz no pé. Vou esperar o médico me liberar [riso]. Vamos ver se eu aguento até lá. [Você pode dar um título?] A medrosa. [A medrosa?] É. Porque vem o povo assim. Meu marido fala “nossa a borboleta vai te catar e vai te levar embora.” Não sei, não consegui ainda. Ele briga, fala “vou colocar você num quarto cheio de borboleta”. Aí só se eu voltar para puxar seu pé, porque acho que me dá um treco. [O que você sente quando vê uma borboleta grande?] Horror, pavor. Sabe desespero assim? Se grita, se corre. Não sei explicar. Mas é pavor tremendo. Na faculdade teve uma vez que eu fiquei 4 dias sem assistir aula. Porque a borboleta entrou, sentou e ficou. Eu entrava e a borboleta saía. Até a última cirurgia que eu fiz, entrou uma borboleta. Ela ficou naquelas placas lá do, da recepção da entrada. Ela sentou lá. E eu com fome, desde as seis e meia. E eu sentava no banco, dava uma cochilada. Abria o olho “cade a borboleta?”. Tava no mesmo lugar. Aí ele

falou para mim assim “A., é uma coisa de louco, você entrou pro centro cirúrgico”, eu entrei pro centro cirúrgico e fiquei olhando, se ela voasse já. Ele falou “a hora que saiu seu nome da tela a borboleta saiu voando”. Saiu voando e foi para dentro. Ele falou “pronto, vai entrar no centro cirúrgico, essa menina vai acordar, vai virar um negócio.” E foi uma coisa tão assim “saiu o seu nome, a borboleta foi lá para dentro e sumiu. Eu não vi ela saindo”. [Quem falou isso?] Meu marido. Meu marido falou “a borboleta ficou lá até acabar a sua cirurgia. Acho que tava guardando lá você”. Que seja, mas que ela fique lá e eu aqui [riso].

Título: A medrosa.

Interpretação: o desenho localizado no centro da folha indica rigidez. Há integração de cor no desenho que remete a uma aproximação afetiva. Não ocorre o distanciamento projetivo uma vez que a participante fala diretamente de seu medo de borboleta, um medo que causa pavor e paralisa. A tatuagem de borboletas pode ser uma tentativa de dar um contorno e uma forma à esse medo incompreendido. Enquanto que a tatuagem que simboliza sua vitória contra o câncer pode ser uma maneira de reafirmar seu desejo de superar o câncer e encobrir o medo de sucumbir à ele. Ao ficar exposta ao outro, a tatuagem acaba obtendo um valor social, uma forma de comunicar ao outro sua subjetividade. A tatuagem que representa a força para superação é a única tatuagem que a avó gosta.

Colaboradora 5 - Unidade de Produção 3**Figura 23:** terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 5.

Descrição: Antes de iniciar o desenho ela diz: “Nossa, está acabando a imaginação aqui.” Pega o lápis preto e desenha notas musicais, em seguida desenha uma pessoas e outra nota. Pinta as notas com lápis colorido. Desenha os pés e as mãos com o lápis preto e pinta de amarelo.

Estória: De um menino feliz. Cantando e dançando. [E por que ele está feliz?] Ah... ele está numa fase boa. Contente. Sei lá. Tá... ele está feliz. Acordou, aqueles dias meio louco que você acorda com o som alto, dançando pela casa sozinho sabe? É assim. [E aconteceu alguma coisa para ele ficar feliz assim?] Acordou bem. Acordou de bom humor. Acordou, falou “hoje ninguém vai estragar meu dia.”. Acordou assim. [E como vai ser esse dia?] Vai ser animado. Quem reclamar ele não vai ligar. Se tiver algum problema ele vai resolver sem estressar. Vai agradecer pelo dia, pela saúde. Nada vai tirar o foco dele do dia feliz. [E a música?] Ah... a música ele está ouvindo de tudo. O que tocar ele está dançando. Não importa o ritmo, o que ele vai estar “quem canta os seus males espante ’né.” Ele está assim. [Tem mais alguma coisa que você queira falar?] Não. Gostei da perninha. Eu fiz errado, mas depois deu para concertar. [Por

que?]) Eu queria fazer igual essa daqui, mas esse ficou para cima aí deu certo. Ele está meio que dançando [riso].

Título: Dia feliz.

Interpretação: na terceira UP a projeção evidencia a negação de todos os aspectos ruins. É preciso dançar para afastar os males, manter-se animado o tempo todo sem se abalar. Existe uma momentânea negação dos medos e caminhos obscuros mencionados nas UPs anteriores. A onipotência se mostra na capacidade de superação de todos os problemas que aparecerem sem estressar, sem ser afetado pelo outro. Possivelmente por terem mobilizado conflitos psíquicos difíceis de serem suportados, aqui os mecanismos de defesa são fortalecidos com o intuito de proteger a estrutura psíquica da angústia gerada.

Colaboradora 5 - Unidade de Produção 4**Figura 24:** quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 5.

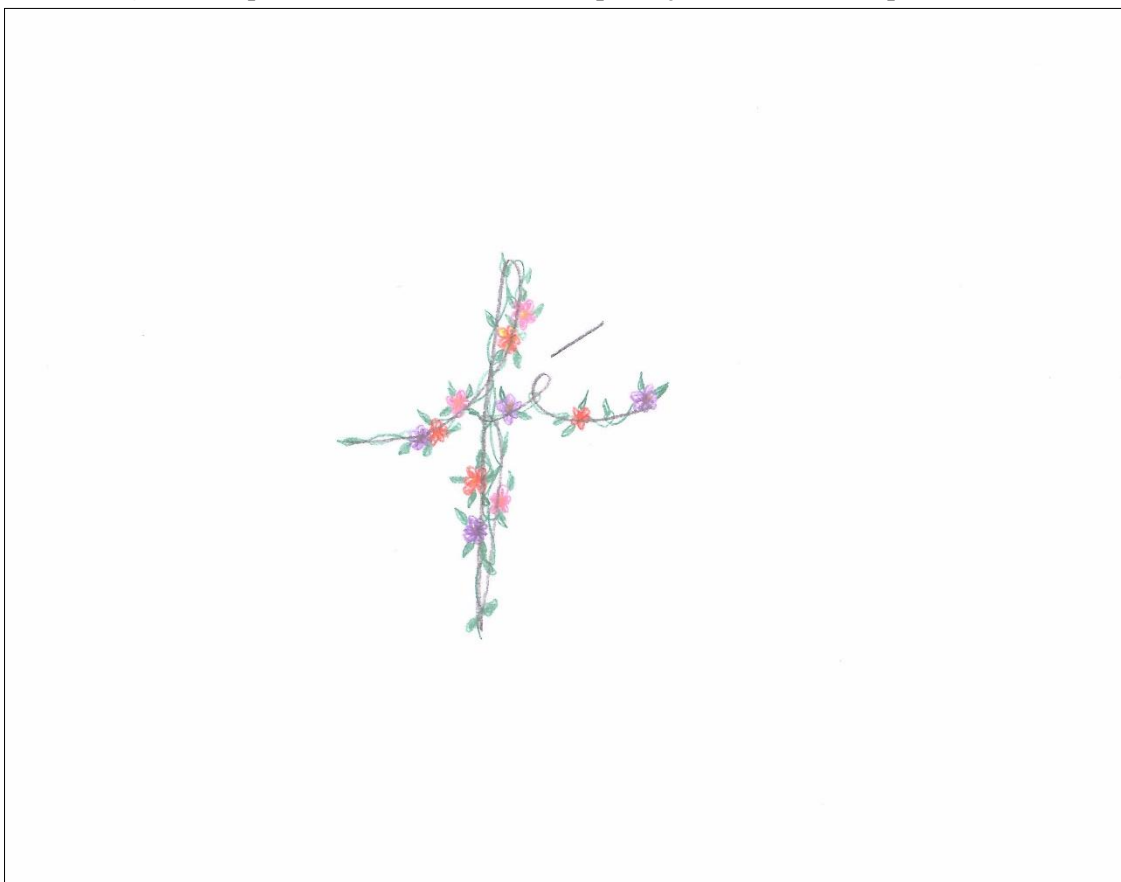
Descrição: Começa o desenho imediatamente, apresentando menor tempo de latência. Pega o lápis verde e marrom para pintar o chão, desenha a árvore, galhos e folhas, as flores, o sol, as nuvens, o céu e pinta mais um pouco a copa da árvore. Enquanto desenha ela diz: “Pelo menos eu to ficando mais rápida nos desenhos né. [...] Acho que eu sou muito impaciente. Eu quero acabar. Faço tudo assim “ah tem que acabar logo”. [...] [fala enquanto desenha, de cabeça baixa]. Achei que ia ficar diferente. Achei que essa cor ia dar um tcham diferente” [fala enquanto desenha, de cabeça baixa].

Estória: Esse aqui é o sítio da minha avó. Tentei desejar um pé de jabuticaba, mas eu não sei. Então lá é mais ou menos assim. Tem árvore, tem flor, tem grama. Então é bem gostoso. [E o que acontece nesse lugar?] Ah é nosso lugar de paz sabe. A gente sempre vai lá. [...] Final de tarde é gostoso. É fora da cidade. É um lugar de paz. Eu gosto bastante de ir lá. Eu consigo ficar, parada, quieta, sem fazer nada. Coisa que eu não consigo fazer em casa ou em outro lugar. Você pediu para criar história, eu to fazendo todas para mim né. Não vale. Só do menininho.

[E quais pessoas que estão aí?] Ah... quando vai a família inteira. Vai minha mãe, vai meu pai, meu marido, a minha irmã, meu cunhado. Tem uma mesinha de bilhar. Às vezes joga um bilhar. Fica bem sossegadinho. Dá para passar a tarde lá. Acho que só. Eu morei lá quando era pequena. Até os 4 anos. [Você morou com a sua avó?] Não, eu morei com o meu pai. Aí minha avó mudou para cidade, a gente ficou até completar os 4 anos. Aí depois a gente mudou para cidade. Tudo a mesma coisa né [riso]. Aí mudou, ela ficou praticamente vazia. Quando o pessoal, cuidava do sítio, aí ficou vazia. Aí a casa foi se acabando né. Aí o meu pai deu uma reformada, deu uma mudada na estrutura e está cuidando agora. [O seu pai mora lá?] No sítio? Não. Ele vai todo dia. 2 quilómetros da cidade. É pertinho. Ele vai com o trator. Corta grama. Já está aposentado, com pouco serviço. Ele fica nervoso porque não tem nada para fazer, fica lá. Mas é um lugar gostoso de ir. Para você descansar mesmo. Bem tranquilo.

Título: Lugar de paz

Interpretação: após diminuição da tensão causada pelas primeiras duas UPs, inicia a quarta UP sem hesitar, no entanto mantém-se nesse local seguro e sem conflitos. Desenha um espaço de paz, onde não é preciso fazer nada. Regrida à infância onde a proteção e segurança, bem como a condição de recuperar esse estado interno, representado pela reforma da casa, são condições oferecidas pela família. As cores são integradas em todo o desenho indicando uma importante carga afetiva.

Colaboradora 5 - Unidade de Produção 5**Figura 25:** quinto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 5.

Descrição: Antes de iniciar o desenho diz: “Manjo... está acabando [riso] [O que está acabando?] As ideias”. Pega o lápis preto e escreve a palavra “fé”, e depois desenha as flores.

Estória: É a tatuagem que eu quero fazer. [...] Fala de fé. É que não ficou bom assim. [Com as flores também?] Com as flores também. É tem todo. Mas a tatoo é mais bonitinha. [E porque você quer fazer essa tatoo?] No tornozelo, aqui embaixo. Eu falo que a fé sustenta a gente né. Eu quero ter uma lógica. Eu sempre falei que ia escrever Fé em Deus. Fé em Deus. Que a fé sustenta. E as florzinhas eu achei bem delicadinha. Achei legal, do que só escrever. Por tudo, por tudo, por tudo, se a gente não ter fé. Não ter fé e cabeça boa, esquece. Você meio que desaba. Então é, a fé é para sustentar mesmo. [E você tem fé?] Ô, tenho. Eu falo para todo mundo, de tudo, de tudo, de tudo, a única coisa que eu não perdi foi a fé e o sono. Dormir, também eu durmo a noite inteira, maravilhosamente bem [riso]. São as coisas que eu não perdi. A gente sabe que, dependente da irritação, de até de resmungar, se lamentar, por que é com a gente. Tem sempre um significado. A gente sempre vai sair melhor dessa. Sempre tem um

motivo maior. A gente vai aprender cada vez mais. Só não pode perder a fé. [E qual você acha que é a importância da fé para você?] Eu falo que é fundamental. Eu falo que... tudo envolve a fé. Você tem que ter a fé e a confiança pros médicos fazerem o melhor possível. Porque a partir do momento que você deita lá no centro cirúrgico e toma uma anestesia. Acabou. Você não está ali, fisicamente para poder, para poder fazer alguma coisa. Então tem que ter fé. Igual falam, por pior que seja o ser humano, você pode tomar outra vida e é outro ser humano né. Então a gente tem que ter muita fé no que os médicos fazem. Muita fé que a gente vai conseguir se recuperar. Ter fé que a gente não vai ser igual o amigo que acabou falecendo. Porque morrer todo mundo vai morrer. Eu tinha medo de morrer, eu falo que agora eu não tenho medo de morrer. Eu tenho medo de não, morrer tudo bem. Eu tenho medo de fazer a minha família sofrer ainda mais, porque é um processo doloroso para eles. Mas é uma coisa que acontece, amanhã ou depois cada um tem que tocar a sua vida, se virar. Então, você tem que ter muita fé que isso vai acabar, é só uma fase e logo você volta pro seu habitat natural né, digamos assim. Então tudo é fé. Tem que ter fé que você vai conseguir levantar, que vai conseguir fazer. Se você levantar, falar “ah, não vai dar, eu acho que não vou conseguir. Não vai dar”. Você não está tendo fé em você. Não falo só de fé na questão de crença, religião. Falo do, acreditar em você né. É muito importante. [No que mais você tem fé?] Ah que ainda vão achar a cura né. Do câncer. Porque a gente sofre né. Sofre assim. A gente vê pessoas indo embora, ou que é de uma hora para outra. Que nem lá em Santa, eu acho que teve muitos casos, pela cidade ser pequena. Os outros falam que não, por a cidade ser pequena a gente sabe de todo mundo. Mas, assim, é... demais. Eu acho demais. E nesses dias teve uma menina, 17 anos. Jogando bola perto da igreja. A menina super ativa. Ficou meia gripada, meia, sabe? Aí, um roxo na perna. Jogava bola, achava que era da bola. Cansava no treino, mas achava que era do treino. Na hora que descobriu a leucemia, ela foi pro pronto atendimento. Do pronto atendimento ela foi para Jaú, de Jaú foi um mês, ela faleceu. Então foi uma coisa assim ó, foi de uma vez. Aí eu falava “gente”. Eu falo é difícil a pessoa não ser revoltada né. Mas quando, porque junta na parte que fica irritação, do nervoso. Porque a gente fica revoltada. Tanta gente roubando dinheiro. Será que não consegue tudo isso daí, tanta tecnologia, não consegue achar um negócio para resolver. Porque tanta gente que sofre. Não só porque falece. Mas assim, tem criança que fica ali com aquele sofrimento. É uma coisa complicada. Até para gente que passa e para quem não passa. Às vezes, vamos supor, uma mãe vê o filho lá e aí? Não passa na alçada dela conseguir resolver. Aí entra, ter fé no que os médicos vão fazer para poder resolver. Eu penso assim. Tem que focar, se não. Foca que você está bem mesmo. Porque se você dá uma olhada pro lado, as vezes você, você baqueia. Tem dia que você fica meio chorona. [Você tem esses momentos?] Ah eu tenho. Aí, que nem

esses tempos atrás eu comecei a perceber que eu estava muito jururu. Chegava em casa e não queria fazer nada. Aí eu comecei a fazer pilates, acupuntura. Detesto, mas estou fazendo. Peguei uma cachorra. Que aí é cachorrinha, novinha, agitada. Porque eu chegava, a outra cachorra que eu tinha se eu deitava ela deitava, se ela queria fazer xixi, ela batia a pata lá em mim, eu abria o portão. Então já estava meio cômodo. E o meu marido trabalha tarde, ele chega a noite. Chega meia noite. Então eu já estou dormindo. Então, eu to tentando ocupar meu tempo com alguma coisa. Porque se fica muito tempo parada, fica assim injuriada. Então eu tenho que ficar me ocupando para não ficar muito jururu. Mas esses tempos, porque a gente perdeu uma amiga muito próxima, fazia 15 anos. Perdemos o irmão do meu cunhado. Também acabou falecendo super rápido. Três meses já. [Do que ele faleceu?] De câncer. [Os dois?] Os dois. Essa amiga minha ela... câncer na mama, depois... E assim, ela fazia aniversário no mesmo dia que eu. A gente conversava todo dia pelo whatsapp, todo dia. Então quando ela faleceu no começo do ano, a gente ficou bem. E assim, ela faleceu. Aí você fala assim “putz eu estou aqui há seis anos fazendo tratamento. Qual que é a lógica né. Porque eu tenho que ficar e a pessoa vai tão rápido assim? Não entendo.” Tinha uma amiga nossa, namorava o meu amigo. Ela super bem e eu doente. Eu falava “N. eu não me vejo no Natal.” Não me via no Natal. Não conseguia enxergar eu no Natal. Eu achava que ia morrer antes. E ela falava “para de ser boba.” E assim, o tratamento, a quimio, ela com amigo meu em casa, levava coisa para eu comer e tal. Assim, mais pela atenção. Porque poucos ficaram, chamar para sair era eles e minha irmã. E aí, quando foi começo do ano passado, ela levantou, do jeito que, no final de semana. No final de semana ela foi limpar a casa, o lixo acumulou, ficou aqueles bigatinho. Ela foi jogar álcool para poder matar. O fogo. Ela morreu, depois de dez meses. Ela tava super bem. Gente qual é a lógica? Eu não me conformo com a morte dela até hoje. Foi uma morte besta. Apesar que nenhuma morte, é lógico. Qual é a lógica? Ela tava boa, com saúde e eu ali ó, com o pé na cova. E ela vai e eu to aqui. É, minha mãe mora do lado do cemitério, para ajudar né. Aí era dia de finados, passei. No dia do meu aniversário eu cheguei aqui “mãe, preciso de vela.” Ela “para que?”. “Preciso de vela”. Já tava escuro, mas fica aberto né. Abri o portão, fui lá no túmulo dessa amiga minha que fazia aniversário no mesmo dia que eu, fui lá e levei vela para ela. Eu fiquei o dia inteiro chateada. O dia inteiro chorona. Enquanto eu não cheguei lá e não acendi a vela para ela, parece que não deu aquele. Sabe? E aí, tem horas que, que foi, a gente está aqui. Ou você pensa será que comigo vai ser a mesma coisa? Eu vou estar bem, então é bem... tem que “ah não, não vou pensar nisso não. Vou pensar em outra coisa.” [É assim que você faz?] É, já parto pro outro lado. Mas tem dia que é inevitável. Igual qualquer pessoa que esteja passando por um processo desse. Tem dia que acorda de mau humor. Tem dia que acorda chorona. E assim vai.

Título: Fé.

Interpretação: “a fé é para sustentar mesmo”. Para a colaboradora 5 a fé sustenta a esperança de que tudo voltará ao habitual e de que haverá uma cura. E a fé em si mesma que a faz se movimentar em direção à vida e ao autocuidado. Ao se perceber “jururu”, ela inicia acompanhamento com acupuntura, faz aulas de pilates e adota uma cachorra. É preciso manter-se ocupada para não olhar para os lados e se deparar com as perdas.

A fé também dá um significado para a experiência de adoecer pelo câncer de mama que é o da aprendizagem e a possibilidade de ser uma pessoa melhor. Auxilia com o sentimento de impotência frente o câncer, depositando sua fé na equipe médica.

Se trata de um recurso que ajuda a colaboradora 5 a lidar com a revolta e o medo que a morte causa. A fé é necessária para dar alguma explicação e conforto para vivenciar seu próprio processo de luto pela perda do corpo saudável e de perdas concretas como a morte de uma amiga e do irmão do seu cunhado.

Síntese Geral

Na primeira UP, faz uma representação dos diferentes caminhos que a vida pode percorrer, alguns são bons outros são obscuros. Os caminhos obscuros são aqueles provenientes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, mas que foram acolhidos por sua família. As relações familiares foram bastante afetadas durante o tratamento, uma vez que a necessidade de cuidado coloca a colaboradora 5 em uma situação de maior dependência. Ao mesmo tempo em que a maior irritabilidade acaba por ajudar a reconquistar uma parte da sua autonomia ao colocar limite na ajuda oferecida pelos familiares.

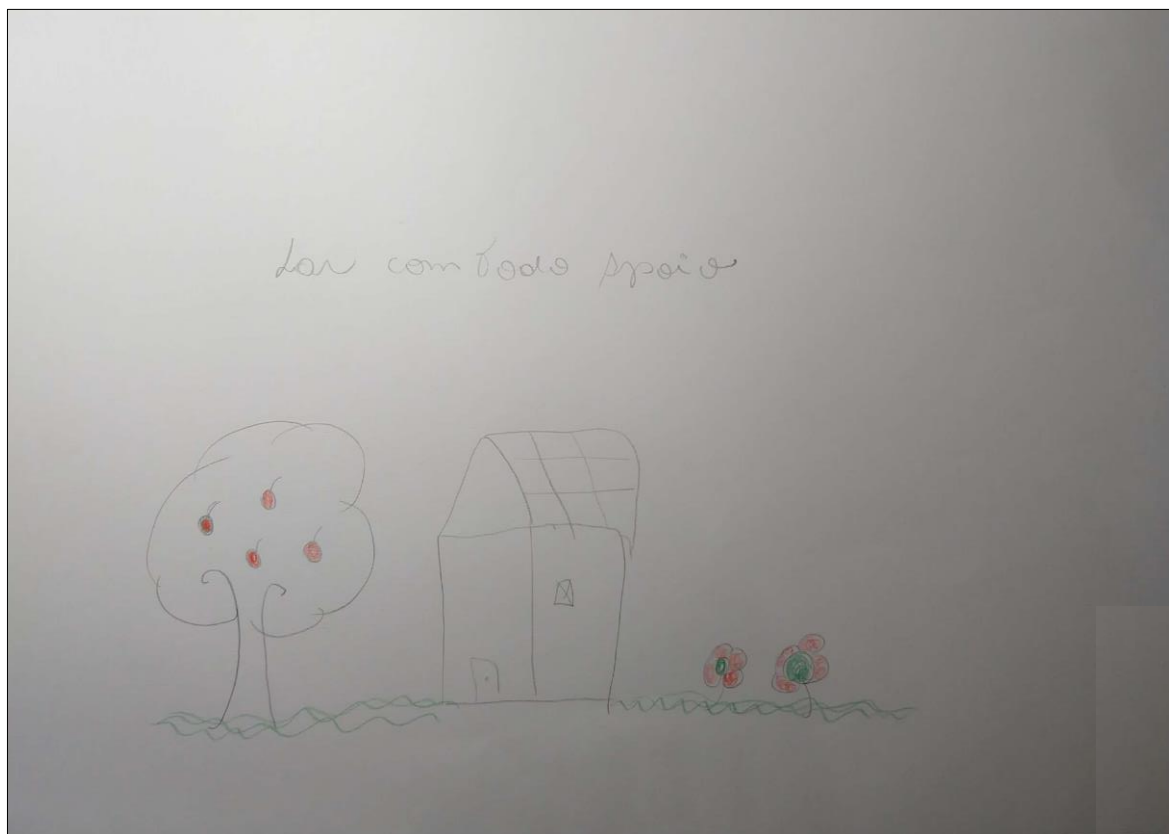
Após entrar em contato com o medo e um pavor que não é compreendido por ela, apresenta elementos na sua estória que diminuem a ansiedade gerada. A tatuagem que representa a vitória contra o câncer, que encobre o medo da morte. A estória do menino que acordou muito alegre, cantando para afastar todos os males e resolvendo tudo sem estresse, abarcam dois mecanismos de defesa para conter essa ansiedade: a negação e a onipotência.

Na quarta UP, há uma regressão a estágios do desenvolvimento em que a segurança é provinda da família. Também pode-se observar a busca por um “salvador” na quinta UP em que a fé é o que sustenta a esperança, auxilia a suportar o sentimento de impotência e possibilita ressignificar a experiência do câncer de mama.

Consegue integrar cor a todos os desenhos, apesar de observada diminuição na UPs três e cinco, sugerindo a projeção de vitalidade e aproximação afetiva.

Colaboradora 6 - Unidade de Produção 1

Figura 26: primeiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 6.



Descrição: A entrevista foi realizada no REMA. Antes de iniciar o desenho diz: “sou muito ruim para desenho” [riso]. Pega o lápis grafite e desenha uma árvore, uma casa, duas flores, pinta as frutas e as flores, desenha o chão. Quando termina o desenho fala: [riso] “é uma casinha aqui, uma árvore, uma florzinha. Tá bom. [...] Eu para desenho não, não sou muito prática, boa para isso não.”

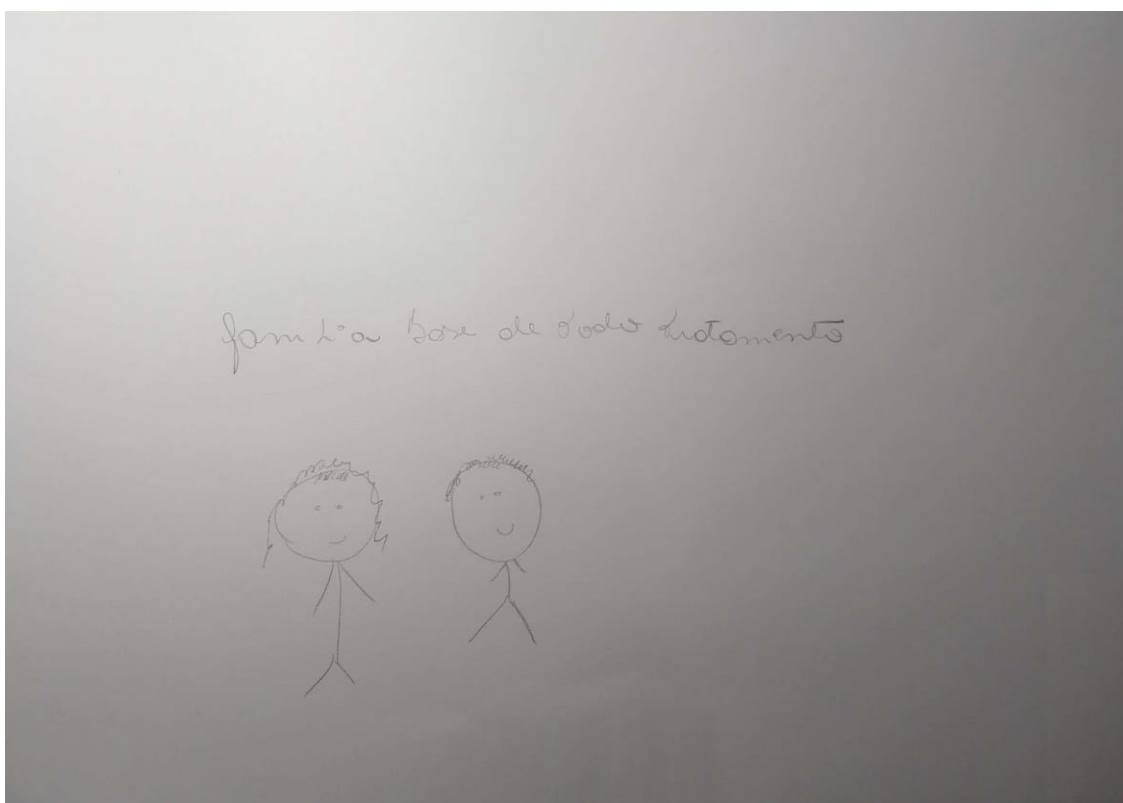
Estória: Bom, uma casa, família né. Gosto muito de verde, de planta. É o que eu gosto muito. Lá em casa eu sempre brinco assim, que eu vou num lugar, tem verde, grama eu gosto muito. Então é sempre onde eu faço uma florzinha, uma coisinha. [O que você sente em lugar assim.] Ah me sinto bem. Me sinto bem. Eu gosto.

Título: Lar com todo apoio.

Interpretação: há uma tímida tentativa de integrar cor ao desenho, indicando pouca reserva de vitalidade e distanciamento afetivo. Representa um local de bem estar e mantém o distanciamento afetivo, ocasionando importante limitação da projeção.

Colaboradora 6 - Unidade de Produção 2

Figura 27: segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 6.



Descrição: pega o lápis grafite e desenha, da esquerda para a direita, uma figura feminina e outra masculina.

Estória: Tá. Eu, meu esposo, que assim, na época do meu tratamento, ufa foi essencial. Ele que sempre, assim, me apoiou nas consultas, na cirurgia. Sempre estava ali presente. Então, assim, foi o início assim, foi o essencial para poder da um resultado bom também. [Você sentiu que ele deu um bom suporte para você.] Bastante. Bastante. Me ajudou muito. Às vezes eu falava assim, “ah hoje eu não quero fazer quimio”, ele falava “não, hoje você vai! Está acabando.”

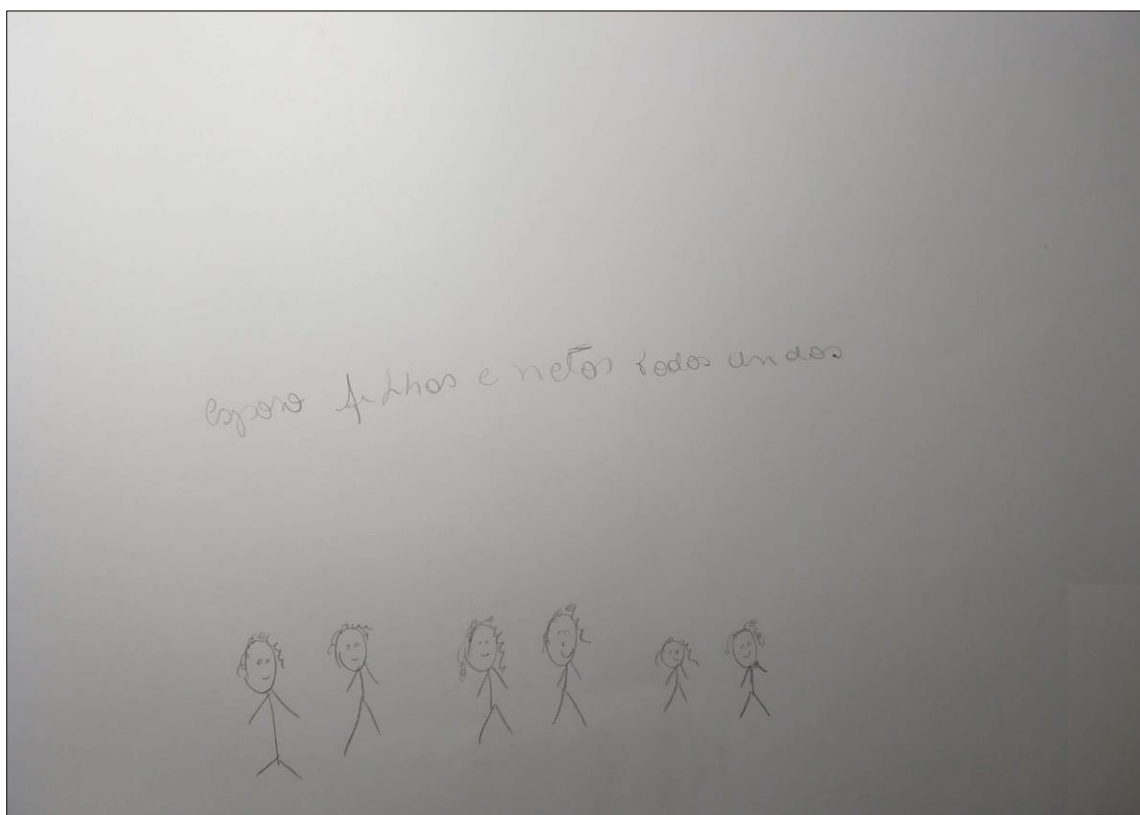
Então assim, ele sempre ajuda assim “oh, 5, falta tanto. Pensa que é uma a menos”. Então, assim, ele sempre foi e sempre teve junto né. Sempre teve do lado e sempre ajudou bastante. [Então você sentiu que esse apoio durante o tratamento você recebeu dele.] Dele. Recebi bastante.

Título: Família, a base de todo tratamento.

Interpretação: apesar da estória e do título abordarem a importância do apoio oferecido pelo marido durante o tratamento quimioterápico, o desenho se mostra bastante empobrecido. A ausência de integração de cor ao desenho indica uma redução de vitalidade e distanciamento afetivo.

Colaboradora 6 - Unidade de Produção 3

Figura 28: terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 6.



Descrição: pega o lápis grafite, movimenta levemente a folha em sentido horário, desenha, da esquerda para a direita, seis pessoas. Enquanto desenha diz: “Podia ter umas coisas mais fácil [riso].”

Estória: Bom, as filhas, dois netos que é o que nós convive. O meu convívio hoje. [São as pessoas que moram com você?] São. São muito importantes né. [Por que elas são importantes?] Ah, sempre que a gente precisa, sempre tão tudo ali unido, um com o outro né. Tem as meninas, sempre precisa de alguma coisa, estamos tudo ali. Sempre estamos tudo unido ali. É a base de tudo né. Sempre estamos tudo unido pra, para qualquer problema que acontece, estamos ali. Estamos tudo junto. [Como é a convivência de vocês?] Muito boa. É muito boa. Tem a..., as briguinhas das filhas que já está grande né, as discussãozinha, mas é comum. Nada assim, que passa além do normal não.

Título: Esposo, filhos e netos. Todos unidos.

Interpretação: aspecto gráfico da segunda UP é bastante empobrecido. Não há chão que dê suporte às pessoas representadas no desenho, indicando distanciamento com a realidade. As figuras palitos podem sugerir insegurança, negativismo e/ou hostilidade. A importância e união da família mais uma vez é ressaltada. Apenas aspectos positivos são relacionados à família. Mesmo as discussões entre as filhas são tratadas como normais. É um fala também bastante limitada e rasa.

Colaboradora 6 - Unidade de Produção 4

Figura 29: quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 6.



Descrição: Antes de iniciar o desenho diz: “Eu já nem sei mais o que eu faço” [riso]. Pega o lápis grafite e desenha da esquerda para a direita: três pessoas, um cachorro e um carro.

Estória: Seria um carro, um cachorro né. Mais, dá para ver, mais ou menos. É eu, meus netos, cachorrinho em casa. Que se eu for desenhar todos, tem sete cachorro. [Sete?] Sete. Carro, assim, nós sai muito para passear, nós passeia bastante. Eu com as crianças. Sempre to levando, sempre passeando com eles. [É? Para onde que vocês vão?] Nós vai muito no clube, que nós vamos. Nós vai muito no parque. Levo eles no shopping. Passeia bastante com eles. [Com as filhas também?] Também. Às vezes vai só eu e as crianças, mais as filhas sempre tão junto também. [E quem são aqui?] As duas crianças e eu né, no caso. [Que idade que eles tem?] Um está com 6 meses e outro com 3 anos. [Ah, eles são bem novinhos.] São, são novinhos. [Então faz pouco tempo que sua filha voltou para morar com você?] Está, tá com 3 meses. Três meses que ela está em casa. [Então, teve uma mudança.] Mudou. Mudou um pouquinho. Então agora eu fico muito com eles né. Porque ela trabalha, então eu fico muito com eles também. [Como é para você ficar com eles?] Eu gosto. [É?] Gosto. Eu falo assim para ela que é mais filho meu do que dela né. Porque eu gosto demais. Distrai bastante, porque eu passeio bastante com eles. Então assim, é uma coisa que eu gosto.

Título: Passeio com os netos.

Interpretação: aqui também são abordados aspectos positivos, coisas que gosta de fazer, como levar os netos para passear. Três meses antes da entrevista sua filha e seus netos foram morar na sua casa. Essa mudança é minimizada pela participante que afirma ter mudado só um pouquinho a sua vida, quando, na verdade, ela assumiu o cuidado dos netos enquanto a filha trabalha. O aspecto gráfico continua empobrecido, com ausência de cor indicando falta de vitalidade e distanciamento afetivo, ausência de chão sugerindo distanciamento da realidade.

Colaboradora 6 - Unidade de Produção 5

Figura 30: quinto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 6.



Descrição: Antes de iniciar diz: “Está acabando? Está acabando o desenho?” [riso] Pega o lápis grafite e desenha uma pessoa, um animal e um pente.

Estória: Eu no meu trabalho. Eu com os cachorrinho. Tem um pentinho ali. É algo que eu gosto muito de fazer. É algo que eu faço mesmo assim, o tempo que eu tenho eu sempre to lá trabalhando. [É estética? Como que é?] É. É estética. Banho e tosa. Do banho, toso os cachorrinho. Essa parte. [E como é para você trabalhar com isso?] É muito bom. Eu gosto. É uma coisa que eu gosto muito de fazer. Distrai bastante. Eu falo que é muito fácil mexer com os cachorrinhos, trabalhar com eles do que mexer com pessoa. [riso] [Por que?] Ah, não sei. Porque eu gosto. Eu acho que é uma profissão que eu me identifiquei, eu gosto de fazer. Eu sempre falo, não tem reclamação, não tem os outros reclamando falando nada. É só você e o cachorrinho ali. É mais fácil você levar. [Faz tempo que você trabalha com isso?] Tem, tem... 15 anos que eu trabalho com banho e tosa. Aí eu parei de trabalhar né, por conta do problema de saúde que eu tive. Aí fiquei um tempo sem trabalhar, aí depois eu voltei de novo. [Ah ta. Foi logo depois do tratamento que você voltou?] Está com uns... quatro anos eu voltei. Logo depois que eu tive alta eu voltei a trabalhar.

Título: Trabalho é fundamental. Amo fazer.

Interpretação: o aspecto gráfico continua empobrecido e sem a integração de cor ao desenho, indicando diminuição de vitalidade e distanciamento afetivo. A ausência de chão sugere limitação no contato com a realidade. A UP também aborda uma atividade prazerosa para a colaboradora 6, que é o trabalho com banho e tosa de cachorros. Ela consegue ampliar um pouco mais sua fala ao dizer que gosta do trabalho por não ter que lidar com pessoas que reclamam.

Síntese Geral

A primeira UP foi a única em que a colaboradora 6 tentou integrar cor ao desenho, mesmo assim, de maneira bastante reduzida o que sugere baixo investimento de vitalidade e distanciamento afetivo. Em todas unidades também houve uma quebra do distanciamento projetivo ao abordar situações da sua vida familiar e do trabalho.

Aspectos positivos e idealizados foram predominantes em todas as UPs, corroborando com o desejo de evitar conflitos que emergiu na última UP. Ao afirmar a dificuldade que tem em lidar com pessoas, podemos sugerir que há uma negação de aspectos conflituosos nas demais UPs.

Colaboradora 7 - Unidade de Produção 1

Figura 31: primeiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 7.



Descrição: A entrevista foi realizada na empresa da participante. O escritório não era totalmente fechado, dava para outra sala onde estava uma funcionária. Antes de iniciar diz: “Putz! Que missão impossível. Eu odeio fazer desenho. Quer dizer, eu não sei fazer desenho. Mas está bom, eu faço. Um desenho, qualquer coisa? [...] Eu não sei nem como que desenha. Pode ser a lápis? [Pode. Você que escolhe o material.] Nossa que missão impossível. Tem que pintar?” Ela pega o lápis grafite e desenha uma casa com chaminé, árvores, piscina, flores, pinta o desenho, desenha quatro pessoas, pássaros no céu e o sol. Ao terminar o desenho diz: “Só você para fazer eu parar no meio do dia para fazer um desenho. Uff!”

Estória: Uma história? [Uhum.] É uma casa. Eu gosto de cores, de muitas pessoas. É, eu gosto bastante de planta. Gosto de piscina porque eu nado todos os dias. E eu gosto muito do sol. Dia, da energia, do sol. Eu tomo sol todos os dias, pelo menos cinco minutos. É isso. [E o que, que lugar que é esse?] Essa é a minha casa. Na verdade é desse jeito. Nós moramos em cinco, temos piscina. Gosto todo dia de sentar lá na piscina. Tenho horta. Eu tenho [...], eu tenho plantação.

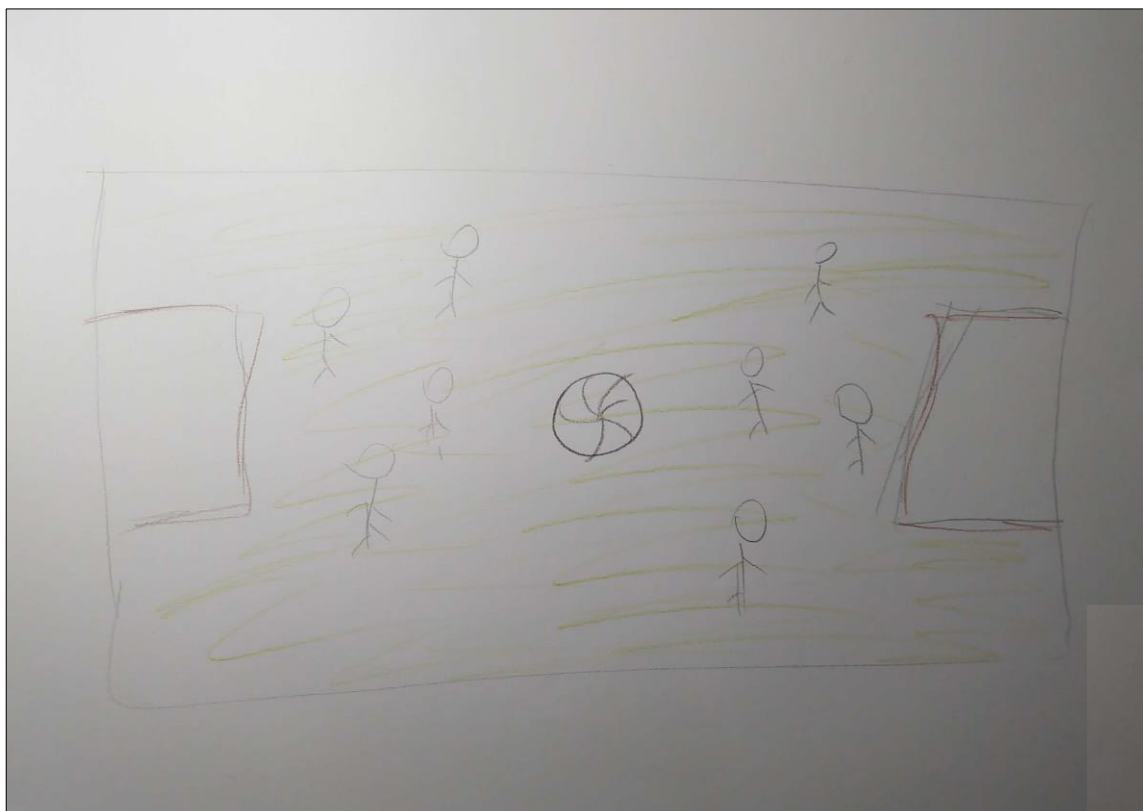
Eu planto bastante chá. Tomo chá todos os dias. É a minha casa. Tem [...] [O que você planta lá.] Ah é, alface, mandioca, almeirão, é... orégano, tem um, tem uma um pé de figo, um pé de fruta do conde. Tem, eu tenho chá de erva cidreira, tem hortelã, tem bastante hortelã. Que mais? Almeirão, tomate. Essas coisas. [Bastante coisa. E como você se sente nesse espaço?] Muito bem. Sou muito feliz nessa casa, dentro da minha vida que eu vivo. Nós somos uma família bastante unida. A gente almoça todo dia junto, janta todo dia junto. Se um vai para piscina, todo mundo vai junto. Se um vai correr, todo mundo vai junto.

Título: Uma vida para viver.

Interpretação: há integração de cor ao desenho, exceto nas figuras humanas, indicando uma tentativa de aproximação afetiva e investimento da vitalidade. A colaboradora 7 se coloca como uma pessoa bastante ativa e voltada para o cuidado à sua saúde ao mencionar atividades esportivas, como natação e corrida, e a plantação e consumo de verduras, chás e frutas. Menciona de forma breve aspectos da dinâmica familiar como a união e atividades comuns. Ela aborda apenas aspectos positivos sobre o local e as pessoas representadas na primeira UP, o que pode sugerir o uso da idealização como defesa às ansiedades mobilizadas pela tarefa solicitada. A qual é possível ser observada na fala da colaboradora 7 antes de iniciar o desenho como: “missão impossível”, “eu odeio desenhar”, etc.

Colaboradora 7 - Unidade de Produção 2

Figura 32: segundo desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 7.



Descrição: Antes de iniciar o desenho diz: “missão impossível”. Desenha um retângulo que ocupa a maior parte da folha, desenha um retângulo em cada ponta, pinta o retângulo grande de verde, desenha uma bola no centro e oito pessoas.

Estória: Isso aqui é um campo de futebol. Gosto de jogar muita bola. Jogo bola três vezes na semana com meus amigos. É um lugar que eu me sinto muito bem. E eu gosto de me divertir com a galera, jogar bola, tomar cerveja, bater papo. O que mais eu posso falar sobre isso? [O que isso te traz de bom?] Tudo né. Na verdade, quando a gente está estressado, o dia a dia cansa a gente, deixa a gente esgotado. Aí eu saio daqui, vou jogar bola. É como se me renovasse. É isso. Energia boa.

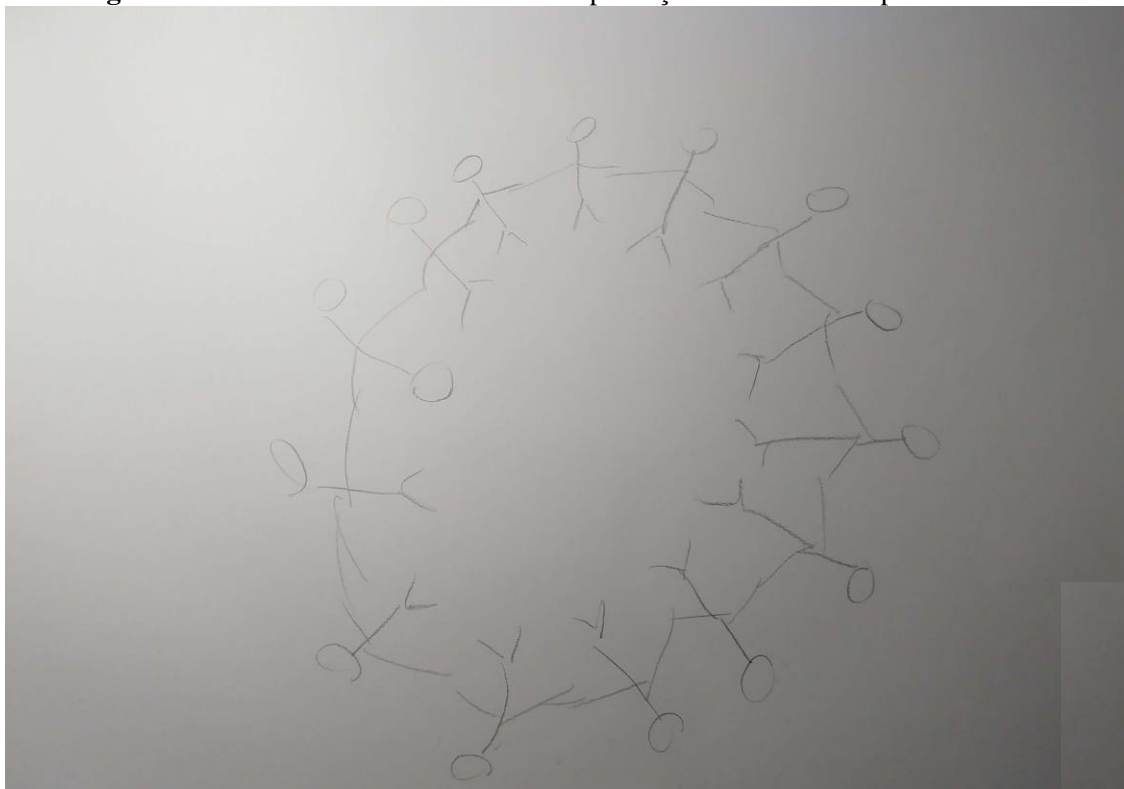
Título: Seja você mesmo.

Interpretação: há diminuição da vitalidade e pouca aproximação afetiva evidenciada por uma tentativa de integração de cor ao desenho ao pintar as traves e o chão da quadra de futebol de maneira um tanto desordenada. O desenho apresenta uma pobreza de detalhes em relação ao

anterior. A estória evidencia um movimento de evitação dos aspectos difíceis ao abordar a relação com amigos e atividade esportiva que a diverte e descansa, renovando suas energias. A existência de eventos estressores é apenas mencionada pela participante.

Colaboradora 7 - Unidade de Produção 3

Figura 33: terceiro desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 7.



Descrição: Antes de iniciar ela fala: “desenho”. Pega o lápis grafite e desenha várias pessoas de mãos dadas em círculo. Gira a folha em 360° para fazer o desenho.

Estória: hã... são pessoas orando. Gosto muito de fazer isso na minha empresa, na minha casa. A gente ora de mão dada diariamente porque é algo que modifica a vida, floresce a vida. A gente não gosta de ir na igreja, em outros lugares, com todo movimento. Então a gente faz na nossa casa, na nossa vida, aquilo que a gente pode trazer de benefício para nós. É um pouquinho de Deus. É religião [...] [Isso faz parte da rotina?] Sim. Todos os dias. Diária. [E por que você tem esse hábito?] Porque eu acho que sem Deus a gente não vai à lugar nenhum. A gente não é

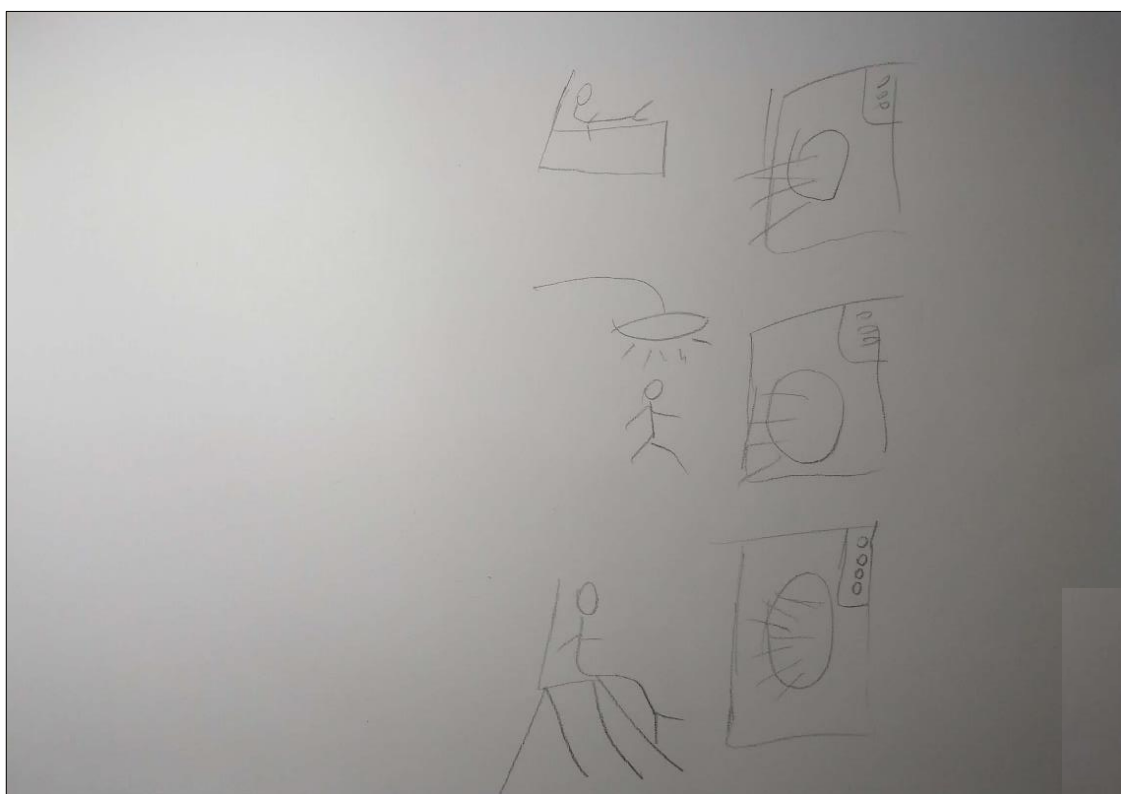
nada. E eu leio muito livro. E... a maioria das coisas que eu pego com as pessoas por aí, o primeiro livro que a gente tem que estudar, é conhecer a bíblia. Porque as pessoas pegam frases e colocam como se fossem delas. Espalham por aí e [...] Porque, às vezes a gente não tem o conhecimento para isso. Então a base, para mim, é o conhecimento da bíblia para que, menos ignorante eu for na parte espiritual, mais eu posso evoluir espiritualmente. [Você acha que é um aspecto importante da sua vida.] Muito importante. É meu pilar. É a oração. Conheço sobre todas as religiões. [...] o espiritismo de Alan Kardec. Conheço de cabo a rabo. Já dei palestra inclusive. Conheço sobre Buda, sobre Umbandismo, sobre Católico, Evangélico. Sobre toda essa massa aí. E hoje eu não atuo em nenhuma religião. Hoje eu atuo naquilo que me faz bem, que é conhecer cada vez mais a bíblia para que menos eu seja ignorante. Mediante ao que as pessoas passam para gente por aí. Psicologicamente falando, espiritualmente falando. Porque é uma coisa que as pessoas usam muito o nosso psicológico pra, dentro da nossa debilidade, para angariar alguma coisa. Então quanto menos ignorante a gente for, mais a gente pode melhorar na vida. [Uhum. Por que que você diz que as pessoas usam da religião para isso?] Porque é a forma mais débil e mais fácil. As pessoas muito débeis é mais fácil de alguém entrar na cabeça de alguém é falando de Deus. [...] em Deus. Para que eles possam angariar qualquer tipo de coisa. Barganhar na verdade. [...] as pessoas barganharem com Deus. E as pessoas vão nos cultos, vão aos centros, eles não conhecem e acha que o que está fazendo está correto. Então eles usam da religião. Porque nós somos uma massa de pessoas carentes, debilitadas psicologicamente, com inúmeros problemas dentro das nossas vidas. E eles usam isso, que é a maior massa [...] são as debilidades psicológicas que eles entram usando a forma mais poderosa. Que é Deus. [E há quanto tempo que você acha que a religião, a oração, faz parte da sua vida, tem essa importância?] Desde os 14 anos. [...] para chegar nessa conclusão, eu passei por muitos altos e baixos. Eu fui muito enganada também. E hoje eu tenho essa conclusão para mim. Mas nem por isso eu deixo de conhecer mais e passar para as pessoas também o nosso conhecimento. Principalmente pros filhos. Eu falo para eles, tenha 50 faculdades. Mas sem um alicerce de fé, de conhecimento espiritual, nenhuma vai valer a pena. Porque eu falo que a gente desencarna e a faculdade não vai nas costas né. Vai só o espírito. E o espírito só leva conhecimento que não tem, não tem conhecimento financeiro, não tem barganha financeira. É só conhecimento espiritual. Só realmente o que você vive que você leva. Então eu ensino bastante isso dentro de casa.

Título: Oração é vida.

Interpretação: é possível observar uma diminuição de vitalidade e distanciamento afetivo devido à ausência de integração de cor no desenho. Ao falar da religião fica evidente uma necessidade de proteção e de cuidado por parte da participante. A proteção provinda de um salvador, mas também de seus próprios recursos ao afirmar que é preciso conhecer e estudar para se proteger das outras pessoas. No entanto, usa da projeção ao falar das “pessoas débeis” como aquelas que são influenciadas e manipuladas pelos outros. O estudo religioso parece funcionar como uma tentativa de controle onipotente frente a ameaça de ser manipulada e enganada.

Colaboradora 7 - Unidade de Produção 4

Figura 34: quarto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 7.

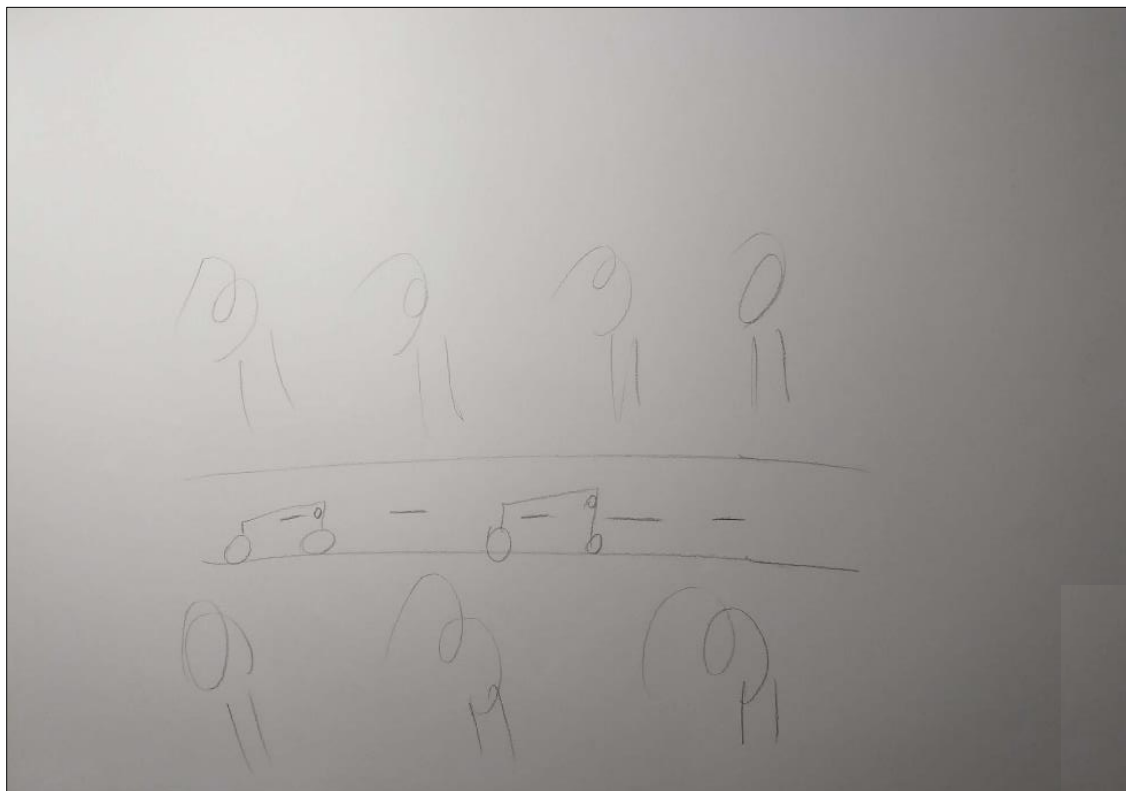


Descrição: pega o lápis grafite e desenha um quadrado com um círculo no centro (rádio), desenha uma pessoa em uma cama, desenha outro rádio, uma pessoas, um chuveiro, desenha mais um rádio e uma pessoa sentada.

Estória: [dá uma risada alta] Eu sou péssima em desenho. Aqui é música. Eu escuto música 24 horas. Na minha casa, tomando banho, dormindo, correndo. O que eu estiver fazendo, eu to escutando música. Escuto música 24 horas, porque música é algo edificante né. Algo que ela traz para gente uma, eu não diria energia, mas ela ajuda a gente a ativar uma, o córtex cerebral né. A gente escutando coisas boas, a gente pode ativar o neurotransmissor da felicidade. Então eu sempre escuto música. Os anjos tocavam arpa no céu também se você não sabe. É isso. [Que tipo de música?] Ouço muita música é, depende. De manhã eu escuto mantra, a noite também. No, no decorrer do dia eu escuto MPB, sertanejo. Eu escuto bastante louvou também. Que de manhã eu assisto várias palestras de, de vários tipos de aprendizados. E é isso. Não escuto rap, não escuto reggae, não escuto nada dessas músicas eletrônicas. Só músicas que edificam a minha alma. E também, nem músicas que ficam repetindo várias vezes coisas tristes nem negativas. [Você pode me falar um pouco mais sobre isso?] Porque eu acho que a música ela tem dois polos. Um positivo, um negativo. Como a maioria das coisas na vida. E o polo negativo, eu acho que se a gente ficar repetindo as coisas ruins para nossa vida, a gente atrai as coisas ruins para nossa vida. E a gente fica se identificando com aquilo. Agora se a gente ouvir coisas que possam acalmar nosso coração, que a gente pode repetir coisas boas, a gente vai trazer coisas boas, energias boas. E aquilo vai entrar de uma forma legal. Vai trazer algo para mim que vai me edificar, vai somar. Não que vai, que vai ser um problema. Porque problema a gente [...] Então, quanto menos a gente puder fortalecer [...] no nosso dia-a-dia, mais a gente se torna é... forte, digamos assim. Robusto. [Tem mais alguma coisa para falar?] Não. Acho que música é muito bom. Depende né. [...] Mas é muito bom.

Título: Sintonize a sua vida.

Interpretação: parece haver aceitação da tarefa solicita ao começar o desenho imediatamente, sem resistência. No entanto, o desenho pouco detalhado e ausência de integração de cor sugere diminuição da vitalidade e distanciamento afetivo. E ao visualizar sua produção gráfica se repreende pelo pouco investimento na tarefa. Apesar de haver uma menção à ambivalência ao afirmar que em tudo na vida há um lado bom e um ruim, na estória é possível observar a música como uma tentativa de repressão das “coisas ruins”. A música também parece estar a favor de uma fantasia onipotente ao torna-la forte e robusta.

Colaboradora 7 - Unidade de Produção 5**Figura 35:** quinto desenho da unidade de produção livre realizada pela colaboradora 7.

Descrição: pega o lápis grafite e desenha uma rua, dois carros e sete árvores. Enquanto desenhava disse: “Complica minha vida viu. O que eu gosto de fazer ... eu gosto de... [continua desenhando]. Eu acho que não sei desenhar mais nada sobre isso”.

Estória: Eu gosto de viajar. Viajo muito. E praticamente uma vez por mês eu viajo. [Todo mês.] Praticamente. Não são todos, mas praticamente. Que eu acho que as únicas histórias que a gente constrói concretas são as histórias que a gente não pode pegar assim, viver e contar né. E é a forma que eu vejo de repor as minhas energias. Eu trabalho muito. Tenho três empresas. [...] muito correndo. Eu acordo às 5 horas da manhã todos os dias, eu faço exercício físico todos os dias. E... muitos funcionários e... a gente tem que estar sempre repondo para poder doar. Eu reponho muito nas minhas orações, jogando bola. Tudo o que eu faço eu tento me repor, me recompor. Mas viajando é um... é um momento para mim que eu, que eu reponho muito mais. Que eu volto nova. E... é um investimento que a gente, que a gente não mensura né, que a gente vive só e é o que eu falei no começo, a gente guarda na história da vida, na alma. E viagem, para mim, ela não tem preço, ela tem valor. [E qual é o valor?] O valor sentimental. O valor

espiritual. Porque a gente evolui muito quando a gente vai para outros países, quando a gente conhece outras culturas. Quando a gente se depara com coisas diferentes e a gente precisa se encaixar naquilo, ou a gente aprende alguma coisa. Então é uma evolução que não tem preço. São coisas que valorizam a nossa vida. São histórias que só você pode escrever. Se você viajar com uma galera, cada um vai contar uma história. E é muito incrível. Viajei há pouco tempo com uma galera para fora, fazendo mochilão. E aí cada um, aí depois a gente se juntou né. E a gente foi em 3, mas nos tornamos em 7. E nos tornamos uma família. A gente foi pro deserto, para neve. A gente passando mal de hipotermia, passando mal de altitude. A gente se torna uma família né. Um vai cuidando do outro. E a gente se despoja da roupa, se despoja do banho. Mochilão você não consegue tomar banho todos os dias, porque as vezes você chega de dois dias no deserto e de repente tem que pegar um avião daqui 20 minutos e você não tem tempo para tomar banho, só para se transladar. Ou você tem que pegar um ônibus de 23 horas. Se você não tem tempo nem para comer, tem que esperar a próxima parada. Nem para tomar banho. E, as vezes, você leva uma pele de baixo, uma, uma segunda pele para usar por dia, mas você tem que usar todas no mesmo dia porque o frio está exorbitante. E você tem que se despojar de lavar e você tem que usar as mesmas roupas todos os dias. De tomar banho, de ser simples e chegar em lugares que você tem que jogar sua mochila com coisas de valor, no meio de 200 mochilas. Que você nem acha a sua mochila. Quando você chega no posto, tem lugar que você chega, você é obrigado a deixar sua mochila num quartinho. São 200 mochilas. Você fala “puta, e minhas coisas? E se alguém pregar a mochila errada?” Fodeu, literalmente. E você tem que ser positivo. Se tem que, independente de qualquer coisa eu tenho que me libertar do apego, do valor, do preço. Tem que se preocupar com o valor. É isso. Eu acho que é assim em todo lugar que você viaja. Você vai encontrar pessoas diferentes. Situações diferentes. Você paga, as vezes, cem reais num hotel, no outro você paga mil reais e, e.. está pagando pelo que? Pelo luxo? Pelo conforto? Ou você está pagando por algo que vai ser gratificante no lado espiritual? Depende de como a gente vai precificar isso. Muitas pessoas falam “mas porque você não ficou no hotel de cem reais? Ficou no hotel de mil?” Não sei cara. Porque eu abri a porta do de mil eu tava de frente pro mar, porque... o ambiente era mais agradável. Então depende daquilo que você se propõe para certas coisas. E, “Por que você não ficou no hostel?” Porque aquele momento não era de hostel. Era um momento de mil reais. E que os mil reais não valem nada perto do prazer daquele momento. Ele cai por terra, qualquer tipo de preço. E entra o valor. Acho que eu falei muito [riso]

Título: Seja. É o ser, para ter.

Interpretação: a ausência de integração de cor sugere diminuição da vitalidade e distanciamento afetivo. A ausência de limites do desenho que deem contorno e uma sustentação indicam um distanciamento da realidade. Aqui também parece haver uma tentativa de reafirmar a força através de recursos como a fé, o esporte e viagens. Quanto ao título, parece uma tentativa de barganha por todo o esforço em tentar ater-se aos aspectos positivos.

Síntese Geral

Parece apresentar diversos elementos de proteção contra a ansiedade paranóide. A idealização do ambiente familiar e as estratégias para evitar conflitos como o medo de remissão do câncer. A alimentação, prática esportiva, fé, viagens e a música são usados como fortificantes e protetores.

Fica bastante evidenciada a necessidade constante de mecanismos de defesas como a idealização e o controle onipotente ao longo de todas as UPs. Ao falar da importância que a fé tem em sua vida fica evidente a necessidade de proteção frente à ansiedade paranóide.