



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

**CÂNCER DE MAMA E PSICOLOGIA ONCOLÓGICA:
TRATAMENTO E RESSIGNIFICAÇÃO DO EXISTIR**

ELZITA CRISÓSTOMO PEREIRA

BRASÍLIA/DF

DEZEMBRO/2008

ELZITA CRISÓSTOMO PEREIRA

**CÂNCER DE MAMA E PSICOLOGIA ONCOLÓGICA:
TRATAMENTO E RESSIGNIFICAÇÃO DO EXISTIR**

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo da Faculdade de Ciências da Saúde. Professora – Orientadora: Morgana Queiroz.

Brasília/DF, Dezembro/2008



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof^ª. Morgana de Almeida Queiroz, M.Sc. em Psicologia.

Prof^ª. Valéria Deusdara Mori, M.Sc. em Psicologia.

Prof^ª. Miriam May Philippi, M.Sc. em Psicologia Clínica

A Menção Final obtida foi:

Brasília/DF, Dezembro/2008

Dedico este trabalho:

A todos que compreenderam a minha ausência, aos que me auxiliaram na busca da realização de um projeto de vida: meus pais, meu marido, meus filhos, noras, netos, amigas e amigos, e aos que me passaram os ensinamentos necessários para a construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora por senti-los sempre presentes em minha vida.

Aos meus pais Elias (sempre presente) e Elza, pelo apoio, incentivo e por me ensinarem a amar, pedir perdão e perdoar.

Ao meu marido Manuel pelo estímulo na busca do meu sonho: trabalhar com pessoas em estado terminal.

Aos meus filhos amados, Henrique e Hugo, por compreenderem a minha ausência em alguns momentos de suas vidas.

Às minhas noras Patrícia e Andréia, pelo amor e carinho que dedicam aos meus filhos e a mim.

Aos meus netos Mariana e Felipe, que chegaram para tornar a minha vida mais agradável e leve.

Às minhas sobrinhas-netas Eduarda e Valentina, que muito me alegram.

Aos meus irmãos e suas famílias que me compreenderam e apoiaram nos momentos mais difíceis da busca dessa realização.

À Ita pela ajuda que me deu em todos os momentos que a solicitei.

A todos os familiares e afilhados, que compreenderam as minhas ausências em momentos comemorativos.

Aos amigos (impossível citar todos), pela compreensão (quando eu dizia não, em função dos meus estudos), paciência e companheirismo pelos votos de sucesso e encorajamento.

Aos meus amigos de luta do UniCEUB, especialmente a Edilene, Guadalupe, Reginaldo e Tatiana, que muito contribuíram para que eu conseguisse levar adiante este projeto.

Aos professores que contribuíram para minha formação e me incitaram a ver o outro com um novo olhar, a questionar e a pesquisar. Agradeço, em especial, à professora, supervisora de estágio e orientadora Morgana, que pacientemente me mostrou a realidade viva da Psicologia Hospitalar, me acolheu, acompanhou e me encorajou na produção da monografia; ao professor, supervisor de estágio Maurício Neubern a quem admiro profundamente pela sua sabedoria, que me ajudou e me ensinou a conviver com mais dignidade nos momentos de dor; ao professor, Fernando Rey, com quem compartilhei experiências e uma visão de mundo e me ensinou muito com seu modo de ver, entender e sublinhar as experiências humanas, contribuindo para meu crescimento como ser humano e futura psicóloga; à professora Tânia Inessa, guerreira na Luta Antimanicomial, que me permitiu ver o outro lado da saúde mental; à professora e supervisora de estágio Cláudia May que me mostrou a possibilidade de ser um psicólogo humano, sem perder o profissionalismo. E agradeço, também, a todos que estiveram presentes nessa caminhada (servidores da ADMINISTRAÇÃO, do LABOCIEN, do CENFOR, da BIBLIOTECA, da lanchonete, das copiadoras, dos ascensores, da segurança, da limpeza, e tantos outros), aos que vieram para ficar aos que passaram, mas sem antes acrescentarem algo em minha vida.

Todo sintoma é um alerta da alma para uma carência essencial. (Dethlefsen & Dahlke, 2007)

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
INTRODUÇÃO.....	09
1. O CÂNCER DE MAMA	14
1.1 Câncer de Mama: Aspectos Gerais.....	14
1.2 Repercussões Biopsicossociais na Vivência do Câncer de Mama.....	20
1.3 Mastectomia e Impactos na vida da Mulher.....	27
2. O PAPEL DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO	32
2.1 Psicologia Oncológica	32
2.2 O Psicólogo e o Cuidado Oncológico no Hospital.....	36
2.3 O Psicólogo e o Câncer de Mama: Atuação no Tratamento	39
2.4 Influência de Narrativas no Enfrentamento do Câncer de Mama	47
3. ESTUDO DE CASO: EVA-MARIA SANDERS	53
3.1 Conhecendo Eva - Resumo das principais idéias que caracterizam Eva, sua perspectiva pessoal	54
3.2 Diagnóstico e Tratamento: Impactos na vida da Mulher.....	56
3.3 Enfrentando o Câncer e Ressignificando o Existir.....	59
3.4 Refletindo sobre a Narrativa de Eva.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

RESUMO

O presente estudo tratou dos aspectos envolvidos com o câncer de mama, suas repercussões emocionais, existenciais e psicológicas para a mulher que se depara com uma nova e dolorosa realidade. Procurou-se identificar, nesses aspectos, a importância da atuação do psicólogo hospitalar no cuidado oncológico, partindo de pesquisas em torno do tema e das discussões existentes na comunidade científica. O trabalho focou-se em três pontos principais: repercussões biopsicossociais do câncer de mama (incluindo a mastectomia); a Psicologia Oncológica e suas possibilidades de intervenção no tratamento; e a importância da análise e interpretação das narrativas das mulheres com câncer de mama, como fonte de dados essencial para um tratamento mais humanizado e direcionado para o bem-estar da enferma. A mulher ao se deparar com toda uma modificação em sua vida, passa por um profundo conflito interno, onde suas emoções ficam à flor da pele e seu estado psicológico sofre deturpações causadas pelo medo e fantasias criadas a partir do sentido que a doença possui para a enferma naquele dado contexto. Assim, a mulher com câncer de mama, em sua fragilidade, necessita da ajuda de um profissional que a ouça e respeite seus sentimentos e pensamentos, a fim de tornar o tratamento menos doloroso e invasivo. Dentro do hospital, a mulher vivencia situações invasivas e o ambiente, nem um pouco acolhedor, não a faz esquecer de sua situação atual. E junto a isso, somam-se os comportamentos dos profissionais que compõem a equipe de saúde do hospital, que se tornam extremamente frios e desumanos com seus pacientes cancerosos. Assim, a Psicologia Oncológica entra na área de saúde como uma área biopsicossocial que visa, em primeiro lugar, a qualidade de vida desses pacientes, a partir da análise da influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação do câncer, com atenção especial para as narrativas que emergem do adoecer de câncer. O apoio familiar e do cônjuge torna-se bastante útil nesse momento, pois fornece um suporte emocional e a certeza de não estar só, e de ter apoio e incentivo para lutar em busca da cura e de uma melhora em sua qualidade de vida, e o amor dos familiares torna-se o mais importante motivador para esse engajamento. O psicólogo junto aos cuidados com pacientes com câncer, torna-se imprescindível como facilitador da comunicação entre os diversos profissionais, o paciente e a família, a fim de avaliar em todas as partes envolvidas, os sentimentos, pensamentos, transferências e influências negativas e positivas que possam ter em relação à doença e ao enfermo. Nesse contexto, o trabalho do psicólogo torna-se valioso, pois ele será capaz de interpretar as narrativas destas mulheres e atuar como ponte entre o paciente e a equipe de saúde, fornecendo-lhe, também, subsídios para uma ressignificação da dor, do adoecer e da própria existência.

Palavras-Chave: Câncer de mama; Psiconcologia; Análise de narrativas.

O presente estudo trata do processo de adoecimento do câncer de mama e os aspectos psicológicos, emocionais e sociais implicados nesse adoecer. Neste sentido, procura-se através dos sentidos dados ao câncer, refletir sobre os efeitos na vida da mulher deste tipo de câncer, no que tange mudanças corporais, alterações psicológicas e emocionais, e conflitos existentes ou produzidos a partir do contato com uma nova, e muitas vezes dolorosa, realidade.

O câncer em si, desde seu surgimento na história da humanidade, carrega consigo o “cheiro” da morte. Ao longo dos tempos simbolizou a fraqueza do ser humano, a incoerência, e desentendimentos entre o sagrado e o ser humano. Sontag (2002) faz um paralelo dos efeitos do câncer com os da tuberculose e diz que enquanto a tuberculose era vista como algo de divino e de purificador para o homem na época do romantismo, o câncer adquiriu o caráter de punição, de morte, e traz consigo metáforas que se referem à topografia e às suas conseqüências: morte, mutilação e amputação de alguma parte do corpo. O câncer é uma doença invasiva, ele ataca sem pedir licença, invade as células, o corpo, é um corpo estranho que agride e mata aos poucos seu hospedeiro. Para muitas pessoas o câncer é pior que a AIDS, por se disseminar rapidamente e levar a óbito em pouco tempo. Adoecer de câncer equivale à sentença de morte.

A mulher com câncer de mama passa por uma série de transformações e lutos ao longo da doença, que podem impedi-la de visualizar sua situação por um prisma positivo. Tudo se mostra bastante desesperador, o medo e a angústia tornam-se presentes, e a esperança da cura é afastada de si pelas fantasias criadas em torno de seu estado. A forma desumana que é tratada, por vezes, em alguns serviços de saúde enfatiza mais ainda o horror de estar com câncer, pois passar a ser rotulada ou referida pelo nome de sua doença significa excluir seu aspecto humano, e em muitas vezes também, o seu poder de decisão nos procedimentos adotados pela equipe de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, e demais profissionais).

É necessário lembrar que, segundo o INCA (2008), o câncer de mama é o maior responsável por óbitos femininos e o terceiro tipo que mais mata no mundo. Portanto, é uma doença que traz consigo uma série de dificuldades como: medo da perda, da morte, de não ser mais mulher ou digna de amor.

A partir de tais perspectivas, buscamos compor um trabalho que evidenciasse a trajetória do processo do adoecimento para a mulher, suas implicações neste contexto e que possibilidades poderiam ser propostas para a amenização da dor e do sofrimento das mulheres com câncer de mama. Para tanto, partimos de revisão de literatura a respeito da mulher e do câncer de mama, das implicações biopsicossociais da doença e da atuação do psicólogo neste contexto de tratamento.

Ao longo dos estudos realizados para a composição deste trabalho, identificamos que o fator psicológico é a chave para um bom prognóstico. Ao atentar para a realidade do paciente e suas narrativas, ou seja, a expressão de suas crenças, seus valores e o significado que a doença possui para ele (se significa perdas, privações ou uma oportunidade), a equipe de saúde do hospital possibilita/promove um tratamento mais humanizado. O papel do psicólogo frente aos cuidados oncológicos no hospital é o de facilitador, orientador e comunicador. O psicólogo será o mediador entre os médicos e demais profissionais com os pacientes, os pacientes e os familiares deste; ele também pode vir a participar da construção do pensamento, sinalizando opções benéficas para os pacientes em questão, ao longo do tratamento, por meio de uma análise cuidadosa dos relatos e dos conteúdos que emergem em suas narrativas.

Visamos, a partir dos teóricos abordados, traçar um panorama das contribuições da comunidade científica sobre as repercussões do câncer de mama para a mulher, suas causas e efeitos sobre a vida familiar e social desta. E buscamos também refletir a atuação do psicólogo nesse contexto – dificuldades e possibilidades –, a contribuição da Psicologia Oncológica

para um tratamento mais humanizado e a importância das narrativas no enfrentamento das enfermas.

Dentre os teóricos utilizados como referência para o câncer de mama, destacam-se Gimenes (1994; 2000), Tavares & Trad (2005), Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton (1987), Ramos (2006), Nascimento-Schulze (1997), LeShan (1994) e Basegio (2003). Tais autores apresentam à comunidade científica a discussão em torno do surgimento do câncer. Para eles, o câncer surge como um sinal de desequilíbrio do corpo, o qual vem convivendo com situações estressoras, repressão de sentimentos ou mesmo quando sofre um abalo significativo por uma perda de algum tipo de relacionamento vital (pais, cônjuge, filhos, etc).

Para refletir sobre as repercussões psicológicas, sociais, emocionais e fisiológicas, a autora buscou referências em estudos e pesquisas realizadas com mulheres mastectomizadas, aquelas que convivem com o diagnóstico e não fizeram cirurgia, e com mulheres que realizaram reconstrução mamária. Esses estudos refletem sobre as temáticas construídas por essas mulheres e algumas modificações importantes que sofreram a nível familiar (apoio e afastamento), social e emocional. Dentre os estudos pesquisados estão os trabalhos de Almeida (2006); Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis (2001); Bergamasco & Angelo (2001); Maluf, Mori & Barros (2005); Azevedo & Lopes (2005); Hoffmann, Muller & Frasson (2006); Melo, Silva & Fernandes (2005); Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos (2001); Soares (2008).

Sobre o trabalho do psicólogo no hospital e, especificamente na área Oncológica, a autora buscou autores que tratam da atuação do psicólogo nessa área, assim como as dificuldades de se trabalhar nesse ambiente e com pacientes com câncer. A autora traçou a partir destes autores uma breve história da inclusão da Psicologia na área de Saúde e de cuidados paliativos com pacientes com câncer. Os principais autores pesquisados são Venâncio (2004), Angerami-Camon (2004), Moraes (1994), Yamaguchi (1994) e Kovács e cols. (1994).

Tratar de câncer envolve, ainda hoje, grande preconceito. O fato de ser uma doença que mata muitas pessoas em pouco tempo se faz presente no entendimento de muitas pessoas. Contudo, essa concepção é fruto de toda uma história em que o ser humano fora submetido a uma série de julgamentos sociais e subumanos que o levavam a um intenso sentimento de desesperança e medo. Hoje, torna-se necessário ao psicólogo que atua na área hospitalar, e sobretudo aquele que participa do tratamento de pessoas com câncer, desmistificar tal conceito através da amenização da dor e do sofrimentos destes enfermos, utilizando intervenções que não agridam o sujeito em sua singularidade e subjetividade (sentidos construídos ao longo de sua vida e história familiar).

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo demonstrar a importância do papel do psicólogo frente aos casos de câncer de mama e na assistência às mulheres que vivenciam uma realidade chocante e mutiladora, por vezes, tendo em vista as implicações emocionais, psicológicas e existenciais da doença.

Para tanto, o presente trabalho divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo serão abordados o câncer de mama, suas repercussões biopsicossociais e o sentido que a doença adquire, e as implicações da mastectomia. No segundo, serão tratados aspectos relacionados diretamente com a atuação do psicólogo, como o surgimento e a importância da Psicologia Oncológica, o papel do psicólogo oncológico e as dificuldades por ele enfrentadas, e a influência das narrativas das mulheres com câncer de mama no enfrentamento da doença. Por fim, o terceiro capítulo dedica-se a um estudo de caso no qual a autora aborda a história de Eva-Maria Sanders, através de reflexões sobre o livro autobiográfico – uma mulher que teve câncer de mama e se curou a partir de suas mobilizações e motivação interior, junto ao apoio do cônjuge e familiares – cujo objetivo é ilustrar a importância das narrativas e o conteúdo psicológico e como estes têm muitas vezes raízes em uma história cultural e familiar. Tais conteúdos representam todo o sentido que a doença adquire para a pessoa e como tal implicam nas

escolhas e decisões durante o tratamento, no que diz respeito à escolha pela vida, por uma melhora na saúde e em aderir ou não ao tratamento.

1. O CÂNCER DE MAMA

1.1 CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS GERAIS

A palavra *câncer* carrega consigo uma série de representações e de interpretações associadas à morte, o que justifica a desestruturação que tal diagnóstico provoca na vida do enfermo e de seus familiares, e o silêncio ou segredo em torno do assunto. “O termo advém do grego *Karkinos* e do latim *Cancer*, que significa caranguejo, que se assemelha às veias intumescidas de um tumor e também pela sua agressividade, imprevisibilidade e capacidade de aprisionamento” (Sontag, 1984, citado em Soares, 2004, p.11). O câncer é uma doença de caráter crônico e caracteriza-se pela produção alterada e desordenada (ampliam muito rapidamente) de células, por estas perderem sua função normal de multiplicação. Com o passar dos anos, tais células passam a adquirir dimensões e consistências de um tumor, tornando-se malignas (Basegio, 2003).

A história dessa doença é bastante envolta de preconceito. Desde seu aparecimento na humanidade, o câncer era uma doença terrível e amedrontava a todos que dela sucumbiam ou aqueles que temiam “contaminar-se”. Segundo Gimenes (2000) a história do câncer é “repleta de imagens de vergonha” (p.43), pois tal doença equivalia a uma sentença sociocultural, na qual representava uma falta de glória da pessoa cancerosa. Tal fato colocava o enfermo como responsável por seus sofrimentos e mesmo pela enfermidade, o que o levava a acomodar-se ao seu destino e aceitar seu castigo divino. Complementando a idéia dos temores acerca da doença, Tavares e Trad (2005) explicam que desde seu surgimento na humanidade, o câncer sempre esteve relacionado a excessos (atitudes, comportamentos ou pensamentos que extrapolavam a normalidade), de tal forma que seu surgimento sinalizaria um momento dado ao enfermo para rever seu estilo de vida, no sentido de controlar seus excessos. Conforme indica Sontag (1996, citado em Tavares e Trad, 2005), nos séculos XIX e XX, o câncer estaria asso-

ciado à falta de higiene e a comportamentos imorais, o que levava ao pensamento, na época, de que seu surgimento servia como uma oportunidade de remissão para os pecados e excessos cometidos. Ainda segundo a autora, somente ao final do século XIX, a partir de estudos realizados com pacientes com câncer, propôs-se uma nova explicação para o surgimento do câncer, acreditando-se que sobrecargas de emoções constantemente reprimidas poderiam desencadear a doença.

Atualmente, a ciência médica enfatiza que o surgimento do câncer está intrinsecamente ligado a alguns fatores como: exposição a substâncias cancerígenas, predisposições genéticas, dieta alimentar, exposição à irradiação e sedentarismo. Contudo Simonton, Matthews-Simontons e Creighton (1987) discordam de tal teoria. Para os autores, nenhum destes fatores fornece uma explicação satisfatória, ou exclusiva, para a causa do câncer, tendo em vista que nem todas as pessoas que foram submetidas a tais situações vieram a apresentar posteriormente a doença. De acordo com os autores, o surgimento do câncer teria como causa fundamental a supressão das defesas naturais do indivíduo contra as doenças, o que pode acontecer quando determinado evento ou circunstância causa alterações no funcionamento do sistema imunológico, deixando-o vulnerável às enfermidades e tumores malignos.

Ramos (2006), junto às observações dos autores acima, concluiu que tais eventos ou circunstâncias resumiam-se em três principais: a repressão emocional, o estresse e a depressão. De acordo com a autora, tais situações teriam a faculdade de baixar a imunidade do corpo, deixando as defesas do corpo vulneráveis, principalmente, ao surgimento de tumores malignos. Embora não haja comprovação enfática científica destas relações, a autora sinaliza que vários estudos realizados acerca dos efeitos do câncer relacionados ao seu surgimento, evidenciam relações entre grandes estresses emocionais, principalmente, no que diz respeito a perda de entes queridos, pais, cônjuge ou filhos.

Para LeShan (1994) “o câncer não é apenas uma doença; são diversas doenças relacionadas que afetam, de várias maneiras, diferentes partes do corpo humano” (p.19). Dessa forma, o autor explica que o câncer corresponde a um indicador do corpo de que há algo errado na vida do paciente, que o predispõe mais facilmente à contração de enfermidades, deixando o organismo mais frágil para suas reincidências. E esse algo teria relação com um padrão psicológico ou com uma tendência psicológica. Ou seja, de certo modo há uma tendência psicológica ou personalidade predominante nos casos de pacientes com câncer.

A partir de tal pensamento, LeShan (1994) realizou pesquisas a fim de avaliar essa tendência psicológica, nas quais identificou três fatores psicológicos presentes nos pacientes cancerosos que poderiam ter grande influência no surgimento do câncer: 1) perda da razão de ser ou perda de sentido de vida (que poderia ter alguma associação à eventos traumáticos ou a depressão crônica); 2) incapacidade de demonstrar sentimentos hostis (repressão emocional); 3) tensão emocional relacionada a morte de um dos pais (perda de relacionamento vital).

Simonton, Matthews-Simontons e Creighton (1987) explicam que o câncer está associado ao estresse ou às situações em que o indivíduo sofra grande pressão. Segundo os autores, situações de estresse, normalmente, acionam o sistema imunológico como uma forma de evitar enfermidades que possam advir dos efeitos negativos desse estresse. Contudo, quando tais situações ocorrem em um nível elevado, respostas emocionais muito fortes são despertadas. Tais respostas provocariam efeitos capazes de “suprimir o sistema imunológico, abalando as defesas naturais do corpo contra o câncer e outras enfermidades” (p.50). Dessa forma, a produção de células anormais ocorreria como uma tentativa do corpo de se defender.

Diante do exposto acima, percebe-se que o câncer é uma doença que possui um fundo emocional, mas acima de tudo é um indicador de alguma disfunção ou desequilíbrio do funcionamento interno do corpo, sendo o equilíbrio algo que depende essencialmente da percepção da pessoa quanto a situações que exigem uma elaboração diferencial do significado de

sua existência. Em outras palavras, todo evento que ocorre com o homem o leva a frustrações e sentimentos de perda, contudo, a maneira como ele significa tal experiência determina a maneira pela qual o corpo irá trabalhar também. Assim, é possível que além de um padrão psicológico, ou de eventos estressores ou perda de relacionamento vital, exista uma maneira de viver que define o comportamento do indivíduo ao longo de sua existência. Maneira essa que possui respaldo em sua cultura, conjunto de valores e crenças, e em sua própria história familiar. A percepção em torno do problema (dificuldade financeira, perda de entes queridos, vivências constantes de estresses e mudanças, e mesmo dificuldade de expressar sentimentos) parece ser decisiva no desenvolvimento de doenças e, principalmente, em seu avanço para quadros clínicos mais graves.

O diagnóstico de uma doença como o câncer desperta o ser humano para sua maneira de lidar com a vida, simbolizando num primeiro momento a finitude da vida, mas, essencialmente, um momento de rever um estilo de ser, de viver e de existir. Nem todos estão preparados para uma doença que traz consigo desestruturação física, emocional e social, quando não familiar. O medo de ser estigmatizado, rejeitado e de perder papéis sociais definidos, o leva a questionamentos a respeito da importância da vida e de si próprio no mundo. Dessa forma, se faz necessário compreender sua caracterização, as repercussões que a doença tem na vida do indivíduo, as forças que são mobilizadas, os apoios necessários e a forma de enfrentamento.

Dentre os cânceres mais conhecidos, o câncer de mama hoje é o maior responsável pelos óbitos femininos em todo o mundo. É um tipo de câncer que carrega consigo uma série de significados e representações que exigem maior atenção da equipe de saúde (nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos, enfermeiros e o psicólogo). O seio é um órgão altamente investido de significados; ele representa uma das expressões da sexualidade feminina e da maternidade.

Todo estudo realizado em torno do câncer de mama deve ser realizado observando não só os efeitos físicos, mas, principalmente, os efeitos psicossociais na vida da mulher e os significados e representações presentes no adoecer, antes, durante e depois, pois todo o contexto da mulher deve ser considerado para avaliar e identificar quais mobilizações serão necessárias para uma melhora em sua qualidade de vida, no que diz respeito à sentir-se bem consigo mesma, com os familiares e com os outros, sendo capaz de construir um futuro ou de obter um bom prognóstico.

O câncer de mama caracteriza-se por uma neoplasia que afeta uma das mamas e por vezes as axilas, apresentando-se no início como um nódulo consistente que pode ser indolor ou não. É mais comum em mulheres acima de 50 anos e, embora possua um bom prognóstico quando detectado precocemente, o câncer de mama hoje se constitui como um problema de saúde pública. Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), no Brasil o câncer de mama é um dos maiores responsáveis pelos óbitos femininos e estima-se que em 2008 o número de casos novos seja em torno de 49.400, com um risco estimado de 51 (cinquenta e um) casos a cada cem mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 (sessenta e oito) casos novos por cem mil (INCA, 2008).

De acordo com Zelmanowicz (2008), existem três tipos de câncer de mama que diferenciam-se segundo a maneira pela qual afetam a mama. O mais comum denomina-se *Carcinoma Ductal* sendo esta a neoplasia que acomete as células dos ductos das mamas. Os que atacam os lóbulos da mama são chamados de *Carcinoma Lobular* e, frequentemente, acometem as duas mamas; por fim, o *Carcinoma Inflamatório* que apesar de raro, é o que se apresenta de forma mais agressiva, pois compromete visivelmente toda a mama deixando-a avermelhada e inchada.

Para a Medicina, os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer são: exposição a hormônios, história menstrual, uso de anticoncepcionais orais, ingestão de álcool,

alimentação e sedentarismo. A história da doença no meio familiar também é um fator que requer atenção, tendo em vista que grande parte dos cânceres de mama possui origem genética e/ou hereditária, o que sinaliza o grau do risco do desenvolvimento do câncer (Barros, Barbosa, Gebrim, 2001). Contudo, como assinala Simonton, Matthews-Simontons e Creighton (1987) e LeShan (1994, p.19), a maneira de lidar com os estresses da vida, e, principalmente, com as perdas, é que irão ser decisivos no aparecimento ou não do câncer.

Ao perceber alterações ou nódulos na mama, a primeira reação da mulher é buscar um diagnóstico concreto que traga esclarecimentos. A intenção de tal busca é, obviamente, a de sanar a dúvida, mas é acima de tudo a de atestar que não seja nada grave. Contudo, uma vez que as suspeitas sejam confirmadas, a mulher será submetida a uma série de exames que indicarão o nível de evolução do tumor. Dentre os exames físicos e radiológicos utilizados para confirmação do diagnóstico estão a mamografia, a ultra-sonografia e a biópsia. Todos os exames fornecem resultados bastante precisos, mas a procura por mais de um profissional é muito importante para que não restem dúvidas, no sentido de realizar uma avaliação em todos os níveis da forma mais completa possível (Maluf, Mori e Barros, 2005).

O auto-exame é essencial na prevenção deste tipo de câncer, sendo de suma importância que a mulher realize exames de toque, apalpando os seios com a ponta dos dedos em movimentos circulares ao redor do seio e axilas. Uma vez que alterações sejam percebidas é imprescindível a procura por profissionais especializados a fim de sanar as dúvidas e incertezas que o diagnóstico traz consigo. Os principais sinais e sintomas em relação ao surgimento, tempo e evolução do câncer referem-se aos nódulos na mama ou axilas acompanhados ou não de dor mamária, eczemas, retração cutânea ou da papila e, por vezes, descarga capilar (Chaves, 1994).

Como formas de tratamento, existem a quimioterapia, a hormonioterapia, medicação, a radioterapia e cirurgia conservadora. É de suma importância que nesse período a mulher

receba apoio de todos os lados de sua rede social e familiar, e, principalmente, que paralelo ao tratamento com radiação e cirurgia, ocorra um acompanhamento psicoterápico a fim de oferecer o suporte em todos os sentidos para essas mulheres (Hoffman, Muller, Frasson, 2006).

Descobrir-se com câncer é de certa forma ter a certeza da finitude da vida, vivenciar a morte e ter que lidar com ela de uma forma mais concreta. Significa impor-se limites e novas rotinas que remetem ao sentimento de perda, propiciando a ressignificação do estilo de vida.

1.2 REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS NA VIVÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA

O diagnóstico de câncer de mama equivale a uma sentença associada a perdas, dor, sofrimento e degradação, e como tal ocasiona toda uma desestruturação na vida social, familiar, sexual e na percepção de si da mulher. Angústias ligadas à feminilidade, ao papel e a identidade feminina são vividas com maior profundidade, pois os abalos significativos do câncer afetam, principalmente, o *self* feminino, no sentido de que o seio é um órgão do corpo altamente investido de representações.

Assim, a perda desse órgão representa um luto, o qual “é vivenciado pelo corpo perdido, pela feminilidade “roubada”, pelos sentimentos de menos valia por ser “menos mulher que as demais” (que possuem seios)” (Maluf, Mori & Barros, 2005, p.152). Para as autoras, ao longo do tratamento, a mulher vivência também outros lutos: a possibilidade de estar com câncer, o diagnóstico, o tratamento cirúrgico, a perda da imagem corporal, limitações trazidas pela cirurgia, tratamentos quimioterápicos e radioterápicos.

Maluf, Mori & Barros (2005) salientam, ainda, que tais lutos levam a mulher a um conflito existencial, no qual muitos valores e crenças confrontam-se com sua nova realidade. Segundo as autoras:

(...) a mulher passará por várias fases de conflito interno que oscilam desde a negação da doença, onde a paciente (e familiares) procuram diversos profissionais na esperança de que algum deles lhe dê um diagnóstico contrário aos achados, até a fase final onde há a aceitação da existência do tumor (p.150).

Logo, a eminência da perda do seio e os tratamentos que a mulher passa a ser submetida afetam consideravelmente sua auto-estima, diminuindo seu apreço em relação à sua feminilidade e à sua capacidade de atração, e como consequência, ocorre uma diminuição significativa do desejo sexual e da vontade de relacionar-se com os outros. De acordo com Venâncio (2004, citado em Hoffmann, Muller e Frasson, 2006):

O período de diagnóstico pode ser bastante traumático para a mulher, que se vê diante de uma doença que é ameaçadora da vida. A mama, como um órgão símbolo da feminilidade, estando relacionada à diferença dos sexos, maternidade, sexualidade, sensualidade e beleza, quando de alguma alteração pode abalar drasticamente a noção de identidade da mulher (p.240).

Para Soares (2008), “as reações da mulher com câncer de mama frente à mutilação relacionam-se à sua subjetividade, sendo determinadas pela maneira como ela vive e convive com o seu corpo desde a infância” (p.27). Nesse sentido, a imagem corporal que a mulher possui de seu corpo é construída nas relações e nos vínculos estabelecidos desde sua infância, pois estes fornecem referências para seu modo de ser e para a convivência e aceitação de seu corpo. Gimenes (1998, citado em Tavares & Trad, 2005) explica que “significados e interpretações acerca do câncer e das situações que lhe estão associadas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença” (p.427).

Pollin (1995, citada em Venâncio, 2004), em seus estudos, identificou oito preocupações presentes em pacientes que vivenciam doenças crônicas: perda do controle sobre a vida, mudanças na auto-imagem, medo da dependência, estigmas, medo do abandono, raiva, isolamento e morte. Tais preocupações ilustram as narrativas construídas pelas mulheres que vivenciam o câncer de mama, com acréscimo de alguns problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, seguidos de alguns transtornos mais graves.

Dentre os sentimentos e pensamentos mais comuns nas pacientes com câncer de mama estão: inquietação frente ao diagnóstico, tristeza, preocupação com a família, medo da morte, preocupação com efeitos do tratamento. Entretanto, os mais comuns são a recusa do diagnóstico (por que eu? Por que agora?) e o desespero. Nesse contexto, LeShan (1994) afirma que o desespero é um “elemento básico na vida emocional do paciente com câncer” (p. 40), não sendo algo relacionado ao câncer em si, mas a maneira de ver a vida, uma concepção de vida, equivalente a uma desesperança, ausência de sentido na vida ou de qualquer significado nela ou mesmo de prazeres. Isso significa que a desesperança, a falta de motivação e de prazeres na vida levam o indivíduo ao desespero, por, de repente, perceber-se indigno de amor:

(...) o desespero do paciente de câncer provoca uma sensação de isolamento que não somente impede que o amor preencha o vazio, mas também exclui a possibilidade de um relacionamento pleno e satisfatório com os outros, mesmo através da raiva, ressentimento ou ciúmes (p.40).

Assim, a mulher com câncer percebe-se em uma situação que as relações já não são tão satisfatórias, pois a relação consigo mesma está afetada. Sua auto-estima, seu corpo, suas emoções e seus sonhos foram todos modificados pela doença. O próprio tratamento traz consigo um grande assombro: perda de cabelos e pêlos. As sessões de quimioterapia trazem para a mulher a esperança da cura, mas, por outro lado, desestruturam toda a representação de si:

feminilidade, independência, auto-suficiência, beleza, sensualidade. Há toda uma ressignificação de valores que dependerá da interpretação da doença; ou seja, se o câncer é percebido como um sinal de parar e rever o estilo de vida e excessos, a ressignificação ocorrerá de forma positiva, tornando-se em uma busca pela qualidade de vida e pela cura. Contudo, se o câncer for percebido como obstáculo à vida, no sentido de modificar todas as relações do enfermo, privando-o da vida, é possível que a melhora não ocorra, pois todas as forças mobilizadoras para a cura e o bem-estar do paciente, não serão ativadas pela falta de fé e de esperança.

Venâncio (2004) salienta que as reações das pacientes frente à doença dependerão “de características individuais destas como: história de vida, contexto cultural e social, espiritualidade e opção sexual. Tais individualidades irão influenciar a forma de avaliar a importância da doença e a forma de enfrentá-la” (p.57). Nesse sentido, pode-se dizer que para a autora, o câncer adquire um sentido particular e individual o qual dependerá das interpretações e significações a ele associadas e construídas ao longo da experiência da doença e a partir de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana.

Desde o momento em que um paciente se deflagra diante da certeza, ou mesmo da possibilidade de um diagnóstico sombrio como o do câncer, tanto ele quanto sua família passam a viver sob o estresse da incerteza, do medo, e dos significados que a palavra câncer já trazem em si. O adoecimento interfere em vários setores de sua vida, surgindo o desconforto, a dor e as limitações físicas, econômicas, sociais e profissionais. A doença terá forçosamente uma carga emocional que afetará a capacidade do paciente de ajustar-se a esse novo estar e ser no mundo.

De acordo com Zecchin (2004, citado em Soares, 2007):

O câncer de mama agrega a ameaça de morte, sendo esta vivida pelo ego como ameaças de perda de seus objetos, implicando então, em luto, não só do órgão, mas de experiências e fantasias associadas a ele como representan-

te simbólico. (...) Essa ameaça ao ego é manifestada através de uma fragmentação de identidade, tanto resultante do ataque narcísico que significará a perda do seio, quanto do reconhecimento do câncer como ameaça de morte. (...) O diagnóstico de câncer confrontará o Eu de duas formas: preservar uma relação de investimento com seu próprio corpo e investir nele, como um outro investido pelo Eu. (...) No corpo se faz necessário um forte e permanente investimento de adaptação, de reconhecimento do corpo vivo e modificado pela perda (p. 25).

Os estigmas existentes implicados na palavra câncer existem há bastante tempo e embora hoje já existam métodos capazes de curá-lo, a sociedade ainda possui certo preconceito em relação ao tema, pois falar de câncer é falar de morte ou de sua possibilidade. Tal concepção afeta, indubitavelmente, as relações da enferma com o mundo e consigo mesma. O apoio esperado nem sempre chega e as pessoas que são importantes nesse momento necessitam clarificar certos tabus em relação à doença e ao próprio tratamento adotado. A família é uma peça chave e será ela que poderá determinar as esperanças ou temores decorrentes do diagnóstico e a própria forma com a qual se procede com o enfrentamento (Hoffman, Muller, Frasson, 2006).

O acolhimento de familiares e de todos pertencentes à rede social da enferma é fundamental para que a paciente sinta-se segura e apoiada, pois será desse afeto recebido que ela irá retirar motivação e confiança para ter condições de encontrar dentro de si todas as forças necessárias para o enfrentamento. Inicialmente, a família busca ter conhecimento daquilo que não sabe, buscando informar-se a respeito do câncer, de seus efeitos físicos e psicológicos, para que ela possa fornecer o devido suporte e acolhimento à familiar com câncer, durante não só o tratamento, mas em todo o processo, desde o adoecer até a possível cura. Nesse sentido, é imprescindível que não só a paciente com câncer de mama, como sua família e pessoas

mais próximas reavaliem seus conceitos em torno do câncer e das conseqüências, tendo em vista que uma visão pessimista ou impregnada de tabus dificultaria o processo de motivação e da busca pela cura pela própria paciente (Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis, 2001).

Depois do choque inicial, paciente e família passam por conflitos profundos, quando então se reorganizam, de forma mesmo que precária, para juntos enfrentarem um período longo e sofrido do tratamento com seus efeitos colaterais. (Almeida e cols., 2001).

Conforme salienta Nascimento-Schulze (1997) dentre as dificuldades de ordem psicossocial que os pacientes com câncer enfrentam estão: “deixar a família; enfrentar o julgamento social; enfrentar a possibilidade da morte; preparo para cirurgias; mudança no desempenho de papéis sociais; falta de apoio; mudanças corporais; dores” (p.20). Tais dificuldades representam toda uma adaptação que deverá ser feita em relação a rotina do paciente canceroso. Em primeiro lugar, o indivíduo deixa de ter uma vida ativa e seu papel social, no que diz respeito a emprego, pois deverá dedicar-se ao tratamento, e como este implica em grande fragilidade e determinadas mudanças corporais, o indivíduo passa a ser dependente e ter receio das reações dos outros, principalmente daqueles que compõem sua rede social (amigos, colegas de trabalho, parentes, familiares, cônjuge, filhos e os próprios profissionais da saúde que fazem acompanhamento da pessoa em questão).

O tratamento implica em uma série de conseqüências na vida pessoal, social e familiar que influenciam a relação da mulher consigo e com o mundo. De acordo com pesquisa realizada por Sales, Paiva, Scandiuzzi e Anjos (2001), as principais conseqüências são: introversão, dependência dos outros, nervosismo, choque das pessoas, medo, vergonha de se vestir, distanciamento das pessoas e problemas com alimentação e sono.

Hoffman, Muller e Frasson (2006) salientam a importância do apoio social no tratamento do câncer de mama, pois constitui-se como importante fator protetor e recuperador da

saúde de mulheres com neoplasia mamária. A respeito de estudos realizados no sentido de avaliar a validade do apoio social e sua composição, os autores citam estudos de Kahn e Antonucci (1980, citado em Hoffman, Muller & Frasson, 2006) os quais evidenciaram que o apoio social necessário é fornecido por transações interpessoais, relações íntimas e comunitárias, e tais transações incluem três componentes: “o afeto positivo (de uma pessoa em relação à outra), a afirmação (de outras pessoas sobre os comportamentos e percepções) e a ajuda (simbólica ou material para o outro)” (p.240). Tais transações incluem ainda três propriedades: “o número de pessoas componentes da rede, a duração dos relacionamentos e frequência de contato com os membros da rede” (p.241).

De acordo com Patrão e Leal (2004):

O suporte social refere-se a um conjunto de mecanismos que através das relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos prejudiciais do stress, na sua saúde, bem-estar e na qualidade de vida, que deveria estar presente independentemente dos acontecimentos stressantes (Serra, 2002). Pode, também, ser considerado como a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado, valorizado, e que pertence a um grupo com obrigações mútuas. Ou de uma forma mais geral refere-se a diferentes graus de necessidades de afecto, aprovação, pertença e segurança de um grupo de pessoas significativas (Bloom, 2000). O que é importante é a percepção do suporte social e não só o número de pessoas à sua volta, sendo a família, amigos e os profissionais de saúde as fontes mais importantes de suporte em indivíduos com doenças graves (p.57).

Do diagnóstico à convivência com o câncer, a mulher passa por uma série de adaptações físicas e psicológicas que exigem dela força e fé. Acreditar na cura não basta, tem-se que mobilizar todas as forças interiores para que a cura venha existir e ser uma realidade, e dentro

disso o apoio de toda rede social da paciente é valiosíssimo, pois além de motivar, representa um cuidar e um importar-se, significa ter alguém, não estar só e ser capaz.

1.3 MASTECTOMIA E IMPACTOS NA VIDA DA MULHER

A mastectomia é uma cirurgia radical, mutiladora e é indicada quando o câncer encontra-se em um estágio avançado. Muitas mulheres optam pela cirurgia, pois acreditam que dessa forma limitam a doença e evitam, assim, seu avanço, e também porque a remoção cirúrgica do tumor traz a segurança de não ter que se preocupar mais. Tais conceitos levam a mulher a visualizar a cirurgia como a cura de seu mal, uma cura definitiva. Entretanto, embora a cirurgia traga grande alívio à enferma, o momento pós-cirúrgico é vivido com um profundo sentimento de perda, e deste surgem uma série de fantasias, angústias e medos que não se cessam com a retirada do tumor. Há sentimentos que envolvem a imagem corporal, a sexualidade, o relacionamento com o cônjuge (e a aceitação deste), e familiar, assim como as relações sociais mantidas por um papel específico que talvez nem lhe pertença mais.

Conforme salienta Silva (2008) a mastectomia e tratamentos complementares (quimioterapia e radioterapia) trazem repercussões importantes no que se refere à identidade feminina, pois além da mutilação, podem ocorrer, como efeitos do tratamento, perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, menopausa precoce, diminuição da libido e alteração na produção de hormônios sexuais, o que torna o ato sexual doloroso, além de diminuir a excitação e inibir o orgasmo. Sales, Paiva, Scanduzzi e Anjos (2001) explicam que além destas conseqüências, os sentimentos de pertencimento e de aceitação sofrem deturpações. Para os autores, as conseqüências principais da cirurgia são: choque das pessoas, vergonha de se vestir e o distanciamento das pessoas que compõem, ou não, sua rede social.

Wanderley (1994) afirma que durante os estágios da doença, a mulher mastectomizada apresenta um padrão definido de comunicação em níveis diferentes, segundo suas necessida-

des, defesas e fantasias. Para o autor, no estágio inicial da doença a paciente necessita e consegue falar sobre a doença com facilidade e franqueza, pois acredita que ao compartilhar acaba obtendo parceiros no tratamento. Já em um estado avançado, o medo é intenso e as informações e os sentimentos passam a ser velados pelo receio do abandono, o que as leva a um comportamento mais passivo e menos esperançoso em relação à enfermidade. No estágio final, o silêncio é predominante e a necessidade de apoio de familiares e amigos se faz bastante importante. Tal afirmação demonstra o isolamento gradativo que ocorre com a doença, pois a mulher se vê em uma situação que traz muitas incertezas e, principalmente, medo e vergonha. Logo, o bem-estar da enferma depende essencialmente da companhia de pessoas importantes, e de sentir-se apoiada e confortada, afastando assim, o medo do abandono.

É importante, também, ressaltar que a mastectomia tem grande (e por vezes, maior) impacto sobre a sexualidade e aspectos envolvidos com ela. Segundo Almeida (2006), a sexualidade vai além do ato sexual, “a sexualidade engloba uma série de outros fatores como desejo, auto-imagem, sensualidade, sensação de bem-estar consigo mesma, aceitação do próprio corpo e identidade como mulher” (p.101). A perda da mama altera a percepção de si e evidencia sentimentos de vergonha quanto ao corpo, no sentido de evitar determinadas peças de roupa e de utilizar blusas durante o ato sexual com seus parceiros. “Nesse momento em que ela se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do companheiro se torna imprescindível para esta reestruturação” (p.104).

Segundo Soares (2008), a mastectomia possui a conotação freudiana de castração, pois a retirada das mamas provoca um sentimento de castração que envolve sua percepção do corpo e da própria feminilidade, pois o seio em si é um órgão que expressa a sexualidade pelo simbolismo da criação, do prover e do alimentar. Tal castração é vivida com um profundo sentimento de inferioridade, repulsa, insatisfação consigo mesma, podendo ocorrer também

frigidez, já que não se reconhece mais como uma mulher desejada, sendo portanto, incapaz de ter prazer novamente, afastando de si qualquer situação que envolva sua sexualidade.

O seio é uma região altamente erógena para a mulher, sua simples manipulação leva algumas mulheres a alcançarem o orgasmo e outras a aumentarem sua excitação sexual. O seio fornece à mulher um sentimento de auto-estima e valor-próprio relacionado à sua feminilidade, fertilidade, sensualidade e beleza. A remoção de um órgão tão importante leva a mulher a sentir-se mutilada, passando a experimentar “uma marcada e persistente insatisfação com a imagem corporal em relação àquelas submetidas à cirurgia conservadora, sentindo-se mais desfiguradas e preocupadas, evitando dessa forma, manter relações sexuais com seus companheiros, por se sentirem envergonhadas, como se *“não fossem mais mulheres”*.” (Fallowfield, 1987, citado em Soares, 2008, p.27).

Alem das questões com o parceiro e com sua sexualidade, a mulher também enfrenta dificuldades em relação à sua família. Sua sensibilidade fica à flor da pele e fica difícil não se importar com o comportamento de pessoas queridas frente ao enfrentamento do câncer de mama. Melo, Silva e Fernandes (2005) enfatizam que há a possibilidade da mastectomia afetar a relação familiar, tendo em vista que a mulher, durante o processo do tratamento, sofre modificações a níveis psicológico, emocional e físico, o que pode ter como resultado, modificações nas relações sociais que podem vir a se estender aos familiares.

Nesse sentido, os autores enfatizam a importância do apoio familiar para a mulher mastectomizada, pois embora a doença imponha uma série de limitações para a enferma e para a família, é possível que seja também um meio de fortalecer os laços entre os membros, tornando-se “um fator articulador na dinâmica familiar, integrando os membros entre si, mobilizando toda a família em torno do problema” (p.221). Contudo, não se pode negar que por outro lado, possa ocorrer uma desestruturação da família, observado aspectos anteriores ao surgimento da doença, como proximidade, cumplicidade e também as expectativas associadas

às respostas da mulher mastectomizada frente à doença, visto que desentendimentos, em relação à forma de expressar a dor, podem levar a um desequilíbrio nas relações entre familiares. Nesse ponto, é importante lembrar que o significado que a doença adquire para a enferma sofre influências significativa do valor que esta atribui a si própria como mulher, o que necessariamente irá implicar também em seus relacionamentos com outras pessoas, seja na forma de dar ou de receber afeto delas.

É importante dizer que, o conflito interno e sentimentos negativos que emergem deste, podem ser amenizados por meio da cirurgia de reconstrução da mama. Conforme Azevedo e Lopes (2005) explicam, a reconstrução do seio é vivenciada como uma satisfação simbólica, onde a prótese simboliza a possibilidade de se sentir completa novamente, de ter uma vida sexual ativa e de resgatar a própria feminilidade. Nesse sentido, Vianna (2004) identifica algumas frases que indicam o sentimento de satisfação em relação à prótese, e todo o desejo de melhorar a auto-estima: *“fiquei bonita”*; *“me sinto completa como mulher”*; *“quero voltar ao convívio social”*; *“estou realizada e satisfeita”*; *“vou arrumar um marido”*; *“agora tenho uma vida normal”* (p.207).

Embora a satisfação advinda da reconstrução mamária reacenda a esperança de vida da mulher, ela não é compartilhada entre todas as que passam pela cirurgia. Há, por outro lado, aquelas mulheres que após o implante sentem-se insatisfeitas, por questões estéticas e também por não sentirem a prótese como sua, e sim como um corpo estranho em si. E como resultado, essas mulheres perpetuam seu conflito interno, aumentando sua morbidade psicológica e distanciando de relações íntimas e sociais.

Apesar disso, Almeida (2006) salienta que pesquisas evidenciaram que mulheres que realizam a reconstrução imediata da mama possuem um índice de morbidade psicológica significativamente inferior em relação à mastectomia somente. Tal dado reflete a dimensão psicológica que a retirada do seio atinge. A retirada do tumor é vista como a cura, mas a retirada

da mama é identificada como desfiguração. A reconstrução mamária devolve a algumas mulheres o sentido da vida e para outras os sonhos de toda uma vida. Se a reconstrução mamária alcança a satisfação e reconstrução de uma imagem corporal, a mulher sente-se novamente viva e capacitada para assumir sua feminilidade e os aspectos envolvidos com esta. Nesse contexto, é valiosíssimo o entendimento de todos os significados e valores que compõe a realidade da mulher em tela, suas expectativas, receios e mesmo seus sonhos. A compreensão desta teia de significados é tarefa dedicada a toda a equipe de ajuda no tratamento, seja ela composta por profissionais ou por familiares, na medida em que desentendimentos apresentam-se menos constantes e o tratamento torna-se algo menos pesado e mistificado para todas as partes envolvidas.

2. O PAPEL DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

2.1 PSICOLOGIA ONCOLÓGICA

O diagnóstico de câncer abrange a vivência de emoções e pensamentos que provocam grandes alterações na vida do paciente, seja na vida familiar, social, profissional e mesmo no relacionamento consigo mesmo (sexualidade, auto-estima, valorização, independência e desejos). Normalmente, é constante a presença de preocupações e pensamentos envolvendo temas como: morte, solidão, medo, isolamento, falta de afeto, falta de incentivo, incerteza quanto ao futuro, deformações no corpo e desgastes advindos do tratamento. A forma como o indivíduo enfrenta a doença é significativa na eficácia do tratamento, e, portanto, é necessário, que a doença adquira uma significação positiva para o enfermo a fim de que este opte pela vida e lute pela cura. Entretanto, ressignificar valores aderidos ao longo de uma vida, construídos a partir de uma história de vida, de rotinas estressantes e de perdas, nem sempre é um processo rápido e fácil. E é nesse ponto que o trabalho do psicólogo constrói sua função.

A atuação da psicologia no campo da Oncologia ainda é bastante recente. Embora hoje seja reconhecida a importância do psicólogo no tratamento do câncer, a Psicologia só veio a fazer parte dessa área após estudos realizados com pacientes cancerosos, através dos quais se concluiu que processos psicológicos envolvidos no decorrer do tratamento poderiam interferir de forma positiva ou negativa no prognóstico e no tempo de sobrevivência destes pacientes.

Conforme salienta Gimenes (1994), foi a partir de pesquisas realizadas por diferentes abordagens psicológicas em torno de relações entre personalidades, padrões comportamentais e câncer, que surgiu a preocupação com a “aplicação de conceitos psicológicos para a prevenção, adaptação emocional e social do indivíduo nas diferentes etapas do tratamento oncológico”.

co, na reabilitação e no manejo terapêutico de pacientes oncológicos na fase terminal” (p.35).

Segundo a autora:

A entrada da Psicologia na área da Saúde veio a ocorrer no início do século XX com os trabalhos de Freud a respeito da histeria de conversão, (...) os quais atentaram para a interação entre processos emocionais e processo corporal. A partir de então, começa a emergir o reconhecimento de que características peculiares a cada paciente (sua história, suas relações sociais, seu estilo de vida, seus processos mentais, sua personalidade) e processos biológicos precisam ser incluídos para se atingir uma conceitualização precisa de saúde e doença.

Como resultado, surge o modelo biopsicossocial, uma alternativa teórica ao modelo biomédico, que oferece subsídios para o desenvolvimento de três campos de atuação e pesquisa: Medicina Psicossomática, Medicina Comportamental e Psicologia da Saúde (p.39).

De acordo com Venâncio (2004), outro fato importante que contribuiu para a inserção do psicólogo na área de saúde foi a realização, em 1978, da Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde, na antiga União Soviética, na qual a adesão ao tratamento pelo paciente fora discutida como uma forma de promoção da saúde e prevenção da doença. A partir de discussões chegou-se a conclusão de que a adesão ou não ao tratamento implica em questões psicológicas, o que abriu espaço na área da Saúde para o psicólogo.

A Psicologia Oncológica surgiu no final da década de 70, como um campo de estudo da Psicologia cuja preocupação principal é a qualidade de vida do paciente canceroso, no sentido de avaliar e identificar o papel psicossocial no desenvolvimento da doença, em seu tratamento e em sua prevenção. Segundo Gimenes (1994), intervenções de natureza psicológica tornam-se importantes, pois possuem a faculdade de ajudarem o paciente a lidar com os as-

pectos envolvidos com o diagnóstico de uma doença que está associada a sofrimento, mutilação, solidão e morte.

De acordo com Bayés (1985, citado em Gimenes, 1994, p.43-44), o desenvolvimento da Psiconcologia está associado a vários fatos:

- O reconhecimento de que a etiologia e o desenvolvimento do câncer estão associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais;
- o fato de a importância da adesão aos diversos tratamentos prescritos estar sendo amplamente reconhecida pela comunidade na área de Saúde;
- o fato de a adesão às diversas modalidades de tratamento de combate ao câncer estar associada a fatores de natureza psicológica e social, o que implica a necessidade de desenvolver estratégias eficientes que possam assegurar a participação ativa de pacientes oncológicos nas diferentes fases de tratamento;
- o reconhecimento a cerca da importância de substituir a utilização de tecnologia medicamentosa por tecnologia comportamental na área da Saúde;
- o fato de o avanço nas áreas médica e tecnológica permitir o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevivência após a incidência de câncer, o que contribuiu para que os profissionais da Saúde envolvidos com os tratamentos oncológicos passassem a ter como alvo de consideração a qualidade de vida de seus pacientes.

Assim, a entrada da Psicologia na Oncologia fez-se necessária como método de promoção à saúde no sentido de que esta, enquanto ciência, possui a faculdade de não só avaliar os processos psicológicos envolvidos com a etiologia e desenvolvimento do câncer, como, principalmente, a de facilitar a adesão de pacientes cancerosos ao tratamento, levando-os a

lidar melhor com a doença e a ressignificar este momento de suas vidas, transformando pensamentos pessimistas em esperança de vida e sobrevivida.

Costa Junior (2001) afirma que a Psiconcologia é um “campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de câncer” (p.02). Para o autor, tal campo tem como objetivo identificar variáveis psicossociais e contextos ambientais dos pacientes cancerosos em que a intervenção psicológica possa auxiliar a fim de melhorar o manejo do tratamento.

Corroborando com tal definição, Gimenes (1994) ressalta que a Psiconcologia, desse modo, utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo em três situações: 1) assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de Saúde envolvidos nas fases da doença; 2) desenvolvimento de pesquisas e estudos de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, recuperação e tempo de sobrevivida após o câncer; 3) organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente.

Para a autora, a Psiconcologia possui quatro níveis de intervenção: primário, secundário, terciário e cuidados paliativos. A primeira visa atuar sobre os estilos de vida do indivíduo, estresse diário e comportamento alimentar. No nível secundário estaria a educação da sociedade (população geral e profissionais da Saúde Pública) para a prevenção do câncer, no sentido de alertar a população para hábitos (prejudiciais à saúde) por meio de campanhas e palestras. Já o nível terciário envolve intervenções realizadas no tratamento, visando maior adesão ao tratamento por parte do paciente (treinamento de profissionais, conhecimento de técnicas de enfrentamento psicológico e colaborar para solução de problemas envolvidos com as fases do câncer). As intervenções feitas na fase terminal envolvem diversos aspectos presentes no contexto de morte da pessoa com câncer e envolvem ações de apoio principalmente atendendo: necessidades emocionais da pessoa, processo de tomada de decisões e resoluções

de problemas pendentes, apoio à família e à própria equipe de saúde envolvida com o paciente terminal, atentar para a dignidade e qualidade de vida da pessoa em fase terminal.

2.2 O PSICÓLOGO E O CUIDADO ONCOLÓGICO NO HOSPITAL

A pessoa com o diagnóstico de câncer encontra-se totalmente fragilizada e sensibilizada e uma vez internada, suas impressões em relação a sua realidade tendem a levá-la a uma profunda tristeza e sofrimento. Conforme salienta Moraes (1994), estas pessoas evidenciam os temores do desenvolvimento da doença, a mutilação, a dor e a apreensão quanto aos exames médicos, por serem desconhecidos, temores os quais tomam proporções para além da doença, como o temor da perda de ideais do ego, objetivos de vida, papéis sociais e o fato de causar sofrimento à família.

Segundo a autora, a despersonalização do paciente que passa a ser referido pela doença e não pelo nome, abala ainda mais a integridade desse indivíduo que já se vê desarticulado de suas experiências conhecidas e uma relação anônima pode se instalar como a única possível dentro dos limites hospitalares. Sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade ao lado de perda da autonomia são experimentados intensamente. O paciente se vê limitado em seus recursos para o controle dessa situação, despojado de seu poder anterior de decisão e afastado de sua possibilidade de ação.

A partir disso, é importantíssimo que o atendimento prestado a esse tipo de paciente dentro do ambiente hospitalar seja bastante acolhedor, pois nesse momento a equipe médica passa a participar do convívio do paciente (um convívio intenso, onde emoções e expectativas se cruzam e muitas vezes entram em conflito), podendo dizer-se também que se torna uma nova família que o acompanha nas diferentes fases da doença. Segundo Yamaguchi (1994), o acolhimento deverá ocorrer desde a comunicação do diagnóstico, pois a forma como este é passado para o paciente influencia em sua insegurança e desconforto perante o tratamento e a

internação. Dessa forma, o saber informar torna-se um ponto decisivo no acolhimento, sendo necessárias sensibilidade e percepção do momento que o(a) paciente está atravessando para poder intervir com sabedoria, pois se o paciente sente que não estará só, será mais fácil o manejo do seu tratamento.

Venâncio (2004) afirma que um fato importante no acolhimento refere-se às informações dadas ao paciente, seja o diagnóstico ou os procedimentos que serão adotados no decorrer do tratamento, pois conhecer o processo, a doença e todas as conseqüências advindas do adoecer, aumenta a capacidade do paciente de enfrentar a doença, de aderir ao tratamento e de sentir-se bem e ter mais confiança na equipe médica que o assiste. Assim, a linguagem, a comunicação entre os profissionais da saúde, principalmente o psicólogo, e o paciente deve ser acessível e clara, de forma que seja efetivamente compreendida.

Outra questão importante que afeta o acolhimento do paciente diz respeito aos procedimentos terapêuticos, às rotinas e às condutas hospitalares, que em muitos casos, adquirem um caráter ameaçador, agressivo e invasivo. O contato diário com o câncer cria na equipe médica e nos profissionais de saúde comportamentos ansiogênicos de cunho defensivo de todos os tipos. Um deles consiste no fato de que algumas tensões na equipe médica deslocam-se aos demais profissionais da saúde ou às relações dos pacientes entre si e com tais profissionais (Moraes, 1994).

Dessa forma o trabalho do psicólogo torna-se imprescindível como facilitador da comunicação entre os diversos profissionais, o paciente e a família (Moraes, 1994). Angerami-Camon (2004) destaca que até mesmo o psicólogo deve tomar cuidado para não tornar-se invasivo, pois deve levar em conta o desejo da pessoa, verificando se este quer e se interessa ou não por um atendimento psicológico. Tal cuidado é necessário, visto que, o trabalho do psicólogo ainda não é reconhecido e valorizado como deveria. A comunidade não o reconhece como um orientador ou facilitador, e ele acaba recebendo ainda título de “doutor de

doido”. Assim, o psicólogo, além de atuar como facilitador nos núcleos envolvidos com a doença (equipe médica, família e paciente), deverá respeitar a decisão do paciente quanto à necessidade do atendimento psicológico, a fim de evitar que seu trabalho seja percebido como mais um estímulo invasivo dentro das práticas hospitalares.

Conforme sinaliza Venâncio (2004), o psicólogo da Psiconcologia visa:

Manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde. Outros objetivos do trabalho desse profissional são prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, levar o paciente a compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando assim ressignificações desse processo (p.58).

Além do paciente, é imprescindível que o psicólogo hospitalar faça intervenções em níveis administrativos, no que diz respeito às influências dos procedimentos médicos na qualidade de vida do paciente. Moraes (1994) afirma que reuniões grupais com todas as pessoas que compõe a equipe assistente são fundamentais para se possa avaliar a representação da doença e da morte em suas vidas, como também para discutir as diversas reações, tanto emocionais quanto intelectuais, que o paciente oncológico desperta no grupo, para que os profissionais da equipe médica venham a perceber identificações e projeções para com o paciente.

Corroborando com tal afirmação, Moraes (1994) enfatiza, ainda, que junto à equipe multidisciplinar de profissionais que compõe o cuidado oncológico:

O papel do psicólogo é o de auxiliar a equipe na tomada de consciência das várias situações que acontecem na instituição hospitalar, no trocar de experiências, no debater as questões teóricas, filosóficas, morais, éticas, religiosas e, principalmente, no discutir diferentes abordagens, buscando uma compreensão psicodinâmica da comunicação na equipe (p.60).

É claro que o psicólogo também não deve querer interferir em todas as coisas que não esteja de acordo ou que, a seu ver, não estejam funcionando de forma adequada, tampouco impor regras ou propor projetos que não condizem com a realidade institucional do local (hospital, clínica) no qual está inserido. É imprescindível trabalhar com a realidade da instituição, suas limitações, seus recursos e suas dificuldades, o que significa que ele deverá conhecer seu local de trabalho, as pessoas que compõem a equipe de saúde, o público atendido, a forma como as tarefas são distribuídas e estruturadas, para que a partir desta realidade, possa montar um plano de trabalho dinâmico e mutável, capaz de atender às demandas e mudanças que ocorrem na instituição (Moraes, 1994; Angerami-Camon, 2004).

2.3 O PSICÓLOGO E O CÂNCER DE MAMA: ATUAÇÃO NO TRATAMENTO

A mulher que recebe o diagnóstico de câncer vivencia uma série de ressignificações advindas de uma desestruturação causada por temores e fantasias. A perda da mama significa perder o seio, um órgão que exceto seu caráter fisiológico, é acima de tudo uma parte do corpo da mulher que expressa feminilidade, seu papel de provedora, sua auto-estima, seu apreço e sua sexualidade e prazer. Logo, a retirada do seio representa para a mulher mastectomizada perda de referencial identitário, perda de um centro, de um conjunto de conceitos e referências que a localizavam no mundo. Olhar para si própria torna-se difícil, e mais ainda, o olhar do outro, o qual equivale a uma sentença que a faz sentir-se menos mulher, menos bela, menos ser humano, já que seu corpo reflete a mutilação não só de um órgão, mas de toda uma simbologia nele investida.

Talhaferro, Lemos e Oliveira (2007) ressaltam a importância de se acompanhar a reconfiguração da sexualidade da mulher mastectomizada e seu sofrimento quanto à imagem corporal. Segundo os autores “a perda da mama faz a mulher sentir dificuldades em expressar sua intimidade e em selecionar roupas, evitando praticar esportes e atividades que envolvam

roupas leves que evidenciam as formas do corpo” (p.18). Sem contar os efeitos secundários do tratamento como menopausa precoce, diminuição da libido e alteração na produção de hormônios sexuais, o que torna o ato sexual doloroso, além de diminuir a excitação e inibir o orgasmo, e por vezes, produzir o estado de amenorréia (ausência de menstruação) (Silva, 2008).

Segundo Wanderley (1994):

Quanto maior a importância que a mulher confere às mamas, tanto maior o sentimento de perda após a cirurgia. Além disso, os tratamentos complementares da mastectomia, tais como irradiação e quimioterapia, provocam distúrbios na identidade feminina: além da perda da mama, às vezes é necessária a retirada dos ovários, podem acontecer parada ou irregularidade da menstruação, aumento de peso e uma calvície parcial ou mesmo total.
(p. 95)

Além da expressão de sua sexualidade, suas relações sociais também sofrem grandes abalos, pois toda sua autonomia e possibilidade de ação e decisão ficam, de certa forma, tolhidas. A paciente terá que deixar o trabalho e abdicar de sua independência, passando a depender de familiares. Nesse ponto, seus temores e preocupações incluem não só o medo da morte, mas a consequência desta ou da mutilação para aqueles a quem ama e que dela dependem. É o medo de que algo aconteça aos seus filhos, cônjuge ou pais e que não tenha mais a possibilidade de oferecer ajuda, de ser útil, pois passa a ser privada de uma série de atividades por conta da fragilidade de seu corpo causada pelo tratamento.

Tais sentimentos e pensamentos levam à uma redução significativa da qualidade de vida destas pacientes, sejam elas mastectomizadas ou não, e claro que, para as primeiras, as seqüelas são realmente mais devastadoras do que para as segundas. Como exemplo, Silva (2008) destaca a referência de estudos que evidenciaram uma piora na qualidade de vida de

pacientes mastectomizadas enfatizando itens como imagem corporal, vida sexual, limitações no trabalho e mudanças nos hábitos e atividades da vida diária. Diante desta realidade, a autora sinaliza que:

O câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher. Compreender a mulher doente nesta teia de significados é importante para que o tratamento se oriente para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade (p.236).

Sendo os estados emocional e psicológico do paciente altamente influenciáveis na adesão do tratamento e decisivos na forma de enfrentamento da paciente, o acompanhamento psicológico destas mulheres é imprescindível. A forma como a mulher lida e vivencia a doença depende necessariamente do seu momento atual, do apoio recebido, do significado atribuído à doença e à perda do seio, e, principalmente, do acolhimento dentro do hospital. Melhorar a qualidade de vida nesse sentido refere-se a melhorar as expectativas da enferma quanto ao prognóstico, aderir ao tratamento e ter força para lutar contra a doença.

Sentir-se bem, confiante, dependerá do sentimento de companhia, de ter alguém, de ter apoio e compreensão das pessoas que fazem parte de seu convívio familiar e social. Quando a mulher sente-se apoiada, ela possui mais esperança quanto ao tratamento, sentindo-se motivada pelo amor de alguém especial. Nesse ponto, mesmo que a equipe médica não faça parte do convívio da paciente, não tenha participado de sua rotina e de sua história cultural e familiar, ainda sim é muito importante que, também simbolize uma fonte de apoio para a enferma, pois sentindo-se segura e confiante, a paciente além de aderir ao tratamento, confiará nas técnicas, métodos e propostas da equipe de saúde do hospital. “A paciente se mostra aliviada quando sente que ela, o médico e a equipe são parceiros no tratamento” (Wanderley, 1994).

Um grande problema ainda existente no ambiente hospitalar diz respeito à despersonalização do paciente. De acordo com Angerami-Camon (2004) e Moraes (1994), tal problema rotula os pacientes de patologias ou de números de quartos e essa rotulação acarreta uma total reformulação de valores e conceitos que o paciente tem de si como ser humano, sem contar que ao sentir sua desqualificação existencial o paciente pode, concomitantemente, abandonar seu processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional. Segundo Angerami-Camon (2004), o paciente “deixa de ter significado próprio e passa a significar os diagnósticos realizados sobre sua patologia” (p.66).

O simples fato de se tornar “hospitalizado” faz com que a pessoa adquira os signos que irão enquadrá-lo numa nova característica existencial, e até mesmo seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo. Seu espaço vital não é mais algo que depende de seu processo de escolha. Seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença (Angerami-Camon, 2004, p.67).

Outra questão diz respeito à tomadas de decisão da equipe médica quanto à cirurgias e demais procedimentos sem a consulta prévia do paciente, na verdade, sem mesmo o consentimento deste. Ambas problemáticas indicam a necessidade de humanização no tratamento de hospitalizados, principalmente, daqueles que passam longo tempo internados. Embora tais problemas não façam parte de toda realidade institucional, é necessário que tenham a devida atenção a fim de evitar sentimentos de recusa e de desesperança nos pacientes.

O trabalho do psicólogo é uma peça chave na busca pela humanização nos cuidados de saúde. Ele auxilia o paciente na percepção de sua situação, interando-o de suas dificuldades, possibilidades e poder de decisão, facilitando a aderência ao tratamento e permitindo uma melhor perspectiva de sua qualidade de vida e de bons prognósticos.

A intervenção psicológica inicial deverá ser feita por meio de uma discussão com a paciente a respeito daquilo que faz parte de sua realidade, suas crenças e valores, e de sua percepção “acerca daquilo que envolve sua existência, bem como as implicações do nódulo ou “caroço” em seu seio e a própria mitificação do câncer, que o torna inquestionável, e o reveste do medo de se estar atingida por uma doença incurável” (Angerami-Camon, 2004, pg.10).

Segundo Angerami-Camon (2004), é necessário ao psicólogo atentar para a intensa instabilidade emocional das pacientes com neoplasias mamárias, pois intervenções iniciais costumam ter caráter catártico, no sentido de adquirir a conotação de bálsamo para as pacientes. Dessa forma, o psicólogo deverá estar atento à fala da paciente, deixando-a livre para expressar-se, fazendo com que todo o atendimento e intervenção realizada seja essencialmente acolhedora. Muitas pacientes carregam consigo o peso do preconceito e da falta de informação acerca do câncer, o que dificulta ainda mais uma intervenção eficaz no que diz respeito a levar a paciente a decidir pela vida e pela cura. Sobre essa questão, Venâncio (2004) alerta sobre a importância do profissional atentar para as diferenças de sintomas emocionais dos sintomas decorrentes de questões orgânicas, pois é possível que os relatos envolvam todo um conjunto de significados aderidos à doença, sejam eles emocionais, orgânicos, sociais ou mesmo existenciais.

Por outro lado, há a assistência à família da paciente, que embora pareça estar mais forte e ter maiores condições de suportar as conseqüências da doença, necessita de grande apoio e de bastante informação a cerca dos acontecimentos. Conforme indica Kovács e cols. (1998) a assistência e orientação à família do paciente deverá considerar que esta encontra-se igualmente abalada emocionalmente e psicologicamente pela doença quanto a própria paciente, portanto deverá ser utilizada uma abordagem bastante delicada. Moraes (1994) afirma que

dentre as possíveis abordagens, a assistência ao paciente e à sua família poderá ser feita por meio de avaliações diagnósticas, orientação e psicoterapia.

Em relação ao atendimento à família, Simonton (1990) e Bromberg (1995) (citados em Kovács e cols., 1998) afirmam que:

É preciso realizar uma cuidadosa avaliação da família, dos seus padrões de relacionamento e forma de comunicação, verificar isolamento e confusão de papéis. A família também passa por vários estágios e convive com o paciente nesses momentos, embora nem sempre com sentimentos e emoções coincidentes. A família sofre com distúrbios na comunicação, isolamento social, confusão dos papéis familiares (p.161).

Dentre as possibilidades de atuação do psicólogo no contexto do paciente e da família estão as psicoterapias breves e de grupos. O aporte teórico-técnico a ser utilizado deverá atender as necessidades do paciente (ou da família), disponibilidade do local, tipo de intervenção e principalmente o objetivo visado. Segundo Spiegel (1990, citado em Venâncio, 2004):

Técnicas de relaxamento, como a auto-hipnose ou o relaxamento progressivo, são muito utilizadas com pacientes oncológicos, já que permitem que o mesmo consiga ter um maior controle sobre suas emoções e sintomas, como, por exemplo, saber controlar o pânico, a dor, náusea e vômitos (p.59).

Sobre os grupos psicoterápicos, Venâncio (2004) cita Melo Filho, que define algumas características exclusivas destes: compartilhamento de informações, universalização dos conflitos, altruísmo, comportamento identificativo entre os integrantes (é importante que o grupo seja homogêneo para que haja alguma identificação entre os pacientes), aprendizagem interpessoal, coesão grupal e catarse. E explica ainda que:

Na prática existem diferentes abordagens grupais que se diferem em sua finalidade, tais como: ensino-aprendizagem, comunitário, terapêutico, psicodramático, da teoria sistêmica, cognitivo-comportamental e psicanalítico. A escolha de qual será a melhor abordagem a ser utilizada deve ser calcada no tipo de grupo (de ambulatório ou de enfermaria, homogêneo ou heterogêneo, aberto ou fechado), sobre o objetivo (breve, de médio ou longo prazo) e sobre outras variáveis (informativo, de preparo para cirurgia ou para terapia, etc.). Pesquisas evidenciam que para aumentar a eficácia dos grupos, eles devem ter metas, estrutura e métodos de intervenção feitos sob medida para suas características específicas (Venâncio, 2004, p.59).

Segundo Angerami-Camon (2004), “a psicoterapia, independente de sua orientação teórica, tem como principais objetivos levar o paciente ao *autoconhecimento*, ao *autocrescimento* e à *cura de determinados sintomas*” (p.69), e tem como característica principal que seu início se dá por meio de uma mobilização do paciente. A partir disso, a psicoterapia deverá oferecer aquilo que o paciente busca, para que o processo terapêutico ocorra.

Dentro do hospital não ocorre o *setting* terapêutico tradicional dada às várias interrupções que o paciente e o psicólogo estão sujeitos na terapia, como a entrada e saída de enfermeiros e médicos para a verificação do estado vital do paciente, e mesmo pessoas responsáveis pela limpeza do local. Nesse ponto é de suma importância que o psicólogo tenha muito claro que o atendimento terá de ser efetuado levando-se em conta todas essas variáveis, além de aspectos mais delicados como a não aceitação do acompanhamento psicológico por parte do paciente e as próprias limitações institucionais. Toda a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização deverá abranger não apenas a hospitalização em si, como principalmente as seqüelas emocionais dessa hospitalização (Angerami-Camon, 2004).

Um ponto importante que Kovács e cols (1998) ressaltam é a questão da dor. Tendo em vista que a avaliação da qualidade de vida do paciente remete também à diminuição do sofrimento e da dor, e que estes envolvem questões altamente subjetivas por estarem também relacionados com a história de vida, características de personalidade e situação atual do paciente, os autores enfatizam a importância de se realizar um mapeamento da dor, no sentido de:

Proceder a uma cuidadosa avaliação da dor e de vários dos seus aspectos como: sua intensidade; suas qualidades e atributos; início/duração, ritmo; como se expressa; o que alivia a dor; quando ela se intensifica e como interfere na vida, sabendo-se que é o paciente quem melhor pode informar sobre a sua dor. A dor pode ser modulada pelo estado de ânimo do paciente e pelo significado que é atribuído à dor. O conceito de dor total é o que melhor representa esta idéia, pois como se sabe a dor envolve aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais (p.161)

Nesse contexto, faz-se necessário ao psicólogo atentar para o conteúdo presente nas narrativas dos pacientes, a fim de identificar possíveis conflitos que se encontram implícitos na fala (queixas, medos, fantasias) e nos comportamentos não-verbais (dor, incômodo, insegurança). As narrativas dos pacientes resgatam um momento histórico, um modo de ser no mundo e uma identidade criada a partir da relação do eu com o outro, onde o outro pode ser tanto uma pessoa quanto um meio no qual esteja inserido. Assim, torna-se necessário, a discussão a respeito da influência das narrativas no tratamento e no enfrentamento do câncer, partindo do ponto de vista das mulheres com câncer de mama, e do profissional que as acompanha exercendo seu papel de ouvinte, interlocutor ou psicólogo.

2.4 INFLUÊNCIA DE NARRATIVAS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O ser humano constrói suas experiências e dá significado a elas a partir da cultura. A partir das interações com o meio e com o outro emergem os significados, os quais constroem os desejos, as crenças, os valores, os sonhos e as perspectivas que identificam o contexto sócio-cultural no qual o homem está inserido e servem de referência para uma análise mais profunda de sua subjetividade. A cultura, por ser um sistema simbólico, fornece ao homem essas referências identitárias e a possibilidade de compartilhar experiências e valores com o outro, no sentido de refletir a história do ser humano e seu lugar no mundo.

Desse modo, será a história cultural a responsável pela composição das narrativas, traçando nestes aspectos singulares e subjetivos de cada ser, tornando o relato em uma impressão pessoal e ímpar capaz de identificar o homem em sua complexidade, experiência com o meio e na interação com o outro. As realidades narradas ilustram histórias, que embora não digam necessariamente a verdade dos fatos, possuem relação íntima com o significado atribuído às experiências no mundo e possuem sua verossimilhança para o narrador, pois exprimem uma visão de mundo. A própria essência do homem surge das interações sociais, é a partir das interações com o meio, seja por meio dos escritos, das histórias contadas, dos mitos, e das tradições familiares, que o homem escreve sua história e transforma a realidade que vive (Correia, 2003).

Segundo Ferreira & Grossi (2002):

As histórias narradas amealham vozes revividas e constelações de imagens, enredando os fios da existência. Mobilizam um outro universo, emaranhado portador de memória e de experiência do vivido. Criam disponibilidade para o encontro e a presença. Asseguram o vínculo entre o sujeito e suas interações no mundo. Desenvolvem uma história através de palavras, conferindo-lhe um passado, trançando identidades. Tornam possível a travessia

do relato individual, nomeado e singularizado, para a engenhosa construção do coletivo (p. 121).

Ainda caracterizando as narrativas, Bruner (2001, citado em Correia, 2003) afirma que nas realidades narrativas existem alguns universais que Correia (2003) resumiu da seguinte forma:

a) as narrativas possuem uma estrutura do tempo que não é medida por relógios, mas pelos eventos ou ações humanas mais importantes; b) é fácil avançar ou voltar no tempo quando se trata da narrativa; c) as ações têm motivos, implicam estados intencionais, crenças, desejos, valores, não são determinadas por causa e efeito; d) não possuem uma única interpretação, e sempre existe a possibilidade de questionamento, independente do quanto sejam verificadas; e) muitas vezes a sua referencia aponta ou expressa um sentido para narrativa que não é direto; f) existe espaço para uma certa contestação, para se contar e negociar versões da história; g) tem de romper com o canônico para valer ser contada (p.509).

A narrativa é um modo de avaliar e interpretar a realidade, é o mundo social visto pelo narrador, no qual os fatos e detalhes estão imbricados do seu *self*, e onde os estados emocional e psicológico do narrador, assim como seus valores sociais e morais são refletidos. Segundo Ricoeur (1978, citado em Ferreira & Grossi, 2002), ao contar histórias, “os homens articulam sua experiência no tempo, orientam-se no caos da modalidade de desenvolvimento, demarcando com intrigas e desenlaces o curso muito complicado das ações reais dos homens” (p. 125). Dessa forma, as experiências no mundo são transformadas em narrativas, e através delas a realidade psicológica e cultural dos personagens e do próprio narrador podem ser construídas e os significados podem ser negociados (Correia, 2003).

Para Pantoja & Nelson-Goens (2000), as narrativas constituem a história singular de cada indivíduo, a história idiossincrática de cada ser humano, e “o desenvolvimento da vida emocional do indivíduo emerge da dinâmica diária dos seres humanos, os quais, por sua vez, constroem continuamente narrativas verbais e não verbais na interação com o seu meio” (p. 7). Assim, é possível inferir que toda narrativa possui um fundo emocional e que suas emoções podem ou não estar contidas nos relatos, mas encontram sua influência no entendimento do narrador de suas experiências e relatos, dando um sentido mais subjetivo e singular a sua fala. O discurso emocional possui seus significados pautados na história cultural do homem.

Sendo assim, todo o conteúdo presente (implícito ou explícito) em uma narrativa deve ser analisado, a fim de buscar as implicações de determinada situação para o sujeito. Como o caso em tela é o câncer de mama, a mulher ao narrar sua história, seus medos e suas fantasias, também resgata uma história cultural, um contexto social, familiar e econômico que nem sempre está claro para o seu interlocutor, seja ele o psicólogo ou o médico que presta-lhe atendimento. Conforme dito, as mulheres com câncer passam a viver uma nova e dolorosa realidade e há uma nova construção de significados perante a dor e a doença, tida muitas vezes como incurável e, conseqüentemente, como a própria morte. Entretanto, vale dizer que apesar de construir novos significados para a doença, todos eles estarão intimamente ligados à sua história de vida, às suas experiências.

Como exemplo, temos uma narrativa de uma mulher que, após ser mastectomizada, realizou a reconstituição das mamas: “*vou arrumar um marido*” (citado na página 30). Essa narrativa implica dizer que sem o seio, ela não se sentia mulher o suficiente para atrair um homem, sentia-se alguém incapaz de ser desejada como companheira e como mulher. Suponha-se que seu sonho era casar-se e constituir uma família, pois para ela a mulher para ser feliz e ter sucesso na vida deveria ter um homem ao seu lado. O fato de ter tido câncer, a colocou em uma situação onde seu sonho estava mais distante de se tornar real e a eminência da

perda do seio causava-lhe severas angústias em relação ao seu modelo de felicidade. Quando removeu o tumor, e junto com ele o seio, tal mulher perdera sua esperança de realizar seu sonho, de ser feliz e amada. Contudo, a possibilidade de tornar-se desejada novamente, por meio da reconstrução mamária, trouxe-lhe de volta seu sonho e a possibilidade real de “arrumar um marido” (Vianna, 2004, p.207).

O caso acima, para a equipe de saúde passa muitas vezes despercebido. Ao se deparar com uma paciente nestas condições, limitam-se ao trivial e não se sensibilizam em averiguar quais sentimentos estão presentes no adoecer. Avaliam a gravidade do tumor, e dependendo do caso, indicam a mastectomia sem qualquer consulta à paciente, como se a ela fosse negado o poder de decisão sobre si. No caso em tela, a retirada do tumor significava também a perda do seio, o que a impedia de concretizar seu sonho ou seu ideal de felicidade. Como esta paciente ficaria se não tivesse condições para fazer uma reconstrução mamária? Quais seriam as implicações em longo prazo da remoção do seu seio? Qual significado o seio possui na vida da mulher em questão e que repercussões a nível psicológico a sua remoção poderia acarretar? Nesse sentido, a análise das narrativas é fundamental para que todo o atendimento prestado às mulheres com câncer visualize as condições inerentes a uma melhora na qualidade de vida destas pacientes, assegurando-lhes expectativa de vida, bem-estar e, principalmente, a manutenção de sua identidade.

As narrativas também indicam o nível de comprometimento que a mulher tem com o tratamento e quais forças ela mobiliza para a cura ou para sua melhora de qualidade de vida. O enfrentamento do câncer ocorre quando a paciente conscientiza-se do seu estado e opta pela vida, ao invés da morte. Entretanto, é necessário à mulher reconfigurar antigos padrões de comportamento e pensamento, a fim de adaptar-se à doença, no sentido de não se afetar tanto, buscando o controlar os efeitos que emergem do tratamento. Nesse sentido, Temoshok (1992, citado em Kovács e cols., 1998) estabelece quatro formas básicas de enfrentamento caracterís-

ticas do paciente oncológico: espírito de luta, estoicismo (dever é prazer), negação, desamparo/desesperança.

Para Gimenes (2000) “cada paciente enfrenta uma série de circunstâncias dentro do contexto de sua história pessoal da doença; é preciso situá-la no contexto da biografia do sujeito” (p.121). De acordo com a autora, para se compreender como as estratégias de enfrentamento são selecionadas por pacientes oncológicos, é essencial ao psicólogo a compreensão dos fatos relacionados à doença, como tipo de estadiamento, tratamento de prognóstico da doença, fatores pessoais que caracterizam o paciente e contexto sociocultural no qual a doença está inserida. O que significa dizer que a compreensão das narrativas é fundamental para a compreensão das estratégias de enfrentamento selecionadas pelo paciente oncológico, uma vez que palavras, imagens e o discurso refletem a experiência, e mais ainda, dão sentido aquilo que é vivido.

A respeito da atitude do psicólogo ou do interlocutor frente às narrativas das pacientes, Ferreira e Grossi (2002) ressaltam a responsabilidade ética, na qual a relação do sujeito (narrador) com o outro (interlocutor) necessita ser visualizada como um processo que envolve individualidades, onde o último deve circunscrever-se ao *ethos* do primeiro, aceitando e respeitando as diferenças existentes nessa relação. Ao perceber o outro como singular e que sua narrativa implica em uma subjetividade, o psicólogo tematizará tal respeito na fronteira da alteridade, possibilitando o encontro entre sujeitos.

Dessa forma, as narrativas constituem-se de uma parte do sujeito, pois correspondem às configurações subjetivas do indivíduo diante de uma realidade, onde o sentido atribuído a ela irá direcionar as temáticas do discurso, definindo o que deverá estar explícito e o que na verdade quer vir à tona, mas está latente. E nesse contexto conhecer o “fundo” das narrativas é ferramenta essencial para a construção de pontes entre o paciente com câncer e uma melhora na qualidade de vida.

Nessa perspectiva, construímos no próximo capítulo uma reflexão a partir das narrativas relatadas de Eva Maria Sanders (2003), em seu livro, sobre os aspectos afetivos na vivência do câncer, com o objetivo de ilustrar nossas reflexões sobre a questão.

3. ESTUDO DE CASO: EVA-MARIA SANDERS

Diante do exposto até aqui (a respeito dos sentimentos envolvidos com o câncer de mama, a importância da atuação do psicólogo junto as mulheres, fornecendo-lhes apoio e servindo de ponte entre as enfermas e a equipe médica, e a importância de se atentar para os conteúdos que emergem das narrativas dessas mulheres), torna-se importante a discussão dos elementos que compõe toda a rede de significados dessas mulheres.

Nesse capítulo, refletiremos sobre a narrativa de Eva-Maria Sanders, uma mulher que teve câncer de mama aos 36 anos e que conseguiu tratá-lo. Eva escreveu um livro onde descreve sua vivência, seus medos, suas angústias e suas fantasias (livro de autoria de Eva-Maria Sanders (2003) sob o título: “Viver: tive um câncer e curei-me”, da editora portuguesa Âmbar). A relevância desse relato está na veracidade dos fatos e na qualidade de sua narrativa para ilustrar a reflexão proposta neste trabalho.

Eva narra seu caso partindo de sua perspectiva de enferma, fazendo importantes levantamentos acerca de seus sentimentos frente aos cuidados médicos e a própria doença. Levanta questões que emergem do assombro da doença, pertinentes em muitos casos, sem generalizações, como representação de uma identidade, de uma referência cultural e existencial.

O conflito psicológico e existencial deriva da descoberta do câncer. O tema da narrativa é o câncer de mama, tem como assunto o enfrentamento da doença e a busca pela cura. É um discurso direto com poucos personagens, onde o relato envolve mais aspectos psicológicos do que físicos ou sociais. É uma narrativa rica que traz, como fundo, significados que Eva construiu ao longo de sua experiência de vida, frases introjetadas e mecanismos de defesa aos quais fora capaz de lançar luz a partir de uma ressignificação.

3.1 CONHECENDO EVA - RESUMO DAS PRINCIPAIS IDÉIAS QUE CARACTERIZAM EVA, SUA PERSPECTIVA PESSOAL

Eva-Maria Sanders nasceu em 1958, na Alemanha. É casada com Hayo, engenheiro civil, que trabalha em uma grande empresa na Suíça. Mora em Munique com os dois filhos, que na época do ocorrido estavam com três e sete anos, e vê o marido nos fins de semana, o que leva Hayo ao desejo de mudar-se com a família para a cidade onde trabalha. Eva levava uma vida corrida, não tinha tempo para si e sua maior preocupação era não deixar seus filhos sozinhos. Eva sempre foi uma pessoa séria e sensata, vivia à margem da vida e não dentro dela ou de si mesma, definindo-se como uma pessoa que vivia de aparências, da imagem, sempre reprimindo seus sentimentos para parecer que estava tudo bem. Raramente tinha dito não às pessoas. Dava maior importância à sua vaidade e caprichos, do que à vida. Na verdade, vivia uma vida sem muito sentido, sem prazeres reais, tentando suprimir seu vazio interno com roupas e jóias.

Sua mãe, na década de 70, havia descoberto que sofria de câncer de mama. Nessa época, Eva ainda era adolescente, mas acompanhou de perto todo o tratamento da mãe, o que acabou dando-lhe uma visão bastante desumana dos métodos utilizados pela Medicina e pelos próprios médicos, sem contar a terrível impressão que ficara do ambiente e das unidades de saúde frequentadas por elas. O fato é que, Eva de alguma forma introjetou que em algum momento de sua vida, também iria ter câncer de mama (na verdade, estava convicta de que iria viver esse martírio). Apesar de sua mãe ter se curado totalmente do câncer, nada lhe tirava da cabeça que viria a tê-lo também.

Em 1992, aos 34 anos, Eva nota pela primeira vez, um nódulo no seio, entretanto não faz nada, acionando seu mecanismo de repressão. Para ela, era mais fácil pensar que a doença não existia. Falar da doença significava sofrimento e morte, portanto não se permitia pensar na doença, e por isso a escondia dos outros e de si mesma. Diante disso, Eva tomou a decisão

de viver intensamente e decidiu entregar-se aos luxos da vida, vivendo, amando, mas queria, principalmente, estar com seus filhos, fazendo com que assim ela pudesse preencher com o máximo de vida possível os dias que lhe restava.

Em silêncio, Eva foi levando sua doença. Percebia que o nódulo crescia em seu seio, mas preferia o silêncio. Por conta própria, passou a ler livros que falassem a respeito da doença e foi em um deles que Eva descobriu o poder das ervas medicinais. Passou a comprar e usar todo tipo de ervas a fim de curar-se e fingir que era tudo um pesadelo, comportamento que Hayo estranhava, mas não questionava. Embora tudo parecesse uma brincadeira, Eva começou a sentir os efeitos do nódulo no seio e, apesar de seu esforço de ignorá-lo, percebia que estava cada vez maior. Mesmo nos momentos de intimidade com seu marido, relações sexuais ou situações de carícias ou toques em seus seios, conseguia disfarçar e fingir a dor e o incômodo do nódulo no seio. As dores começaram a surgir no inverno de 1993.

Foi nas férias de inverno de 1993 para 1994, em um passeio na neve, que Eva percebeu alterações em seu corpo, mas não as associava ainda ao nódulo. Um esquiador derrubou-a e, como resultado desse acidente, começou a sentir sérias dores no joelho e grande dificuldade para andar. Entretanto, jamais poderia imaginar que tal fato estivesse associado ao nódulo no seio. Acreditando não ser nada grave, ela e seu marido procuraram um especialista para descobrir a causa das dores no joelho e a dificuldade para andar.

Eva tinha uma imagem de si como uma princesa. Era sempre protegida de tudo e bastante vaidosa. Adoecer para ela era algo inconcebível porque “princesas não adoecem”. A descoberta de sua doença fora um choque, tanto para ela quanto para seu marido e familiares, que viam nela uma pessoa forte e cheia de vida, que era a imagem que tentava passar, enquanto que por dentro, Eva vivia uma série de incertezas, um conflito interior e silenciava seu sofrimento.

3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: IMPACTOS NA VIDA DA MULHER

Foi em uma consulta com o ortopedista que Eva começou a desconfiar de que não se tratava apenas de uma dor no joelho. Após uma radiografia da bacia, foi detectado que o seu fêmur estava com grande parte do tecido ósseo corroída. Eva fora solicitada a realizar mais exames a fim de verificar e precisar o diagnóstico desta doença óssea. Após os exames, o médico informou a Eva que tinha encontrado em todo seu corpo “emanações” nos ossos, causadas por um foco primário que ainda não tinha conseguido localizar, e que havia a necessidade imediata de uma cirurgia no fêmur. Após outros exames, o radiologista havia marcado todos os pontos do corpo de Eva que estavam afetados. Todo o corpo, exceto as extremidades, estava encoberto de alterações no tecido ósseo, no fêmur, na bacia, na coluna vertebral, na cabeça e nas costelas. No diagnóstico constava que era provável que o foco primário se tratasse de um tumor na mama. Até que se chegou ao diagnóstico de que se tratava de um carcinoma mastitóide no seio esquerdo que há anos estava atacando os ossos. Esse tumor primário tem um tamanho de uma bola de tênis e representa cinco por cento da infestação. “O que se encontra no restante do corpo é vinte vezes maior, ou seja, noventa e cinco por cento. Outros órgãos não foram atacados” (p.19). Aos 36 anos Eva descobre-se com câncer de mama (início de 1994). Nesse período Eva realizou exames de radiografia, eletrocardiograma (ECG), mamografia, ecografia e ressonância magnética nuclear.

A equipe médica concluiu que pelo estado avançado da doença e pelas metástases, Eva não sobreviveria mais que seis semanas. Entretanto, isso não fora divulgado para ela, apenas para o marido. Hayo fora uma peça chave em todo o tratamento de Eva. Ele deu todo o apoio à esposa e tornou todos os exames menos dolorosos porque proporcionava um sentimento de segurança e apoio, e como Eva dizia, sentia-se aliviada por poder “colocar todos os problemas nas mãos dele” (p.15). O câncer caiu como uma bomba na vida de Eva. Ela se perguntava o porquê daquele martírio estar acontecendo, por que com ela? Imaginava como seria

contar aos filhos, o choque que teriam, mas não poderia contar, e no silêncio achava que os traía. Embora Eva se mostrasse forte, por dentro estava vivendo um conflito, tentava entender as causas da doença, o que a levou a uma profunda reflexão a cerca de seu comportamento perante a vida.

O tratamento começava e Eva fora internada para a cirurgia do fêmur direito. Hayo decidiu dar um tempo no trabalho para ficar mais próximo de Eva. Enquanto ela estava no hospital, sua mãe cuidava de seus filhos, para não se preocupar tanto com eles. Eva era cuidada por um médico amigo de Hayo (B), no qual depositara confiança e sentia-se mais segura por representar alguém ali dentro que se importava, que não era apenas alguém que se preocupava com a doença, mas sobretudo com o bem-estar e com a vida de Eva. Por mais que ela tivesse apoio, não se sentia à vontade naquele ambiente. O câncer de sua mãe a fez criar significados e símbolos quanto à doença e ao tratamento. Para Eva o ambiente hospitalar não tinha nada de acolhedor e os médicos nem sempre falavam com seus pacientes, tratando-os simplesmente, mas sem muito contato, como se a aproximação os levasse a um envolvimento que poderia afetar-lhes. Os médicos também não colaboravam Eva gostava de saber a respeito de todos os procedimentos, exames e a necessidade de cada um deles, mas nem sempre prestavam-lhe tais informações, o que a deixava furiosa com a equipe médica, pois tinha o direito de participar do tratamento. Segue abaixo alguns relatos que ilustram tais percepções:

O aspecto do consultório, que se encontrava na cave de um edifício dos anos sessentam fez-me arrepiar. Aliás, esta sensação manteve-se em todos os outros consultórios dos vários radiologistas que eu freqüentei ao longo do tempo. Só existe um outro lugar que está igualmente repleto de energia negativa: as unidades de radiologia nos hospitais (p.13).

Desde então, a minha experiência foi que os médicos que têm de lidar com pacientes de cancro, ou com o sofrimento humano em geral, muitas das vezes utilizam o distanciamento como um escudo de proteção. Esta atitude traduz-se em concreto num distanciamento emocional ou numa frieza inconsciente perante o paciente, justamente numa altura em que ele necessita, mais do que nunca, de calor humano e proximidade (p.13)

Eu nunca tinha estado num hospital – exceto na época do nascimento dos meus filhos e para umas visitas ocasionais – e, de repente, apercebi-me da indiferença para com o ser humano que respirava naquele ambiente (p.17).

Hayo ajudava muito a esposa, dormia com ela no hospital e a incentivava a lutar contra o câncer. Juntos elaboraram uma estratégia de guerra para vencer o câncer. Primeiro Hayo entregou à Eva três frases na qual deveria se inspirar para lutar contra a doença: “*As minhas tropas vencerão*”; “*Eu quero viver*”; “*Eu sou capaz de tudo*”. Colocou na parede um fax do irmão de Eva o qual dizia: “Cara Eva, acredito perfeitamente que vais conseguir recuperar. Eu estou contigo, lutando ao teu lado”. Junto ao fax, Hayo também colocou um quadro com uma cegonha grande que segurava uma rã no seu bico e a cabeça da rã estava completamente enterrada dentro do bico da cegonha, agarrando-se ao pescoço dela. Eva começava um trabalho com seu subconsciente, programando-o para a luta e para a cura. Junto a tais estratégias, Eva passou a ler livros sobre câncer de mama, dentre os quais elegeu o de Simonton o seu predileto, aprendendo muito com ele.

3.3 ENFRENTANDO O CÂNCER E RESSIGNIFICANDO O EXISTIR

Por ter escolhido viver ao invés de morrer, Eva iniciou uma busca por todo tipo de tratamento, sem, contudo, deixar o tratamento médico indicado (quimioterapia, fisioterapia). Foi quando conheceu F, uma médica internista especializada na área de terapia anti-tumoral biológica, que lhe incentivara a experimentar de tudo. F lhe disse que para se curar bastava querer curar-se, o que mobilizou Eva mais ainda à luta pela vida, pois essa declaração vinda de uma especialista era bastante importante. Assim, ela percebeu que a terapia convencional não era suficiente e que precisava buscar outras formas de terapia.

Eva consultou com uma psicóloga da clínica, a qual a seu ver, não estava preparada para sua “causa”. Ela não incentivava Eva em sua luta pela cura. Para a psicóloga, ela deveria se preocupar em prolongar sua vida, mas não procurar a cura. Tal situação fez com que Eva desistisse do atendimento, pois não concordava com o que a terapeuta havia lhe dito. Conversou com a psicóloga e explicou-lhe sua situação, a fim de se fazer entender. A profissional lhe deu toda força e compreendeu o empenho de Eva. A psicóloga também lhe disse uma frase que Eva ficou bastante satisfeita e passou a refletir: “Não vejo a morte nos seus olhos” (p.52).

Eva teve como ajuda paralela ao tratamento convencional em duas situações: uma terapia alternativa com uma conhecida de sua amiga (D), semelhante a uma terapia breve (hipnose e transe). E a terapia com PNL (U), a qual ajudara bastante no processo de ressignificação de vida, reprogramando todos os conteúdos negativos para positivos e livrando-se de sentimentos ruins e que a bloqueava. D trabalhava para uma organização chamada “Desejos” (trata de crianças com doenças terminais), e a partir de uma breve conversa com Eva propôs-lhe que visse o câncer como uma oportunidade e não como um golpe do destino. Eva estranhou as técnicas de D, e embora fosse católica e não acreditasse em coisas que D se referia, Eva decidiu arriscar-se. D serviu de ponte entre Eva e o câncer, no sentido de fazer uma busca por si mesma daquilo que poderia ter relações com o câncer.

O interessante de ambos tratamentos complementares não está nas técnicas usadas, mas na ressignificação de toda uma vida. Eva foi percebendo aos poucos a si mesma, seus medos, seus pontos fracos e sua maior descoberta foi que o câncer tinha uma mensagem para lhe transmitir. Eva se deu conta de que nunca havia tido um momento seu, um momento para si, e que lutar contra si própria, travando guerras com seu corpo, não era a saída. D propôs outras frases para mentalização: “*A guerra terminou*”; “*O inimigo foi vencido*”; “*Pousem as armas e regressem a casa*”. A partir de então, Eva iniciou um processo de amadurecimento psíquico e de auto-conhecimento que a levaram ao entendimento do câncer e de uma série de outras coisas que a deixava em conflito.

Eva então percebeu que ela era a única que poderia resolver seu problema e que:

(...) não poderia continuar a deixar o meu tratamento e os meus planos de cura nas mãos de outrem; tinha de participar de forma ativa nesse processo, independentemente das dificuldades físicas que experimentava. Eu não podia “entregar” a minha vida aos médicos, nem mesmo ao meu marido, como tinha feito até então. Isso tinha sido muito cômodo para mim, e tinha me dado a sensação de não estar sozinha, mas não me ajudaria em nada. A sensação de alívio, ao pôr tudo nas mãos do meu marido, não me deixou refletir sobre o que esta delegação da responsabilidade significava para mim e para ele (p.54).

Ao perceber que tinha que ter responsabilidade sobre si e sobre a doença, Eva começa a quebrar a imagem de princesa e deixa de lado sua vaidade, aceitando que a doença é uma mensagem do corpo para que ela reavalie suas atitudes. Não depender do marido significava para Eva a coragem de vencer, sua mobilização. Perceber que era dona de si mesma a fez compreender que sua vida estava em suas mãos, que poderia decidir por si própria, dizer

“não” quando não se sentisse bem e, acima de tudo, deixar de ser superficial, sendo mais humana, mais aberta a si e às outras pessoas.

Ao final de 1994, Eva já demonstrava melhoras nos exames. Apesar de a doença tê-la levado a perder quase oito centímetros na altura, Eva representava um milagre para os médicos. Cada nova visita era uma surpresa a mais, não conseguiam entender o porquê da melhora de Eva, afinal seu prognóstico era não mais que seis semanas de vida, e pela gravidade da doença, pela quantidade de partes afetadas, uma melhora era inesperada pelos médicos. A ação das células cancerosas fora diminuindo gradativamente e Eva conseguiu recuperar sua altura já que o tecido ósseo de sua coluna fora se reconstituindo. Em maio de 1995, Eva já estava curada e seus exames já não acusavam qualquer sinal de câncer em seu corpo, tampouco nos ossos. Fora uma vitória que talvez nunca pensasse conseguir, mas que por ter decidido por si própria vencer, lutar e curar-se e por toda uma ressignificação de vida, hábitos e valores, conseguiu enfim, curar-se do câncer.

3.4 REFLETINDO SOBRE A NARRATIVA DE EVA

As narrativas de Eva evidenciam uma mulher que vivia de aparências, superficial e constantemente insatisfeita com a vida que levava. Não sentia prazer, tudo era automático. Importava-se mais com suas vaidades e caprichos do que com a vida em si. Era uma princesa, como ela mesma se auto-descrevia e como tal não adoecia, nem sofria, o que a fazia pensar que deveria viver um *conto de fadas*, uma mentira. Não tinha tempo para si e vivia voltada para as necessidades do marido e dos filhos, raramente pensava em si própria ou fazia planos para o futuro. Reprimia seus sentimentos, pois nunca conseguia dizer “não”. O surgimento do câncer na vida de Eva veio como uma bomba e embora tivesse a certeza de que teria câncer, fora muito difícil aceitar que o *conto de fadas* estava se desfazendo.

Conforme a literatura pesquisada, o surgimento do câncer pode estar associado a situações altamente estressoras que de alguma forma baixam as defesas do organismo (Simonton, Matthews-Simontons e Creighton, 1987). Podem se resumir a uma repressão emocional, perda de um relacionamento vital ou depressão (Ramos, 2006). O câncer também pode estar associado a um padrão psicológico no qual a pessoa encontra-se apática, sem motivações e prazeres, conforme afirma LeShan (1994). De acordo com tais autores, é possível que a repressão emocional e a constante fuga da realidade, no sentido de manter uma imagem (a de princesa) tenham desencadeado o câncer de mama, junto à convicção de Eva de que em algum momento de sua vida teria o câncer.

Para Carvalho (1994) é possível que traços da personalidade estejam relacionados ao câncer. Como referência, a autora utiliza diversos autores que realizaram pesquisas na área, dentre os quais cita Lawrence LeShan (1994):

LeShan afirma que frequentemente esses pacientes tiveram sua juventude marcada por sentimentos de isolamento, desespero e negligência, com relações interpessoais com características difíceis, e que geralmente na vida adulta conseguiram estabelecer um relacionamento significativo com alguém ou encontraram grande satisfação no trabalho, de forma que uma pessoa ou um trabalho passaram a ser o centro de suas vidas (p.65).

Carvalho (1994) também menciona George Valliant (1986) (psicólogo da Universidade de Harvard), o qual após análise dos resultados da pesquisa citada por Locke (ele acompanhou alguns alunos de medicina após a graduação a fim de constatar se a maneira que lidam com a vida tem relação com doenças ou pensamentos mórbidos), percebeu que o nível de maturidade do indivíduo para lidar com as vicissitudes da vida influenciava em sua capacidade imunológica, sendo que as pessoas imaturas tendem a ficar doentes quatro vezes mais do que pessoas maduras. Segundo Carvalho (1994) Valliant (1986) identificou como características

da imaturidade o uso de projeções, fantasias, hipocondria e comportamentos passivos-agressivos.

Diante do exposto, é possível traçar o padrão psicológico de Eva responsável pelo surgimento do câncer: os filhos e o marido como centro de sua vida, em detrimento de si própria; permanente superficialidade, vivendo de fantasias e de vaidade (a princesa): “para o exterior, a minha vida era perfeita e maravilhosa (e casualmente, eu própria acreditava que sim, graças ao meu mecanismo de repressão): esposa feliz, mãe de dois filhos e advogada bem sucedida”; constante repressão de sentimentos, sonhos e comportamentos, negligência com os sinais que o corpo dava (tentava manter-se afastada de tudo que a lembrava da doença), irresponsabilidade com a prevenção não realizando exames preventivos: “eu nunca efetuei um exame mamário de rastreio – embora efetuasse todos os outros exames – e nunca falei com ninguém acerca desse assunto. Não me permitia, a mim mesma sequer pensar nisso” (p.10), convicção de que iria viver o martírio do câncer e do tratamento ao qual sua mãe tinha sido submetido (mais cedo ou mais tarde): “eu pensava que a doença não existira se eu não falasse dela” (p.9), então “eu tinha interiorizado três convicções: eu vou sofrer de cancro, eu vou morrer de cancro, a minha única defesa era esconder e reprimir” (Sanders, 2003, p.9).

Os conflitos vivenciados por Eva diante da descoberta do câncer demonstram a dificuldade em aceitar a doença e sua imaturidade perante a realidade. A negação e a repressão foram utilizadas o tempo todo, pois acreditava que ao fugir poderia certificar-se de que não estava acontecendo com ela. O câncer era algo inominável para Eva, tratando-o de “coisa”, demonstrava o horror que a doença representava para ela. Sentia-se bem e saudável e isso era o suficiente para fechar os olhos diante dos fatos. Mesmo percebendo o nódulo no seio e seu contínuo crescimento, Eva reprimia e continuava a esconder de si própria a gravidade da situação, afinal “*princesas não têm câncer*”, pensava. Queria poupar os outros da doença e, prin-

principalmente, seus filhos. Mas seu corpo tinha que sinalizar-lhe que era hora dela procurar ajuda médica.

A negação do diagnóstico é vivido por muitas mulheres. Aceitar o câncer é um processo doloroso e que envolve abdições e perdas. Além da morte, o sofrimento psíquico e físico pelo qual estas passam e toda a gama de exames e o próprio tratamento em si são vistos com grande horror, sendo, em alguns casos, considerados piores do que a própria doença em si (Bergamasco e Ângelo, 2001; Vianna, 2004). E é por isso que o apoio e o suporte emocional nessa fase são cruciais. Ter apoio da família conta muito no enfrentamento da doença, pois simboliza para a mulher a manutenção de sua identidade e integridade (Bergamasco e Ângelo, 2001).

Nesse sentido, o enfrentamento do câncer e das metástases de Eva fora facilitado pelo apoio recebido de sua rede familiar e social. Hayo, seu marido, em momento algum questionou a atitude de Eva, e esteve presente em todos os momentos. O incentivo por meio de frases e da imagem da cegonha com a rã na boca era uma forma de mostrar para Eva que ela não estava sozinha em sua luta e que ele acreditava na sua cura. O apoio dos pais e dos irmãos de Eva também foram bastante importantes, principalmente por se tratar de uma doença que toda a família havia vivenciado com sua mãe. Todos facilitaram o enfrentamento da dor, fazendo com que Eva sentisse que não estava só, e que todos estavam lutando com ela.

Uma questão importante que o caso destaca refere-se ao ambiente hospitalar e à atitude dos médicos e da psicóloga frente à doença e a maneira como Eva a enfrentava. Assim, como em muitos casos é observado, a equipe médica é um dos grandes responsáveis pelo mal-estar dos pacientes que se vêm submissos frente ao poder dos médicos. As decisões são tomadas sem qualquer consulta ao paciente e todas as solicitações e indicações de exame e tratamento não podem ser contestadas ou refutadas e dessa forma, a paciente perde seu direito de

escolha e de participação no próprio tratamento. Conforme salienta Arantes e Mamede (2003):

O esclarecimento sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, é um direito do paciente, bem como de ser informado sobre sua invasibilidade, duração do tratamento, seus benefícios e prováveis desconfortos, e dos possíveis riscos físicos, psicológicos, econômicos e sociais por que possa vir a passar (p.50).

Segundo as autoras, dois fatores decisivos na participação da mulher na escolha do tratamento diz respeito à idade e ao nível de escolaridade, onde mulheres mais jovens com um nível de instrução mais elevado têm maiores condições de ter controle na tomada de decisões. “A falta de informação ou a informação insuficiente, constituem os motivos mais fortes na justificativa das mulheres quanto a sua falta de condições para participar na tomada de decisão” (p.50). Embora nem todas possuam condições para ter o controle e participação nas decisões acerca do tratamento, Eva as tinha, e como tal pôde decidir quais procedimentos seriam melhores e quais lhe seriam prejudiciais.

Eva enfatiza que os médicos tinham um comportamento distante em relação ao paciente, como que se tivessem construído barreiras a fim de evitar contato próximo com os enfermos. Tal distanciamento fora descrito quanto à forma de passar informações e no próprio atendimento aos pacientes. É possível que tal barreira seja imposta por conta do caráter terminal que o câncer traz consigo em alguns casos e nem todos os médicos estão preparados para lidar com a morte do paciente. Primeiro, por uma questão de eficiência profissional e segundo, pela morte de um paciente. O despreparo e a impessoalidade para lidar com o sofrimento psíquico é algo bastante criticado pelos pacientes oncológicos (Moraes, 1994; Angerami-Camon, 2003). A própria situação dentro do hospital é degradante, a doença se faz presente a todo instante e não tem como não pensar nela ou sentir-se mal. Os estigmas envolvidos no

câncer alimentam toda a concepção de sofrimento que os pacientes têm, a perda de cabelos e demais efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia causam grande pavor nos pacientes e o medo é o que torna o enfrentamento difícil.

Mas e o trabalho do psicólogo? Será que o psicólogo não poderia amenizar os efeitos negativos advindos do tratamento e da comunicação falha entre o paciente e a equipe médica? De certo que sim, entretanto é necessário antes fazer uma reflexão acerca de toda estrutura do ambiente hospitalar. Angerami-Camon (2003) quanto a essa questão explica:

O psicólogo, no contexto hospitalar, depara-se de forma alvitante com um dos direitos básicos que está sendo negado à maioria da população, a saúde. A saúde, em princípio um direito de todos, passou a ser um privilégio de poucos em detrimento de muitos. A precariedade da saúde da população é, sem dúvida alguma, um agravante que irá provocar posicionamentos contraditórios, e, na quase totalidade das vezes, irá exigir do psicólogo uma revisão de seus valores acadêmicos, pessoais e até mesmo sócio-políticos (p.22).

Além dessa realidade, o psicólogo enfrenta também algumas dificuldades administrativas, onde ele terá que se adaptar à missão e à visão da empresa (no caso, o hospital), ao público atendido, aos profissionais que fazem parte da equipe de saúde, assim como às limitações. E outro ponto a observar diz respeito a mitificação do câncer. Há muitos estigmas relacionados ao câncer, dessa forma todo o cuidado ao paciente oncológico e à equipe de saúde como um todo deve ser bastante peculiar. Conforme Moraes (1994):

O contato diário com o câncer e a morte é tarefa altamente ansiogênica. Cria, necessariamente, na equipe médica e nos demais profissionais da saúde comportamentos defensivos de distinto tipo. Um deles consiste no fato de que algumas tensões na equipe médica, que não são explicitadas e resolvidas nesse

nível, deslocam-se aos demais profissionais da saúde ou às relações dos pacientes entre si e com tais profissionais (p.59).

O médico tende, como conduta defensiva, a adotar uma atitude onipotente que cria e fomenta uma falta de comunicação entre os próprios médicos e entre estes e os demais profissionais e os doentes (p.59).

Diante disso, o psicólogo deve entender que seu trabalho frente ao paciente oncológico é de suma importância tanto para o enfermo quanto para a equipe médica. Eva relata que o atendimento com a psicóloga da clínica não a ajudou muito. Ela não a entendera e não a incentivara na busca pela cura. Tal comportamento é justificável uma vez que a psicóloga estava acostumada com casos de morbidade e de desistência e perceber em Eva tanta vontade de viver a surpreendeu de tal forma que a incapacitou para compreender toda a mobilização e motivação de Eva para a cura. Assim, o psicólogo nesse contexto, ao prestar seu atendimento, deve procurar levar em conta a história da pessoa envolvida no processo, para que assim possa acompanhar o tratamento, propiciando a construção do bem-estar e da qualidade de vida da paciente.

Um ponto bastante delicado refere-se ao tempo de vida. Muitos médicos, baseados na experiência e em dados estatísticos, dizem a seus pacientes oncológicos o tempo que lhes resta, o que muitas vezes implica em uma desesperança e abalos psicológico e emocional que tomam proporções catastróficas para o enfermo. Tal prognóstico exclui, para muitos pacientes, a chance de tentar, de viver e de ressignificar a doença. Viver com a doença já é bastante difícil e doloroso, mas saber que a morte é um fato e bastante próximo já equivale à própria morte para estes pacientes. Angerami-Camon (2004), nessa perspectiva, enfatiza a importância de se considerar a “realidade do paciente e as condições emocionais que envolvem esse momento tão delicado de sua existência” (p.13), pois tal consideração poderá afetar em menor grau as expectativas em relação à doença e diminuir a morbidade psicológica. O psicólogo

poderá atuar nessas situações com intervenções baseadas no diálogo, no acolhimento e na escuta.

Assim, dentre as diversas possibilidades que existem, o psicólogo deverá atentar para o significado que a doença tem para o paciente canceroso, no sentido de facilitar o enfrentamento da doença por parte do paciente. A frase propulsora de toda mobilização de cura de Eva foi acerca de sua visão quanto ao câncer. Quando questionada se o câncer de mama significava para ela um golpe da vida ou uma oportunidade, Eva reavaliou seus conceitos e passou a considerá-lo como uma oportunidade, o que fez toda diferença.

Sobre essa visão da doença, Bergamasco e Angelo (2001) citam:

Goffman (1988) afirma que o indivíduo estigmatizado acaba por enfrentar outra crise ao rever sua condição. O autor afirma ainda que a experiência dá ao indivíduo a oportunidade de aprender sobre si mesmo, adaptar-se à situação e compreender aquilo que é importante na vida (p.280).

Ao perceber o câncer como uma oportunidade para rever sua vida e, principalmente, como um momento seu, Eva iniciou uma ressignificação de vida e passou a rever suas crenças, seus valores e sua própria personalidade. Buscou em uma série de terapias não convencionais o auto-conhecimento e despertou para coisas que antes não eram percebidas ou não tinham o valor que mereciam. É importante ao psicólogo conseguir, por meio do atendimento hospitalar (e clínico) e apesar das interferências, estabelecer pontes entre a visão da doença para o paciente e os cuidados necessários para a efetivação do tratamento, por meio da análise de conteúdo das narrativas, onde surgem mensagens implícitas que podem indicar variáveis psicológicas, sociológicas e culturais significativas para a busca de um auto-conhecimento do enfermo em relação à doença.

Embora o trabalho de ressignificação seja demorado, a modificação de significados introjetados e mitificados pela doença começa quando, por meio da percepção clínica, o psi-

cólogo identifica as mensagens dos conteúdos subjetivos presentes nas narrativas, que indicam, em um primeiro momento, o significado da doença para o paciente e quais perspectivas de melhora ele possui em relação à enfermidade e, em um segundo momento, possibilidades de intervenção para o psicólogo. É possível ao psicólogo, junto ao paciente, realizar uma avaliação de todos os aspectos envolvidos com a doença, as mudanças nas relações, e os efeitos do tratamento, a fim de rever ou construir novas possibilidades para uma nova vida.

Para a mulher com câncer de mama, compreender a doença e seus significados faz com que ela seja capaz de refletir sobre o papel que exerce na vida diária da família e sobre as pessoas do seu convívio, bem como descobrir maneiras de ter uma melhor qualidade de vida (Bergamasco e Ângelo, 2001, p.281).

O câncer de mama causa grande sofrimento psíquico à mulher. Muitos de seus planos e perspectivas de vida são perdidos ao longo de sua caminhada e de sua luta. Entender o câncer como uma oportunidade e mobilizar forças para que a cura ocorra é um trabalho que depende essencialmente da escolha que a mulher faz perante a doença: morrer ou viver! E é a partir dessa escolha, que poderá se falar em qualidade de vida e na própria cura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A palavra câncer é dura de escutar. Quantas pessoas ao receberem o diagnóstico não perdem o chão ou não se sentem impotentes diante da vida? O câncer por muito tempo se fez presente na vida da autora e fora um período longo, de muita dor, sofrimento e perdas. Pensa-se que nada irá acontecer conosco, mas um belo dia, tudo muda, tudo fica diferente e as esperanças que se tem escoam pelas mãos.

Os motivos que levaram a autora da presente monografia à escolha do tema referem-se à sua experiência com o câncer, consigo e com seus pais. Em agosto de 1995, o diagnóstico de câncer de intestino veio como uma bomba em sua vida, afinal, segundo o médico, teria no máximo três anos de vida. Em março de 1996, o câncer de próstata atacou seu pai, e apesar da luta e do tratamento, veio a falecer em 2005, fato que causou uma ausência inenarrável em sua vida, uma perda ainda hoje difícil de superar, pela importância e pelo imenso amor que os unia. Segundo os médicos, seu pai falecera de “forma digna”. Embora não soubesse o que tais palavras significavam, a autora sentia uma profunda dor ao escutá-las. Em setembro de 2006, era a vez de sua mãe. Seu diagnóstico era câncer de mama em estado avançado. O primeiro sentimento que veio foi a frustração e logo em seguida a impotência, não tinha como não sentir-se culpada com a doença de sua mãe, e acompanhar seu tratamento fora bastante doloroso, pois não sentia-se forte o bastante para ajudá-la. Sua mãe teve que realizar a cirurgia para a retirada do tumor, mastectomia, e como estava em estado avançado, a solução encontrada pelos médicos fora remoção total da mama. Nada fora mais doloroso e angustiante do que ver sua mãe naquela situação. Hoje percebeu que a morte de seu pai influenciara bastante no surgimento do câncer, pois em várias falas percebia o vazio deixado pelo marido (“*Tenho os melhores filhos do mundo, mas não dormem comigo*”). Sua cura deu-se, não somente por conta da cirurgia, mas, principalmente, pelo amor dedicado a todos da família (filhos, sua mãe, no-

ras, genros, netos, familiares e amigos). A vontade de viver e de cuidar dos seus foi sua poderosa arma para lutar.

Toda essa experiência despertou uma série de pensamentos a cerca da composição e da escolha do tema do trabalho em tela. A escolha pelo tema câncer de mama, em um primeiro momento, significava falar de uma experiência própria, entretanto, após aprofundar mais no tema, a autora pôde observar quão importante é o fator psicológico para uma pessoa doente de câncer, e como a fé e a crença na cura mobilizam ações para o bem-estar e melhora na qualidade de vida desta. Outra questão importante para a escolha do tema foi constatar que além da autora da monografia em questão, outras pessoas conseguiram curar-se, como a Eva (estudo de caso do terceiro capítulo), superando o prognóstico, o medo da morte e dos efeitos do tratamento e suportando as condições desumanas nos hospitais.

O câncer de mama, hoje, é um assunto bastante discutido não só na comunidade científica, como na própria população. É uma doença que ataca mulheres no mundo todo e, portanto, é um problema de saúde mundial. Surgiram várias ONG's preocupadas com o tema, assim como campanhas no sentido de incentivar a mulher a se tocar, realizando o auto-exame. Uma das campanhas mais conhecidas é "O Câncer de Mama no Alvo da Moda". Inaugurada em 1995, tal campanha é realizada no Brasil pelo IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer e que tornou-se hoje sucesso em conscientização.

A FEMAMA (Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama) conta com 32 sócios fundadores, entre entidades filantrópicas, empresas privadas e pessoas físicas. Foi fundada no dia 22 de julho de 2006 no Seminário Visão de Futuro 2006-2015 na cidade de São Paulo e criou o projeto Te Toca Brasil, o qual consiste na união de diversas entidades ligadas à causa do câncer de mama para o alinhamento de objetivos que devem ser alcançados por meio de planejamento estratégico na busca por melhorias na área da saúde da mama, tais como: diminuição do índice de mortalidade pela doença; melhoria da

qualidade dos exames e das medicações; representatividade no Congresso; entre outros. (FEMAMA, 2008).

Em outubro de 2008, a FEMAMA realizou uma campanha chamada Outubro Rosa, incentivando as mulheres de todo o mundo a realizarem o auto-exame e enfatizando a importância da mamografia para as mulheres acima de 30 anos. Em maio de 2008, a lei nº 11.664 sofreu alterações e foi atualizada. Tal lei efetiva as ações de saúde e assegura a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de mama e colo uterino, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A atualização da lei trouxe duas importantes mudanças nos cuidados de saúde da mulher: 1) diminuição na idade e no tempo da realização do exame mamográfico para 40 anos e encaminhamento anual para mamografia destas mulheres; 2) assistência integral à saúde da mulher, incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre a prevenção, detecção, tratamento e controle, ou seguimento pós-tratamento, dos cânceres de mama e colo uterino.

Tais alterações nas regras do SUS visam aumentar os diagnósticos precoces destes dois tipos de câncer, que em 2008 devem atingir mais de 90 mil mulheres em todo Brasil, segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer).

Dentre o que foi visto no presente trabalho, pôde-se concluir que o câncer de mama é vivenciado com um intenso conflito interno, onde as emoções ficam à flor da pele e o estado psicológico fica bastante afetado. Uma nova realidade é mostrada para a mulher, e ela percebe-se impotente diante da doença e acredita que terá que abdicar de seus sonhos, objetivos, quando não de toda uma vida, trabalho e vida social. É uma dor pensar na morte e nas conseqüentes perdas. Surgem preocupações e fantasias que alimentam o medo e o desespero trazidos pelo diagnóstico do câncer. E mais ainda o assombro da mutilação, de perceber-se sem identidade, sem feminilidade, sem prazer e satisfação com o próprio corpo. A partir disso toda

forma de apoio será necessária como suporte e afeto, seja nas relações familiares, com cônjuges ou amigos.

Mas o interessante do câncer não está somente nos seus efeitos, mas em seu surgimento. Hoje, já é uma realidade tratar o câncer como uma doença psicossomática, com fundo emocional e psicológico. A literatura pesquisada mostrou como que a percepção das dificuldades e adversidades do cotidiano interferem nos comportamentos do indivíduo e como estes refletem o desequilíbrio entre mente e corpo. Os estresses da vida, repressão emocional, perda de relacionamento vital podem implicar em algum trauma físico. Entretanto, vale salientar que, mais importante do que tais situações, é o sentido que a pessoa dá para cada experiência. Se os acontecimentos adquirem caráter negativo e de alguma forma afeta as demais áreas da vida do sujeito, é possível sim que com o tempo o corpo comece a enviar sinais de que algo não está bem, até que em algum desses sinais o indivíduo entenda o recado. Sontag (2002) faz referência à idéia de Reich sobre o câncer, que trata o câncer como “uma doença relacionada com energia contida” (p.80), “o câncer é devido à estagnação do fluxo de energia vital no organismo” (p.86).

Dethlefsen e Dahlke (2007) explicam que as células cancerosas atuam no corpo como inimigas que possuem pontos de vista e interesses opostos ao hospedeiro, pois há alguma alteração que não as satisfaz, levando-as, de certa forma, a rebelarem-se contra o organismo:

A célula cancerosa é uma célula que até então estava a serviço do órgão e assim atendia ao organismo como um todo proporcionando-lhe a melhor chance de sobrevivência possível. Mas, subitamente, sua orientação se modifica e ela abandona a identificação comum. Ela encerra a sua atividade habitual, e coloca seu próprio desenvolvimento em primeiro plano. Rompe sua união com a comunidade celular, e, a partir daí, espalha-se com rapidez e indiferença através de uma divisão caótica, desrespeitando os limites

morfológicos (infiltração), e construindo por toda parte seus pontos de apoio (metástases) (p.234-235).

Para os autores, “o câncer representa uma grande oportunidade para descobrirmos nossos próprios erros de pensamento e enganos” (p.237). Explicam a doença como parte da sombra da consciência humana que se precipita em forma física, sombra a qual é composta pela outra metade de todos os princípios, recusada pelo ser humano. Dessa forma, o câncer torna-se uma oportunidade para o sujeito ressignificar seu existir, seu estilo de vida e para criar novos sentidos para sua realidade.

A partir de tais considerações, é fácil entender a importância da atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer e o cuidado que se deve ter com as intervenções. A mulher com câncer de mama não está interessada em falar com o psicólogo, nem em ouvir conversas, se não tem dentro de si a vontade de lutar contra a doença. Se o psicólogo não entender os motivos e o significado e implicações do câncer para a mulher seu trabalho poderá ter um caráter invasivo e ao invés de ajudar, poderá piorar o estado da paciente com sua insensibilidade.

Infelizmente é a prática que irá ensinar o psicólogo a lidar com cada situação, porque cada câncer é diferente, cada um está sob um contexto, imerso em uma rede de sentidos e significados construídos ao longo de um estilo de vida, história familiar, valores e crenças. Como ressalta Angerami-Camon (2004), o psicólogo recém formado não recebe da instituição todos os aparatos necessários para uma intervenção eficaz nos cuidados oncológicos em ambiente hospitalar. A teoria não contempla todas as dificuldades enfrentadas no ambiente hospitalar, tampouco os recursos necessários, tudo é bem superficial, e o recém formado acredita estar pronto para o mercado de trabalho. Entretanto, vale ressaltar que essa dificuldade está não só na falta de recursos acadêmicos, mas, principalmente, na administração da instituição que muitas vezes direciona-se para uma única abordagem, em detrimento das demais, privilegian-

do o conhecimento em áreas que nem todos apreciam. Há muito que percorrer ainda para que se alcance o ideal do papel do psicólogo. Mas nem tudo é ruim, há alguns hospitais que disponibilizam a estudantes práticas em ambientes ambulatoriais, oncológicos e demais setores a fim de amenizar a falta de conhecimento na área.

O presente trabalho buscou explicar a subjetividade da mulher com câncer de mama e, principalmente, os cuidados psicológicos no tratamento do câncer, a fim de estabelecer pontes entre o paciente e a atuação do psicólogo visando a ressignificação da dor e do sofrimento dessas mulheres. Verificou-se que tal ressignificação torna-se possível na medida em que se respeite a singularidade do sujeito e insira-se os sentidos, valores, crenças e demais contextos da mulher com câncer no processo terapêutico como uma realidade da pessoa, uma referência existencial.

Fazer essa monografia despertou na autora o desejo de rever seus conhecimentos vivenciados e a noção da evolução da cura para as pessoas que são mais cuidadosas consigo mesmas. Hoje, a cirurgia é uma arma poderosa para extirpar por definitivo o câncer, quando detectado em estado inicial, mesmo assim, ele continua sendo uma doença que tem o cheiro e o sabor da proximidade da morte. É irônico, mas todos sabemos que, desde o nascimento, a única certeza que se tem é da morte, mas vivemos em maioria, como se esse dia estivesse muito distante. Estar de frente com o diagnóstico de câncer aproxima a morte, ela fica ao nosso lado dando a sensação de que não se pode dar um passo em falso porque a morte nos tirará a coisa mais importante: a vida. O mais importante foi confirmar que o câncer fora uma grande oportunidade de ser um ser melhor. Como ex-paciente e filha de portadores de câncer, a autora constata que o amor recebido e o conhecimento sobre a doença são armas poderosas para despertar o ressignificar do existir em cada um.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. A. (2006). Impacto da Mastectomia na vida da Mulher. *Rev. SBPH*. 9, 2, dez, 99-113.
- Almeida, A. M.; Mamede, M. V.; Panobianco, M. S; Prado, M. A. S & Clapis, M. J. (2001) Construindo o Significado da Recorrência da doença: A experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-am Enfermagem*. 9, 5, set, 63-69.
- Angerami-Camon, V. A. (2003). O psicólogo no hospital. In: Angerami-Camon, V. A. (org). (2003). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Angerami-Camon, V. A. (2004). *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Arantes, S. L.; Mamede, M. V. (2003). A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 11, 1, out, 49-58.
- Azevedo, R. F. & Lopes, R. L. M. (2005). Merleau-Ponty e a Compreensão da Vivência de Mulheres Mastectomizadas em uso de Prótese. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 13, 2, 188-193.

Barros, A. C. S. D; Barbosa, E.M. & Gebrim, L. H. *Projeto diretrizes: diagnóstico e tratamento do câncer de mama*. Sociedade Brasileira de Mastologia. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br>. Acesso em: 20 ago. 2008.

Basegio, D. L. (2003). *Por que eu? A mulher e o câncer de mama*. Passo Fundo: UPF.

Bergamasco, R. B & Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 47, 3, 277-282.

Carvalho, V. A. (1994). Personalidade e câncer. In: Carvalho, M. M, M. J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, p.65-78.

Chaves, E. (1994). *Câncer da Mama: Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico*. Rio de Janeiro: Guanabara Hoogan.

Correia, M. F. B. (2003). A constituição social da mente: (re)descobrimo Jerome Bruner e construção de significados. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 8, 3, dez, 505-513.

Costa Junior, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*. 21, 2, jun, 36-43.

Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (2007). *A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem*. São Paulo: Cultrix.

FEMAMA - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama .

(2008). Disponível em: <http://www.femama.org.br/site/principal/femama.php>. Acesso em: 15 out. 2008.

Ferreira, A. & Grossi, Y. (2002) A narrativa na trama da subjetividade: perspectivas e desafios. *Economia & gestão*, Belo Horizonte, 2, 3, jan-jun, 120-134.

Gimenes, M. G. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In: Carvalho, M. M, M. J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, p.35-54.

Gimenes, M. G. G (org.) & Fávero, M. H. (2000). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Ed. Livro Pleno.

Hoffmann, F. S; Muller, M. C & Frasson, A. L. (2006). Repercussões Psicossociais, Apoio Social e Bem-Estar Espiritual em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia, Saúde e Doença*. 7, 2, 239-254.

INCA Instituto Nacional do Câncer. (2008). *O câncer de mama*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/impresao.asp.?op=cv&id=336>. Acesso em: 18 ago.2008.

Kovács, M. J. & cols. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: Carvalho, M. M. M. J (1998). *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o Viver*. São Paulo: Summus, p.159-185.

- LeShan, L. (1994). *Brigando pela Vida: aspectos emocionais do câncer*. São paulo: Summus.
- Maluf, M. F. M; Mori, L. J & Barros, A.C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51, 2, 149-154.
- Melo, E. M; Silva, R. M & Fernandes, A. F. C (2005). O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51, 3, jul, 219-225.
- Moraes, M. C. (1994). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho, M. M, M. J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, p.57-58.
- Nascimento-Schulze, C. M (1997). *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo: Robe Editorial.
- Pantoja, A. P. F & Nelson-Goens, G. C. (2000). Desenvolvimento da vida emocional durante o segundo ano de vida: narrativas e sistemas dinâmicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 13, 2, 269-280.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do Impacto Psicossocial no Adoecer da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5, 1, 53-73.
- Ramos, D. G. (2006). Análise crítica de pesquisas em psicossomática. In: Ramos, D. G. *A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença*. 3ª edição. São Paulo: Summus.

- Sales, C. A. C. C; Paiva, L.; Scanduzzi, D. & Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 47, 3, 263-272.
- Sanders, E.M. (2003). *Viver: tive um cancro e curei-me!* 1ª edição. Porto (PT): Ambar.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos relacionados ao Feminino. *Psicologia em Estudo*. 13, 2, abr, 231-237.
- Simonton, O. C.; Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. L. (1987). *Com a Vida de Novo: Uma abordagem de Auto-Ajuda para pacientes com câncer*. 4ª edição. São Paulo: Summus.
- Soares, R. G. (2004). A Repercussão Emocional do Câncer de Mama sobre a dinâmica familiar. São Paulo: Serviço de Psicologia Hospitalar Santa Casa de São Paulo. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/espec/MonografiaRenataGoltbliatasSoares.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2008.
- Soares, R. G. (2008). Aspectos Emocionais do Câncer de Mama. *Revista Virtual de Psicologia e da Saúde*. 3, 6, jan, 24-29.
- Sontag, S. (2002). *A doença como metáfora*. Tradução de Márcio Ramalho. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Talhaferro, B.; Lemos, S. S. & Oliveira, E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arquivos de Ciências da Saúde (FAMERP)*. 14, 1, mar, 17-22.
- Tavares, J. S. C & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Caderno Saúde Pública*. 21, 2, mar, 426-435.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância Da Atuação Do Psicólogo No Tratamento De Mulheres Com Câncer De Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50, 1, fev, 55-63.
- Vianna, A. M. S. A. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 21, 3, dez, 203-210.
- Wanderley, K. S. (1994). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: Carvalho, M. M, M. J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, p.95-100.
- Yamaguchi, N. H. (1994). O câncer na visão da Oncologia. In: Carvalho, M. M, M. J. *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 21-32.
- Zelmanowicz, A. M (2008). *Câncer de Mama*. ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?611>. Acesso em: 18 ago. 2008.