



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS
CURSO: PSICOLOGIA

O IMPACTO DO CÂNCER NA SUBJETIVIDADE DE UMA PACIENTE

GRECILEINE SILVA FERNANDES

Brasília
JUNHO, 2005

GRECILEINE SILVA FERNANDES

**O IMPACTO DO CÂNCER NA SUBJETIVIDADE DE
UMA PACIENTE**

Monografia entregue à Faculdade de Ciências da Saúde - FACS, Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Psicólogo.

Orientador: Professor Fernando Luis González Rey

Brasília/DF, Junho de 2005

O QUE O CÂNCER NÃO CONSEGUE

FAZER

O câncer é tão incapaz...
Ele não pode mutilar o Amor,
Não pode abater a Esperança,
Não pode corroer a Fé,
Não pode destruir a Paz,
Não pode arruinar a Confiança,
Não pode acabar com a Amizade,
Não pode apagar as Lembranças,
Não pode silenciar a Coragem,
Não pode invadir a Alma,
Não pode comprometer a Vida Eterna,
Não pode saciar o Espírito,
Nem tampouco diminuir o poder da Ressurreição.

Autor desconhecido.

Dedico este trabalho monográfico aos meus queridos pais Alaôr e Iracilde, pela presença constante em minha vida. Ao meu irmão Larri Janriô, e às minhas vovozinhas preciosas Leonídia e Raimunda, pelo apoio e paciência nos momentos difíceis. A todos vocês, muito obrigada pelo incentivo para a busca de meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar minha imensa gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho:

A Deus pelo privilégio de me conceder vida, e a possibilidade de desfrutar desta experiência marcante de realizar o curso de Psicologia e tornar-me psicóloga. Por colocar em meu caminho de maneira especial a oportunidade de fazer este trabalho, onde pude superar limitações e alcançar de maneira vitoriosa a concretização de um sonho.

À minha linda família, minhas vovozinhas preciosas, meu irmão e meus queridos pais. Pelo amor, carinho, zelo, dedicação fiel, responsabilidade para comigo, alegrias compartilhadas, capacidade de me ensinarem maneiras de enfrentar dificuldades que surgiram ao longo do meu caminho, no decorrer de toda minha história de vida. Muitas vezes renunciando benefícios próprios, sonhos, para que os meus pudessem ser alcançados. É inexplicável, inesgotável meu amor por vocês!

Ao meu querido Idon, grande companheiro, com quem compartilhei momentos muito felizes. A você meu amor o meu muito obrigada, pois, desde o início deste trabalho me auxiliou, sempre disposto a colaborar, proporcionando condições para a concretização deste estudo. Mesmo em situações que não estive tão presente, você compreendeu torcendo pelo meu sucesso, seu apoio e incentivo marcaram muito nosso relacionamento. Os momentos juntos nesta caminhada foram e continuam inesquecíveis.

À minha amiga Raquel Regina e sua família, pessoas especiais que Deus colocou em minha vida. Muito obrigada minha querida por interceder a Deus pela minha vida e por ter sido tão amiga, alguém em que pude contar em todos os momentos sempre com uma palavra que alegrou o meu coração, sei que você sempre desejou o melhor pra mim. Agradeço também as suas dicas que contribuíram significativamente para a realização desta monografia.

À querida Marly que tive o privilégio de conhecer e ser amiga. Uma pessoa que colaborou para o meu melhor desempenho e sucesso, sendo importante durante o percurso deste trabalho, estando sempre disponível a ajudar desde o início até a finalização desta monografia.

Aos meus parentes e amigos que me acompanharam e se alegraram nesta fase bem sucedida de minha vida, demonstrando carinho torcendo pelo meu sucesso.

Ao querido casal Conceição e Ivan, e filhos, que por mais de um ano me acolheram com alegria, demonstrando consideração e com amizade sempre me incentivaram a fim de que eu permanecesse firme para a busca de meus propósitos. Não tenho palavras suficientes para expressar a minha imensa gratidão a vocês.

Ao Sr. Hermani Leite da Silva pela disponibilidade de revisão dos aspectos morfológicos deste trabalho, para o cumprimento das regras gramaticais.

Às queridas: vitoriosa Lúcia Inês e meiga Marília, minhas grandes amigas sempre disponíveis e companheiras, me auxiliando sempre que precisei para a realização deste trabalho e ao longo destes cinco anos de curso.

À amiga Marcinha pelos momentos alegres que me proporcionou nesta jornada de cinco anos de estudo. Obrigada pela ajuda com a tradução do resumo em português para o inglês. *Thanks friend!*

Às amigas: Érika, Amanda, Karleska, Shalon e Renata, pessoas que compartilhei momentos de aprendizagem, descontração e alegrias durante o curso.

À querida Sandra que com toda sua alegria contagiante cativou-me, tive o privilégio de tornar-me sua amiga. Companheira que vivenciei momentos maravilhosos durante o curso, sempre disponível para me ajudar quando precisava. Agradeço sua presença que me motivou na realização do início ao fim desta monografia, pelas orientações valiosas, paciência, trocas de experiências e diálogo. Obrigada porque foste sempre amiga.

Ao meu querido mestre Fernando Luis González Rey, orientador deste trabalho, que acreditou no meu desempenho, de que conseguiria realizar um excelente trabalho. A cada supervisão de monografia sentia-me mais e mais motivada para cumprir este estudo. Com *feedback's* positivos a cada encontro de supervisão deste trabalho. Pude vivenciar momentos significativos de aprendizado através de suas aulas, e durante as orientações para a realização desta monografia.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
1.1 – Câncer.....	12
1.2 – Câncer de Cabeça.....	15
1.3 – Psico-oncologia.....	16
1.4 – Representações Sociais.....	19
1.5 – Subjetividade.....	22
1.6 – Qualidade de Vida.....	26
2 – CAPÍTULO METODOLÓGICO.....	32
2.1 – Epistemologia Qualitativa.....	32
2.2 – Procedimento Metodológico.....	35
2.3 – Instrumentos de Pesquisa.....	36
2.4 – Sujeito Participante.....	37
2.5 – Desenvolvimento da Pesquisa.....	38
3 – DESENVOLVIMENTO.....	39
3.1 – Produção de Informação.....	39
3.2 – Diagnóstico de Câncer.....	39
3.3 – Rede de Apoio.....	43
3.4 – Qualidade de Vida.....	47
3.5 – Projetos de Futuro.....	50
3.6 –Religião.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
APÊNDICES.....	57
Apêndice I – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada – Conversação.....	58
Apêndice II – Entrevista/Conversação com Respostas.....	59
Apêndice III – Carta Convite.....	73
Apêndice IV – Consentimento.....	74
ANEXOS.....	75
Anexo I – Complemento de Frases.....	76
Anexo IV – Respostas do Complemento de Frases.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

RESUMO

O câncer é uma doença que carrega o estigma da morte, o medo de morrer pelos pacientes é um sentimento sempre presente, a partir do diagnóstico. Evidentemente, o significado do câncer é diferente para cada indivíduo, mas as representações sociais negativas, e o impacto que a doença desencadeia na subjetividade do paciente, poderão incidir sobre seus sentimentos, suas emoções e na expressão de suas condutas. A psicologia pode contribuir para a adaptação psicossocial do paciente oncológico, integrando a doença na sua identidade, promovendo a ressignificação da sua vida. A psico-oncologia é uma área de interface entre a psicologia e a oncologia que busca compreender a influência dos aspectos psicossociais na etiologia e no desenvolvimento da doença, oferecendo assistência psicológica ao paciente e seus cuidadores. O objetivo desta monografia foi de compreender o impacto do câncer na subjetividade do paciente; sendo assim, este foi um estudo qualitativo que permitiu o aprofundamento nos aspectos mais subjetivos da paciente participante. Foi realizado um estudo de caso com uma paciente que tem câncer de cabeça, pode ser observado que o impacto da doença e as estratégias de enfrentamento estavam relacionadas às suas crenças e valores construídos no decorrer de sua história de vida.

ABSTRACT

Cancer is a disease that has the stigma of death. The patients diagnosed with cancer feel fear on learning their diagnosis. Evidently, the implication of cancer has different meanings to each patient. The negative social representations and their causes and effects on the patient's subjectivity can consequently appear in the patient's feelings, emotions, and behavior. Psychology can contribute to the cancer patient's psychosocial adaptation, integrating the disease with its identity, promoting the re-significance of life. Psycho-oncology is an adaptation between Psychology and Oncology, that seeks to comprehend how psychosocial aspects can influence the etiology and development of the disease, giving psychological assistance to the patient and care givers. The goal of this monograph was to comprehend the cancer's impact in the subjectivity of the patient; therefore, it was a qualitative case study that allowed deep consideration into the subjective aspects of the patient. A woman with cancer of the brain was interviewed, and it was possible to see that her mechanisms and strategies to face the disease, were related to her beliefs and values. Beliefs and values she developed throughout her life.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença ainda comumente associada à morte. Receber um diagnóstico de câncer equivale, muitas vezes, a dizer que o indivíduo está sendo informado sobre sua “sentença de morte”. Crenças como essas relacionadas ao câncer interferem na aceitação e formas de enfrentamento, podendo aumentar ainda mais as dificuldades do paciente oncológico. De acordo com Simonton (1987) o câncer enquanto sinônimo de morte provoca prejuízos diretos no paciente, assim como torna insuficiente a iniciativa dos indivíduos em cuidados preventivos. Por outro lado, o desenvolvimento de outras modalidades terapêuticas tem auxiliado para a modificação da visão negativa da doença. Muitos cânceres apresentam elevados índices de cura, vale ressaltar a importância do desenvolvimento de ações preventivas e também a detecção precoce.

De acordo com Junior (1998) as intervenções psicológicas adequadas contribuem para uma melhor compreensão dos processos de doença e tratamento, como também para a diminuição do sofrimento que o câncer produz nas pessoas. Nem sempre as condutas significarão êxito, porém, poderão produzir uma visão mais humanizada para o paciente e seus cuidadores. O desenvolvimento da psico-oncologia, no auxílio ao paciente oncológico e seu cuidador, favorece o enfrentamento da doença, contribuindo para a ressignificação do câncer. Segundo Neto (1998), estudos sobre representações sociais sobre o câncer são importantes para evidenciar formas distintas de interpretações entre os indivíduos a respeito da doença, favorecendo no planejamento de estratégias junto às reais necessidades dos indivíduos.

Existem várias hipóteses na tentativa de atribuir causas ao câncer. Na perspectiva de complexidade existe uma visão mais ampla de que existem vários fatores envolvidos no processo de adoecimento evitando assim reducionismos. Torna-se reducionista considerar que o desenvolvimento de um tumor é decorrente apenas de uma perda, por exemplo, esgotando-se nesta explicação. Sendo fundamental não partir somente do ponto de vista orgânico, deve-se considerar também o meio social no qual o paciente está inserido e seus aspectos psicológicos. De acordo com González Rey (2000) o processo de adoecimento precisa ser compreendido em uma rede de dimensões: história de vida do sujeito, cultural, social, o ambiente, vivências emocionais, entre outros, enfim, um conjunto que leva ao adoecimento.

Quanto à questão subjetiva do adoecimento, o sentido da doença envolve conceitos simbólicos e emocionais do indivíduo.

Neste trabalho foi utilizada a proposta de investigação qualitativa a fim de ampliar quais as formas de compreensão da paciente sobre sua doença. Esta proposta qualitativa, o sujeito participa ativamente junto com o pesquisador na construção do conhecimento. Neste trabalho pode-se através do estudo de caso desenvolver um estudo intensivo para a compreensão da subjetividade da paciente com câncer, de seus sentidos subjetivos.

Para conhecer o impacto do câncer, foi sugestionado o seguinte questionamento: Quais condições influenciam a paciente com câncer para a aceitação do processo e realização do enfrentamento? Sendo possível através da investigação sobre os efeitos do câncer na subjetividade da paciente. Os objetivos do trabalho foram: analisar a qualidade de vida da paciente antes e após o diagnóstico de câncer na cabeça; compreender os reais efeitos do câncer na subjetividade do paciente e conhecer as influências sociais sobre o significado do câncer. O processo subjetivo do paciente com câncer é amplo no sentido de que esta doença engloba diversos aspectos de sua vida. O paciente oncológico enfrenta o impacto do diagnóstico e o tratamento. Portanto, entende-se que são necessários estudos que permitam uma melhor compreensão destes fenômenos que afetam o paciente de câncer.

No primeiro capítulo foi realizada a fundamentação teórica do trabalho, detalhando sobre câncer, o surgimento da psico-oncologia, representações sociais, subjetividade e qualidade de vida.

No segundo capítulo foi apresentada a metodologia utilizada desenvolvida por González Rey (2004): epistemologia qualitativa de pesquisa. Em cujos princípios encontram-se: a natureza construtiva interpretativa da construção do conhecimento, a valorização da singularidade – o significado do singular como meio de pesquisa –, e a natureza interativa do processo de construção do conhecimento, entre pesquisador e sujeito.

No terceiro capítulo contém o desenvolvimento, ou seja, a produção de informação. Foram colocados na produção de informação cinco eixos temáticos, sendo eles: diagnóstico de câncer e aceitação, rede de apoio, qualidade de vida, projetos de futuro e religião.

Por último foram desenvolvidas as considerações finais, em que não existiu pretensão de concluir com uma verdade fechada e absoluta. Neste trabalho buscou-se, portanto, apresentar aspectos importantes relacionados à subjetividade da paciente com câncer a partir de algumas reflexões levantadas no decorrer da pesquisa.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 – Câncer

Algumas das representações sociais relacionadas ao câncer classificam-no como se fosse um monstro que invade o corpo com capacidade de destruí-lo, mas segundo Simonton (1987) a biologia celular afirma que o oposto disto pode ser considerado como verdadeiro, pois, na realidade uma célula cancerosa é fraca e confusa. Quando o processo de mitose (divisão celular) acontece de forma desordenada são formadas massas celulares imperfeitas, mas o sistema imunológico reconhece estas células e as destroem evitando o alastramento. Mas em alguns casos as mudanças celulares acontecem rapidamente de maneira excessiva, não reagindo à comunicação das células vizinhas, podendo fazer pressão sobre os outros órgãos, ou substituindo as células saudáveis, impedindo que o funcionamento dos órgãos afetados. De acordo com Simonton (1987) nas formas que são mais graves, essas células classificadas como sendo malignas separam-se da massa original sendo transportadas para outras partes do corpo, reproduzindo-se e formando outros tumores, todo este processo é denominado de metástase.

A definição sobre o que é o Câncer pode ser explicada quanto a este processo desordenado de divisão celular que pode tornar-se infiltrativo, devido à capacidade de afetar outros órgãos, mas quanto às causas as pesquisas ainda não puderam configurar uma explicação suficiente sobre o motivo pelo qual algumas pessoas desenvolvem o câncer e outras não. De acordo com Simonton (1987) mesmo identificando que substâncias cancerígenas, predisposições genéticas, irradiações, formas de alimentação, podem desempenhar influências para o aparecimento do câncer, estas explicações por si só, são insuficientes. Para Stroebe (1995), quando o modelo biomédico se focaliza somente nas causas biológicas da doença, passa a desconsiderar que as doenças também podem ser resultantes da interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos. O modelo biopsicossocial propõe que esses três fatores, citados anteriormente, são determinantes importantes da saúde e doença que precisam ser considerados tanto no diagnóstico, na avaliação do estado geral de saúde, assim como, nas recomendações para o tratamento.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) nem todo tumor é câncer, portanto, a palavra tumor ou tumoração (neoplasia) é definida como qualquer aumento de volume desenvolvido numa parte qualquer do corpo, o que não significa câncer. Quando as

células crescem iguais aos tecidos originais tem-se a formação de tumor benigno. O tumor benigno significa uma massa localizada de células que se multiplicaram vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo risco de vida. Quanto ao câncer, ou seja, às neoplasias malignas, têm-se um crescimento celular mais rápido, e não controlado pelo organismo; as células não guardam semelhanças com as que lhe deram origem e tem capacidade de desenvolver em outras partes do corpo, fenômeno este denominado metástase, que é a característica principal dos tumores malignos (câncer).

Dados do INCA também apontam que a incidência de câncer vem aumentando em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Além disto, Baracat (2000) afirma que atualmente no Brasil o câncer é a segunda causa de morte por doença na maioria dos países, com subsequente às doenças cardiovasculares. Quanto mais a doença avançar maior o número de complicações, que serão ainda mais severas quanto mais demorar a realizar o diagnóstico. Por isto, que a prevenção ou diagnóstico precoce é a uma estratégia importante contra esta doença.

Segundo Carvalho (1998) até o começo do século XX o diagnóstico de câncer era considerado uma sentença de morte que levava o doente a ser estigmatizado e isolado. De acordo (Holland, 1990, *apud* Carvalho, 1998) os tumores causavam dores, deformações e secreções malcheirosas, fazendo com que as pessoas tivessem medo de contágio. A falta de informações sobre a etiologia e devido a manifestações clínicas nos seios e órgãos genitais levou a conclusões de que o câncer poderia ser também uma doença venérea de transmissão sexual, provocando, além do sofrimento da própria doença, culpa, vergonha e discriminação. De acordo com Carvalho (1998) a visão negativa em relação ao câncer começou a ser modificada a partir dos avanços da Medicina no combate a doença através de intervenções cirúrgicas com retirada dos tumores, e possibilidades de cura em alguns pacientes cuja doença estava em estágio inicial e sem ramificações. Partindo destes avanços pode-se trabalhar também com a educação do público para a possibilidade de cura a partir do diagnóstico precoce.

Informações do INCA mostram que existe no Brasil mais de 30 Hospitais especializados para o tratamento de câncer, com maior concentração na região Sudeste. Este dado não inclui os serviços de oncologia, assim como clínicas de radioterapia e Oncologia Clínica e pediátrica que funcionam de forma autônoma em todo o país. Há, portanto, razoável

disponibilidade de recursos para tratamento de câncer neste nível no Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento de câncer pode ser feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos usados no tratamento de tumores. A quimioterapia é um tratamento que se utilizam medicamentos para combater o câncer. Sendo aplicados na veia, em sua maioria, podendo também ser dados por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal. Os medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo que elas se espalhem pelo corpo.

Leshan (1992) relata que raramente pessoas envolvidas com câncer, sejam, o paciente, seus familiares e amigos, assim como os profissionais de saúde terem informações sobre a mobilização da capacidade de autocura para que ela colabore com o tratamento médico. Este autor desenvolve intervenções a fim de ensinar aos pacientes com câncer a utilizarem as mudanças psicológicas como meio de ajuda para a restauração do sistema imunológico que está comprometido. Algumas pessoas confundem essa abordagem como se ela acusasse os pacientes a terem provocado suas doenças, não bastante o sofrimento causado pela patologia, uma nova culpa é acrescida, originada da falsa idéia, que se transforma em um fardo pesado para os doentes. Conforme o autor, “pensamentos e sentimentos não provocam nem curam câncer. Porém são um fator, e os demais importantes, que contribuem para a integração harmoniosa do ser humano como um todo” (p.13-14).

Ainda de acordo com Leshan (1992) transformações psicológicas, associadas ao tratamento de câncer podem mobilizar o sistema imunológico para a cura. Em outras palavras, como todos os aspectos do ser humano integram entre si e se influenciam, o sistema imunológico pode também ser afetado pelos sentimentos, mas também o estado psicológico pode positivamente influenciar no sistema de defesa. Esta abordagem psicológica que reforça a eficácia do sistema imunológico também promove a qualidade de vida mais rica e plena durante o período em que a pessoa está doente e depois dele.

Existem algumas medidas, relacionadas à parte mental, que pacientes com câncer podem adotar e que aumentam suas possibilidades de autocura e autorealização,

quando trazidas para colaborar com a terapia médica. Se esse procedimento fará ou não uma diferença crucial no estabelecimento da saúde do doente dependerá de toda a situação que o envolve, incluindo fatores como herança genética e experiências de vida, desde seu nascimento (Leshan, 1992, p.14).

É fundamental trabalhar com o paciente portador de câncer no enfrentamento da doença, uma vez que ele passa por mudanças de vida a que tem que se adaptar, Mello (2000) enfatiza que:

O aparecimento de uma doença física, freqüentemente, representa para o indivíduo uma perda de controle sobre o próprio corpo e sobre a própria vida de relação do indivíduo com o mundo. Com a doença aguda, os pacientes experimentam uma vivência de vulnerabilidade e comprometimento de auto-estima. Na cronicidade, além das lesões da auto-estima, as pessoas em geral têm alteradas a visão de si próprias (muitas vezes, sentido-se estigmatizadas) e sua relação com o futuro, os projetos de vida, etc (p.150).

1.2 – Câncer de Cabeça

Segundo definição do INCA o câncer de cabeça é uma classificação específica, denominado de tumores intracranianos que podem originar-se em qualquer estrutura da cavidade intracraniana. A maioria tem início no cérebro, mas a hipófise e os nervos cranianos também são locais de desenvolvimento de câncer e podem ser o local de disseminação metástica de tumores originados fora do sistema nervoso. Os sinais e sintomas deste tipo de câncer podem ser divididos em três categorias principais: generalizados – devido ao aumento da pressão intracraniana, podendo causar dor de cabeça, vômitos e alterações mentais, com irritação e depois apatia; focais – conseqüentes à isquemia (falta de sangue) e/ou compressão do cérebro no local do tumor, causando crises convulsivas, dor e perda sensorial da face; de localização falsa – devido a deslocamentos de estruturas cerebrais, causando alterações neurológicas, isquemia, zumbidos, vertigens ou perda auditiva. Em qualquer paciente com suspeita clínica de apresentar neoplasia intracraniana, a ressonância magnética constitui o exame de escolha para diagnóstico.

De acordo com o INCA o meduloblastoma é uma das neoplasias do Sistema Nervoso Central (SNC), normalmente origina-se no cerebelo e a localização mais comum desse tumor é nos ventrículos. Correspondendo 15% a 20% de todos os tumores cerebrais em crianças e 30% em jovens adultos, é comum aparecer em pessoas nas quais o sistema imunológico não está funcionando bem, mas também ocorrem em pessoas com sistema imunológico normal. O seu crescimento pode ser rápido e metástases são freqüentes atingindo outras regiões do Sistema Nervoso Central. Prejudica o equilíbrio, a coordenação e o controle dos músculos.

Segundo Rondinelli (2004) os meduloblastomas são considerados como uma variante dos tumores neuroectodérmicos primitivos (TNEPs) com localização infratentorial, ou seja, abaixo da tenda do cerebelo, na região do quarto ventrículo, originados em 85% dos casos a partir do vermis cerebelar, e que podem crescer determinando obstrução do fluxo liquórico, hidrocefalia e conseqüentemente sintomas de hipertensão intracraniana (HIC).

1.3 – Psico-oncologia

A psicologia tem desempenhado uma função importante de promover uma atenção especial ao câncer desenvolvendo uma modalidade chamada psico-oncologia cuja atuação é realizada com o paciente, a família e a equipe de saúde. Segundo Carvalho (1994) o conceito geral de psico-oncologia pode ser descrito como uma área de interface entre a Psicologia e a Oncologia que utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico provenientes da Psicologia da Saúde para ser aplicado nas seguintes modalidades: na assistência psicológica aos pacientes, à família e aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento ao paciente oncológico; na prevenção, tratamento, reabilitação, e durante a fase terminal; e na pesquisa e estudo das variáveis psicológicas e sociais, assim como na organização de serviços oncológicos interdisciplinares. Não se pode deixar de considerar a importância do psicólogo conhecer questões biológicas e fisiológicas que envolvem a atuação com o paciente.

Algumas intervenções psicológicas nos últimos 20 anos contribuíram para o desenvolvimento da psico-oncologia, uma área que busca estudar duas dimensões psicológicas do câncer que são: o impacto do câncer na função psicológica do paciente, na

família e nos profissionais de saúde; e o papel que variáveis psicológicas e comportamentais podem ter no risco de provocar a doença. (Holland, *apud* Carvalho, 1998).

Carvalho (1998) relata que no Brasil os primeiros trabalhos desenvolvidos neste sentido, foram através de modelos de atendimentos de psico-oncologia existentes nos Estados Unidos e em outros países. Na psico-oncologia existe o reconhecimento da contribuição de aspectos psicológicos (efeitos de estados emocionais) no desenvolvimento do câncer no organismo. “Acredita-se também na possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do câncer. Inúmeros pesquisadores vêm estudando efeitos emocionais na modificação hormonal e desta na alteração do sistema imunológico” (Bovbjerg, 1990, *apud* Carvalho, 1998). De acordo com Carvalho (1998), o atendimento psicológico ao paciente com câncer, à sua família e até mesmo ao trabalho junto à equipe de profissionais de saúde envolvidos com o tratamento oncológico, acontecia em hospitais gerais e consultórios, nas universidades foram desenvolvidas pesquisas que visavam compreender a relação de aspectos psicossociais a etiologia e o desenvolvimento da doença. Existiu também a necessidade de formulação da definição de psico-oncologia compatível com as características da cultura brasileira e do sistema de saúde, a fim de desenvolver os focos de pesquisa e intervenções.

Segundo Carvalho (1998) relata que no ano de 1989 aconteceu em Curitiba o I Encontro Brasileiro de Psico-oncologia que reuniu em torno de 150 pessoas, como profissionais e estudantes da área da saúde e outros, envolvidos com o paciente oncológico e sua família. Posteriormente, outros encontros aconteceram a fim de discutir sobre a escolha definitiva do nome a ser usado para denominar a nova área de atuação e a possibilidade de fundar a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO). A participação muito significativa de pessoas nos encontros permitiu a categorização de Congresso de Psico-Oncologia. Para contribuir na divulgação da desta área a professora doutora Maria Margarida M. J. de Carvalho criou, em 1993, o curso de Psico-Oncologia, em São Paulo. Este curso posteriormente desenvolveu-se como curso de formação e especialização. A professora doutora citada anteriormente organizou o livro *Introdução a Psico-Oncologia*, que foi lançado em 1994, representando a primeira referência em língua portuguesa que aborda temas da psico-oncologia, disponível aos interessados na área. Serviços particulares de atendimento psicossocial ao paciente com câncer e seus familiares começaram a serem implantados na cidade de São Paulo. A criação do Centro Alfa, em 1984, por profissionais da área de saúde foi liderado pela Psicóloga M. Margarida M. J. de Carvalho. O trabalho multidisciplinar

envolveu a participação de vários profissionais da saúde para a troca de informações, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, a fim de diminuir o impacto que as alterações orgânico-funcionais possam causar na qualidade de vida.

Foi formulada uma portaria que estabelece a participação do psicólogo na equipe de oncologia, o trabalho interdisciplinar permite um trabalho integral com troca de informações entre os profissionais de saúde.

Já no final de 1998, foi publicada uma Portaria do Ministério da Saúde que mostrava estarmos em sintonia com as necessidades do País, reconhecidas também pelo governo federal.

A portaria a que nos referimos é a de nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 14/10/98 e que determina a presença obrigatória de profissionais especialistas em Psicologia Clínica nos serviços de suporte como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em oncologia junto ao SUS (Carvalho, 1998, p.62).

Para Carvalho (1998) espera-se que as bases teóricas e outras modalidades que futuramente poderão surgir possam contribuir para o reconhecimento da psico-oncologia não somente com uma área de atuação, mas também como de conhecimento.

1.4 – Representações Sociais

A teoria das representações sociais é de suma importância para a compreensão do porque os indivíduos fazem o que fazem, assim como dos fenômenos sociais. Segundo Moscovici (2003), precursor da teoria, o conceito de representações sociais veio a partir de Durkeim que a chamava de representação coletiva.

(...) por Representações Sociais entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (Moscovici, 1981, apud Oliveira, 2001, p.106).

Outras teorias que também contribuíram para a criação da teoria das Representações Sociais foram de Saussure, a teoria das representações infantis de Piaget e a do desenvolvimento cultural de Vigotsky. O conceito foi mencionado pela primeira vez por Moscovici, em seu estudo sobre a representação social da psicanálise para os grupos populares. A sua motivação em desenvolver este estudo dentro de um trabalho científico foi decorrente de sua crítica aos pressupostos positivistas das outras teorias que não conseguiam explicar a realidade em outras dimensões como da histórico-crítica (Oliveira, 2001).

Ao analisar os processos formadores das representações sociais, afirma-se que o propósito das representações sociais é de transformar algo não familiar, ou a própria familiaridade, em familiar, por esta razão as pessoas formam e constroem representações sociais (Guareschi, 2002). De acordo com Guareschi (2002) as representações sociais podem ser classificadas como realidades dinâmicas, não ficam estáticas, mas que podem ser reelaboradas e modificadas dia a dia, podendo ser ampliadas, enriquecidas com novos elementos e relações.

Segundo González Rey (2003, p.142), “as RS são dinâmicas, entre outras coisas, porque se organizam de diferentes formas nos contextos dentro dos quais se desenvolve a atividade de comunicação humana”.

De acordo com Guareschi (2002) a teoria das representações sociais de Moscovici também constituiu uma crítica à maior parte das pesquisas individualizantes da Psicologia Social Norte Americana. Quando se discute que vantagens se obtêm através desta teoria Oliveira (2001) cita a capacidade de descrever, mostrar uma realidade, um fenômeno do qual muitas vezes não se dá conta, e que muitas vezes é explicativo. Sendo importante estudá-lo para que se possa identificar como esta teoria atua na motivação das pessoas para fazerem suas escolhas.

O ser humano necessita de seus semelhantes para a própria sobrevivência e para sua capacidade de viver em sociedade, a socialização permite que os indivíduos se integrem aos grupos em que nasceram, assimilando os hábitos e costumes. Bock (1999/2001) enfatiza que:

A formação do conjunto de nossas crenças, valores e significações dá-se no processo que a Psicologia social denominou socialização. Nesse processo, o indivíduo torna-se

membro de um determinado conjunto social, aprendendo seus códigos, suas normas e regras básicas de relacionamento, apropriando-se do conjunto de conhecimentos já sistematizados e acumulados por esse conjunto (p.138).

As formas de convívio social são diversificadas, devido cada cultura ter suas regras particulares de convivência humana. Estas formas de convivências podem se modificar de acordo com certas transformações que ocorrem nas sociedades. As representações sociais são também construídas coletivamente, porque através do relacionamento com outras pessoas, das interações, questões são pensadas fazendo com que conceitos sejam internalizados através das construções sociais. As RS estão simultaneamente no espaço social assim como no sujeito individual, podendo existir uma articulação dialética entre ambos, não existindo dicotomias entre o social e o individual.

As RS são constitutivas do espaço social que as constitui, e nesta medida são constitutivas dos sujeitos individuais que se expressam nesses espaços, o que faz com as formas de comunicação geradas nos mesmos se expressem dentro dos limites dos sistemas representacionais que constituem esses espaços. Assim, as representações sociais são verdadeiras ontologias sociais e subjetivas para as pessoas que compartilham esses espaços e que situam nas RS elementos de sentido essenciais de suas histórias pessoais, o que as converte também em importantes configurações subjetivas dos sujeitos individuais. Daí o complexo das mudanças sociais, pois os sistemas de vida social não estão atados somente à sua organização simbólica no plano social, mas estão também profundamente comprometidos com a subjetividade individual de quem os integra. Essas tensões colocam em seu lugar a dialética do social e do individual na gênese, desenvolvimento e transformação das RS. (González Rey, 2003, p.147-148).

As representações sociais do câncer ainda estão permeadas de associações da doença à dor e morte, que influi significativamente na subjetividade dos indivíduos em relação ao que é a doença, ao surgimento e prognóstico. Simonton (1978), *apud* Doró (2004), afirma que o prejuízo causado pelas expectativas negativas em relação ao câncer, decorrentes de crenças preconcebidas existentes na sociedade e no campo médico, causam malefícios diretos ao paciente são marcados pela representação social do câncer. Não se pode negar que estas

expectativas interferem no processo de aceitação e enfrentamento podendo algumas vezes aumentar ainda mais as dificuldades.

Segundo Schulze (1997) cada paciente oncológico se insere num contexto social específico que define normas de ação e maneiras de enfrentar seus problemas. Mesmo que o sofrimento frente à morte seja universal, cada realidade social assume características distintas sobre o mesmo. Conforme o autor “somos seres sociais mais do que imaginamos. Somos forjados e nos forjamos numa interação com outros significativos de formas que introjetamos as visões e as interpretações de mundo dos mesmos (p.23)”.

De acordo com González Rey (2003) pode-se afirmar que a representação social de câncer associada à morte é internalizada através de construções sociais que passa pela subjetividade dos indivíduos e que poderá ser modificada através das práticas subjetivas da ciência, por exemplo, e da vivência dessa representação sócio-histórica. Portanto a representação social do câncer pode mudar em cada época histórica, os elementos subjetivos que contribuem para esta mudança têm origens diversas. Em cada sociedade, cada momento histórico nos diferentes tipos de cultura, existe uma configuração subjetiva diferenciada sobre o câncer, que parcialmente se expressa nas representações sociais como uma das formas de subjetividade social. Juntamente a isto, cada sujeito expressa a configuração subjetiva de câncer de sua época de forma diferenciada e singular que, pode ser fonte de mudanças de algumas representações sociais.

1.5 – Subjetividade

A influência do positivismo na Psicologia Social Norte Americana tornou-a centrada no indivíduo (González Rey, 2003). Mas alguns teóricos tiveram o interesse em promover críticas à Psicologia Social Latino Americana, passando valorizar mais os fatos históricos, as culturas e valores, apesar de ainda não atribuir aos indivíduos como sendo sujeitos neste processo. Uma outra vertente de psicólogos estava desenvolvendo a Psicologia Social Comunitária, enquanto outros teóricos voltaram-se para uma nova crítica à Psicologia Social a partir do marxismo, em São Paulo. Os Psicólogos cubanos fizeram também a revisão crítica a partir da influência da Psicologia Social Soviética, que defendiam que a aplicação do

marxismo na psicologia não poderia estar regida por uma única interpretação. Quando González Rey (2003) passou da Psicologia Geral para a Social nesta trajetória, isto, o ajudou a construir uma teoria da personalidade de base histórico-cultural, como também a pensar na psicologia social com base teórica dialética e complexa de que o individual e o social não estão dicotomizados, assim como, não se excluem. Conseqüentemente veio a categoria de subjetividade.

Neubern (2001) afirma que “por subjetividade busca-se um conceito complexo do psíquico que abranja suas múltiplas dimensões sem lhe impor mutilações ou reduções, de modo a possibilitar um estudo científico do sujeito no cotidiano” (p.241). A subjetividade é tida como uma constituição psíquica de um sujeito individual que integra processos e estados do mesmo em cada momento social, que implica em sentidos subjetivos. González Rey (1997), *apud* Neubern (2001), salienta que ao mesmo tempo a subjetividade se expressa como constituinte da vida social que se diferencia da individual pelo cenário de constituição.

O paradigma da complexidade¹ diz que não tem complexidade sem entender a individualidade, o problema está dentro do todo complexo.

Só o sujeito poderá decidir, dentro da complexidade de vivências e processos simbólicos produzidos nos cenários de sentido em que atua, o rumo de suas ações, as quais, desde o momento de sua decisão e durante todo o processo de sua consecução se transformam em uma nova rota de produção de sentido. O sentido subjetivo dessas ações se expressa, entre outras coisas, na congruência e continuidade que o sujeito sente nelas e, por sua vez, entre elas e sua condição pessoal. Esse sentido subjetivo das ações humanas define a identidade (González Rey, 2003, p.158).

Segundo González Rey (2004) a ausência da subjetividade marcou a representação do psíquico como um conjunto de processos fragmentados que por muito tempo buscou-se estudar de forma objetiva através de unidades e registros de conduta. Nesta nova perspectiva sobre a subjetividade, adotada e desenvolvida por González Rey, a mente deixa de ser parte da natureza do indivíduo, sendo considerada como tendo uma organização. A subjetividade

¹ Essa teoria desenvolvida por Morin (2002) apresenta que não é possível negligenciar as partes para compreender o todo ou simplesmente reduzir o todo às qualidades das partes, fazendo-se necessário o conhecimento dinâmico, que leve as partes para o todo e o todo para as partes, na tentativa de compreensão do fenômeno.

enquanto um sistema complexo que é produzida no nível social assim como individual, deixa evidente a noção de que o indivíduo é influenciado tanto pela subjetividade social assim como a constrói. Ainda sobre a mente humana González Rey (2004) afirma que ela pode ter efeitos devastadores sobre a realidade somática e relacional do indivíduo, as produções simbólicas são capazes de cessar a própria vida.

González Rey (2002) em suas pesquisas iniciais sobre o tema saúde deparou-se sendo levado à Psicologia Social devido surgirem questões referentes à subjetividade social.

Ao introduzir a categoria de subjetividade social tinha a intenção de romper com a idéia arraigada nos psicólogos, de que a subjetividade é um fenômeno individual, e apresentá-la como um sistema complexo produzindo de forma simultânea no nível social e individual, independentemente de que em ambos os momentos de sua produção reconhecamos sua gênese histórico-social, isto é, não associada somente às experiências atuais de um sujeito ou instância social, mas á forma em que uma experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual. (González Rey, 2003, p.202).

Isto mostra que ao refutar a noção de que subjetividade é um fenômeno individual, ela passou a ser um fenômeno ainda mais complexo que integra o individual e o social, não estando mais separados. A produção da subjetividade não está associada somente às experiências atuais de um indivíduo ou à instância social, porque ambos não se excluem, estando associada “(...) à forma em que a experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual” (González Rey, 2003, p.202).

A subjetividade individual se produz em contextos sociais que historicamente foram desenvolvidos, sendo composta do que foi constituído de uma determinada subjetividade social, que antecede a organização do sujeito, que aparece em sua ontogenia. González Rey (2003) enfatiza que:

(...) ao entrar na vida social, a pessoa vai se transformando em sujeito, no entanto sua integração nesse espaço é diferenciada até pela própria socialização de suas

diferenças individuais, que passam a constituir-se como elementos de sentido na organização dos sistemas de relação social que acompanham o desenvolvimento humano (p.205).

A constituição dos indivíduos não é um processo que segue uma trajetória universal para todos, trata-se de um processo único e particular de cada um. O sentido e significado, de uma experiência, é apenas do sujeito, enquanto que para outro em condições semelhantes serão diferentes. Mesmo que o indivíduo se construa em um espaço social, que receba diversas interferências, ele apresenta configurações complexas de sentidos que se reproduzem de forma diferenciada de sujeito para sujeito. A subjetividade individual é construída a partir da subjetividade social, que também se constrói e se modifica partindo de várias interferências exercidas por subjetividades individuais. Segundo González Rey (2003) define a subjetividade social como um conjunto de sentidos subjetivos que surgem de diferentes contextos que se integram formando um sistema dinâmico. Na teoria de subjetividade o sujeito ao mesmo tempo em que é singular é um ser social com capacidade criativa.

O homem é capaz de se posicionar e produzir sentido. O sentido subjetivo é a unidade inseparável entre os processos simbólicos e as emoções, onde um evoca o outro, sem ser causa do outro.

Entendemos por sentido subjetivo a integração inseparável do emocional e do simbólico dentro de ambientes culturalmente estabelecidos que implicam relacionamentos e atividades do indivíduo relativamente estáveis. Os processos simbólicos e emocionais, que constituem os sentidos subjetivos, evocam-se, reciprocamente (...) (González Rey, 2004, p.85).

De acordo com González Rey (2004) as emoções é um dos temas que não foi muito desenvolvido no conhecimento psicológico. Sendo historicamente associada às necessidades, mas não podem ser reduzidas ao plano intrapsíquico, ou interativo. Para o autor, “(...) as emoções representam um momento da qualidade dos relacionamentos entre o indivíduo e seu meio, e estão comprometidas, simultaneamente, com os processos de auto-organização da subjetividade” (p.84).

O sentido da emoção está muito sujeito à cultura. Não se pode falar em subjetividade sem considerar a cultura, e não somente uma condição simbólica é capaz de desencadear a emoção. Conforme González Rey (2003, p.215), “as emoções constituem um processo de ativação somática produzida por uma experiência, que pode ser exterior ao sujeito, corporal, psíquica e, no caso dos seres humanos, simbólica, dimensão diferenciada do caráter histórico-cultural do psiquismo humano”.

O câncer é um significado e os indivíduos têm sobre ele um conceito, o sentido é diferente para cada um decorrente do afeto sentido em relação à doença. Um novo sentido aparece a partir da nova relação que produz novas emoções. De acordo com Grandesso (2000) em um processo terapêutico, a conversação terapêutica em torno dos dilemas que a pessoa vive em relação à doença, pode fazê-la construir novos significados, ampliando o seu sentido de autoria e suas possibilidades existenciais.

González Rey (2004) salienta que a ruptura que prejudica a identidade é produzida pela incapacidade do sujeito fazer sentido diante dela e considerá-la como uma experiência que lhe pertence. Em investigações realizadas com pacientes de enfermidades crônicas foram constatadas as situações que mais dano produz ao paciente que é sua incapacidade de integrar a identidade a si mesmo.

(...) a enfermidade produz uma ruptura de identidade entre quem a pessoa era, quando saudável, e a atual, e isso faz com que a pessoa se refira permanentemente à pessoa anterior, pois não consegue produzir sentido ao redor de si mesma em sua condição atual (González Rey, 2004, p.159).

Em alguns casos, algumas pessoas que aparentemente não têm problemas físicos, apresentam-se doentes, como também existem aquelas que estão doentes fisicamente, mas que se sentem bem. Uma doença como o câncer leva o paciente oncológico a se defrontar com os seus limites. Para alguns estes limites é arrasador, mas para outros é uma oportunidade de enfrentá-los a fim de viver da melhor maneira possível.

(...) ao sentirem enfermas há pessoas que adotam uma atitude de revisão crítica de suas vidas e colocam, em áreas de produção de sentido, zonas de experiência pessoal que tinham permanecido ocultas para elas próprias. Iniciam-se, assim, novos

processos de subjetivação que com freqüência levam a profundas mudanças pessoais na luta pelo reconhecimento de si mesmas. (González Rey, 2004, p.159).

Segundo González Rey (2004) a forma de enfrentamento do indivíduo depende de sua emocionalidade sadia. Isto não significa que basta o indivíduo escolher a forma mais adequada de enfrentamento e o sofrimento minimizará. Mas a emocionalidade sadia que já está presente aumenta as chances dele escolher a melhor estratégia. De acordo com González Rey (2003) diante de uma situação problemática o indivíduo pode produzir novos sentidos que o levam a uma reorganização de sua vida, ou então, ele entra num processo progressivo de desorganização que pode levar a uma configuração patológica da personalidade. “A saúde, física e mental, está muito relacionada à capacidade do sujeito de produzir sentidos ante seus conflitos” (González, 2003, p.239).

1.6 – Qualidade de Vida

De acordo com Gimenez (1997) a qualidade de vida está relacionada às formas de enfrentamento diante de situações ameaçadoras, como doenças, por exemplo. Ainda segundo a autora as formas de enfrentamento, para lidar com o problema, é influenciada por exigências situacionais, recursos disponíveis, limitações e fatores pessoais.

(...) se quisermos compreender como pacientes oncológicos selecionam suas estratégias de enfrentamento, precisamos, em linhas gerais compreender os fatos relacionados à doença, tais como, tipo de estadiamento, tratamento, de prognóstico da doença, bem como fatores pessoais que caracterizam o paciente, como, por exemplo, o momento na vida da pessoa em que o câncer é diagnosticado, portanto, sua faixa etária, suas habilidades, suas crenças religiosas, seus valores, sua experiência e percepção anteriores do câncer. Finalmente, é preciso considerar o contexto sócio-cultural no qual o diagnóstico e o tratamento de câncer estão inseridos (Queiroz e Shayer, 1992, apud Gimenez, 1997).

Quanto às funções do enfrentamento, podem ser a fim de: reduzir as condições ambientais que causam dano e aumentar as possibilidades de recuperação; tolerar ou adaptar-

se a eventos, ou realidades negativas; manter a auto-imagem positiva diante da adversidade e o equilíbrio emocional e continuar o relacionamento emocional satisfatório com os outros. (Cohen e Lazarus, 1979, *apud* Gimenez, 1997).

O conceito de qualidade de vida é referido por muitas pessoas, evidenciando definições que expressam tendências e diferenças que o conceito pode assumir (Ribeiro, 2002). A qualidade de vida é definida como “um estado de bem estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade” (Cramer 1994, *apud* Ribeiro, 2002, p.79). Esta definição é semelhante à definição de saúde fundada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com a OMS a qualidade de vida, “(...) expressa-se pela percepção pessoal acerca da sua vida, em relação ao contexto da sua cultura, aos seus sistemas de valores tomando em consideração os seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações” (Orley, 1994, *apud* Ribeiro, 2002, p.79).

De acordo com Ribeiro (2002) são recentes as origens do conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde e das doenças. Dentre estas áreas, duas se destacam para a concepção deste conceito que são: a funcionalidade defendida em ambientes médicos e a percepção de bem-estar que aparece mais nas ciências humanas. Ribeiro (2002) cita que muitos autores enfatizam que a qualidade de vida tem componentes objetivos e subjetivos. O componente subjetivo é essencial porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida. Mas o componente objetivo é também necessário, pois, pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria, podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outras pessoas enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida pior que a desejada. Muitos estudos sobre qualidade de vida de pessoas doentes englobam vários aspectos como as condições ambientais, sociais, orgânicas e emocionais. (Spitzer e Col, 1981, *apud* Ribeiro, 2002).

De acordo com Ribeiro (2002) são recentes as origens do conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde e das doenças. Dentre estas áreas, duas se destacam para a concepção deste conceito que são: a funcionalidade defendida em ambientes médicos e a percepção de bem-estar que aparece mais nas ciências humanas. O autor cita que muitos autores enfatizam que a qualidade de vida tem componentes objetivos e subjetivos. O componente subjetivo é

essencial porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida. Mas o componente objetivo é também necessário, pois, pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria, podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outras pessoas enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida pior que a desejada. Muitos estudos sobre qualidade de vida de pessoas doentes englobam vários aspectos como as condições ambientais, sociais, orgânicas e emocionais. (Spitzer e Col, 1981, *apud* Ribeiro, 2002).

Segundo Gimenez (1997) o conceito de qualidade de vida para cada sujeito é essencialmente subjetivo, com isso a própria pessoa é a “fonte de informações” sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida parte da avaliação do paciente com câncer sobre sua satisfação a respeito de como está sua funcionalidade atual em relação ao que ela acredita ser ideal (Cella e Tulksky, 1990, *apud* Gimenez, 1997). Estes autores também enfatizam a importância da percepção subjetiva do sujeito e da comparação de condições atuais e possibilidades reais com padrões ideais internalizados.

A percepção dos indivíduos sobre qualidade de vida está relacionada com suas crenças, atitudes de enfrentamento, sensibilidade a estressores e motivação para ter um estilo de vida recompensante (Armstrong, Wagner e Laughlin, 1995, *apud* Gimenez, 1997).

Os aspectos emocionais estão envolvidos no processo da qualidade de vida do paciente oncológico, cujo bem-estar não é apenas físico, mas também emocional. Os fatores importantes envolvidos na qualidade de vida englobam: interações sociais, experiências afetivas, minimização do desespero que a doença causa, expressão de afetos e sentimentos e a participação em atividades de lazer e recreação (Cohen e Lazarus, 1979, *apud* Gimenez, 1997). Para estes autores a qualidade de vida pode ser definida como sendo a possibilidade de enfrentamento, redução de condições ambientais desfavoráveis e o ajustamento a situações difíceis.

A psicologia pode atuar junto ao paciente oncológico a fim de que o mesmo continue tendo qualidade de vida, através da psicoterapia ou mesmo do apoio oferecido, facilitando a adaptação psicossocial e a integração da doença em sua identidade, como também promovendo o ressignificado de sua existência.

As intervenções psicológicas são importantes, porque podem reduzir o distress² emocional e aumentar a capacidade de enfrentamento do paciente (Andersen, Bárbara L., 1992, *apud* Gimenez, 1997). Como o câncer é uma doença acompanhada de muitas crenças a seu respeito, Simonton (1987) enfatiza em sua abordagem a importância de trabalhar com as crenças que o paciente oncológico tem sobre o câncer. Conforme o autor, em seus trabalhos com pacientes oncológicos, verificou que geralmente acontecia uma evolução da melhora do quadro, ou seja, da saúde quando os pacientes desvinculavam o câncer da idéia de morte adotando atitudes mais combativas em relação à doença participando de forma ativa em seus tratamentos, sendo também submetidos ao tratamento psicológico adequado. Simonton (1987) salienta que “(...) nos casos em que os pacientes mobilizam seus próprios recursos e participam ativamente de sua própria recuperação, podem vir a ultrapassar a expectativa de sobrevida que lhes foi indicada e alterar de maneira significativa sua qualidade de vida” (p.16).

Um aspecto importante para o bem estar psicológico de pacientes com câncer, refere-se à adaptação psicossocial, assumindo papéis antes desempenhados, com a influencia da sua rede de apoio. A família e amigos interferem na forma do paciente oncológico lidar com a doença. Este apoio social ajuda no enfrentamento e no apoio emocional, como também nos casos que se necessita de maiores cuidados decorrentes do comprometimento físico.

O apoio social e familiar também tem sido visto como um fator que influencia as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes com câncer. A família e a presença dos amigos podem oferecer apoio emocional e concreto, influenciarão na avaliação da mulher com câncer a cerca do contexto estressante e de seus recursos pessoais e sociais para enfrentá-lo. (Gimenez, 1997, p.235-236).

Segundo Gimenez (1997) ainda não se pode reduzir aos fatores psicossociais como preditores de sobrevida em pacientes oncológicos. Mas a autora apresenta quatro categorias gerais de fatores psicossociais considerados relevantes: a longevidade está relacionada com o enfrentamento do indivíduo à sua doença, ou seja, a eficiência das estratégias de enfrentamento utilizada (Cohen e Lazarus, 1973 *apud* Gimenez, 1997); a expressão emocional a respeito da doença e seus tratamentos poderia ser um dos principais fatores determinantes de

² Segundo Rey (1997) distress é definido como *stress* negativo; um conceito sobre o conjunto de emoções negativas sentidas pelo sujeito, mas nem todas são totalmente identificadas (inconscientes), não estarão necessariamente presentes na consciência.

sobrevida (Degoratis, Abeloff e Meliseratos, 1979, *apud* Gimenez, 1997); a vontade de viver do paciente oncológico e a sua confiança em um bom prognóstico são considerados fatores relevantes à longevidade (Kennedy, Tellegen e Kennedy, 1976, *apud* Gimenez, 1997) e os altos níveis de estresse emocional contribuem para curtos períodos de sobrevida (Weisman e Worden, 1975, *apud* Gimenez, 1997). Além dessa relação de fatores psicossociais e sobrevida, estudos indicam o maior interesse em definir a qualidade de vida em indivíduos com doenças graves como o câncer (Spitzer, 1981, *apud* Gimenez, 1997).

De acordo com Gimenez (1997), “(...) é importante não apenas considerarmos o número de sobreviventes e tempo de sobrevida, mas também, os aspectos emocionais, funcionais, sociais e psicológicos da existência humana, para podermos avaliar sua qualidade” (1997 p.239).

Conforme a autora o apoio social oferecido pelo sistema de saúde que atende o paciente também tem sido considerado como importante para o enfrentamento da doença. Ao estar diretamente em contato com o paciente, atendendo suas necessidades, procurando aliviar seu sofrimento durante o processo muitas vezes longo, passa a desempenhar um papel fundamental de apoio e, conseqüentemente, de como o paciente, lida com a doença.

Os grupos de apoio também são importantes para promover aos pacientes oncológicos um espaço para dividir experiências e seus conflitos que estão sendo vivenciados. Segundo Gimenez (1997), o desabafo pode beneficiar o paciente com câncer no processo de enfrentamento.

(...) uma voluntária é uma ouvinte complacente: nunca diz a uma mulher o que deve fazer o sentir, mas antes serve de apoio para ajudar a pessoa a encontrar a sua própria solução. Com o apoio de voluntárias mastectomizadas torna-se um ingrediente poderoso, capaz de auxiliar no enfrentamento (Escudier, 1982 *apud* Gimenez, 1997, p.64).

Atualmente os estudos desenvolvidos sobre o câncer, sua representação e impacto para os pacientes oncológicos, ainda são poucos e baseados em pesquisas americanas que não enfatizam a subjetividade e sim a objetividade dos métodos e resultados. Pode-se identificar que se tem investigado sobre as formas de enfrentamento utilizadas pelos pacientes

oncológicos para minimizar seus sofrimentos relativos ao câncer, mas também se faz necessário conhecer mais e trabalhar, com pacientes oncológicos e sua família, as formas de enfrentamento utilizadas, a fim de promover qualidade de vida.

2 – CAPÍTULO METODOLÓGICO

2.1 – Epistemologia Qualitativa

Para a realização deste trabalho optou-se por uma metodologia qualitativa, uma vez que a abordagem quantitativa de pesquisa está pautada no positivismo que atribuiu ao método de investigação como tendo que ser o mesmo para todas as ciências, enfatizando a imparcialidade, a predição e o controle sobre a realidade. De acordo com Minayo (2001) para que uma pesquisa fosse objetiva os positivistas afirmavam que ela teria que ser realizada por instrumentos padronizados, pretensamente neutros.

De acordo com González Rey (2002) a pesquisa qualitativa é um processo contínuo de produção de conhecimento. O problema na pesquisa qualitativa se faz mais complexo, conduzindo aos sentidos elaborados pelos participantes que são imprevisíveis no início da pesquisa. Os resultados da pesquisa qualitativa são momentos parciais que constantemente se integram com novos questionamentos e que apontam novos caminhos à produção de conhecimento.

(...) os princípios gerais da Epistemologia Qualitativa seriam a natureza construtiva-interpretativa da geração do conhecimento, o significado do singular como via de pesquisa e a natureza interativa do processo de construção do conhecimento. (...) A epistemologia qualitativa orientaria uma forma diferente de pesquisa qualitativa na qual a ênfase aparece na natureza qualitativa dos processos envolvidos na produção do conhecimento, e não na utilização de instrumentos qualitativos (...) (González Rey, 2004, p.122).

A pesquisa qualitativa é uma abordagem de investigação que vem sendo mais aceita e empregada na área da saúde, das ciências humanas e sociais. Apesar de ser alvo de críticas por parte de uma parcela significativa da comunidade científica pelo fato de não trabalhar com amostras probabilísticas e/ou efetuar análises estatísticas dos dados (Bosi, 2004). Dentre outros argumentos críticos à pesquisa qualitativa estão: a não neutralidade do investigador, a não representabilidade estatística das amostras selecionadas e a conseqüente impossibilidade de generalizar os resultados e replicar os estudos, como também pela crença na inexistência de verdades universais e eternas.

A pesquisa qualitativa, apoiada na epistemologia qualitativa, não se orienta para a produção de resultados finais que possam ser tomados como referências universais e invariáveis sobre o estudado, mas à produção de novos momentos teóricos que se integram organicamente ao processo geral de construção de conhecimentos (González Rey, 2002, p.125)

Segundo Minayo (2001) o paradigma positivista não permite a noção de pesquisador como sujeito participante que expressa suas ideologias no que está estudando, a neutralidade é defendida tanto para o investigador pensar em fazer ciência, assim como quando está inserido no contexto de pesquisa. Mas, em uma investigação social a visão de mundo do pesquisador está implicado em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, à sua aplicação e aos resultados do trabalho. A epistemologia qualitativa não trabalha com variáveis e generalizações, e sim a construção teórica em que o pesquisador e objeto de estudo estão interligados na construção do conhecimento. Como existe a influência do pesquisador sobre o sujeito pesquisado, a interação entre pesquisador e sujeito não pode ser desconsiderada, porque ela interfere no comportamento dos indivíduos, gerando situações novas para ambos. De acordo com Spink (1957, p.213), “(...) pesquisador e participantes são considerados colaboradores na produção de conhecimento”.

González Rey (2002) afirma que o contexto de pesquisa afeta a expressão do sujeito nela, devido ser afetado pelas condições em que se encontra e pelo sentido dessas condições para ele. A abordagem qualitativa reconhece a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, como também, a interdependência entre sujeito e objeto e uma postura interpretativa, ou seja, não neutra, do observador que atribui significados aos fenômenos que interpreta. (Chizzotti,1991, *apud* Bosi, 2004).

Segundo Gonzalez Rey (2002) sendo o conhecimento produzido num processo construtivo e interpretativo, então, este não será apenas resultado de uma coleta de dados. O pesquisador enquanto sujeito deste processo participa ativamente, a fim de entender o fenômeno pesquisado. A interpretação é um processo em que o pesquisador integra, reconstrói e apresenta em construções interpretativas, diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, os quais não teriam nenhum sentido se fossem tomados de forma isolada, como constatações empíricas. (Gonzalez Rey, 2002. p.31).

Na pesquisa qualitativa as informações são obtidas através das linguagens com os sujeitos, possibilitando o aparecimento das representações simbólicas da experiência do sujeito pesquisado, permitindo aprofundar na subjetividade do mesmo. Para Minayo (2001, p.22) “(...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Os instrumentos de pesquisa utilizados são recursos para possibilitar a fala dos entrevistados. A pesquisa qualitativa é um diálogo permanente em que as opiniões, cosmovisões, emoções, enfim, a subjetividade do sujeito estudado constitui elemento relevante para o processo, o que resulta impossível prever nos momentos iniciais (Gonzalez Rey, 2002, p.89).

Portanto, para a presente pesquisa optou-se pela metodologia qualitativa, porque não se pretende reconhecer uma realidade objetiva e externa que precisa ser desvendada e mensurada, o que se almejou está para além da mensuração cuja dimensão refere-se à singularidade. Na perspectiva de estudar sobre o impacto do câncer na subjetividade de uma paciente, é fundamental considerar como se relaciona com o processo de enfrentamento contemplando suas crenças, valores, sentimentos, entre outros.

A contribuição mais óbvia das pesquisas qualitativas sobre o câncer é a possibilidade de aprofundar a compreensão da produção de sentido diante das experiências reais ou potenciais da doença. Situar melhor o ponto de vista dos participantes tem implicações teóricas e práticas (Gimenez, 1997, p.219-220).

2.2 – Procedimento Metodológico

A pesquisa foi apresentada à participante através de uma visita realizada em sua residência. Neste dia, pesquisadora e participante se conheceram, sendo apresentadas através de um amigo, que ambas conheciam. Durante o convite para participar da pesquisa, foi explicado que ela faria parte de um estudo de caso, para um trabalho de monografia de final de curso de Psicologia. Antes desse primeiro encontro, a participante foi convidada a participar desta pesquisa, através do telefone por intermédio deste amigo anteriormente citado. Portanto no primeiro encontro, que aconteceu na residência da participante, o tema da pesquisa foi exposto, assim como, a finalidade que seria de contribuir para a produção de novos conhecimentos na área de psico-oncologia. Ficando combinada uma entrevista individual no próximo encontro, que aconteceria de acordo com a disponibilidade de horário da participante.

A interação entre pesquisadora e participante foi muito produtiva desde o primeiro encontro. Logo de início, a participante demonstrou interesse em participar da pesquisa, relatando que seria sua segunda participação em um estudo para monografia. A primeira vez que participou foi para o trabalho de monografia de final de curso de Farmácia de seu irmão que é cardiologista, cujo tema era sobre a ação das drogas, como antidepressivos e a morfina, no organismo do paciente com câncer. Este estudo investigou sobre o quanto elas alteram o humor e a qualidade de vida. Após compreender sobre o que seria a presente pesquisa a participante afirmou que participaria por acreditar que poderia contribuir de alguma forma com a monografia, pois, faria o possível para favorecer o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados ao seu problema de saúde.

Neste mesmo encontro foi adiantado que a participação seria voluntária, de forma anônima, pois sua identidade não seria revelada, assim como se houvesse desistência de continuar participando da pesquisa ela poderia interromper.

2.3 – Instrumentos de Pesquisa

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, permitindo desta forma o desenvolvimento de uma conversação entre participante e pesquisadora (Apêndice I).

A entrevista, na pesquisa qualitativa tem sempre o propósito de converter-se em um diálogo, em cujo curso as informações aparecem na complexa trama em que o sujeito às experimenta em seu mundo real. Surgem inúmeros elementos de sentido, sobre os quais o pesquisador nem sempre havia pensado, que se convertem em elementos importantes do conhecimento e enriqueceram o problema inicial planejado de forma unilateral dos termos do pesquisador (Gonzalez Rey, 2002, p.89).

Portanto para a presente pesquisa as perguntas não foram fechadas, de maneira que à medida que o diálogo se desenvolvia, novos questionamentos e conhecimentos puderam ser produzidos. Assim como, a interação positiva entre pesquisadora e sujeito participante, também foi facilitador para para que a entrevistada colocasse suas idéias durante a conversação, sendo estabelecida uma relação de confiança. Proporcionou-se o aparecimento de informações que revelam os significados atribuídos pela participante que fazem parte da subjetividade da mesma (Apêndice II – Respostas da Conversação).

Gonzalez Rey (2002) afirma que a entrevista fechada e a própria falta de simpatia por parte do pesquisador pode fazer o sujeito entrevistado se sentir como um estranho, levando a uma entrevista formal que limita a expressão das emoções e reflexões íntimas do sujeito, conseqüentemente a informação é empobrecida. Como não se pretendeu chegar a uma resposta e sim à construção de conhecimento, apareceram questões que não haviam sido pensadas ou elaboradas, mas que surgiram no decorrer da pesquisa com muita relevância para a mesma.

Portanto na entrevista desenvolveu-se um diálogo, pois, a pesquisadora não se orientou a uma investigação partindo de um conjunto de perguntas predeterminadas pelo questionário de forma fechada. De acordo com Bauer (2004) a entrevista na pesquisa qualitativa pode ser considerada como um convite ao entrevistado para falar longamente com suas próprias palavras e com tempo para refletir.

Toda pesquisa com entrevistas é um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca. Não é apenas um processo de informação de mão única passando de um (o entrevistado) para outro (o entrevistador). Ao contrário, ela é uma interação, uma troca de idéias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Com respeito a isso, tanto o(s) entrevistado(s) como o entrevistador, estão de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento (Bauer, 2004, p.73).

O outro instrumento utilizado para a pesquisa foi utilizado e modificado pelo professor Fernando Luis González Rey denominado complemento de frases (Anexo I). Este instrumento consiste na entrega de frases para o participante de uma pesquisa completá-las partindo do que ele pensa no momento que lê cada uma delas. Este instrumento pode ser classificado como um apoio secundário na produção de informação porque possibilitou a participante trazer mais elementos de seus sentidos subjetivos (Anexo II – Respostas do Complemento de Frases), permitindo conhecer como ela pensa sobre o assunto, ou seja, qual a perspectiva será trazida.

2.4 – Sujeito Participante

Durante o início do planejamento da pesquisa optou-se por realizar um estudo de caso com apenas um participante que tivesse câncer. Quanto à escolha do participante no que se refere ao gênero, idade, tipo de câncer e condição de saúde, não foram previamente estabelecidos.

Posteriormente, pode-se escolher a participante da pesquisa, uma vez, que tinha câncer. Esta pessoa é do sexo feminino, tem 30 anos, está com câncer de cabeça há aproximadamente cinco anos. Atualmente, uma vez por semana realiza quimioterapia em um hospital do SUS, além em sua própria residência realizar o tratamento medicamentoso com remédios à base de morfina.

2.5 – Desenvolvimento da Pesquisa

A escolha do tema de pesquisa a ser desenvolvida para a presente monografia partiu do interesse pela área de psico-oncologia, uma vez que houve a participação da autora desta monografia, em um estágio supervisionado realizado na enfermagem pediátrica de um hospital do SUS em Brasília-DF, no atendimento a pacientes crônicos. Dentre os pacientes internados, a maioria tinha Síndrome Nefrótica, mas dois casos que chamaram mais atenção foram de pacientes internados com câncer. Os dois pacientes oncológicos apresentaram semelhanças em relação à descoberta do diagnóstico da doença, pois, foram internados para o tratamento de Síndrome Nefrótica, mas durante a realização de alguns exames tiveram os diagnósticos de câncer. Um deles recebeu o diagnóstico de câncer de cabeça e o outro de câncer nos rins. O paciente que recebeu o diagnóstico de câncer de cabeça, foi encaminhado ao médico para a realização de exames na região da cabeça, pois sempre foi cego de um olho e desconhecia a causa. Este paciente tinha nove anos de idade e a família nunca o levou ao médico a fim de diagnosticar este problema. Portanto esta experiência proporcionou ainda mais o interesse de investigação nessa área, no que diz respeito ao impacto, aceitação e estratégias de enfrentamento do câncer.

Esta pesquisa foi desenvolvida da seguinte maneira: os encontros com a participante aconteceram na sua residência. No primeiro encontro a participante recebeu um convite verbal para participar da pesquisa, como também se iniciou uma conversa sobre sua doença. No segundo encontro, houve a entrega de uma carta convite (Apêndice III) esclarecendo quais os objetivos da pesquisa, que a participação é voluntária, como também poderia ser interrompida caso ela quisesse, além de assegurar que todas as informações que pudesse identificá-la seriam omitidas e que ao final do estudo todas as fitas seriam desgravadas. A participante assinou um termo de consentimento (Apêndice IV) concordando que participaria voluntariamente da pesquisa. Posteriormente, foi entregue o instrumento de complemento de frases; outros diálogos aconteceram através do computador via *Internet* e através de visitas em sua residência.

3 – DESENVOLVIMENTO

3.1 – Produção de Informação

A pesquisa foi inicialmente desenvolvida com o objetivo de estudar as seguintes categorias: diagnóstico de câncer e aceitação, rede de apoio, qualidade de vida e projetos de futuro.

Mas a participante enfatizava em seu discurso sobre sua espiritualidade, tornando-se relevante para ser estudado. O acréscimo desta categoria não acarreta danos à pesquisa uma vez que o foco de atenção estava na escuta e entendimento do que era dito pelo participante. Visto que, esta pesquisa enfatiza a construção da informação partindo do caráter participativo da participante juntamente com a pesquisadora.

A participante tem 30 anos de idade, descobriu o câncer de cabeça há cinco anos, realizou duas cirurgias de Braquiterapia³. É separada, está em processo de divórcio, e têm dois filhos.

3.2 – Diagnóstico de Câncer e Aceitação

Marta⁴ relatou que quando estava gestante do primeiro filho, aos 25 anos de idade, sentia fortes dores de cabeça e tinha vômitos, até então, apresentava sintomas gerais de uma gravidez. Mas também tinha tonturas, alterações visuais o que não é comum, enquanto sintoma. Com isso, no sexto mês de gravidez procurou um neurologista, que receitou um tratamento medicamentoso para combater as enxaquecas, mas esse tratamento não proporcionou o efeito esperado.

³ De acordo com o INCA, a Braquiterapia é uma cirurgia de implantes radioativos de pequenas “bolinhas” radioativas que são utilizadas para pequenos tumores. Depois de aplicada a anestesia, um pequeno tubo fino e oco (Catéter) é colocado dentro de um pequeno buraco no crânio. As bolinhas são inseridas dentro do tumor através do cateter. Satisfaz a necessidade do especialista em oncologia no tratamento da área afetada sem comprometer tecidos saudáveis.

⁴ Nome que será usado para identificar a participante do estudo de caso. Assegura-se que todos os cuidados éticos foram devidamente tomados.

Então lhe foi solicitado pelo médico um exame de tomografia. Através deste, constatou-se o tumor – mioma de tálamo –, mas a equipe médica não comunicou a Marta esta informação do diagnóstico. Em seguida pediram uma ressonância magnética. O resultado de tumor na cabeça confirmou-se através deste segundo exame realizado. Os médicos que a acompanharam na fase de diagnóstico comunicaram o resultado dos exames apenas para o esposo de Marta, segundo ela isso aconteceu devido o estado emocional envolvido por conta da gravidez, com isso preferiram manter sigilo. Mas, posteriormente ela percebeu que o seu estado de saúde poderia ser mais grave do que ela sabia de fato, pois, o médico passou a conversar a sós com o seu esposo. Além disso, seu esposo apresentar uma atenção excessiva no cuidado da saúde de Marta.

Nas consultas médicas, o médico afirmava para Marta que as fortes dores de cabeça eram apenas enxaqueca e que ela teria que tomar um medicamento à base de morfina cujo nome comercial é Delantina. Apesar deste medicamento ser muito forte uma gestante pode fazer uso do mesmo. Mas ela questionou o médico dizendo:

“Por que eu tenho que tomar um medicamento à base de morfina se eu estou grávida? Isso pode acarretar algum dano ao meu bebê. Então alguma coisa grave está acontecendo comigo”.

O médico informou a Marta que ela faria uso da dose infantil da Delantina, mas ela recusou-se em fazer este tratamento, conseqüentemente decidiram contar-lhe a situação sobre seu estado de saúde, isso já no sétimo mês de gravidez.

De acordo com Leshan (1992) para alguns pacientes pode ser mais perigoso desconhecem sua situação, ou seja, o seu estado de saúde, do que conhecê-la, por pior que seja. O autor relata um caso em que o diagnóstico de câncer não foi fornecido ao paciente sendo comunicado o resultado somente à sua esposa. Isto acarretou prejuízos ao relacionamento conjugal do paciente, assim que soube que estava com o câncer, como também os filhos confrontaram-na devido saber da doença e ocultar a informação. Conforme o autor “felizmente, hoje em dia, não é tão comum o médico esconder a verdade de um diagnóstico do paciente” (p.80).

A criança nasceu no oitavo mês de gravidez, apesar do parto ser prematuro, não estava relacionado ao câncer. Marta amamentou durante os dois primeiros meses de vida da criança e em seguida começou com a quimioterapia, a amamentação através do seio foi suspensa.

Marta teve em sua família dois casos de câncer. Foram seus tios, que eram irmãos de sua mãe. Um deles teve câncer proveniente da complicação de uma cirrose, ele era alcoólatra, e a outra tia faleceu com câncer de pulmão, decorrente do tabagismo. Ambos estavam em grau avançado em relação à doença quando tiveram os diagnósticos. Um deles teve o diagnóstico de câncer e após seis meses veio a falecer. Depois deste episódio, em menos de um ano, Marta teve o diagnóstico de câncer de cabeça.

Conseqüentemente, Marta teve o forte impacto negativo ao receber o seu diagnóstico de câncer, acreditando que a doença a mataria rapidamente. O caso de Marta, diferentemente de seus tios, teve manifestações clínicas no início da doença permitindo assim a obtenção do diagnóstico precoce e melhor prognóstico. Mas a representação que ela tinha na época sobre a doença era de que qualquer pessoa com diagnóstico de câncer morre rapidamente decorrente da doença. Isto foi influenciado pela morte rápida de seus tios após a obtenção dos diagnósticos.

Como foi citado na fundamentação teórica Doró (2004) afirma que a representação social de câncer relacionada à morte influi na subjetividade do paciente em relação ao prognóstico. As expectativas negativas em relação à doença podem interferir no processo de aceitação e enfrentamento. De acordo com Schulze (1997) a forma que a pessoa percebe ou interpreta o câncer tem um efeito sobre a sua capacidade de enfrentá-la.

“(...) eu pensei: meu Deus eu vou morrer! Só que ao mesmo tempo eu falei: não, eu não posso morrer. Eu acabei de ter um bebê, isso não é justo, minha filha está aí. Então era, aquela coisa de ficar acordada de manhã e falar assim: eu vou morrer, mas eu vou viver até o último dia da minha vida acreditando que eu vou viver. Então eu to até hoje e eu sei que eu vou ficar até mais um bom tempo”.

De acordo com Marta a sua motivação inicial para a aceitação do câncer foi a sua primeira gravidez.

“(...) acho que se eu não estivesse grávida, de repente eu não teria encarado como eu encarei. A Marina foi uma motivação”.

Pode-se verificar em Marta que mesmo diante da representação negativa de que o câncer mata rapidamente quem está com a doença, isto não se tornou a sua principal preocupação, ela conseguiu desenvolver uma aceitação favorável da doença pelo fato estar grávida e posteriormente com o nascimento de sua filha Marina. Ambos foram motivos importantes, como também, a segunda gravidez de seu filho Daniel após cinco anos, aproximadamente, do diagnóstico, dando-lhe um novo sentido na forma de conviver com a doença.

“(...) a sociedade mostra muito as pessoas que morreram de câncer, mas não mostram as pessoas que sobrevivem, que conseguiram lidar com o problema. Não é divulgado que pessoas se recuperaram como se divulga a enorme quantidade de pessoas que morrem de câncer. As pessoas ainda têm essa visão, que eu tinha, de que o indivíduo que tem o câncer vai logo morrer. (...) eu também tinha essa visão de mim mesma, pensava que não viveria muito tempo. Hoje eu tenho uma visão diferente. Hoje eu já vejo que não está tudo perdido. (...) É um mal que mata? Mata! Mas muitos outros males matam tanto quanto o câncer. Por exemplo, se uma pessoa pegar pneumonia e não se cuidar ela poderá morrer. Pra mim hoje, não está tudo perdido”.

Para Marta, seus filhos foram e continuam sendo suas principais motivações no processo de aceitação e enfrentamento. No complemento de frases pode-se confirmar essa constatação:

31)Amo: meus filhos

52)Ter filhos: foi a minha salvação

55)O lar: é meu refugio

Segundo González Rey (2004) o limite que uma pessoa enfrenta diante de sua doença pode ser uma oportunidade de enfrentá-la de maneira a viver da melhor maneira possível. Estando enfermo, o indivíduo pode elaborar uma revisão crítica sobre sua vida, produzindo um novo sentido levando a uma profunda mudança, em relação à aceitação da doença.

3.3 – Rede de Apoio

Como fora anteriormente citado o esposo de Marta, na época, foi o primeiro que soube, que ela estava com câncer. Com isso, demonstrou um cuidado excessivo, bastava Marta apresentar uma febre e ele já se prontificava em querer levá-la ao médico. Mas com o passar do tempo ela o percebeu esgotado, fadigado e exausto. Posteriormente eles se separaram.

“(...) quando foi diagnosticado o tumor, o meu ex-marido passou a ser outra pessoa, ficou muito atencioso, muito ali colado, cuidando de mim, e isso se desgastou. Com o tempo isso também foi se desgastando a ponto de ele continuar vivendo a vida dele e dizer: ‘olha eu não tenho mais (...)’. Eu não lembro qual o termo que ele utilizou, mas foi como se fosse assim: ‘eu não tenho mais forças pra continuar (...)’. E eu disse: eu não quero te obrigar a fazer nada, essa cruz é minha e você não tem que carregar ela não”. “Então acho que ele começou a ficar um pouco cansado, daquela situação. Ele tentava me botar pra frente, mas ao mesmo tempo eu via que ele tava cansado, acho que juntava tudo: a preocupação, o cansaço, o papel que ele tinha de desempenhar como marido, pois, ele estava saudável e achava que tinha que me fazer sentir bem”.

Marta afirmou que a separação de seu esposo não foi apenas decorrente da doença. Segundo ela dentre os vários motivos estavam: o fato dele ser uma pessoa agressiva e também o relacionamento extraconjugal, chegando a ter outros filhos fora do casamento.

“Tivemos vários motivos (...), ele teve dois filhos fora do casamento. Então teve a traição como pivô de tudo. E a parte da omissão também, hoje se sai melhor como amigo do que como marido”.

“E hoje eu tenho certeza de que eu tomei a melhor decisão, porque a gente voltou a ser amigos e eu sempre brinquei que como amigo ele é uma pessoa linda, mas como marido não”.

Segundo Marta, atualmente o seu ex-marido tem lhe apoiado como um bom amigo, não deixou de ter o contato com os filhos, chegando a reconhecer recentemente que quando

ela estava grávida de Daniel, mesmo ainda estando separados, ele deveria tê-la apoiado mais principalmente nesta fase.

De acordo com Gimenez (1997) o apoio de um familiar tem sido visto como um fator que influencia as estratégias de enfrentamento que o paciente oncológico.

Marta teve o apoio de seu irmão, quando soube da doença, ela o pediu para contar aos seus pais a despeito da doença. Os pais de Marta sofreram muito na época. Atualmente seu irmão ainda tem apoiado, mesmo morando em um outro Estado do país, mas quando ela não está bem de saúde prefere não comentar para não deixá-lo preocupado. Outros parentes de Marta aproximaram-se quando souberam da doença, mas ela preferiu afastar-se de alguns deles, porque tinham atitudes apenas de piedade, isso a fazia sentir-se ainda mais doente.

Alguns de seus amigos mantinham sempre a atitude piedosa, alguns ficavam chorando na presença dela com medo de que ela morresse. Com isso Marta pediu para que eles se afastassem.

“Eu cheguei e falei: ‘vamos fazer o seguinte, não vem aqui se for pra ficar chorando, não faz isso porque você acaba comigo. Não me deixa lá em baixo também! E eu quero gente pra sorrir perto de mim, não pra chorar. Eu já choro sozinha e já choro o suficiente”.

Marta prefere receber apoio de pessoas que não ficam lamentando sua doença, que não demonstram que estão sofrendo com a sua doença.

“(...) eu tenho pessoas que vestiram a camisa junto comigo e elas podem até sofrer, mas elas não mostram na minha frente. É o caso da minha amiga Ana e do meu amigo Paulo. Durante um bom tempo ele foi assim uma pessoa que sempre esteve ali perto, ele nunca passou a mão na cabeça, a ponto de falar assim: ‘tadinha, você está doente’. O Paulo sempre foi um amigo de chegar e falar assim: ‘olha, bola pra frente menina, levanta a cabeça, se você abaixar a cabeça você não sai do lugar’. E é esse tipo de amigo que eu preciso por perto, eu não preciso de alguém pra chegar e falar assim: ‘põe sua cabeça aqui e me deixa fazer um cafuné’. Pra ficar passando a mão

na cabeça e ficar falando: ‘tadinha de você’. O Paulo às vezes é um pouco duro até demais. Ele faz igual ao meu ex-marido, que é um ótimo amigo”.

“Eu sempre tive pessoas perto de mim, são pessoas que estão até hoje, minha amiga Ana sempre foi aquela mão forte, ela o esposo e o filho. É uma família que me acompanha já há muito tempo (...) estão sempre juntos, dizem sempre: ‘olha, tá precisando de alguma coisa? a gente tá aqui’. Eu to bem eles estão junto, eu to mal eles estão junto do mesmo jeito”.

Em algumas situações Marta sente-se carente e questiona-se sobre o porque dela estar com a doença. Para superar essa condição ela procura uma pessoa de sua confiança para ter apoio emocional, para não se isolar e nem ficar mais deprimida. Pode-se verificar em Marta a necessidade de ter apoio das pessoas que a ajudem resgatar a noção de que pode superar as emoções e situações que estão deixando-na emocionalmente fragilizada.

“E, (...) aí, nessas horas eu dou uma parada, entro em contato com alguém que, ou seja, de confiança, ou da família e peço: ‘ó tô desse jeito me ajuda!’ Porque se seu continuar assim, eu sei que eu vou lá pro meu (...) pra aquele cantinho que eu te falei”.

Uma outra fonte de apoio para Marta é o médico do Hospital de Base que acompanhou o seu tratamento durante e após o período em que ele esteve em coma. Ao se recuperar do coma ela ficou muito debilitada emocionalmente. Este médico dizia para Marta que ela tinha que reagir. Então ele sugeriu que ela fosse atendida por ele durante uma semana no Hospital de Base, a intenção do médico foi de mostrar para Marta que muitos outros pacientes estavam com a saúde mais comprometida do que ela, a fim de que ela repensasse como estava a aceitação e enfrentamento do câncer.

“Ele foi o médico que chegou e falou: ‘olha, você tem que dar uma reagida’. E eu tava precisando ouvir isso. Eu estava cansada de gente olhando pra mim e falando: ‘olha, você tá mal’. Eu precisava de alguém que olhasse pra mim e falasse: ‘você não tá tão mal, você está bem, tem gente que tá pior do que você’. E é exatamente isso o que ele faz com os pacientes dele. Ele olha e mostra alguém que está pior, ele sempre faz isso e pergunta: ‘aquele dali tá pior do que você. Você quer ficar daquele jeito?”

(...)' *Tinha um garoto com a mesma patologia que eu, ele não andava, já não enxergava direito, tava internado e tinha que ficar no hospital direto e era exatamente a mesma patologia, o mesmo caso clínico que o meu. Então eu olhei pra aquele garoto e falei: 'gente eu to ótima, e se aquele garoto estivesse no meu lugar ele tava bem, ele tava feliz' ”.*

A situação de Marta em relação à rede de apoio é que a sua família e demais parentes não estão acompanhando de maneira mais plena o seu tratamento. O pai de Marta faleceu, sua mãe e seu irmão residem em outro Estado do país. Mesmo reconhecendo que prefere não contar para eles quando não está bem de saúde a fim de evitar que fiquem preocupados. Atualmente ela pretende conversar com sua mãe para que ela venha para Brasília morar em sua casa. Marta tem sido mais apoiada com a presença de alguns amigos, que a estão acompanhando em todo o seu processo de tratamento. Marta pretende contratar uma pessoa que além de trabalhar em sua casa realizando os afazeres domésticos, possa também dormir em sua residência para ajudá-la em possíveis eventualidades emergenciais em que ela precise de atendimento médico, por exemplo.

No complemento de frases também encontramos algumas informações complementares sobre a rede de apoio:

- 11) Penso que os outros: somos todos irmãos
- 14) Luto: pelo meu pai
- 18) Lamento: pela perda de meu pai
- 48) Esperam que eu: seja uma pessoa forte
- 58) Necessito: de amigos
- 60) Meus amigos: são poucos

Segundo Leshan (1992), algumas pessoas quando submetidas ao peso de uma fatalidade ou a um *stress* profundo são bem sucedidas quando estabelecem uma comunicação significativa com aqueles que amam. No caso de Marta pode-se verificar que após o diagnóstico de câncer os parentes tentaram uma maior aproximação, mas a comunicação não chegou a ser intensa. Ao contrário, houve um momento de distanciamento por parte de Marta a fim de evitar o sofrimento de sentir-se mais doente. De acordo com Leshan (1992) quando os membros da família de um paciente com câncer não conseguem aprofundar na comunicação com o mesmo, então a comunicação mais satisfatória pode ser designada aos

amigos e até mesmo aos profissionais de saúde. Pode-se considerar fundamental esta comunicação plena, mas se essa comunicação acabar ou for ineficiente é importante que outras pessoas envolvidas invistam na restauração e fortalecimento das relações. O *stress* pode até ser um dos causadores de problemas nessa comunicação, não de forma linear, pois estará envolvido com outros fatores bem como poderá apresentar novos desdobramentos.

3.4 – Qualidade de Vida

Marta está afastada do trabalho, e do seu segundo curso de graduação, mas não deixa de estudar em casa e desenvolver alguns trabalhos em sua área que podem ser realizados pelo seu computador particular, em sua própria residência.

“(...) eu nunca deixei de fazer nada, porque eu me conheço e sei que se eu parar, aí eu entro numa ‘caixinha de fósforo’ e não quero sair lá de dentro, ficando isolada de todo mundo. É, eu acho que tem uma parte de mim que quer fazer muito isso. Mas eu sei que eu não posso fazer isso, porque se eu fizer não consigo sair dali”.

“(...) eu estar trabalhando, principalmente trabalhando, porque o trabalho às vezes te cansa tanto a mente que você não tem tempo pra pensar em outra coisa”.

01) Gosto: de ler muito

23) A leitura: portal de conhecimento

30) O trabalho: minha terapia

49) Dedico a maior parte do meu tempo: ao trabalho

Pode-se observar que para Marta é muito importante continuar desempenhando uma função, uma atividade profissional, a fim de manter sua vida naturalmente de maneira satisfatória. Portanto ela evita situações que faça sentir-se deprimida, isolada e doente, para não ficar lembrando que está com o câncer. Além disso, Marta pretende dar um novo significado saudável a sua atual condição construindo uma identidade de uma pessoa que trabalha, e desempenha seus papéis de mãe, amiga e entre outros, a fim de não ser apenas reconhecida com uma nova identidade de uma “pessoa doente” que tem câncer e que não consegue viver bem em sua nova condição.

No complemento de frase identifica-se um pouco mais sobre suas formas de enfrentamento da doença através de seus recursos disponíveis a fim de manter a identidade de uma pessoa que prefere não ficar em sofrimento emocional decorrente do câncer:

- 07) A felicidade: depende de mim
- 12) Ser mãe: é entender mais de Deus
- 17) O tempo mais feliz: a quem sabe viver
- 21) As mulheres: são mais fortes do que os homens
- 27) Este lugar: é temporário, mas tenho que fazer bom uso dele
- 33) Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim: deixar a cozinha limpa à noite
- 50) Sempre que posso: brinco com meus filhos
- 51) Esforço-me: para ser um pouco melhor todos os dias

De acordo com González Rey (2004) uma enfermidade pode fazer uma ruptura de identidade entre quem a pessoa era enquanto saudável e a atual, em alguns casos a pessoa faz referência à sua condição anterior não conseguindo produzir sentido sobre sua condição atual. No caso de Marta ela pretende evitar esse risco de não conseguir desenvolver novos significados positivos em relação à sua vida após o descobrimento da doença.

Conversando com Marta mais especificamente sobre como ela percebia sua qualidade de vida ela fez referência à sua prática de atividades esportivas. Dentre estas práticas ela citou o judô que realizava há 15 anos, participando até mesmo de campeonatos. Mas, por conta da doença teve que suspender as práticas esportivas, porque produziam impacto ou aumento da pressão intracraniana. Marta sofreu muito quando soube que não poderia mais fazer o judô, o seu Quimono, medalhas e troféus ela deixou com seu irmão, porque enquanto estavam em sua casa faziam-na chorar bastante. Atualmente, acredita que com interrupção da prática do judô, ela chorava porque estava sofrendo assim como existia também um sentimento de autopiedade que tinha sobre si mesma. Através do complemento de frases Marta faz referências ao judô:

- 08) Não posso: mais fazer judô
- 34) Gostaria: voltar a fazer judô

De acordo com Gimenez (1997) a qualidade de vida para cada indivíduo é subjetiva sendo a própria pessoa a fonte de informações sobre sua qualidade de vida. A percepção subjetiva do indivíduo sobre qualidade de vida está relacionada com suas crenças como

também com a motivação para ter um estilo de vida que recompense, entre outros. Esta percepção subjetiva dos sujeitos precisa estar em equilíbrio com as condições e possibilidades reais.

Em uma época Marta vendeu uma casa para a compra de medicamentos, um desses chega a custar cinco mil reais. Como também vendeu seu carro, pois, não pode dirigir, decorrente da doença. Isto a faz sentir-se muito dependente das pessoas, principalmente quando ela tem que fazer a quimioterapia uma vez por semana, pois, precisa de um acompanhante para voltar da quimioterapia. Atualmente ela está sempre agendando com algum amigo para buscá-la no hospital, ou então, geralmente volta de táxi para casa.

Como já foi relatado anteriormente, Marta procura sempre estar engajada em alguma atividade profissional, como também ser o mais sociável possível, para não ficar isolando-se porque sabe que se ficar sozinha, ela tem dificuldades para superar isto. Segundo Marta ela consegue passar a maior parte da semana sem pensar na doença. No processo de enfrentamento do tratamento ela procura relacioná-lo com uma estrada que ela tem que percorrer mesmo estando muito cansada e que não pode desistir em seu percurso a fim de conseguir alcançar o objetivo final.

“(...) eu vou te falar uma coisa que eu acho que você vai ver exatamente como eu me sinto: você pega uma estrada pra andar e você sabe que tem que chegar no final dela. E quando você tá quase no final, você está se sentindo muito cansada, mas você sabe que se você sentar, você não vai conseguir levantar. Então por mais cansada que você esteja, você quer continuar andando pra se chegar no final. Então você sabe, se você sentar a tua perna vai doer, aí aquela bolha que tá no pé ela vai doer também, o sangue vai esfriar e vai ser complicado continuar. Então é mais ou menos isto. Eu tô cansada, eu me sinto cansada, principalmente na sexta-feira que eu olho e falo: ai eu tenho que fazer aquela estrada, fazer a quimioterapia. (...) Então eu olho e falo assim: ‘tenho que ir porque se eu parar aqui a bolha vai doer, as pernas vão sentir cansadas e eu não vou conseguir continuar’ ”.

03) Meu maior problema: saúde frágil

04) Desejo: ficar curada

10) Sofro: quando passo mal

36) Considero que posso: melhorar como pessoa todos os dias

38) Sinto dificuldade: em ser auto-suficiente

Marta não tem acompanhamento psicológico para auxiliar no enfrentamento da doença. Por um tempo ela foi atendida por psicólogos, mas atualmente não está tendo atendimento com psicólogo. Segundo ela fica-lhe complicado ser atendida nos horários de atendimentos psicológicos disponibilizados pelo hospital, onde realiza o tratamento. Marta se dirige aos serviços de saúde para a realização de consultas, de exames, do tratamento e quando sua saúde tem uma recaída a ponto de ter que ser levada para emergência para receber atendimento médico. A maneira que Marta encontra para superar a doença e o processo doloroso de tratamento surge da necessidade que tem de não se sentir mais doente, tendo esperança de que poderá alcançar a cura da doença, como também cumprindo com suas responsabilidades seculares principalmente em relação no cuidado de seus filhos. Mesmo diante de um prognóstico delicado, pois, não existe possibilidade de retirada do tumor, através de cirurgia, mas ela tem esperança de alcançar a cura, ou seja, a remissão completa do câncer na cabeça. Segundo Gimenez (1997) a esperança da pessoa portadora de câncer pode funcionar no favorecimento da manutenção da motivação de lutar pela vida.

3.5 – Projetos de Futuro

Em seus projetos de vida, Marta deseja concluir o seu segundo curso de graduação realizar o mestrado e doutorado. Como também casar com seu atual namorado Ricardo que reside no Japão e terminar o seu tratamento.

“Projetos futuros? Hum (...) terminar minha faculdade, fazer um mestrado, terminar meu tratamento (...) ai, ai, tem tanta coisa. Mas, a prioridade hoje é terminar o tratamento e fazer um mestrado”.

No complemento de frases encontramos mais subsídios para compreendermos seus projetos futuros:

09) Casamento: vou casar com Ricardo

16) O sucesso: fazer meu doutorado

32) Minha principal ambição: ter o suficiente para ajudar quem não tem

42) Minhas aspirações são: estudar, amar, ser amada e crescer como pessoa

43) Meus estudos: já estou na segunda faculdade e ainda falta muito para saber a metade de tudo que quero aprender

Para González Rey (2003) o sujeito diante uma situação problemática pode produzir novos sentidos que o levam a uma reorganização de sua vida. Pode-se verificar a elaboração pessoal de Marta sobre suas aspirações, evidenciando uma capacidade de organizar sua vida em projetos futuros não se limitando ao impacto da doença. Marta procura estar ativa na área profissional, em seus relacionamentos pessoais.

Marta demonstra de maneira confiante alcançar seus objetivos relacionados aos projetos futuros, mas também mostra suas incertezas em relação ao seu futuro. Mesmo com toda essa capacidade de reestruturar sua vida diante de seu estado de saúde delicado, ela também tem suas dúvidas e medos. Segundo Marta o medo não é da morte, mas do que acontecerá futuramente principalmente em relação aos seus filhos.

“(...) eu olho pros meus filhos, aí vem: será que eu vou conseguir criar, será que eu vou conseguir ver a Marina na formatura, fazer a festinha de 15 anos dela? (...)”.

“(...) lá no hospital é muito comum você faz quimioterapia sei lá quatro, seis semanas com uma pessoa e na sétima semana ela não vai mais porque ela não sobreviveu, principalmente as pessoas internadas, o pessoal hospitalizado. E quando você tem esse tipo de notícias de que alguém morreu. Aí dá aquele impacto: “ai, caramba! Alguém se foi”. E você começa a canalizar aquilo pro seu caso, e as vezes não é o caso, não é o seu caso é de outra pessoa. Mas, eu não sei o que acontece, mas você acaba absorvendo aquilo ali. É um impacto e não sai da cabeça. E fica: “poxa! Eu vou passar por aquilo também, será que vai ser desse jeito”. E no meu caso eu fico assim. Eu não tenho medo da morte. Eu tenho, eu tenho, eu tenho um apego muito grande com a vida é diferente (Marta sorri). Eu espero que você me entenda, não é um medo de morrer, é um apego aos meus filhos, à minha vida, não é um apego às coisas materiais não, é ao que eu to vivendo aqui. Eu quero criar os meus filhos, eu quero ter netos, eu quero viver muito, eu quero viver o quanto der e o meu corpo suportar” (voz de choro).

Portanto, mesmo querendo continuar sua vida de maneira satisfatória, produzindo novos significados, Marta vivência também esses conflitos. No complemento de frases reforça mais sobre suas incertezas em relação ao seu futuro:

19) Meu maior medo: deixar meus filhos desamparados

24) Meu futuro: só Deus sabe

28) Minha preocupação principal: criar meus filhos

45) Minha vida futura: não tenho certeza de como será

46) Farei o possível para conseguir: criar meus filhos

3.6 – Religião

A religião de Marta tem contribuído muito em seu processo de enfrentamento da doença. Ela chegou a relatar que o sentido da religião para a sua vida é como o de uma pessoa que acredita na finalidade da psicologia em contribuir na superação de seus conflitos.

Assim que soube da doença, Marta questionou muito a Deus o porque dela estar com o câncer, chegando a perguntar o que ela havia feito de errado para estar com a doença. Isso demonstra uma representação que ela inicialmente atribuía à causa do câncer como estando relacionado a algum problema de ordem espiritual. Os líderes de uma comunidade religiosa que ela freqüentava por diversas vezes chegaram a questionar se ela havia cometido algum erro, como também afirmaram que ela deveria ter algum pecado encoberto. Até mesmo em relação à cura do câncer era atribuído que ela teria que passar por um processo de libertação espiritual. Então ela preferiu não mais solicitar o apoio destas pessoas chegando a não mais freqüentar esta igreja.

“Você deve estar com algum pecado encoberto. Esse foi o termo que utilizaram. Então eu falei: ‘olha, até onde eu sei eu não to não, minha vida é transparente, todo mundo me conhece, conhece a minha família a minha história, tudo o que eu faço, então não tem nada encoberto aqui’. Daí diziam: ‘ah! mais tem’. Então começaram a atribuir o câncer a um determinado pecado a alguma coisa em que eu tivesse encobrindo. Então eu falei: olha, não serve, não quero mais ficar aqui, porque vocês não estão me ajudando”.

Para Marta nada acontece por acaso, e ela não acredita que Deus deixou-a doente apenas para sofrer e castigar por algum pecado. Marta está freqüentando uma outra igreja, aonde ela teve apoio diferente dos líderes, pois, eles não atribuem uma relação direta do comportamento pecaminoso ao câncer. A visão deles em relação à doença é mais ampla, não sendo reducionista.

“(...) uma coisa é você falar: eu acredito em Deus. Outra coisa é você ver Deus te sustentando durante tanto tempo com um mal que já era pra você ter morrido há muito tempo. Tem muita gente que tem o mesmo problema que eu que já se foi, durante esses cinco anos (...) nossa! E assim, eu não vou ao enterro de ninguém, eu tenho uma coisa comigo que eu não gosto, eu não me sinto bem ter que ir ao enterro de ninguém, mas se eu tivesse que ir ao enterro de todas as pessoas que estavam fazendo tratamento junto comigo, desde quando eu comecei olha é muita gente. E quando eu falo muita gente é mais de 15, é muita gente mesmo, então, eu acho assim, é Deus, é Ele que está me segurando. Eu só tenho uma certeza de que Ele ta me segurando, porque senão eu não estava mais aqui”.

Marta recebeu um encaminhamento médico para a realização de uma cirurgia que poderia comprometer várias funções motoras levando também a cegueira. Marta disse que não gostaria de realizá-la e que preferia continuar com a quimioterapia até quando ela fizesse a cirurgia de Braquiterapia. Durante a conversa Marta disse que Deus tinha permitido que ela vivesse até aquele dia e não faria a cirurgia. A resposta do médico segundo Marta foi a seguinte:

“(...) se você continuar atribuindo o que você tem a algo que é Deus que está dando ou tirando, eu enquanto médico não tenho o que resolver. A medicina é fato, é sim ou não, e no seu caso terá que fazer a cirurgia. Pacientes como você se escondem atrás da religião, usam a religião pra se esconderem até emocionalmente falando”.

Marta não realizou a cirurgia, não apresentou nenhum problema decorrente disto, realizando apenas a quimioterapia até a realização da Braquiterapia no início do ano de 2005.

A religião é para Marta uma significativa estratégia de enfrentamento. Pois acredita que o fato dela ainda permanecer viva não é decorrente apenas do tratamento medicamentoso, mas sim, de que Deus a está ajudando a permanecer viva.

“Eu uso a religião assim como um paciente pode usar digamos a psicologia pra ajudar e a medicina, eu também uso a religião pra me ajudar, mas eu caminho assim com um do lado do outro, não tem como separar”.

No complemento de frases Marta confirma que sua vida espiritual faz com que ela produza sentidos diferentes diante da vida:

- 05) Gostaria de saber: *mais de Deus*
- 37) Diariamente me esforço: *para aprender mais de Deus*
- 47) Com frequência reflito: *sobre minha vida espiritual*
- 57) Ao me deitar: *sempre falo com Deus*
- 61) Estou melhor: *com Deus*

Marta demonstra ter uma vida espiritual muito ligada em Deus, o que é muito importante para o seu enfrentamento, permitindo a atribuição de novos significados diante da doença. Segundo Marta clinicamente não existe uma explicação para a causa do câncer, e nem possibilidade de retirada do tumor para a cura. Mas, ela acredita que nada é por acaso, Deus a permite vivenciar esse processo para algum propósito positivo.

Portanto, para conhecer mais sobre como Marta lida com a doença, foi importante não ter uma visão de maneira fragmentada, enfatizando somente o aspecto orgânico, a doença é algo que se constitui dentro de uma organização complexa, de um sistema relacional que se organiza e se constitui. De acordo com Schulze (1997) para que o paciente possa ser atendido de forma satisfatória ele tem que ser considerado como um todo, nas suas dimensões bio-psico-social-espiritual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os conceitos apresentados, no transcurso desta monografia, pode-se identificar no momento empírico junto com a paciente, que suas produções de sentido sobre o câncer estão marcados por representações sociais relacionados à doença. Diante do sofrimento de ter a doença e seu tratamento, Marta consegue enfrentar o câncer através dos significados que ela vem elaborando ao longo do processo de doença, logo após o diagnóstico. O impacto do câncer em sua subjetividade foi marcado por toda a sua configuração subjetiva, em seus aspectos individuais, sociais e culturais que estão inter-relacionados. A sua concepção sobre o que é o câncer, após o diagnóstico, passou por várias transformações, construindo-se ao longo dos cinco anos em que convive com a doença. Primeiramente o sentido que atribuía era de que a doença mata rapidamente, o enfrentamento foi marcado com o nascimento de sua filha que contribuiu para repensar positivamente sua vida. Atualmente, o significado da doença é diferente, como qualquer outra doença: se não for bem tratada pode matar.

Neste estudo de caso, pode-se aprofundar no processo subjetivo de Marta decorrente da intensidade das conversações estabelecidas. Pode-se inferir, que a rede de apoio de Marta é muito importante para a superação do câncer, as poucas pessoas que a acompanham são de muito valor para ela. Os seus filhos são um dos motivos primordiais pelo desejo de recuperar-se e ficar curada. A vontade que tem de viver, como ela demonstra: “(...) *eu não tenho medo da morte (...) eu tenho um apego muito grande com a vida (...)*”, o otimismo, seus projetos de futuro que pretende realizar apareceram juntamente com a religiosidade como estratégias de enfrentamento.

Após o recebimento do diagnóstico, Marta teve a oportunidade de ter suporte psicológico através do atendimento com o profissional psicólogo. A psico-oncologia tem surgido como uma área de conhecimento e prática junto aos pacientes com câncer. Esta área contribuiu para que o paciente lide melhor com suas emoções diante do sofrimento que pode gerado convivendo com a doença, auxiliando no processo de enfrentamento a fim de proporcionar melhor qualidade de vida. Um ponto interessante no caso de Marta foi que o acompanhamento do médico que atualmente está recebendo, parece mais humanizado, e fez muita diferença na forma de aceitação do tratamento e superação da doença.

Como cada indivíduo tem maneiras singulares de compreender a doença, é interessante que mais estudos sejam desenvolvidos sobre a compreensão da subjetividade, ou seja, sobre o núcleo de sentido do paciente com câncer e sobre como interferem no impacto e enfrentamento da doença. Um trabalho de pesquisa com essa capacidade de investigar de maneira aprofundada, alcançando vários níveis do paciente oncológico, além de seus aspectos físicos, psicológicos, relacionais e espirituais. Pode-se ter uma compreensão que possibilite o desenvolvimento de novas práticas que auxiliem o paciente na identificação e mobilização de seus recursos para a superação e até mesmo para o alcance da cura.

Com um quadro de saúde estável em relação ao tumor, com cinco anos de tratamento, Marta afirma que não tem medo da morte, o que se pode perceber, pois ela mesma afirmou isso, é o medo de que seus filhos fiquem desamparados, caso ela venha a falecer em decorrência da doença, estando eles ainda crianças. Mas ela procura superar esse medo procurando viver intensamente, oferecendo o melhor de si para seus filhos, construindo bons significados para a manutenção da vida.

Portanto, este trabalho permitiu verificar na prática como o processo de construção de conhecimento é rico em informações partindo da possibilidade de aprofundamento nos aspectos mais subjetivos da paciente com câncer, contribuindo um pouco mais para esta área de estudo que vem se desenvolvendo através da epistemologia qualitativa de pesquisa.

APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada – Conversação

- Ü Como você descobriu que estava com a doença?
- Ü Em que fase de sua vida você ficou sabendo que tinha o câncer? (idade; estado civil em quanto tempo de casada? / como era o relacionamento com o marido? ; escolaridade ; emprego? Condição financeira?
- Ü Você lembra como reagiu ao saber que estava com câncer?
- Ü Na época em que você obteve o diagnóstico, o que você pensava sobre o câncer? relacionava câncer com a morte?
- Ü Que tipo de informação você tinha sobre o câncer na época do diagnóstico?
- Ü Você pensava sobre o que poderia ter causado o câncer? Ou seja, você tentava encontrar uma explicação para a possível causa da doença?
- Ü Como o médico lhe informou sobre o diagnóstico de câncer? Que tipo de percepção você teve do médico que lhe falou sobre o diagnóstico? Como foi sua interação com ele?
- Ü Como você informou sua família e parentes sobre a doença?
- Ü Que sensação você teve ao falar que estava com a doença para os seus familiares (como foi p/ você ter que falar p/ o esposo?)
- Ü Qual foi a reação de sua família e parentes?
- Ü Você acha que existiram mudanças positivas e negativas, na forma de você se relacionar, com seus familiares? E como você acha que eles procuravam se relacionar com você?
- Ü Como foi pra você ter que falar do câncer para seus amigos? Como reagiram ao saber sobre a doença?
- Ü Que tipo de apoio você recebeu dos familiares e amigos quando descobriu o câncer?
- Ü Como era a sua qualidade de vida antes de saber que estava com a doença? O que você mais gostava de fazer?
- Ü Como ficou sua qualidade de vida após o diagnóstico? Você deixou de fazer algo que gostava, decorrente do câncer?
- Ü Você tem alguma lembrança positiva que aconteceu na época em que ficou sabendo da doença?

Apêndice II – Entrevista/ Conversação com Respostas

Entrevistadora: Gostaria que você me falasse um pouco sobre como você descobriu que estava com a doença.

Marta: bom, já tinha um tempo que eu vinha sentindo algumas dores, e eu procurei um profissional na área da saúde na área de neurologia, me passaram alguns medicamentos que não correspondiam à enxaqueca, as dores não passavam e quando eu tava grávida da minha filha mais velha no final da gravidez fizeram alguns exames e foi constatado um tumor, mas a princípio eles não quiseram me contar por conta da gravidez, e um tempo depois, logo no finalzinho da gravidez eles me contaram o que tava acontecendo.

Entrevistadora: Então você ficou sabendo mais pro final da gravidez, você fez exames, deve ter feito uma ressonância magnética?

Marta: fiz, fiz a tomografia, fiz ressonância magnética. O primeiro exame foi a tomografia e foi quando constataram de fato que eu tava com o tumor então pediram a ressonância para poder confirmar, mas não me falaram. Contaram só para o meu esposo, né, e não falaram nada comigo por conta do estado emocional que estava envolvido, por conta da gravidez. Só que me passavam uns medicamentos fortes pra que eu tivesse tomando. A Delantina, que é um medicamento muito forte, e que a grávida pode tomar e eu não concordava com aquilo. Falei: “Porque que eu tenho que tomar um medicamento à base de morfina se eu estou grávida? Isso pode acarretar algum dano ao meu bebê. Então alguma coisa grave está acontecendo comigo”. Então eles me deram a dose infantil. Eu falei que eu não vou tomar, enquanto eu não ficar sabendo o que tá acontecendo comigo, eu não vou tomar e aí me falaram.

Entrevistadora: Você nesse período desconfiava que poderia ser câncer, algum tumor, algum problema neste sentido?

Marta: Só no final, quando eles começaram a fazer todo aquele mistério. A princípio quando eu ia sozinha ao médico, ele conversava comigo e falava: não você tá com enxaqueca. Aí eu ainda acreditava no médico (risos), mas a partir do momento que foi feito todo um cerco e o médico conversava com o meu marido e não conversava comigo.

Entrevistadora: Daí você começou a desconfiar?

Marta: Isso.

Entrevistadora: Em quanto tempo de gravidez que você estava tendo os sintomas de enxaqueca?

Marta: Foi no sexto mês de gravidez, quando é... Eles descobriram, mas eu mesmo fiquei sabendo no sétimo mês, tanto que no oitavo mês a Marina nasceu, né, ela nasceu não por conta de adiantar ou antecipar o parto, não por conta disso. Mas foi uma questão de ela ter que nascer, se precipitou e nasceu antes e aí eles aproveitaram a quimio pra poder já começar com, com, com o tratamento. Mas eles ainda falaram que pode ter sido o meu próprio organismo por ta sabendo, no sétimo mês sabia que eu tinha um problema sério de saúde que eu tava grávida e começou a manifestar ali.

Entrevistadora: E o tumor estava grande? Pequeno?

Marta: Ele tava num tamanho assim controlável, ele tava no início ainda. Eles falam que esse tipo de tumor pode ser sintomático ou assintomático, por sorte minha ele era sintomático. Então logo no início já comecei a ter dores, eu vomitava muito, mas eu achava que era por conta da gravidez, eu estava tonta e achava que era por conta da gravidez. Mas eu

comecei a ter visão dupla, aquela coisa de ter visão dupla, então tinham alguns sintomas que não eram de gravidez, as dores constantes isso aí não era, era tumor. E foi aí que eu fiz os exames, o médico pediu... no início o médico chegou a falar até que eu poderia ser epilética...o outro especialista, né... aí... mudei de médico, ele entrou com essa questão da enxaqueca, só que ele mesmo começou a se utilizar disso para investigar, e chegou a conclusão que era um mioma de tálamo e ... foi quando eles me contaram já no sétimo mês, quando eu fiquei sabendo.

Mas aí tava assim: você vai ter o bebê, com...dois...você amamenta e com dois meses você já entra com a quimioterapia. Você tem uma possibilidade muito grande de ficar bem. E isso foi feito, só que...Nisso já se passam, né, quase cinco anos e a gente ta nessa luta.

Entrevistadora: Em que fase da sua vida você teve este diagnóstico, além da gravidez, em termos de relacionamentos com a família, com o marido, você acha q quando ficou sabendo da doença teve uma mudança muito brusca? Você estava trabalhando?

Marta: Estava, tava trabalhando. É, tava estudando, e tem uma coisa assim, eu nunca deixei de fazer nada, porque eu me conheço e sei que se eu parar, aí eu entro numa “caixinha de fósforo” e não quero sair lá de dentro, ficando isolada de todo mundo. É eu acho que tem uma parte de mim que quer fazer muito isso. Mas eu sei que eu não posso fazer isso, porque se eu fizer eu não sei se eu consigo sair dali. Então o que quê eu faço, eu trabalho, eu estudo, eu cuido dos meus filhos, eu tenho minha família e eu procuro ser o mais sociável possível, ta perto de pessoas, né, porque eu tenho isso comigo, se eu ficar num cantinho, se eu me isolar, vai ser difícil eu sair daquele cantinho.

Entrevistadora: Entendi. Então você está sempre procurando estar fazendo alguma coisa, estudando, trabalhando?

Marta: pra ocupar a mente, né. É aquela longa história, é uma, é uma, é uma terapia, uma terapia ocupacional. É, eu estar com os meus filhos, eu estar trabalhando, principalmente trabalhando, porque o trabalho as vezes te cansa tanto a mente que você não tem tanto tempo para pensar em outra coisa. Então você chega em casa e puf...dorme. Aí eu sei que na sexta feira eu tenho quimio, mas quando vai chegando assim na quinta-feira à tarde, por aí, né, ou melhor, na sexta feira de manhã eu já to naquela coisa assim ai daqui a pouco eu tenho que ir fazer, né, mais...é...eu vou te, eu vou te falar uma coisa que eu acho que você vai ver exatamente como eu me sinto: você pega uma estrada pra andar e você sabe que tem que chegar no final dela. E quando você ta quase no final, você tá se sentindo muito cansada, mas você sabe que se você sentar, você não vai conseguir levantar. Então por mais cansada que você esteja, você quer continuar andando pra se chegar no final. Então você sabe, se você sentar a tua perna vai doer, aí aquela bolha que ta no pé ela vai doer também, o sangue vai esfriar e vai ser complicado continuar. Então é mais ou menos isto. Eu tô cansada, eu me sinto cansada, principalmente na sexta-feira que eu olho e falo: ai, eu tenho que fazer aquela estrada, a quimioterapia. Então eu olho e falo assim: “tenho que ir porque se eu para aqui a bolha vai doer, as pernas vão se sentir cansadas e eu não vou conseguir continuar”.

Entrevistadora: É tem que ter muita força de vontade...

Marta: Quer, quer o nome de duas motivações Marina e Daniel – (filhos) – são motivações. Se eu não tivesse...Acho que nada acontece por acaso. Acho, acho que se eu não estivesse grávida, de repente eu não teria encarado como eu encarei. A Marina foi uma motivação.

Entrevistadora: De repente você poderia pensar como se fosse o fim de tudo, já que as pessoas morrem de câncer.

Marta: Eu passei por esta fase, eu cheguei a ficar assim. Ah! Eu não vou sair dessa, eu vou ficar mal. Psicologicamente eu fiquei mal. Fui parar em UTI, fiquei em coma, né, todo mundo achou que a Marta não voltaria mais, mas a Marta voltou, foi quando eu voltei, eu voltei naquele estado assim, poxa é estranho você lidar com a morte. Então você olha e fala assim: “caramba eu sou tão frágil, né, eu passei por isso”. Então foi uma época que eu fiquei muito, muito fragilizada com a minha situação. Aí, eu olhei e falei: ah! Vou tocar a bola pra frente. Mas entre esse ficar fragilizada e tocar a bola pra frente teve um espaçozinho de tempo ali que aos poucos eu fui retomando esta idéia. E que, que, ta ocupando a mente (Marta sorri).

Entrevistadora: Quando você ficou sabendo que estava com o tumor o que você pensava sobre câncer? Você lembra mais ou menos como você pensava sobre o câncer, você acha que mudou a visão daquela época pra hoje? Como você pensava o câncer? Achou que estava associado à morte?

Marta: Exatamente. Todo mundo da minha...Olha, eu tive dois casos de câncer na família, apesar, que não é genético, foram pessoas, assim, um fumava de mais, então acabou desenvolvendo o câncer de pulmão. O outro bebia demais, acabou tendo uma cirrose depois teve o câncer e assim foi. Então foram pessoas que estavam com câncer e seis meses depois a gente foi para o enterro. Eu pensei: “meu Deus, eu vou morrer!” Só que ao mesmo tempo falei: “não, eu não posso morrer. Eu acabei de ter um bebê, isso não é justo, minha filha está aí”. Então era, aquela coisa de ficar acordada de manhã e falar assim: “eu vou morrer, mas eu vou viver até o último dia da minha vida acreditando que eu vou viver”. Então eu tô até hoje e eu sei que eu vou ficar até mais um bom tempo (Marta sorri).

Entrevistadora: Você conseguiu atribuir um bom significado...?

Marta: É por isso que eu te digo, a Marina e hoje o Daniel são as pessoinhas que me empurraram pra isso aí...

Entrevistadora: Podemos observar muito na nossa sociedade que se as pessoas adoecem, logo fica associado à morte e muitas delas se entregam mesmo, porque acham que vão morrer.

Marta: É a sociedade mostra muito as pessoas que morreram de câncer, mas não mostram as pessoas que sobreviveram, que conseguiram lidar com o problema. Não é tão divulgado isso quanto que as pessoas se recuperam como se divulga a enorme quantidade de pessoas que morreram de câncer. As pessoas ainda têm essa visão, que eu tinha de que se o indivíduo tem câncer ele logo morre. Quando eu converso com alguém, as pessoas já dizem assim: mas, você não parece ter câncer. Porque pra eles o paciente que tem câncer é aquele que ta lá no Hospital internado, sabe, na ala oncológica que está nas últimas. Aí eles olham pra você assim: caramba! Esse daí, daqui a seis meses já era. Então é..., as pessoas elas olham E eu olhava assim também, eu também tinha essa visão de mim mesma, eu pensava que não viveria muito tempo. Hoje eu tenho uma visão diferente. Hoje eu já vejo que não está tudo perdido. Eu olhava pra mim e pensava nossa não vou durar muito tempo. Hoje, hoje...eu já tenho uma visão diferente. Hoje eu já vejo que não ta perdido. Hoje eu olho tanto pelo lado de ..., hoje você estuda isso com o médico, aprende junto com os médicos, e você começa a ver que é um mal ? É um mal que mata? Mata, mas muitos outros males matam tanto quanto o câncer. Por exemplo, se uma pessoa pegar pneumonia e não se cuidar ela pode morrer. Pra mim hoje não está tudo perdido.

Entrevistadora: Você acha que teve uma boa interação com o médico? Como você viu a sua relação com médico? O que falou do diagnóstico, foi o mesmo que veio vem te acompanhando?

Marta: Não. Esse médico que me forneceu o diagnóstico eu tive com ele durante uns 8 meses, só que, eu não sei se eu associei o fato de ele ter me dado uma notícia ruim com antipatia que eu gerei, com aquele médico, isso eu não sei te... eu mesma não sei te dizer, porque eu não realmente eu não confiava naquele médico. Eu não conseguia manter um relacionamento com ele. Então o que que eu fiz, eu mudei de especialista, e até porque ele me dava algumas alternativas assim que ... , é, pra mim não servia, eu queria alguma coisa a mais. Tinha que ter mais de uma alternativa e ele só me dava uma única.

Entrevistadora: Que alternativas seriam essas?

Marta: Ele queria que eu me internasse, pra ficar sendo tratada no hospital. E eu falava que não. Eu falava: olha se eu for ficar no hospital eu acho que eu morro...porque ali eu vou ficar com cara de doente. E ele falava: não você tem que ficar aqui pra ser tratada, pra ta tomando medicamento. E eu falava: não eu posso tomar medicamento, eu posso uma vez por semana tomar medicação voltar pra casa. E ele não concordava, porque ele falava que eu tava piorando. De certa forma ele estava certo, porque com oito meses eu mudei de médico, com dez pra doze meses, em um ano, eu entrei em coma. Foi a época que eu piorei muito, entrei em coma, né, tive uma parada cardio-respiratória, e foi uma confusão na época. De certa forma eu sei que ele estava certo, que ele via que eu não tava bem, mas também não me dava uma única outra alternativa e eu não aceitava.

Entrevistadora: Então você mudou de médico?

Marta: É to com o Dr. A. e tô até hoje com ele. Esse foi o médico que cuidou de mim quando eu tava na UTI. Ele foi o médico que chegou e falou: “olha você tem que dar uma reagida. E eu tava precisando ouvir isso. Eu, eu estava cansada de gente olhando pra mim e falando: “olha, você ta mal !”. Eu precisava de alguém que olhasse pra mim e falasse pra mim: olha você não ta tão mau, você está bem, tem gente que ta pior do que você. E é exatamente isso o que ele faz com os pacientes dele. Ele olha e mostra alguém que está pior, ele sempre faz isso e pergunta: “aquele dali ta pior do que você. Você quer ficar daquele jeito? Não quer não, coloca um bom humor aí”. Então, o médico eu acho que foi um ganho em comum, porque (Marta tosse) acho que essa filosofia que ele utiliza faz com que a gente...eu, eu, fazia tratamento em um hospital particular e no hospital particular é assim você não vê o quão mal a outra pessoa tá. Se eu to mal, todo mundo esconde, eu passo ali de cadeirinha de rodas, com um lencinho na cabeça e... eu não fico exposta à outras pessoas, eu fico em um quarto, em um apartamento, né, eu sou cuidada ali. Então se eu ficar muito mal, eu vou para a UTI, mas aí eu não vou ta vendo tanto que eu não to bem, mas eu vou estar sempre ali isolada no apartamento, como ninguém ta me vendo e eu não to vendo ninguém. Já no hospital público não, ta todo mundo se vendo ali aquela coisa que tá misturada. O que ele me sugeriu em uma época em que eu não tava bem: você vai uma semana...eu só preciso de você uma semana no hospital de Base comigo , porque eu tava assim...me achando a coitadinha e eu tava entrando naquela fase de auto piedade...ai tadinha de mim, eu to mal, isso e aquilo, ai eu preciso que as pessoas passem a mão na minha cabeça, que todo mundo me coloque no colo...e foi na época que ele me chamou pra ir no base, porque ele também atende lá e eu fui...a princípio eu falei: não, não vou e tal. E ele disse: vamos, vai ser bom. E ai já tinha um certo tempo que eu tava com ele. E ele disse: Você achou que eu fiz alguma coisa que tenha sido ruim pra você, que você achou prejudicial? Então vamos?...Cheguei no base eu

vi outra realidade, totalmente diferente. Eu vi pessoas com a mesma patologia e num estado assim que, eu nunca podia imaginar que eu ia chegar naquele estado, naquele estágio.

Entrevistadora: É como se fosse um impulso pra se ver melhor?

Marta: É, aí eu parei e olhei: “ eu tô muito bem, eu to ótima. Eu trabalho, eu cuido dos meus filhos, eu faço quimioterapia uma vez por semana. Passo mal o final de semana inteiro, mas na segunda ou no mais tardar, na terça-feira, eu estou no trabalho novamente. E esse pessoal ta aqui”... tinha um garoto com a mesma patologia que eu, ele não andava, já não enxergava direito, tava internado e tinha que ficar no hospital direto e era exatamente a mesma patologia, o mesmo caso clínico que o meu. Então eu olhei pra aquele garoto e falei: gente eu to ótima, e se aquele garoto estivesse no meu lugar ele tava bem, ele tava feliz, ele não tava com aquela carinha dele. E eu tava com a mesma carinha que ele, né, ali eu olhei e falei: porque eu tava com aquela carinha se eu to bem melhor do que ele? Então assim, foi a sacudida que eu precisava.

Entrevistadora: Daí você ficou durante uma semana ou menos?

Marta: Eu tô até hoje, eu não saí do Base. Eu fazia no Santa Lúcia, eu tenho plano de saúde, mas eu tô com o doutor até hoje lá. E eu não saio.

Entrevistadora: Você vai toda semana, para fazer a quimioterapia?

Marta: É sim, as vezes a gente faz um período e dá uma parada, porque o corpo, os quimioterápicos agridem muitas funções. Então você não pode fazer direto, tem que dar uma parada e conforme vai melhorando a gente vai mudando o quimioterápico, vai mudando a forma de tratamento. Fiz cirurgia já, na época da cirurgia eu parei, não precisei fazer quimio. Mas só que é um...é uma ... assim é um vai e vem, as vezes ele diminui, as vezes ele aumenta, as vezes já diminuiu de novo já aumentou de novo, e eu to naquela fase de não saber ainda quando é que ele vai diminuir e acabar definitivamente. Às vezes ele diminui a ponto de pararem com a quimio, né ai ta beleza, para com a quimio. Eu sei que eu ainda to com o mal, mas dá uma...dá pra seu corpo descansar.

Entrevistadora: A informação que você tinha inicialmente sobre câncer estava muito vinculada com a questão de morte, pois, você viu seus parentes falecerem muito rápido, pois, estavam com problemas muito avançados. E hoje como você consegue lidar com a questão da doença? Ou seja, como é que você pensa hoje em relação ao início?

Marta: Ainda é uma gangorra. Tem, tem determinado tempo que eu tô bem, que eu olho pra mim, às vezes eu até esqueço, só lembro na sexta-feira. Eu passo a semana toda achando que eu não tenho nada, que eu tô, tô bem, mas chega sexta-feira que eu olho e falo: “ai hoje é dia de quimioterapia eu tenho que ir”. Esse bem lógico que ele agrega várias coisas: eu tomo medicamento pra não sentir dor, né, constantemente eu tenho feito uso de morfina, porque se eu não uso eu tenho dores muito fortes, e então assim, não é que eu não uso nada e tô bem. Não, eu tenho que tomar alguns medicamentos, mas eu passo tão bem durante a semana que eu chego a esquecer. E já tem uma fase que eu já to mais assim, eu não sei o que acontece que eu tô naquela carente, sabe de poxa porque que eu tenho isso? E vem aquelas perguntas, sabe, porque que aconteceu isso comigo? Ninguém sabe explicar a origem, nem o médico soube explicar o porque. Não tem uma causa definida. Então eu sempre tive aquela coisa assim de por que? Né , aí eu olho pros meus filhos, aí vem: “será que eu vou conseguir criar, será que eu vou conseguir ver a Marina na formatura, fazer a festinha de 15 anos dela? E...aí nessa horas eu dou uma parada, entro em contato com alguém que ou seja de confiança, ou da família e peço : ó to desse jeito me ajuda! Porque se seu continuar assim, eu sei que eu vou lá pro meu...pra aquele cantinho que eu te falei .

Entrevistadora: Quem tem sido o seu suporte? São amigos, parentes?

Marta: Olha é o meu irmão, ele trabalha na área de saúde também, e assim, eu ligo pra ele, converso com ele. E ele tem me ajudado bastante em relação a isso. Só que eu evito, às vezes, por ele ser da família, ele possa ficar muito envolvido sentimentalmente com...é aquela coisa, eu sou tua irmã e eu começo a te falar: “olha, eu to me sentindo assim...” e você vai sofrer com aquilo. Então às vezes eu evito conversar com pessoas da família sobre isso. Tem duas pessoas que quando eu converso, eu não recebo uma mão na cabeça (risos), que eu sempre falo, eu recebo aquele sacolejo que às vezes eu preciso. Que é o meu ex-marido e o Paulo. Todas as vezes que eu falo com o Paulo sobre o que tá acontecendo e tudo ele faz aquela... e diz: “bola pra frente, você não acredita no seu Deus não?” E que não sei o que...”onde está a sua fé?” E tal, faz aquela sacudida e eu é ele tem razão. Na hora eu fico até chateada: poxa! Eu precisava de uma mão na cabeça, precisava de um carinho e vem me dando estas “bofetadas”. Mas é exatamente isso que eu tô precisando. Porque eu acho que quanto mais eu receber...alguém passar mais a mão na minha cabeça dizendo: “não fica assim não”. Mais eu vou ficar. Eu vou...aí eu vou entrar naquela de ter entrado igual no Santa Lúcia de ter alto piedade, de ai eu tô mal. Então eu ainda tô nessa fase, não passei ainda, não passei dela ainda, só que eu fiquei de dar uma...eu não demonstro isso pra minha filha, pra vizinhos, pra amigos...assim que não sejam tão íntimos, eu não demonstro isso, mas isso existe. Esta cama e este travesseiro sabem de muita coisa (risos). Mas assim, é é...uma fase que ela vai e vem e eu não sei porque, não sei a origem, o porque que ela veio. As vezes eu vejo alguma coisa, principalmente, é, lá no hospital é muito comum você faz quimioterapia sei lá quatro, seis semanas com uma pessoa e na sétima semana ela não vai mais porque ela não sobreviveu, principalmente as pessoas internadas, o pessoal hospitalizado. E quando você tem esse tipo de notícias de que alguém morreu. Aí dá aquele impacto: “ai, caramba! Alguém se foi”. E você começa a canalizar aquilo pro seu caso, e as vezes não é o caso, não é o seu caso é de outra pessoa. Mas, eu não sei o que acontece, mas você acaba absorvendo aquilo ali. É um impacto e não sai da cabeça. E fica: “poxa! eu vou passar por aquilo também, será que vai ser desse jeito”. E no meu caso eu fico assim. Eu não tenho medo da morte. Eu tenho, eu tenho, eu tenho um apego muito grande com a vida é diferente (Marta sorri). Eu espero que você me entenda, não é um medo de morrer, é um apego aos meus filhos, à minha vida, não é um apego às coisas materiais não, é ao que eu to vivendo aqui. Eu quero criar os meus filhos, eu quero ter netos, eu quero viver muito, eu quero viver o quanto der e o meu corpo suportar” (voz de choro). Eu creio no que vem depois da morte, eu tenho convicção eu tenho uma idéia formada sobre isso.

Entrevista: Existem pessoas que pensam: ah! Eu vou morrer! E não buscam essa visão que você tem de amor vida. Elas não querem morrer, mas também não procuram reverter esse pensamento buscando fazer algo para poder superar isso, de que já está tudo perdido. Mesmo que o tratamento seja doloroso, então se pode pensar como você mesmo mostrou que vai fazê-lo, ou seja, insistir nessa vontade de viver. E eu pude ver em você essa vontade de vencer.

Marta: Se você me ver, se eu tivesse feito quimio hoje, você não ia ver a Marta conversando com você. É o que você acabou de falar a parte física influencia muito. Quando eu tomo a medicação, é, fisicamente eu não to bem, né, eu tenho alguns sintomas que são próprios de quem acabou de fazer uma quimioterapia. Eu vomito muito, às vezes sinto dores no corpo todo, e quase sempre quando eu faço uso de um medicamento que o médico passou chamado Dimorfe pra tomar pra evitar dor, e esse medicamento é a base de morfina, ele te anestesia toda. Mas é um anestésico que assim, eu não sei te explicar. Uma vez eu conversei com você sobre um antidepressivo que o médico me passou e eu tomei esse remédio e meu

Deus fio efeito contrário, eu falei assim: o que é isso? É um antidepressivo? Eu fiquei foi em depressão com o negócio, porque eu não conseguia levantar, ele me deixou assim tão fisicamente, acho que eu fiquei com sono, com o corpo mole, todo doendo eu queria ficar só na cama e aquilo foi batendo parecia que tinha uma pedra em cima de mim, que eu não conseguia sair dali da cama e eu ficava ali direto. E aí você começa a refletir: “caramba! Que ruim, aí e agora eu não dou conta de fazer nada, eu não dou conta de pegar meu filho no colo, eu não dou conta de ajudar minha filha a fazer os deveres da escola”. Aí você começa a sentir que você realmente tem um problema físico, que você tem um problema de saúde e aquilo ali mexe, mexe. O fato de eu estar aqui (refere ao quarto) quando eu acabei de fazer uma quimio e meu filho no quarto dele e começa a chorar e se a menina (secretaria doméstica) não for lá cuidar dele na hora, e eu não dou conta de levantar pra ir lá cuidar dele, aí eu vou olhar e falar: nossa, eu não to conseguindo fazer o que eu deveria estar fazendo. Então o fato de eu estar bem nos outros dias, de eu estar conseguindo realizar tudo o que eu tenho pra fazer, ou quase tudo, né dependendo das minhas limitações, isso aí me motiva. Eu acho que se eu tivesse internada como o primeiro médico queria, foi como eu falei pra ele: olha se você me internar eu acho que eu morro! Porque eu vou ficar numa cama, tomando medicação. Essa medicação quanto mais você toma mais o seu corpo fica debilitado e ele pode estar resolvendo um problema lá no tumor, pode estar, né, assim, acabando com as células cancerígenas, mas ele surte um efeito no resto do corpo. E aquele efeito contrário no resto do corpo deixa você mal, psicologicamente falando. Porque você se sente inútil e aí quando você se sente inútil você olha e fala assim, é quando eu faço a quimio, quando eu não to bem quando eu tomo dimorfo a dolantina, principalmente os medicamentos à base de morfina que eles fazem muito isso. Então quando eu tomo esses medicamentos eu fico aqui naquela me sentindo uma inútil, eu não dou conta de fazer mais nada, eu não dou conta de trabalhar, de cuidar dos meus filhos, de sentar e ver um filme com a minha filha. E nessa hora eu olho e falo assim: nossa até quando isso vai mudar. Nessa hora é que eu falo: que eu to doente, eu não to bem. E esse não to bem surge um efeito tão grande. Você tem que está constantemente falando: que eu to bem, que eu to melhorando, que isso vai acabar. E todo dia você tem, é uma guerra, metade de você fala assim: não você não tá bem, mas a outra metade fala:” mas, eu vou ficar” (risos). E assim vai.

Entrevistadora: Na época em que você fez o diagnóstico, como foi falar para os familiares. O seu marido na época já sabia. Você percebeu que ele ficou preocupado, ele tentou te animar a fim de não te deixar preocupada? Como você percebia o jeito dele, já que ele sabia que era um tumor e você não sabia de nada ainda?

Marta: Quando foi diagnosticado o tumor, o meu ex-marido passou a ser outra pessoa, ficou muito atencioso, muito ali colado, cuidando de mim, e isso se desgastou. Com o tempo isso também foi se desgastando a ponto de ele continuar vivendo a vida dele e dizer: ‘olha eu não tenho mais ...’. Eu não lembro qual o termo que ele utilizou, mas foi como se fosse assim: ‘eu não tenho mais forças pra continuar (...)’. E eu disse: eu não quero te obrigar a fazer nada, essa cruz é minha e você não tem que carregar ela não”. “Então acho que ele começou a ficar um pouco cansado, daquela situação. Ele tentava me botar pra frente, mas ao mesmo tempo eu via que ele tava cansado, acho que juntava tudo: a preocupação, o cansaço, o papel que ele tinha de desempenhar como marido, pois, ele estava saudável e achava que tinha que me fazer sentir bem. E ...isso aí com ele foi dessa forma e com o resto da minha família, né, foi o chororo da minha mãe, ela vivia chorando, no dia que eu fui contar pra ela, na realidade eu pedi para o meu irmão contar para os meus pais, porque eu não tive coragem de contar. Daí eu não sei como ele contou, e eu sei que quando minha mãe me ligou morrendo de chorar se acabando em lágrimas, ela falava comigo parecendo que eu já tinha morrido. Talvez

pelo fato dela ter perdido dois irmãos com o problema e ai agora a filha. Acho que, isso pesou na cabeça dela. Da minha família eu procurei me isolar, porque eles me olhavam com aquela carinha de piedade, né (tosse) de dó, e aquilo ali não era bom, eu não gostava, eu nunca gostei. Se chega alguém pra mim e começa a me olhar com aquela carinha de tadinha, ela ta doente, coitada, vamos tratá-la diferente, eu já me afasto...eu falo: não, pode parar, porque se não eu absorvo aquilo ali, e eu vou começar a achar que realmente eu estou tão ruim quanto eles estão achando que eu estou. Eu acho assim que o meu mecanismo de defesa é achar que eu to bem, se eu achar que eu to mal eu fico mal (risos).

Entrevistadora: Acho que, até me colocando um pouco, eu me identifico com você assim nessa questão de que se eu estou em uma situação que eu não estou legal em algum aspecto da minha vida. Eu também prefiro ficar junto de pessoas que me tratem de forma normal, que eu me sinta bem, ao invés de ficar ouvindo lamentações que não podem contribuir em nada a fim de que eu me sinta melhor.

Marta: Eu encaro que a essência do sentimento é realmente de que o paciente ele tem aquela coisa da auto-piedade. Se for demonstrar um sentimento sincero pro paciente ele vai sentir a auto-piedade, ele vai achar que ele ta mal. Então esta questão de que eu to bem é uma máscara que a gente coloca, sabe é uma coisa assim de você colocar e falar assim...é você sorrir pras pessoas e falar assim: eu to bem, mas lá no teu travesseiro você sabe que não é bem aquilo, só que você ta sempre se auto afirmando. É uma...eu não sei se esse termo seria correto, mas é uma mentira que você tem que acreditar nela. Não é bem uma mentira, mas é uma posição que você tem que acreditar naquilo, você tem que se forçar a acreditar naquilo, mesmo que não venha lá do seu coração.

Entrevistadora: Os seus parentes são moram aqui no DF?

Marta: Não, não. Aqui em Brasília na época eu tinha pai e mãe, o meu irmão morava em Belém-PR. Tinha a minha avó, mas minha vó eu já não tinha muito contato porque ela era bem velhinha, de muita idade. E tinha alguns tios, mas, a gente nunca foi muito grudado. Na realidade os meus parentes que estavam diretamente ligados, um era o meu pai, minha mãe, meu ex-marido na época e a mãe dele...e ele já tinha duas filhas, as minhas duas enteadas.

Entrevistadora: As filhas dele moravam com vocês?

Marta: Moravam com gente.

Entrevistadora: Elas tinham quantos anos?

Marta: Na época uma tinha oito e a outra tinha nove. Já eram bem grandinhas e moravam com a gente. Na verdade eu me isolei mais de pai e mãe, do marido não tinha como e das enteadas também não (risos), mas da minha sogra também dei uma isolada. E dos meus tios né, eles eram poucos que assim, eles se aproximaram mais quando ficaram sabendo do caso, eles eram mais distantes, mas se aproximaram, mas eles se aproximam não pra chegar para você pra falar assim: e aí vamos a um churrasco lá em casa sábado. Eles se aproximam pra falar assim: poxa! Que coisa! Então, não preciso disso. Ai eu acho que as pessoas olham e falam assim: “olha lá, já ta estranho, ta doente, se isolando de todo mundo, não pode”. Mas às vezes você se isola pra você não ficar mal, você não está se isolando pra ficar mal, mas você está se isolando pra não ficar mal porque as pessoas te deixam mal. Então eu acho que tem dois casos, tem o caso daquelas pessoas que se isolam porque não estão bem em depressão igual eu fiz uma época. Eu cheguei a me isolar totalmente de marido de filho de tudo, mas eu não tava bem. Assim, eu não tava no meu normal.

Entrevistadora: Foi em que época que você estava muito debilitada assim ao ponto de se isolar das pessoas?

Marta: Foi depois de um ano com a doença.

Entrevistadora: Foi na fase que você teve coma?

Marta: Foi, aí nessa época que eu me isolei muito, eu tinha acabado de sair do coma e eu saí assim achando que, eu nunca achei, eu nunca olhei pra mim e disse que um dia eu ficaria em coma, que um dia eu teria uma parada cardíaca, uma coisa assim. Então eu voltei do coma com aquele medo: “caramba! Eu não sou a mulher maravilha, eu não sou de aço. Eu sou de carne e osso e essa carne e osso têm alguma coisa que tá ruim nela que não tá funcionando direito”. Então eu voltei com medo, e isso não foi bom, porque aquele medo me dava àquela coisa de que qualquer dorzinha eu sentia: ah eu vou morrer. E o médico chegava: você não vai morrer, você sempre sentiu isso. Só que agora, você tá sentindo mesmo com o coração, não é só com a pele não, não é só fisicamente não.

Entrevistadora: Em relação aos seus amigos, tinha alguém em especial que te dava apoio?

Marta: Tinha, assim... Eu sempre tive pessoas perto de mim, são pessoas que estão até hoje, minha amiga Ana sempre foi aquela mão forte, ela o esposo e o filho. É uma família que me acompanha já há muito tempo e são pessoas assim, eles tem a mesma convicção no caso religiosa que eu tenho, eles acreditam, né, nas mesmas coisas que eu acredito e são pessoas que estão sempre ali por perto. Então, sempre pra dar uma palavra, uma palavra idêntica às palavras que o Paulo sempre dá, só que eles não sacodem tanto (risos). Mas estão sempre juntos, dizem sempre: olha, tá precisando de alguma coisa? a gente tá aqui. Eu tô bem, eles estão junto, eu tô mal, eles estão juntos do mesmo jeito.

Entrevistadora: Teve algum amigo que mudou pra melhor ou pior decorrente da doença?

Marta: Não, eu acho que amigos foram os que ficaram porque na época eu tinha um monte de amigos, muita gente que hoje se afastou. Pessoas que viviam na minha casa e que de repente sumiram. Não foram muitas pessoas não, foram algumas, mas porque que sumiram? De repente foi para se auto preservar, pensando que eu poderia passar por alguma coisa, assim como eu me auto-preservo quando não vou ao enterro de ninguém. Acho que de repente a pessoa pensou olha eu não quero ver a Marta passando por aquilo. Eu encaro que eu ficando longe vai ficar melhor para as duas partes, de repente é isso, eu acho que se eu imaginar que seja isso, é a melhor forma que eu tenho para imaginar o porque daquela pessoa ter se afastado. E já tem outras pessoas que resolveram vestir a camisa junto comigo. Também já tiveram aquelas pessoas que fizeram igual a minha mãe, que se aproximaram, mas com aquele chororo, e eu falei: não faz isso não, aí essas pessoas eu pedi para se afastarem. Eu cheguei e falei: “vamos fazer o seguinte, não vem aqui se for pra ficar chorando, não faz isso porque você acaba comigo. Não me deixa lá em baixo também! E eu quero gente pra sorrir perto de mim, não pra chorar. Eu já choro sozinha e já choro o suficiente”. Eu tenho pessoas que vestiram a camisa junto comigo e elas podem até sofrer, mas elas não mostram na minha frente. É o caso da minha amiga Ana e do meu amigo Paulo. Durante um bom tempo ele foi assim uma pessoa que sempre esteve ali perto, ele nunca passou a mão na cabeça, a ponto de falar assim: “tadinha, você tá doente”. Não ele sempre foi um amigo de chegar e falar assim: “olha, bola pra frente menina, levanta a cabeça, se você abaixar a cabeça você não sai do lugar”. E é esse tipo de amigo que eu preciso por perto, eu não preciso de alguém pra chegar e falar assim: “põe sua cabeça aqui, deixa eu fazer um cafuné”. Pra ficar passando a mão na cabeça e ficar falando: “tadinha de você”. Paulo às vezes é um pouco duro até demais. Ele faz

igual ao meu ex-marido, que é um ótimo amigo. Uma vez eu fiz isso de ficar com auto-piedade e eu fiz isso com todo mundo na época da minha cirurgia eu estava me despedindo de todos. Eu comecei a ligar pra todo mundo pra falar que eu faria a cirurgia, parecia que estava me despedindo de todo mundo. Eu acho que foi até pelo MSN/Internet que eu falei com o Paulo que eu faria uma cirurgia e ele começou a me questionar...ele sempre usa essa questão do confiar. Ele pergunta: “você não confia não? Que tipo de cristã é você? Não acredita que Deus está com você não?” Eu respondi: ‘ah! Eu acredito’. E ele questionou: “então porque você está falando desse jeito comigo? Se despedindo de mim parecendo que você vai morrer?” Realmente eu tava naquela...eu estava com aquele receio do pré-operatório.

Entrevistadora: Foi sua primeira cirurgia?

Marta: Não, eu já tinha feito essa cirurgia no ano de 2000 foi logo quando descobri. Foi uma braquiterapia temporária, que durou seis meses. Então eu tive essa reação. O meu ex-marido veio aqui brigou mesmo, falou: “você tem dois filhos pra criar, vai desistir agora?” Eu respondi: “não, não estou”. E ele disse pra mim: “você tá se despedindo como se fosse pra ala de cirurgia pra morrer”. Então na hora assim eu ficava com raiva, porque eu pensava que não estavam me entendendo, não era bem isso. Na hora eu queria convencer a pessoa de que não era aquilo, mas eu queria convencer a pessoa de uma coisa que nem eu sabia. Por que depois eu sempre fui muito assim, vamos ver Marta o que quê ta acontecendo. Eu converso comigo mesma. Eu penso: “é realmente eu estou tendo auto-piedade e estou me entregando”. Por que eu tava achando que eu não sairia de lá, se não eu não estaria me despedindo das pessoas. Ai é muito confuso, às vezes assim a minha cabeça é muito confusa porque eu tenho um conflito de sentimentos tão grande é uma guerra lá dentro, tem uma Marta que luta e corre atrás, tem um Marta que chora pra caramba, tem uma Marta que sente pena de si mesma. Aí tem que ver quem ganha, então tem que ver quem que é mais forte nesta pra ganhar, então é uma confusão. Se você me perguntar explica seu sentimento você vai pirar (risos) porque eu não entendo, tem muita coisa dentro de mim de uma caixinha só.

Entrevistadora: Em relação à suas convicções religiosas, que você disse que alguns de seus amigos tem igual a você, quais seriam elas?

Marta: Eu penso que nada acontece por acaso, nada acontece por acaso. Então eu não to falando pra você que Deus em um belo dia acordou e falou assim: “vou deixar a Marta com câncer, pra ela aprender a viver”. Não to falando isso, mas eu acho assim, eu to aprendendo muita coisa, eu to mudando como pessoa de uma forma assim, eu posso tá até doente na carne, mas tem muita coisa no meu consciente, no meu coração, psicologicamente falando, no meu espírito que está sendo curado através disso, né, coisa que eu pensava assim: ah! isso funciona desse jeito. Agora eu sei que funciona de forma diferente. Até a minha fé, porque uma coisa é você falar: eu acredito em Deus, outra coisa é você ver Deus te sustentando durante tanto tempo com um mal que já era pra você ter morrido há muito tempo. Tem muita gente que tem o mesmo problema que eu que já se foi, durante esses cinco anos...nossa! E assim eu não vou ao enterro de ninguém, eu tenho uma coisa comigo que eu não gosto, eu não me sinto bem ter que ir ao enterro de ninguém, mas se eu tivesse que ir ao enterro de todas as pessoas que estavam fazendo tratamento junto comigo, desde quando eu comecei olha é muita gente, são mais de quinze, é muita gente mesmo, então, eu acho assim é Deus, é Ele que está me segurando. Eu só tenho uma certeza de que ele ta me segurando, porque senão eu não estava mais aqui. Eu não sei até quando eu vou me segurar, eu não sei se é vontade Dele. Não que num belo dia eu vou acordar e falar: assim agora eu vou tomar esta medicação e daqui alguns dias eu vou...ou daqui uns meses, né, eu vou ta bem, ou se eu vou ficar mais algum

tempo. Eu só tenho uma certeza de que Ele ta me segurando, porque se ele não estivesse me segurando eu não estava mais aqui não.

Entrevistadora: na época, ou seja, no início da doença o que você pensou sobre Deus?

Marta: Eu já tinha minha convicção religiosa, mas foi a época que eu olhei e falei: Deus por que? Meu Deus o que quê houve? Ai vem aquele monte de perguntas sem respostas: o que eu fiz de errado? Porque comigo? Dá onde é que veio isso? O que quê aconteceu pra ta acontecendo isso comigo agora?

Entrevistadora: Você conheceu pessoas que atribuíam o câncer a alguma questão espiritual? Como você percebia que isso poderia estar de alguma forma transmitindo isso pra você? Chegou a acontecer?

Marta: Já chegou, já aconteceu de,é, eu freqüentava...tanto que eu mudei de igreja. Eu freqüentava uma igreja que quando eu cheguei e contei para o Pastor, e falei assim: “olha eu tô, eu tô com câncer eu vou fazer o tratamento e eu preciso que vocês orem por mim”. Eu escutei dele: “a gente vai fazer uma libertação, libertação e cura”. Até então eu pensei então tá, vamos ver o que que é isso. Só que oravam, e eu não era curada. Oravam e eu não era curada. Daí eu ouvia: “ah minha irmã você deve estar fazendo alguma coisa de errado. Você deve estar com algum pecado encoberto”. Esse foi o termo que utilizaram. Então eu falei: “olha, até onde eu sei eu não to não, minha vida é transparente, todo mundo me conhece, conhece a minha família a minha história, tudo o que eu faço, então não tem nada encoberto aqui”. Daí diziam: “ah! mais tem”. Então começaram a atribuir o câncer a um determinado pecado a alguma coisa em que eu tivesse encobrindo. Então eu falei: “olha, não serve, não quero mais ficar aqui, porque vocês não estão me ajudando”. E eu passava a ir para igreja...aí eu tava pecando, porque eu sentava, e o Pastor estava falando lá na frente e eu olhando pra ele e pensando: “você gosta de julgar as pessoas né?”. Então eu tava pecando, porque eu tava olhando para uma pessoa, que é um líder e eu não tava dando a mínima pro que ele tava falando. Os sermões que ele pregava pra mim não faziam mais diferença, porque entrava por um lado do ouvido e saía pelo outro. E eu ficava julgando, daí eu cheguei pra ele e disse: “olha, eu tô saindo, quero a minha carta de transferência e eu quero sair daqui”. Ai ele perguntava: “ah! mais por que? O que quê aconteceu? Você precisa daquela cura...”. E eu disse: “eu preciso da minha cura, da minha cura física, e de repente até de uma cura espiritual também. Mas não é aqui que eu vou ter”. Daí ele me passou a carta, eu mudei de igreja e estou nesta igreja até hoje. E é interessante como as pessoas pensam de formas diferentes, eu não atribuo à religião como aquela pessoa, porque ela tinha uma forma muito pequena de pensar, ela não tinha um conhecimento, uma visão mais ampla. E cheguei olha a diferença, eu cheguei para um outro Pastor contei, oraram, oraram , fizeram campanha, jejum, colocaram os obreiros da igreja orando por mim e nada. E me disseram: “minha irmã o tempo é de Deus, mas a gente vai continuar orando. Se for preciso a gente ora cem anos”.

Entrevistadora: Foi uma palavra que teve um efeito pra você confiar?

Marta: Exatamente, porque o tempo é de Deus! Ele não chegou pra mim e falou: “enquanto você não se curar, enquanto você não confessar um pecado você não vai ser curada”. Mas que pecado era esse? Né. Eu fiquei assim poxa, e mesmo que eu tivesse com alguma coisa encoberta, digamos que eu tivesse feito alguma coisa de errado e espiritualmente falando eu estivesse pecando, como pessoa e como paciente, pra mim isso era terrível. Quer dizer que enquanto não se confessar o pecado, não vai ser curada? Eu posso morrer então, Deus é tão ruim assim? Era uma coisa que eu não entendia como é que ele colocava aquilo. Ele colocava de um jeito que ...e foi interessante esse segundo Pastor nunca chegou pra mim e falou assim: “há você tem culpa, isso é por causa de um pecado, você tem

que fazer isso ou aquilo”. Ele dizia apenas: “eu tô orando por você, Deus vai fazer a obra”. É aquela coisa assim, se tem uma coisa errada aí, se vira com Deus, à gente ta fazendo a nossa parte aqui, e então ele nunca indagou, o que ele já perguntou foi: “olha, tem alguma coisa que de repente você possa atribuir a isso? Você acha que esta tendo algum bloqueio espiritual na sua vida?”. Eu falei: “não”. Ele falou: “então, amém!. Vamos orar que o tempo é de Deus, e estamos orando até hoje”. E Deus tem me sustentado. Eu peguei um médico uma vez, eu acho que esse médico era ateu, ele virou pra mim e falou que eu precisava fazer uma cirurgia e que essa cirurgia me traria algumas seqüelas físicas, então eu poderia não andar, não enxergar, porque a gente ta falando de cerebelo. Esse CA fica no cerebelo, então ele mexe com a coordenação motora entre outras funções. Daí eu falei que eu não queria fazer essa cirurgia e que continuaria fazendo a quimio e assim que pudesse eu faria a braquiterapia definitiva, que é um tipo de...eles implantam um cateter uma semente radioativa dentro do tumor, e a radioterapia, a radiação é de dentro pra fora, e não de fora pra dentro, eles colocam uma semente radioativa que é um metalzinho, um chipe que vai emanado radiação, só que é feito todo um cálculo nuclear pra poder ver o raio de alcance pra chegar só no tecido ruim, tanto é que eu acabei de fazer essa cirurgia agora em Janeiro. Aí, ele chegou pra mim e falou: “mas você tem que fazer”. E eu falei: “não, eu não vou fazer essa cirurgia”. Daí eu disse: “Deus tem me segurando até aqui”. E ele falou assim: “se você continuar atribuindo o que você a algo que é Deus que está te dando ou tirando, eu enquanto médico não tenho o que resolver. A medicina é fato, é sim ou não, e no seu caso você tem que fazer a cirurgia. Pacientes como você se escondem atrás da religião, usam a religião pra se esconderem até emocionalmente falando”. Eu uso a religião assim como um paciente pode usar digamos a psicologia pra ajudar e a medicina, eu também uso a religião pra me ajudar, mas eu caminho assim com um do lado do outro, não tem como separar. Eu já tinha a religião antes da doença então eu não resolvi em um belo dia: “ah! Agora eu vou fazer isso não porque eu acredito em Deus, mas porque eu quero ficar usando essa muleta aqui para me sustentar, pra culpar alguém, ou atribuir a minha cura a alguém”. Não é assim, já tinha uma convicção. Aí quando ele falou isso comigo, eu pensei: também não serve. Ele trabalhava junto com o Dr. A., eu cheguei para o Dr. A. e falei: “olha, aquele médico ali que o Sr. me arrumou não tá com nada”. Eu recusei fazer a cirurgia, isso tem uns dois anos, fiz a Braqui agora e... assim a gente ta esperando os resultados, até porque são seis meses pra começar a surgir efeito de fato.

Entrevistadora: como era a sua qualidade de vida?

Marta: Olha, eu fiz judô durante 15 anos, estava na faixa preta, participei de campeonatos, por conta do tumor tive que largar o judô. Tanto que o meu Kimono e a minha faixa estão na casa do meu irmão, entreguei pra ele porque eu chorava toda vez que eu olhava as minhas faixas. Assim, tinha troféu, medalha. Eu ainda tenho algumas fotos, que eu ainda tenho aqui comigo, mas ainda assim, eu olho pras fotos e penso: “ai que saudade”, né. Então isso aí foi uma coisa que assim que me marcou porque, desde o dia que o médico falou assim: “você não pode sofrer impacto”. Então como assim não pode sofrer impacto!?! É um esporte de impacto que você é projetado no chão, faz força. E eu não podia fazer força, porque eu não podia aumentar a pressão intracraniana, então eu tinha que largar. Assim como se eu fizesse outro esporte, atletismo, eu teria que parar, e foi uma coisa assim que...eu chorava, mas eu acho que esse chorar vem muito daquela questão da auto piedade, né. Você começa a pensar assim: ah!, mas porque isso? Por que aquilo? Ai você cai chorando. O Ricardo (namorado) tem uma coisa muito positiva que ele ta sempre comigo, mesmo estando longe. Mas um ponto negativo é porque ele é igual a minha mãe, ele é muito emotivo quando toca nesse assunto. Então, quando ele ta assim eu peço pra ele não me ligar. Daí eu ligo pra mãe dele e falo com ela assim: “olha dá um jeito de melhorar o astral do Ricardo aí porque se ele continuar assim eu não vou falar com ele”. Teve um dia que ele tava assim, ele parou o recurso de voz e me

ligou e ele tava em prantos chorando, porque ele tinha assistido um filme, lá não sei das quantas, que a mulher tinha câncer e tinha morrido e ele ficou no desespero falando que eu tinha que me cuidar, e eu disse: “mas eu tô me cuidando, se você me ligar desse jeito você acaba comigo, não faz isso não”. Então ele é muito emotivo, isso é complicado.

Entrevistadora: pra finalizar gostaria que você falasse se teve alguma lembrança positiva que aconteceu na época que você ficou sabendo da doença, que foi muito significativo.

Marta: na época que eu fiquei sabendo, foi acho que duas coisas que me marcam mais de bom, positivamente falando, o nascimento da minha filha foi uma coisa que me trouxe vida né. Porque eu acho que se eu não estivesse grávida eu tinha caído em depressão: ai eu to com câncer! Porque no ano anterior eu tinha perdido um tio com câncer, então, poxa era recente, não tinha nenhum ano ainda quando ele morreu, era muito próximo, mas quando eu vi aquela pessoinha, pequenininha totalmente dependente de mim, eu falei: não, eu tenho que ficar bem porque eu tenho que cuidar dela. E assim a aproximação do, no caso, na época, do meu marido porque ele ficou bem mais atencioso, ele estava sempre comigo. Isso veio até de uma vaidade minha de de : poxa, que bom que ele tá sendo mais atencioso, porque ele tá cuidando bem de mim, porque ele tá aqui. Então aquilo eu achava legal, só que ao mesmo tempo eu olhava e falava: ah! podia ser desse jeito sem o problema. Então assim, são coisas que no caso da Marina não tem como descrever a felicidade que eu tive, mas nesse caso dele por exemplo, é, por mais que ele me tratasse bem, eu pensava: “não, melhor seria que me tratasse mal do que eu ter este mal, mas é uma lembrança boa, de uma fase boa no ano de 2000. É até um certo momento teve uma fase no casamento que foi boa porque ele estava sempre ali sendo companheiro, mas só que começou a desgastar...

Entrevistadora: o que aconteceu no casamento foi muito diferente de suas expectativas antes de se casar com ele?

Marta: Assim, antes de eu ficar grávida a gente chegou até a se separar, a gente não tava bem no casamento. E depois, né, quando foi diagnosticado o tumor, o meu ex-marido passou a ser outra pessoa, ficou muito mais atencioso.

Entrevistadora: Você acha que algum momento ele sentiu-se culpado por não estar dando certo com você, te apoiando?

Marta: Ele falou depois, principalmente depois que Daniel nasceu, que deveria ter ficado mais junto, ter sido mais unido, e assim é, não sei, eu já acho que é uma questão de perda também. Eu já estou com o relacionamento com outra pessoa. Ele viu que a gente não vai mais voltar. Não sei o ser humano tem muito aquela coisa de: isso aqui é meu, eu não quero mais, mas está aqui. É meu e eu queria de volta nem que fosse só pra ficar aqui sem estar usando. Então isso é muito de ser humano, de homens, de mulheres, criança é assim: ‘eu quero aquela boneca, eu quero, eu quero’. Você compra e fica depois largada ali, chega outro menino e vai pegar, daí ela quer. Então isso é do ser humano, e ele ficou meio assim.

Entrevistadora: Você acha que ele está se aproximando mais?

Marta: hoje mesmo fui, fui levar a Marina ao cinema e ele fez questão de ir junto. Inclusive uma hora que a gente foi lá no mercado ele tava junto e dizia: “não deixa que eu levo, você não pode ficar andando pra lá e pra cá, pegando ônibus”. Porque eu não to podendo dirigir por causa do tratamento, tanto é que eu vendi até o carro. Daí ele ficou dizendo: “eu levo você” e tal, ele tá atencioso igual em 2000 na época que a Marina nasceu e eu tava em tratamento, só que hoje eu vejo já por outro ângulo: ele sabe que eu tô com alguém, ele sabe que eu tô com um relacionamento estável, que eu tô fazendo planos, que o nosso divórcio é, a papelada já ta correndo no juiz que eu pedi o divórcio.

Entrevistadora: Por que se separou do seu marido?

Marta: Tivemos vários motivos que entre eles, bem, ele era grosso, ele teve dois filhos fora do casamento. Então teve a traição como pivô de tudo. E a parte da omissão também, hoje se sai melhor como amigo do que como marido.

Entrevistadora: Clinicamente falando sua doença tem chances de cura? O que os médicos falam sobre a possibilidade de cura?

Marta: Como estamos tratando de um tumor em fase avançada, o que existe é um controle do crescimento do tumor e proporcionar uma melhor qualidade de vida, pois, tumores dentro de cerebelo têm apenas 25% de possibilidade de cura. Então temos uma questão complicada, pois, vai depender de meu organismo.

Entrevistadora: Existe cirurgia para retirar o tumor?

Marta: Não, pois, estão localizados em regiões que fazem controles de órgãos vitais. No meu caso ele está localizado no quarto ventrículo. Prejudica a respiração, pressão sanguínea, batimentos cardíacos e deglutição.

Apêndice III – Carta Convite

CARTA CONVITE

Prezada Participante,

Gostaria de convidá-la para participar de um estudo que está sendo conduzido como parte da monografia de conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB, pela aluna do décimo semestre Grecileine Silva Fernandes, orientado pelo Dr. Fernando Luis González Rey.

Tentando contribuir para a construção de novos conhecimentos nesta área de investigação, este estudo de caso tem como objetivo conhecer como é o impacto do câncer na subjetividade de uma paciente, estarei estudando sobre a aceitação do processo e realização do enfrentamento. Com esta finalidade gravarei nossas conversas.

Sua participação será totalmente voluntária. Caso aceite participar deste estudo, será pedido a você que fale sobre suas experiências, sobre família, medos, alegrias etc. Além disso, me predisponho a dar um suporte psicológico que será supervisionado pelo profissional acima citado.

Você não precisará dar informações que não queira e poderá interromper sua participação a qualquer momento. Garanto que todas as informações que possa identificá-la serão omitidas. Ao final do estudo todas as fitas serão desgravadas.

Agradeço a sua atenção e colaboração.

Grécileine Silva Fernandes

Apêndice IV – Consentimento**CONSENTIMENTO**

Compreendo o objetivo desse estudo, como também o que é esperado por mim como participante.

Entendo que as informações por mim fornecidas serão totalmente confidenciais, e que as fitas utilizadas serão desgravadas ao final desse estudo. Entendo também que a qualquer momento posso me retirar desse estudo.

Tendo em vista as declarações acima, concordo participar desse estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Brasília, ____ de _____ de 2005.

ANEXOS

Anexo I – Complemento de Frases

Complete as frases a seguir:

- 01) Gosto:
- 02) Algumas vezes:
- 03) Meu maior problema:
- 04) Desejo:
- 05) Gostaria de saber:
- 06) Eu prefiro:
- 07) A felicidade:
- 08) Não posso:
- 09) Casamento:
- 10) Sofro:
- 11) Penso que os outros:
- 12) Ser mãe:
- 13) O passado:
- 14) Luto:
- 15) Quando era criança:
- 16) O sucesso:
- 17) O tempo mais feliz:
- 18) Lamento:
- 19) Meu maior medo:
- 20) Na escola:
- 21) As mulheres:
- 22) Fracassei:
- 23) A leitura:
- 24) Meu futuro:
- 25) Se os homens:
- 26) O casamento:
- 27) Este lugar:
- 28) Minha preocupação principal:
- 29) Eu: me amo
- 30) O trabalho:
- 31) Amo:
- 32) Minha principal ambição:.
- 33) Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim:
- 34) Gostaria:
- 35) Acredito que minhas melhores atitudes:
- 36) Considero que posso:
- 37) Diariamente me esforço:
- 38) Sinto dificuldade:
- 39) Meus maiores desejos:
- 40) Sempre quis:
- 41) Eu gosto muito:
- 42) Minhas aspirações são:
- 43) Meus estudos:
- 44) Com frequência sinto:

- 45) Minha vida futura:
- 46) Farei o possível para conseguir:
- 47) Com frequência reflito:
- 48) Esperam que eu:
- 49) Dedico a maior parte do meu tempo:
- 50) Sempre que posso:
- 51) Esforço-me:
- 52) Ter filhos:
- 53) As contradições:
- 54) Minha opinião:
- 55) O lar:
- 56) Me incomodam:
- 57) Ao me deitar:
- 58) Necessito:
- 59) Quando tenho dúvidas:
- 60) Meus amigos:
- 61) Estou melhor:

Anexo II – Complemento de Frases com as Respostas

Complete as frases a seguir:

- 01) Gosto: *de ler muito*
- 02) Algumas vezes: *fico triste sem saber por que*
- 03) Meu maior problema: *saúde frágil*
- 04) Desejo: *ficar curada*
- 05) Gostaria de saber: *mais de Deus*
- 06) Eu prefiro: *frio do que calor*
- 07) A felicidade: *depende de mim*
- 08) Não posso: *mais fazer judô*
- 09) Casamento: *vou casar com Ricardo*
- 10) Sofro: *quando passo mal*
- 11) Penso que os outros: *somos todos irmãos*
- 12) Ser mãe: *é entender mais de Deus*
- 13) O passado: *já foi melhor do que é hoje*
- 14) Luto: *pelo meu pai*
- 15) Quando era criança: *tinha mais sonhos do que hoje pude realizar*
- 16) O sucesso: *fazer meu doutorado*
- 17) O tempo mais feliz: *a quem saber viver*
- 18) Lamento: *pela perda de meu pai*
- 19) Meu maior medo: *deixar meus filhos desamparados*
- 20) Na escola: *gostava de matemática*
- 21) As mulheres: *são mais fortes que os homens*
- 22) Fracassei: *em meu primeiro casamento*
- 23) A leitura: *portal de conhecimento*
- 24) Meu futuro: *só Deus sabe*
- 25) Se os homens: *se preocupassem mais com o espírito, a matéria seria um presente e não uma conquista.*
- 26) O casamento: *um desafio*
- 27) Este lugar: *é temporário, mas tenho que fazer bom uso dele*
- 28) Minha preocupação principal: *criar meus filhos*
- 29) Eu: *me amo*
- 30) O trabalho: *minha terapia*
- 31) Amo: *meus filhos*
- 32) Minha principal ambição: *ter o suficiente para ajudar quem não tem.*
- 33) Em relação aos afazeres domésticos, cabe a mim: *deixar a cozinha limpa a noite.*
- 34) Gostaria: *voltar a fazer judô*
- 35) Acredito que minhas melhores atitudes: *nunca ter mágoa de ninguém*
- 36) Considero que posso: *melhorar como pessoa todos os dias*
- 37) Diariamente me esforço: *para aprender mais de Deus*
- 38) Sinto dificuldade: *em ser auto suficiente*
- 39) Meus maiores desejos: *mudaram com o passar dos anos*
- 40) Sempre quis: *ser médica*
- 41) Eu gosto muito: *de acampar*
- 42) Minhas aspirações são: *estudar, amar, ser amada, crescer como pessoa*

- 43) Meus estudos: *já estou na segunda faculdade e ainda falta muito para saber a metade de tudo que quero aprender*
- 44) Com frequência sinto: *saudade de minha infância*
- 45) Minha vida futura: *não tenho certeza de como será*
- 46) Farei o possível para conseguir: *criar meus filhos*
- 47) Com frequência reflito: *sobre minha vida espiritual*
- 48) Esperam que eu: *seja uma pessoa forte*
- 49) Dedico a maior parte do meu tempo: *ao trabalho*
- 50) Sempre que posso: *brinco com meus filhos*
- 51) Esforço-me: *para ser um pouco melhor todos os dias*
- 52) Ter filhos: *foi minha salvação*
- 53) As contradições: *não podem existir*
- 54) Minha opinião: *muitas vezes é o que me basta*
- 55) O lar: *é meu refugio*
- 56) Me incomodam: *fofocas*
- 57) Ao me deitar: *sempre falo com Deus*
- 58) Necessito: *de amigos*
- 59) Quando tenho dúvidas: *reflito*
- 60) Meus amigos: *são poucos*
- 61) Estou melhor: *com Deus*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARACAT, Fausto F. (Org.). Cancerologia Atual: um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Roca, 2000.

BAUER, Martin. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2004, 3ª ed.

BOCK, Ana M.B. Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999/2001.

BOSI, Maria Lúcia M. (Org.); MERCADO, Francisco J. (Org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

CARVALHO, Maria Margarida M.J. Introdução à Psiconcologia. Campinas: Psy II, 1994.

_____. Psico-Oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

DORÓ, Maribel P. (Org.). O Câncer e sua Representação Simbólica. Revista Ciência e Profissão, 2004, 24(2), (p.120-134).

GIMENEZ, Maria da Glória (Org.). A mulher e o câncer. Campinas: PSY, 1997.

GUARESCHI, Pedrinho A. (Org.); JOUCHELOVITCH, Sandra (org). Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes, 2002.

GONZÁLEZ REY, Fernando L. O Emocional na Constituição da Subjetividade. Em S. M. LANE & Y. ARAÚJO (Orgs.). Arqueologia das Emoções. Petrópolis:Vozes, 2000, (p.35-56).

_____. Personalidade, Saúde e Modo de Vida. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

_____. Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira, 2002.

_____. Psicologia e Saúde: desafios atuais. In Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, v.10, n 2, (p.275-288).

_____. Saúde e Subjetividade: desafios para a investigação em psicologia da saúde. Revista Universitas/Psicologia. I, 2000, (p.25-44).

_____. Sujeito e Subjetividade. Uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

GRANDESSO, MARILENE A. Sobre a Reconstrução do Significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

INCA – Instituto Nacional de Câncer (*site*) <http://www.inca.gov.br/> acessado no dia 17 de março de 2005.

JUNIOR, Wanderley de Paula. A intervenção psicológica no tratamento radioterápico. Em Carvalho, Maria Margarida M.J. (Org.). Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

LESHAN, Lawrence. O Câncer como Ponto de Mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde. São Paulo: Summus, 1992.

MELLO FILHO, Julio. Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MINAYO, Maria C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORIN, Edgar. Ciência com Consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NETO, Sebastião B.C. A Psico-oncologia no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. Em Carvalho, Maria Margarida M.J. (Org.). Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

NEUBERN, Maurício S. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicol. Reflex. Cri.* , 2001, vol.14, nº1, (p.241-252).

OLIVEIRA, Fátima O.; WERBA, Graziela C. Representações Sociais. Em M. G. C. Jaques et al. (Orgs.). Psicologia Social Contemporânea. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO, José L.P. Qualidade de vida e doença oncológica. Em DIAS, Maria do Rosário (Coord), DURA, Estrella (Coord), Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi, 2002, (p. 75-97).

RONDINELLI, Patrícia I.P. Meduloblastomas: experiência de dez anos do departamento de pediatria do Hospital do Câncer de São Paulo. *Revista Prática Hospitalar.* Ano V, n 35, Set-Out 2004. (site) <http://www.praticahospitalar.com.br/prática%2035/paginas/materia%2036-35.html> acessado no dia 13 de maio de 2005.

SCHULZE, LÉLIA Maria N. Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: ROBE, 1997.

SIMOTON, O. Carl. Com a Vida de Novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus,1987.

SPINK, M.J.P. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo do saber. Em F.C.B. Campos (Org.), Psicologia e Saúde – Repensando práticas. São Paulo: 1992, (p.11-23).

STROEB, Wolfgan. Psicologia Social e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

