

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

**MEMÓRIAS DO VIVER E ADOECER:
UM ESTUDO DE PERDAS AFETIVAS SIGNIFICATIVAS
ANTERIORES AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**

GIOVANA BLASI

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

Co-orientadora: Profa. Dra. Marisa Campio Müller

Porto Alegre, 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

**MEMÓRIAS DO VIVER E ADOECER:
UM ESTUDO DE PERDAS AFETIVAS SIGNIFICATIVAS
ANTERIORES AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**

GIOVANA BLASI

Dissertação apresentada como parte dos
requisitos necessários para obtenção do
grau de Mestre em Gerontologia Biomédica

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

Co-orientadora: Profa. Dra. Marisa Campio Müller

Porto Alegre, 2005

**MEMÓRIA DO VIVER E ADOECER:
UM ESTUDO DE PERDAS AFETIVAS SIGNIFICATIVAS ANTERIORES AO
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**

Giovana Blasi

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

Co-orientadora: Prof. Dra. Marisa Campio Müller

Dissertação submetida ao Corpo Docente do curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em 21 de Novembro de 2005.

Banca Examinadora:

Professora Dra. Sheila Câmara

Professora Dra. Alessandra M. Morelli

Professora Dra Janice Pereira

Porto Alegre
Dezembro, 2005

Dedico este trabalho a meu pai (*in memoriam*), pelo exemplo de vida e por me ensinar a valorizar e respeitar o ser humano, e à minha mãe, grande incentivadora de meus estudos e de meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Em um trabalho de pesquisa desta envergadura, muitas pessoas me apoiaram e me auxiliaram em diversos sentidos, em diferentes momentos, a quem eu gostaria de agradecer. Em primeiro lugar a meus familiares – minha mãe, pelo apoio financeiro, além do entendimento em momentos de dificuldades. Aos meus irmãos, pela compreensão. A meu amor, futuro marido, amigo, companheiro, pelo apoio, incentivo e entendimento nos momentos de ausência. Ao Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson, meu orientador, pela tranquilidade e apoio emocional, além dos diversos ensinamentos, dedicação e carinho constante dispensado. À Profa. Dra. Marisa Campio Müller, minha co-orientadora, por sua ajuda incessante, empenho, amizade, ensinamentos e paciência nos momentos de dificuldade e pesar, principalmente nos momentos finais. Ao Hospital São Lucas da PUC, em especial ao Centro de Mama, pelo espaço aberto à pesquisa. A Clair Mariuza, amiga e apoiadora nos momentos difíceis finais. A todas as pessoas que me auxiliaram direta ou indiretamente, os meus mais sinceros agradecimentos. Em especial, agradeço a meu pai (*in memoriam*), responsável por eu ser quem sou.

*É a imagem na mente que nos une aos
tesouros perdidos, mas é a perda que dá
forma à imagem. (Colette)*

SUMÁRIO

LISTA DE TERMOS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
1 REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1 Aspectos físicos e médicos do câncer em mulheres	15
1.2 Aspectos psicossociais relacionados ao câncer de mama	19
1.3 Perdas significativas em mulheres maduras	24
1.4 Adulterez e Processo de Envelhecimento	29
1.5 Corpo	36
1.6 Estratégias de Enfrentamento das perdas no decorrer do ciclo vital	37
2 MÉTODO	42
2.1.1 Participantes	42
2.1.2 Procedimento de coleta de dados	43
2.1.3 Questões Norteadoras	45
2.1.4 Aspectos éticos	46
2.1.5 Procedimento de análise de dados	46
3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	49
4 DISCUSSÃO DOS DADOS	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO I – Roteiro de Entrevista	80
ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81

LISTA DE TERMOS

Câncer (Ca): Doença com crescimento desordenado de células capazes de invadir outras regiões do corpo.

Carcinoma: Câncer com início em tecidos epiteliais, como pele e mucosas.

Coping: Uma resposta aos estímulos estressantes em diferentes ambientes.

Fibroadenoma: Nódulo mamário de natureza benigna, sem potencial de malignização.

RESUMO

O presente estudo buscou identificar e compreender perdas afetivas anteriores ao adoecimento e surgimento do câncer de mama, considerando as experiências e sentimentos envolvidos nas perdas. O processo de pesquisa foi construído sob os alicerces da pesquisa qualitativa e da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Para tanto, foram realizadas dezoito entrevistas semi-estruturadas com mulheres que estiveram para exames no Hospital São Lucas da PUCRS. Essas mulheres foram divididas em três grupos de seis pacientes cada, com idade entre 40 e 55 anos, sendo que: seis pacientes com diagnóstico de câncer de mama, seis pacientes com diagnóstico de fibroadenoma e seis pacientes sem nenhuma suspeita/alteração/queixa mamária. O que se pôde observar no decorrer do trabalho foi uma diferença significativa entre os três grupos, diferença essa apontada pelos relatos e por condutas das participantes. Houve perdas significativas nos três diferentes grupos e reações bastante diversas. No grupo com câncer de mama, observou-se que as participantes relatavam as perdas como observadoras e não-participantes, buscando afastar-se da dor e do envolvimento emocional que a perda lhe causou. No grupo com fibroadenoma, houve perdas, no entanto, houve tentativas de suprimir ou mascarar a dor de todas as formas, porém, em algum momento, deixando a dor transparecer e a externalizando. No grupo sem queixas, as perdas foram relatadas de uma forma intensa, sofrida, não houve a preocupação de defender-se frente à dor. Essa estava lado a lado com a participante, sem máscaras ou intuito de ser negada. Diante disso, o que se pode considerar é que não somente as ocorrências de perdas afetivas significativas podem ser agentes estressores importantes determinante de um futuro adoecimento, mas também, e principalmente, a forma como a estrutura psíquica suporta a dor dessa perda e a forma como essa estrutura administra a perda.

Palavras-chave

Coping. Câncer de mama. Perdas afetivas.

ABSTRACT

The present study searched to identify and understand the affective losses before the onset of breast cancer by considering the experiences and feelings involved in the losses. The research process was built upon the foundations of qualitative research and the Content Analysis Technique by Bardin. Thus, eighteen semi-structured interviews were carried out with women who were at the São Lucas Hospital – PUCRS - for exams. These women were divided into three groups, with 40 and 55 year old, of six patients each as follows: six patients diagnosed with breast cancer, six patients diagnosed with fibroadenoma and six patients with no breast suspicion/alteration/complaint. A significant difference was observed between the groups. Such a difference arose from participants' accounts and behavior. There had been significant losses in the three groups, with very different reactions. In the breast cancer group, it was found that participants reported the losses as observers and not participants, attempting to withdraw from the pain and the emotional involvement that the loss had caused them. In the fibroadenoma group, there were losses, in spite of participants' attempts to suppress or to disguise the pain in all possible ways. At some point in time, participants let the pain look through and expressed it. In the no-complaint group, losses were reported in an intense, long-suffering fashion, and there was no concern to be defensive against the pain. Pain was side by side with the participant. There were no masks or intent to deny it. Based on that, what we may consider is that not only can the occurrence of significant affective losses be important stressing agents to lead to future sickening, but also, and mainly, the way the psychic structure withstands this pain and the way this structure copes with the loss.

Key words: Coping. Breast cancer. Affective loss.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento desafia definições, em termos biológicos e psicológicos: não é uma mera passagem do tempo, mas, também, a manifestação de eventos biológicos e emocionais que ocorrem ao longo da vida, natural e inevitavelmente.

O envelhecimento e o aumento da expectativa de vida provocam modificações no perfil de saúde da população. Há um incremento e predominância das doenças crônicas, necessitando avaliação e tratamento através de programas de prevenção primária, secundária e terciária desenvolvida por profissionais (NÉRI, 2001).

Com o aumento da expectativa de vida, também houve um aumento significativo de neoplasias entre outras doenças. O câncer de mama é considerado como um dos maiores problemas da população feminina (INCA, 2004b). O risco pode ser aumentado com o uso de contraceptivos orais, terapia de reposição estrogênica e dieta rica em gorduras (MOREIRA, 2002).

Com o advento de novas tecnologias e modernidades, houve modificações radicais nos estilos de vida dos indivíduos, desde hábitos alimentares, configurações familiares, relacionamentos interpessoais, entre outros fatores que podem ser vistos como condicionantes para o incremento dos índices de câncer (NÉRI, 2001).

O câncer de mama é um dos tipos de neoplasia mais comum entre as mulheres e a neoplasia que mais leva o óbito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), afetando características emocionais importantes, como a auto-imagem, a estima e as perspectivas futuras que são questionadas durante todo o processo de tratamento.

Os problemas enfrentados por pacientes com câncer podem ser considerados em quatro grupos: a exposição da doença, os efeitos imediatos da doença e do tratamento, as reações de ajustamento impostas pela mudança de papéis e os problemas sociais e psicológicos preexistentes (AZEVEDO, 1998).

O câncer de mama, além de representar uma ameaça potencial de morte, atinge a representação da feminilidade da mulher, o símbolo da identidade feminina, além de sua função maternal de aleitamento e primeiro contato da criança com o mundo externo. É um órgão erógeno, símbolo do primeiro tempo da feminilidade. Portanto, qualquer ameaça de perdê-lo causa um impacto muito grande no psiquismo da mulher (TOFFANI, VAZ E CARVALHO, 2004).

Em razão do alto índice de mortalidade que o câncer ainda apresenta, apesar de tratamentos e campanhas de prevenção (secundária), a doença é vista como um problema de saúde pública, com dimensão nacional. Apesar de todas as tentativas frente a campanhas de prevenção, esses números não parecem entrar em queda, ao menos por enquanto (INCA, 2004b).

Os processos de saúde-doença sempre estiveram no meu âmbito de interesse pessoal de estudo. Essa temática vem sendo guiada por prática clínica, permitindo a aproximação das teorias com o mundo psíquico real, simbólico e fragilizado que se demonstra nos momentos de adoecimento. O corpo humano deve ser percebido como

normalmente é sentido, como fonte de prazer, mas também de dor. Conduzida pelo desejo de conhecer esse mundo psíquico em seus momentos de fragilização, detive-me a me engajar em hospitais na busca de conhecimentos sobre esse interessante processo de saúde-doença. Pude observar a multiplicidade de fatores intervenientes da doença, bem como a estreita e frágil ponte para a saúde. Esse é um mecanismo complexo, vasto, mas sempre com uma experiência singular, pessoal e intransferível.

Ao longo de toda a nossa vida adoecemos, por diferentes e difíceis causas e situações. Mas a natureza e a dimensão da doença causam determinado impacto na nossa história de vida. Nossa forma de sentir e vivenciar a doença, seja ela qual for, é diferenciada. Essas vivências são individuais, interdependentes e inter-relacionadas. Enquanto para alguns a experiência é vivenciada como desgastante a ponto de entregar-se e sucumbir, há outras pessoas que usam formas defensivas que as mantêm num razoável nível de bem-estar psicológico. Essas experiências são enraizadas nas vivências anteriores, nas nossas relações, nas nossas crenças, mitos e religiosidade.

Buscamos utilizar autores clássicos e pesquisas atuais para verificar a influência de perdas afetivas e sua possível ligação com o câncer de mama. Essa é a neoplasia que mais leva mulheres a óbito no Rio Grande do Sul e no Brasil, ultrapassando qualquer doença. Já existem campanhas de prevenção secundária, porém, não identificamos todos os possíveis riscos para a doença. Devido a isso, torna-se de suma importância o estudo que trata de aspectos psicológicos que podem, talvez, apontar ligações ao processo de oncogênese. Têm-se um estudo dos eventos estressores durante a vida e o risco de câncer de mama (LILLBERG et al., 2003), porém, mesmo sendo um estudo de extrema importância e repercussão, não mostra a realidade brasileira, nem mesmo a mundial.

A partir dessas considerações, essa pesquisa propôs identificar e compreender de perdas afetivas em mulheres antes do surgimento do câncer de mama. Buscamos compreender os sentidos e a representação que essa perda ocasionou no sujeito e como essa perda influenciou a vida da pessoa em relação aos aspectos psíquicos e físicos envolvidos.

Nesta direção, o presente estudo teve como questão fundamental (Problema): Como mulheres com câncer de mama, fibroadenoma e sem nenhuma queixa/suspeita de doença mamária percebem, sentem e enfrentam as perdas afetivas?

Na busca de resposta a esse problema, tivemos como objetivo geral analisar as perdas afetivas significativas anteriores ao desencadeamento do câncer de mama em mulheres em processo de envelhecimento.

Os objetivos específicos foram:

- a) identificar as perdas afetivas ocorridas;
- b) analisar o tipo de perda que foi vivenciada;
- c) caracterizar a reação e percepção da participante frente a perda e analisar os sentimentos envolvidos nessa.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 ASPECTOS FÍSICOS E MÉDICOS DO CÂNCER EM MULHERES

O câncer é denominado por um conjunto de doenças (mais de 100) em que há um crescimento desordenado de células. Esse crescimento é maligno, invadindo células e tecidos, podendo espalhar-se ou não para outras regiões do corpo (metástase). Essas células dividem-se rapidamente, tendo como consequência a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Em contrapartida, o que é considerado um tumor benigno é uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente, raramente sendo considerado risco de vida. Há vários tipos de câncer que correspondem aos tipos de células do corpo onde se inicia a formação de tumores. Além disso, também há a diferença na velocidade de multiplicação das células e na sua capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases) (INCA, 2004b).

Moreira (2000) relata que, quanto ao processo de oncogênese o desenvolvimento do câncer se dá quando há alterações na estrutura e composição do DNA (por exemplo, o que ocorre no BRCA1 e BRCA2 – referentes ao câncer de mama e de ovário), acumulando assim células aberrantes e emergindo populações de células resistentes. Nessas mutações, podem ocorrer 60 a 85% de chances de desenvolver o câncer de mama e ovário durante a vida (MENKE et al., 2001).

O processo de formação do câncer, ou a carcinogênese, se dá, em geral, de forma lenta, passando por alguns estágios antes de tornar-se um tumor (INCA, 2004a). São três os estágios:

– Estágio de iniciação: primeiro estágio, onde as células sofrem influência de agentes cancerígenos provocando modificações em alguns de seus genes. As células encontram-se, então, geneticamente alteradas, mas ainda não há tumor clínico.

– Estágio de promoção: segundo estágio, onde as células já alteradas sofrem os efeitos dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada vai se transformando em maligna de forma lenta e gradual, sempre tendo um contato com o agente cancerígeno promotor.

– Estágio de progressão: terceiro e último estágio. Há uma multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. O câncer já está instalado evoluindo até o aparecimento de manifestações clínicas.

Silva e Zurrída (2000) retratavam a respeito do câncer de mama histórias bastante simbólicas. Citam Galeno, no ano 200 d.C., o qual associa o nódulo presente no câncer à figura do caranguejo. Os vasos sanguíneos são descritos semelhantes às pernas do caranguejo em torno do tumor mamário.

Seu diagnóstico pode ser feito de forma precoce, com o auto-exame das mamas, exame físico e exames de imagem como ecografia, mamografia ou ressonância magnética (TUOTROMEDICO, 2003).

O exame clínico das mamas, realizado por médico(a) ou enfermeiro(as) treinado(a), tem uma sensibilidade que varia de 57 a 83% em mulheres entre os 50 e 59 anos de idade e em torno de 71% na faixa dos 40 aos 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% nas mulheres entre 50-59 anos e 71% a 84% entre os 40-49 anos de idade (INCA, 2004b).

Os fatores de risco mais importantes para o surgimento da doença são: sexo feminino, menarca precoce (antes dos 11 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), nuliparidade, primeira gestação a termo após 30 anos, mãe ou irmã com história de câncer de mama na pré-menopausa, dieta rica em gordura animal, dieta pobre em fibras, obesidade (principalmente após a menopausa) radiações ionizantes, ciclos menstruais menores que 21 dias, etilismo, padrão socioeconômico elevado, ausência de atividade sexual, residência em área urbana e cor branca (INCA, 2004b).

Cerca de 80% dos casos de câncer de mama são do tipo esporádico, ou seja, é gerado por mutações adquiridas ao longo da vida. Alguns fatores parecem aumentar o risco para o desenvolvimento da doença, como a presença da mutação nos genes BRCA1 e BRCA2, já comentados anteriormente (MENKE et al., 2001).

Estágios de extensão

O câncer de mama pode ser estadiado da seguinte forma (TUOTROMEDICO, 2003):

- Estágio 0 (*in situ*) – Carcinoma ductal *in situ*: as células cancerosas encontram-se somente em um tecido lobular da mama e não invadiram a membrana basal, ou seja, não têm capacidade de enviar êmbolos para o sistema vascular. É quase sempre descoberto por mamografia, pela presença de microcalcificações. Seu índice de cura gira próximo a 100%.
- Estágio I: o tumor mede menos que 2 cm e não possui nenhuma extensão para outros tecidos.
- Estágio II: o tamanho é menor que 2 cm, mas há extensão para gânglios da axila, ou quando o nódulo mede entre 2 e 5 cm, sem disseminação para os gânglios da axila.

- Estágio IIIA: o nódulo é menor que 5 cm e se encontra estendido para os gânglios da axila é maior que 5 cm sem disseminação axilar.
- Estágio IIIB: o nódulo se estende aos tecidos que cercam a mama, os músculos do tórax e os gânglios linfáticos.
- Estágio IV: quando as células já se disseminaram a outros tecidos e/ou órgãos (pulmão, fígado, cérebro) e também localmente para os linfonodos supra-claviculares.
- Câncer inflamatório da mama: é um tipo raro de câncer de mama. Esta apresenta um aspecto inflamado, com vermelhidão e calor e modificações na pele (casca de laranja). É um tipo bastante agressivo e se dissemina rapidamente, com comprometimento difuso.
- Recorrente: quando após um tratamento de câncer voltam a aparecer células cancerosas na mama, na parede torácica ou em outras partes do corpo.

Casos especiais (INCA, 2004a)

- Sarcomas: são raros e se disseminam na corrente sanguínea. Originam-se do tecido conjuntivo que existe nos septos do tecido glandular.
- Carcinoma de Paget: manifesta-se como dermatite eczematóide unilateral do papilo mamário.

Para que o tumor atinja o tamanho de 1 cm de diâmetro, são necessários 10 anos, ou seja, 30 duplicações celulares para formar aproximadamente 1 bilhão de células. Estima-se que o tumor duplique de tamanho a cada 3-4 meses. Se não for tratado, desenvolvem metástases mais comumente nos ossos, pulmões e fígado. A partir da palpação, se o paciente não for tratado, geralmente em 3-4 anos ocorre o óbito (INCA, 2004a).

A partir dos 25 anos de idade, o câncer de mama apresenta uma curva ascendente. Entre 45 e 50 anos ocorrem cerca de 20% dos casos diagnosticados e, em média, 15% das mortes por câncer. A partir dos 50 anos de idade, a mortalidade por câncer de mama vem crescendo abruptamente no Brasil (INCA, 2004a).

Há também nódulos de natureza benigna. Os mais comuns são os fibroadenomas e os cistos. Os fibroadenomas têm característica de apresentar-se como nódulo duro e elástico, sólido, não doloroso, móvel à palpação. Não têm potencial de malignização, porém devem ser submetido à confirmação histopatológica, pois alguns tumores podem simular um fibroadenoma. Os cistos são tumores de conteúdo líquido, facilmente palpável, de consistência amolecida, podendo atingir grandes volumes, quase sempre múltiplos e não requerem atenção específica (INCA, 2004a).

Tratamento

Há diferentes combinações de tratamento conforme os estágios anteriormente descritos. São quatro tipos de tratamento: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal. As cirurgias podem ser conservadoras, mastectomia parcial ou radical, de acordo com o estágio e a localização do tumor. No caso de cirurgias conservadoras, indica-se a radioterapia posteriormente. Já no caso de mastectomia radical, essa indicação se acresce de quimioterapia. A terapia hormonal é indicada se há receptores positivos para estrógeno ou progesterona, e a droga mais comumente indicada é o Tamoxifeno (TUOTROMEDICO, 2003).

1.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO CÂNCER DE MAMA

O termo câncer, como mera citação, foi associado à doença pela semelhança desta com o caranguejo, definição essa feita na Europa. Tal qual o crustáceo, o câncer aprisiona

sua vítima até a morte, mesmo porque essa doença ainda é, apesar de toda evolução da medicina, associada ao espectro da morte (BEAUVOIR, 1990).

Há relatos de descobertas de câncer já nos primórdios, encontrados em múmias egípcias e pré-colombianas. O termo *Karcinos* se denota em função das dores semelhante à ferroadas dos crustáceos, e a outra versão é de que a dilatação dos vasos sanguíneos que alimentaria o tumor desenharia algo como as patas do caranguejo (SCHILLER, 2000; SILVA E ZURRIDA, 2000).

Há apontamentos significativos quanto ao surgimento do câncer em relação a eventos de vida. O estudo sugere indícios de que os pacientes com câncer tinham sofrido uma perda de um relacionamento básico, percebido como catastrófico, ou uma perda da própria razão de ser. Outro indício encontrado foi a incapacidade de demonstração de raiva ou ressentimento e sinais de tensão emocional relacionada à morte de um dos pais. Em relação a perdas, incluía a perda de si próprio em busca de amor, que em um estado de desespero negam aquilo que percebiam ser seus verdadeiros *eus* (LESHAN, 1994).

Quando há uma perda de um relacionamento central, pode-se pensar em perdas de sua própria essência, um papel que tinha todo o significado em sua vida, ao qual estava vinculada toda a razão de existir daquela pessoa. Ainda para Leshan (1994), pessoas acometidas por câncer não possuem canais adequados para extravasar suas emoções, juntamente com a incapacidade de demonstrar hostilidade ou ressentimentos diante dessa pessoa, assim como nas doenças psicossomáticas. Essa forma de repressão dos sentimentos alimentam esse o desespero, onde a resistência ao câncer parece enfraquecer. O autor ainda acrescenta três elementos principais do padrão emocional do paciente com câncer: infância ou adolescência marcada pelo sentimento de isolamento, período em que é descoberto um relacionamento significativo e perda daquele relacionamento central. Diante desse

desespero, a vida não desenha nenhuma esperança, e é aí que podem aparecer os primeiros sintomas do câncer. Há um sentimento como de Sísifo, que subia a montanha rolando uma pedra sem saber se chegaria ao topo e com a sensação de que a qualquer momento, mais cedo ou mais tarde, a pedra rolaria ao sopé. O fim de um relacionamento especial só faz com que acreditem ainda mais nisso. É a perda certa, garantida e até mesmo esperada (LESHAN, 1994).

Há algumas referências quanto às questões de perda do controle, bem como o sentimento advindo que poderia estar ligado à piora no bem-estar. Quando há incapacidade para encontrar o canal para extravasar suas emoções, ou mesmo demonstrar o ressentimento e a hostilidade provocados por essa perda, alimenta o desespero, pois pode haver o sentimento de perda de significado da própria vida (GOLDSTEIN, 2000; LESHAN, 1994).

À mesma questão acrescenta-se uma característica importante: os pacientes com câncer parecem ter mais energia emocional do que manifestam. Por isso, fica aí uma qualidade “aprimorada”. Não há formas de expressão dessa energia, há incapacidade em manifestá-las, evitando assim dar vazão a sentimentos, sem permitir que outros saibam ou conheçam seus sentimentos, assim como há dificuldades para demonstrar raiva ou agressividade em defesa própria. “O paciente de câncer possui maior quantidade de emoções do que é capaz de expressar – porém considera impossível recorrer a essa emoção em defesa do eu.” (LESHAN, 1994, p. 62).

A respeito do canal para extravasar as emoções, Leshan (1994) descreve sobre o potencial de auto-realização que temos nos níveis mais profundos, e para que seu potencial se concretize é preciso haver uma saída, esse é o problema. Para pacientes com câncer,

essa saída é negada por eles mesmos, na tentativa desumana de obter amor dos outros, tornando-os o que os outros *desejariam* que fosse.

Em relação ao bem-estar, há modelos teóricos que propõem designá-lo em seis dimensões: a auto-aceitação, as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio sobre o ambiente, a implicação de um propósito na vida, de metas e um senso de crescimento pessoal contínuo (FREIRE, 2000).

Em diferentes estudos realizados, encontram-se muitos escritos sobre a importância do cônjuge. A aceitação em relação à perda do cônjuge facilita o bem-estar, e as mulheres suportam melhor esta perda, talvez por características de personalidade ou pela ligação com os filhos (CAPITANINI, 2000).

Nessa linha de pensamento, outro estudo realizado apresentou a importância do companheiro/marido no enfrentamento do câncer e na remissão do mesmo. Revelou que um dos fatores de possível predição de ajustamento do paciente com câncer é o modo como ele enfrenta sua doença, a manifestação explícita ou implícita de sua doença e se ele possui rede de apoio (BUTTOW et al., 2000).

A ansiedade e a raiva são os sentimentos mais importantes em emoções com respostas fisiológicas. São pessoas que não conseguem manifestar suas emoções negativas, disfarçando mágoas e frustrações; é um estilo repressivo. O mesmo autor coloca que esse estilo pode introduzir certo grau de imunodepressão.

Quanto a imunodepressão podemos nos embasar em Gazzaniga e Heatherton (2005) afirmam que o estresse altera as funções do sistema neuroendócrino e imune, e descobriram que alguns fatores moderam os efeitos do estresse, incluindo novidade,

intensidade e previsibilidade do evento estressor. Para tanto, sugerem importantes colocações sobre o manejo (*coping*) dessas emoções, tratadas em capítulo posterior.

Leshan (1994) ainda acrescenta que há um sentimento que corrói o modo como a dor é percebida: a piedade. Quando há piedade, reforça-se o sentimento de desespero, enfraquecendo sua capacidade para lidar com a situação.

Quando ouvimos o diagnóstico de câncer, a primeira mensagem que recebemos de forma emocional é a linha limiar com a morte. A morte não é somente descrita como única, mas várias, durante todo o processo evolutivo (KOVÁCS, 1992).

O medo da morte está presente no ser humano e torna-se mais presente quando na vida adulta e entra-se na idade madura, quando os planos são de gozar de bons momentos e aproveitar o que foi conquistado (família, aposentadoria, trabalho). Porém, quando há um diagnóstico de doença tão séria, questiona-se tudo o que foi vivido e o momento atual, busca-se incessantemente o por quê de tal sofrimento físico e emocional nessa etapa da vida, depois de tantas dificuldades transpostas.

Como afirma Klüber-Ross (1926) faz-se uso demasiado de mecanismos de defesa psicológica, tais como a negação, para lutar contra o conhecimento da mortalidade, e é a partir daí que observamos mudanças exageradas no uso desses mecanismos. Quando o ser humano se depara realmente com a possibilidade de finitude real, quando a doença é apresentada como real. Usam-se nos estágios seguintes, segundo a mesma autora, a raiva ou revolta, a barganha, a depressão e, por último, a aceitação como defesas psíquicas. Esse último estágio ocorre quando a morte que se aproxima não é considerada inesperada, e o paciente recebeu auxílio nos estágios anteriormente descritos.

O paciente poderá ter exprimido sua negação diante da doença, apresentou sua ira frente àqueles que estão vivos e que não estão sofrendo das dores ou da sufocação que seu destino vem lhe fornecendo; já lamentou a perda iminente das pessoas e afetos que conquistou ao longo de sua vida; bem como contempla seu fim com um grau de maior tranqüilidade, apesar da dor. Para Beauvoir (1990), não é um estágio ligado à felicidade, está mais ligado à fuga e/ou vazio de sentimentos. É como se a dor tivesse terminado, e os esforços superados alcançassem o momento de descanso após longa jornada.

O câncer é suscetível a múltiplos fatores, como fenômenos de estresse, psicológicos, genéticos, ambientais. Ballone e Ortolani (2002) retratam a pessoa com câncer como de personalidade do tipo C, ou seja, uma personalidade com maior predisposição ao câncer; teria traços de negação de experiências traumáticas, suprimindo emoções e tendência à raiva; pode não reconhecer conflitos íntimos, comportamento forçadamente harmonioso, a paciência pode ser desmedida ou dissimulada; e controle rígido de expressões emocionais. Usa como mecanismo de defesa muita repressão e negação. Ainda para os mesmo autores, pode ter sofrido a perda de uma relação importante com dificuldade em expressar esses sentimentos.

1.3 PERDAS SIGNIFICATIVAS EM MULHRES MADURAS

Viscott (1938) afirma que as defesas psicológicas são formadas em nível intelectual. Sendo assim, jamais poderemos ser nós mesmos se não entrarmos em contato com nossos sentimentos, há diferenças na visão de mundo de forma intelectual e “sentir” o mundo. O uso dessas defesas poderá produzir deformações na percepção da verdade, ocorrem “cegueiras, ilusões”, porém, sem alteração real daquela verdade. Explicar tais

sentimentos também não os resolve, pois eles permanecem, é preciso que se aprenda a lidar com eles.

O autor acima se refere aos dois tipos básicos de sentimentos: o positivo e o negativo. O primeiro é direcionado em momentos alegres, ampliando a sensação de bem-estar e causando prazer, trazendo-nos sensações de plenitude; já o sentimento negativo produz o impacto de perda, como a percepção de “pequenas mortes”. Porém, os sentimentos negativos podem ser convertidos em positivos se soubermos a forma de lidar com eles.

O mesmo autor admite que, sempre que existir perdas ou danos em nossa vida sentimos dor, causando, então, um desequilíbrio psíquico e exigindo uma reação energética. Se essa reação for dirigida para o exterior, para a fonte da dor ou para o foco da dor, se expressa então a raiva. Ao contrário, se essa raiva for contida internamente, acaba sendo apreendida como culpa. Esse sentimento, por sua vez, pode ser aliviado pela aceitação e entendimento da raiva inicial. Porém, caso permaneça voltada para o interior da pessoa, ela se aprofundará e tornar-se-á depressão.

Viorst (2002) retrata o surgimento da dor da perda. Inicia referindo que separações graves no começo da vida deixam cicatrizes emocionais no cérebro, já que desequilibra a conexão humana essencial, mãe-filho, que nos ensina a amar. Segundo a autora, só podemos perder algo se amarmos. Frente a perdas, podemos criar estratégias de defesa contra a dor, como a indiferença emotiva ou a necessidade compulsiva de tomar conta de outras pessoas, ou, até mesmo, uma autonomia prematura, usando uma “armadura rígida de adulto autoconfiante” (p. 31).

Além disso, a autora acima refere que o evento estressante da vida – a perda – quase todos nós temos de enfrentar. Mesmo as primeiras perdas citadas anteriormente não são consideradas morte e, sim, separações, são vividas como tal, como a experiência de ser abandonada e reagindo com sentimento de desamparo, culpa, terror, fúria, além de uma tristeza muitas vezes insuportável.

O relevante é a “base”, onde mesmo sendo atingida por perdas e crises de vida, fornece os recursos com que será vivenciado o processo de desligamento da pessoa perdida. Essa “base segura” é oferecida como modelo inicial da formação de vínculos – o ponto de referência estável – a partir da qual é possível experimentar, explorar e viver independentemente, inclusive mudanças, sem abalar o conceito de valor pessoal (BOWLBY, 1989).

O que mais impacta diante das perdas é que não há como amenizar a dor da separação do enlutado e ausência de uma pessoa querida, porque ali há amor e saudade de quem se foi. O que se pode fazer é compreender (ROSA, 1995).

A reflexão sobre perdas não é agradável para o ser humano, principalmente nos tempos modernos, já que diante disso é preciso refletir sobre a vida. Por isso, é necessário nos despirmos das máscaras que usamos e olharmos para dentro de nós mesmos, questionando nossas crenças e nossos pilares de confiança. A dificuldade que temos ao ter que enfrentar e lidar com a perda está relacionada à nossa incapacidade em encarar e lidar com a vida (ROSA, 1995).

Viscott (1938) refere-se a três tipos de perda: a perda de amor ou do senso de ser amado, a perda de controle e a perda da auto-estima: “Quanto mais importante a perda, mais profunda a mágoa” (p. 31).

A mágoa não é somente uma prova de vulnerabilidade, é inerente ao ser humano. Se o ser humano não se permitir estar aberto ao mundo por medo de ser magoado, também evitará o movimento inverso, o da entrada de prazer (VISCOTT, 1938).

Frente a uma perda, segundo Rosa (1995), vão ocorrer alterações físicas imediatas e posteriores, como tensão nervosa, falta de ar, dor no peito, na cabeça e pescoço, falta ou excesso de apetite, diminuição do desejo sexual.

Pode haver também muito sentimento de solidão, de vazio interior. Diante de uma perda, parece que alguns organismos não conseguem se recompor totalmente, afetando profundamente a si próprio (ROSA, 1995).

O sentimento de culpa aparece, muitas vezes, em processos de luto. É uma reação normal frente à dor da perda. Acabamos, em algum momento de nossas vidas, agredindo ou extrapolando sentimentos agressivos com pessoas que amamos, mas, *a priori*, temos tempo para nos desculpar. E quando isso não acontece? E quando acontece uma morte? Ela fecha todas as portas, todas as possibilidades. A culpa quando não resolvida desequilibra-nos e pode-se exteriorizar em forma de sintomas físicos e/ou psíquicos. Para a autora, o sentimento de tristeza não se apaga, ele apenas é guardado, emudecido (ROSA, 1995).

As reações frente ao luto vão ocorrer diferentemente, conforme cada indivíduo. O que poderia ser sentimento de força pode, na realidade, ser real sentimento não exteriorizado, controlado, recusa em demonstrar tristeza e dor. Essas pessoas podem entrar em “colapso” trazendo algumas complicações emocionais ou físicas. Como refere Rosa (1995), “um luto prolongado e não resolvido é um fator que influi no desenvolvimento do câncer, diabete, artrite” (p.29).

Há estudos identificando três tipos de riscos possíveis associados ao surgimento do câncer: estresse, traços de personalidade e hábitos pessoais. Quanto ao estresse, observa-se a vivência de perdas mal elaboradas, reais ou simbólicas, como viuvez, aposentadoria, perda do *status* e de juventude (CARDEIAL, 1981; HULLACK e HULLACK, 1986; NASCIMENTO, 1991).

Há estudos que apontam uma correlação positiva entre fatores psicológicos e a influência do desenvolvimento do câncer (PETTICREW, BELL e HUNTER, 2002), apresentando a repressão emocional e os severos eventos de vida como fortes preditores, além de fatores estressantes (McKENNA et al., 1999), e alguns desses realizados sob a ótica metodológica qualitativa (BUTTOW et al., 2000; GERITS, 2000).

Em estudo de coorte realizado na Finlândia, em 2003, verificou-se que o aspecto de perdas emocionais era suficientemente impactante para predispor ao adoecimento por câncer. Eventos de vida estressantes aumentam o risco de desordens mentais, infecções, doenças cardiovasculares, câncer, asma e artrite reumatóide. Nesse estudo, foram examinadas 10.808 mulheres e utilizados dois questionários específicos: um inventário de eventos de vida e a Escala de Holmes e Rahe, de 1967, sendo analisados o número total de eventos de vida, a magnitude destes, bem como os mecanismos biológicos da maioria e os eventos de maior impacto. Divórcio/separação, morte do marido, morte de parente próximo ou amigo são eventos individuais de maior prioridade, segundo esse estudo. O divórcio mais que dobraria o risco de desenvolver o câncer, e a perda por morte do marido dobraria as chances, enquanto que a perda de um parente ou amigo próximo chegaria a aumentar os riscos em até 40%. Além disso, a perda do emprego pode fazer com que as probabilidades de desenvolver o tumor aumentem 20% (LILLBERG et al., 2003).

Em estudos citados por Gazzaniga e Heatherton (2005) apresentam a questão do apoio social como um fator bastante importante para lidar com o estresse. Casamentos perturbados, pessoas em processo de divórcio ou de luto, relacionamentos com demonstrações de afeto hostis teriam sistemas imunes comprometidos. Dessa forma, referem que o apoio social serviria para diminuir o estresse global e os efeitos produzidos por esse. Entretanto, o apoio social deve ser visto como expressões de interesse e disposição para com o outro, bem como, deve-se deixar claro que o apoiador se importa realmente com a pessoa que está sendo apoiada.

1.4 ADULTEZ E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Poderíamos iniciar esse capítulo com um enigma: Havia em Tebas uma esfinge, metade leão, metade mulher, que propunha um enigma, e aos viajantes que não decifravam seu destino era ser devorado pela mesma. Seu enigma era: “Quem é que, dono de uma única voz, tem ora dois, ora três, ora quatro pés e é tanto mais fraco quanto mais pés tiver?” “O homem, que engatinha quando bebê, anda sobre dois pés na juventude e usa bengala na velhice”, foi a resposta correta dita por Édipo, logo após assassinar o pai para entrar na cidade de Tebas (SCHILLER, 2000, p.24).

A imortalidade e a eterna juventude sempre foram utopias do ser humano. A eterna juventude e sua viscosidade estão relacionadas à felicidade plena. A mitologia está repleta de seres imortais ou de grande longevidade. Pensadores e cientistas, como Aristóteles (384-322 a.C.) e Galeno (129-199 a.C.), acreditavam que as pessoas nasciam com certa quantidade de calor interno que iria se dissipando com o passar dos anos, considerando então que a terceira idade era o período final dessa dissipação de calor. Aristóteles chegou a sugerir em cunho científico o desenvolvimento de métodos que evitassem a perda de

calor para prolongar a vida. Hipócrates comparava o envelhecimento (pessoas com mais de 50 anos) ao inverno, ou seja, ao pouco calor (AZEVEDO, 1998).

Há alguns conceitos sobre o envelhecimento que estão ligados às perdas nas funções normais que ocorrem após a maturação sexual e continuam até a longevidade máxima. São citadas algumas teorias vistas como um relógio biológico, em que haverá algum evento químico ou físico em algumas moléculas que irão determinar o processo inicial de envelhecimento e conseqüentemente morte (HAYFLICK, 1997).

O envelhecimento assusta por sua proximidade com a morte, por isso, o homem cria lendas e mitos em busca da imortalidade. Há várias citações sobre a busca constante do homem e da sua imortalidade (MORIN, 2000). O diferencial entre os teóricos são as diferenças de quem afirme que o que o homem procura não é a eternidade, e sim sua juventude, força e não a velhice. Retrata a vivência do pensamento infantil e onipotente frente à morte comparado ao pensamento adulto. Afirma que não somente a criança sente a morte como algo reversível, mas os adultos, muitas vezes, em seus processos de luto, em seu imaginário, caracterizam a morte como tal, bem como o elemento culpa. A vivência do desejo de morte está implícita em nosso inconsciente, a ponto de que, quando isso acontece, nosso sentimento de onipotência surge e, com ele, a questão da culpa. Racionalmente, sabe-se que não é assim, mas o emocional do adulto registra assim (KOVÁCS, 1992).

O temor frente à morte está presente desde a tenra infância. Os escritos de Freud já relatavam esse temor, essencialmente da mãe, a perda do amor, a angústia de castração e essa angústia face ao superego. Por isso, inconscientemente, a morte não existe; por mais que a aceitemos, temos a ilusão de que ela jamais ocorrerá. Colocamo-nos como espectadores dela e não coadjuvantes ou personagem principal, sempre há uma porta

aberta, um fio de esperança e isso é de extrema necessidade (EIZIRIK, POLANCZYK e EIZIRIK, 2001).

A morte está muito próxima do pico da vida, pois, quando se atinge o êxtase da vida, uma grande conquista, pode acontecer mortes, algo bem visível na faixa etária adulta (KOVÁCS, 1992).

Pode-se caracterizar o envelhecimento como processo biológico, psicológico e social que modifica sua relação com o tempo. O mundo e a realidade não são mais os mesmos para a pessoa em idade madura. Sua *performance* física, social e psíquica já não é igual (BALLONE, 2000).

Para Néri (2001) os estágios do desenvolvimento são de origem sociogenética, e não de origem ontogenética, pois a sociedade constrói cursos de vida através de normas para os diferentes eventos de natureza biológica e social. Alguns desses eventos são mais previsíveis (climatério, menopausa); outros são relativamente previsíveis (casamento, filhos). Em torno desses eventos circunda tarefas evolutivas, o desempenho dos papéis sociais. Os eventos não previsíveis são os que poderiam ser vividos como crises, pois não há preparação para enfrentá-los.

O envelhecimento é um termo que, embora associado à idade cronológica, vem recebendo maior ênfase na sua operacionalização do que rigor conceitual. Isso vem da dificuldade de conceituar velhice e definir seu início, pois envolve um processo multideterminado (MATTOS et al., 1998).

O processo de envelhecimento é visto por muitos como um processo de mudanças biopsicossociais que ocorrem durante a vida (FREIRE, 2000; PAPALIA e OLDS, 2000).

Existem algumas teorias do envelhecimento classificadas como evolutivas e não-evolutivas. As evolutivas partem do pressuposto de que o envelhecimento e a longevidade são determinados evolutivamente; já as não-evolutivas acreditam que esse processo seja causado em decorrência do acúmulo e/ou desgaste em fases anteriores e/ou ao longo da vida (HAYFLICK, 1997).

Quanto aos traços de nossa constituição que se tornam mais marcantes com o envelhecimento, conclui-se que, quanto melhor tenha sido a adaptação da pessoa à vida em idades pregressas, melhor será sua capacidade de adaptação na velhice (BALLONE, 2000).

Para alguns desses teóricos, o conceito de bem-estar psicológico envolve auto-aceitação, relações positivas com outros, autonomia, domínio sob o ambiente, implicação de um propósito na vida, metas e um senso de crescimento pessoal contínuo (ERBOLATO, 2000). A questão da auto-estima é apresentada sob o foco de que se começa a formar essa característica muito antes da idade adulta, ainda na infância, porém, há fatores que influenciam numa avaliação positiva durante o envelhecimento. Esse processo primário de auto-avaliação nos leva a forma como conduziremos nossa vida, objetivos e capacidades de enfrentamento de situações, atingindo assim, nossa forma de relacionamento interpessoal. Por isso, nosso julgamento depende de nossa integridade egóica (ERBOLATO, 2000).

Há ainda possíveis ligações entre o bem-estar e as características de controle. Goldstein (2000) afirma que a perda de controle poderá associar-se a problemas de estima, redução do bem-estar e depressão. O controle pode estar relacionado a situações do ambiente e/ou aspectos internos.

O processo de envelhecimento é visto como subida de montanha, com muitas dificuldades e obstáculos, e, quando se chega ao cume (na idade adulta), é possível se observar a beleza ao redor, bem como as dificuldades e gratificações frente ao conquistado. Começa-se então o processo de descida, já que não se pode permanecer no cume o tempo todo, caso contrário seria estagnação. Começa-se a fazer o balanço e rever caminhos antes cruzados ou atravessados e que, na descida, é preciso que se revisem. A morte antes projetada nos outros, nos mais velhos, enfim, fora da ordem pessoal, começa a ser vista de forma mais próxima e real, até mesmo por perdas de parentes próximos (BUTTOW et al., 2000).

Talvez aí esteja uma das respostas do por que há tanta angústia em relação ao envelhecimento, pode ser o medo da morte, que cada dia fica mais próxima, mesmo podendo viver ainda mais 20 ou 30 anos, mas são dias a menos. O aproveitamento da vida até o seu final é como algo grandioso e belo, desde que vivido com sabedoria (BUTTOW et al., 2000).

Já a partir da meia-idade, ou do estágio de generatividade *versus* estagnação, há a preocupação protetora das gerações e instituições sociais, estabelecendo e orientando as gerações seguintes. Há uma virtude muito relacionada a essa fase, que é o cuidado, e a identidade reflete na liderança e partidarismo *versus* abdicação da responsabilidade, referindo que uma falha nessa generatividade pode significar estagnação pessoal (ERIKSON, 1998). Iniciam-se aí as tarefas evolutivas de aceitação do corpo que envelhece, manutenção da intimidade, reavaliação dos relacionamentos, redefinição nos relacionamentos com filhos e com seus próprios pais, aceitação da limitação do tempo e da própria morte e conseqüente preparação para velhice. É uma fase em que se inicia um reconhecimento da finitude humana, reavaliando então aspectos da vida e buscando manter

e integrar estruturas já conquistadas. Podem ocorrer crises ou rupturas quando há a necessidade de estabelecer tais estruturas, abdicando muitas vezes de sonhos e/ou fantasias mais ambiciosas. Há uma ilusão de que pode ser a última chance. Enfrentar essa crise com alguma patologia pode conferir uma difícil tarefa de perceber limitações de tempo e encarar a própria morte (MARGIS e CORDIOLI, 2001).

A palavra *maturum* é apresentada por Griffa e Moreno (2001) para referir pessoas que chegaram a um ponto do qual podem se beneficiar.

A fase da maturidade é muito mais imprecisa que a adolescência ou a velhice declarada. Ela é um estado de equilíbrio, inclusive de mudanças e razoável equilíbrio biológico. Porém, esse “silêncio orgânico” pode ser bastante temporário e é um tanto quanto heterogêneo (HELLER, 1954).

A meia-idade também é considerada um período de reavaliação e revisão de vida, por isso, bastante estressante, segundo Papalia e Olds (2000).

Autores do modelo de crises normativas, como Jung (1953, apud PAPALIA e OLDS, 2000), colocam que é um período de maior interiorização. É preciso abandonar a imagem da juventude e adotar um estilo de vida mais adequado, reconhecendo a finitude da vida. Mesmo sendo um momento de estresse, é necessário para uma adaptação saudável.

Sob esse prisma, Griffa e Moreno (2001) afirmam que a vida adulta média é marcada por uma capacidade de concentração, perseverança e resistência, com predomínio da estabilidade, profundidade e sossego. Em contrapartida, também há uma crise, denominada de crise da meia-idade, em que é preciso elaborar o luto por sua juventude perdida, pelas metas que não pôde ou não serão alcançadas, conscientizar-se de que

algumas dessas metas jamais serão alcançadas, implicando aceitar sua finitude e podendo, então, haver um questionamento do sistema de valores.

Esse questionamento também é citado por Levinson (1978, apud PAPALIA e OLDS, 2000), quando apresenta sua teoria dessa fase como questionamento, reavaliação, realização e preparação para a etapa de vida seguinte, para a velhice.

Heller (1954) acrescenta nessas idéias a concepção de que é um momento de vida de plena fecundidade social. O autor cita Manuel Mounier, referindo que “o mal da juventude é fugir da adaptação, o mal da maturidade é de nela se enterrar viva e de matar, com a expectativa de porvir, que é uma condição de vida, o próprio gérmen da vida” (p. 127).

Para Erikson (1998), o adulto é um sujeito altamente cuidadoso/amoroso, com grande intuito de tomar conta ou importar-se com alguém/algo, além de expressões como esperança e fidelidade como às forças humanas ou qualidades de ego que emergem de fases anteriores para essa fase, além das teorias postuladas anteriormente.

A respeito do processo de envelhecimento e sua correlação com a morte, apresentando o envelhecimento como um processo longo que ocorre desde o nascimento, Kovács (1992) discute a questão de vida e morte como parte de um mesmo conceito. Sempre que há uma transformação interna, subjetiva, morremos, algo em nós morre na sua individualidade. Para alguns autores, o medo da morte não caminha com o passar do tempo ou com a idade. Aos 20 anos, uma pessoa pode ter muito mais medo da morte do que quando ela estiver aos 70 anos. Os paradigmas que instauram o medo também retratam uma face da velhice com infelicidade.

Há uma adequação comportamental e, se possível, até mesmo cognitiva e afetiva para os idosos, ou mesmo pessoas adultas. Não são mais permitidos ou aceitos determinados comportamentos em função da idade. Isso é uma questão sociocultural. É preciso lembrar questões de aceitação do envelhecimento em sociedades primitivas, ou em determinada sociedade. Há a valoração da sabedoria (KOVÁCS, 1992).

Entretanto, há uma diferença do reconhecimento da maturidade para o homem e para a mulher. Para ela, “envelhecer não é só seu destino [...] é também sua vulnerabilidade [...]..como o carvalho que recusa curvar-se à força da tempestade, são facilmente abatidos por qualquer alteração na sua saúde, no estado conjugal ou na carreira” (VIORST, 2002, p. 275-277).

1.5 CORPO

Vários trabalhos na área da psicologia (FONSECA, 1985) afirmam que o corpo é o lugar onde o ser humano vive todas as experiências consigo mesmo e com o mundo. Por isso, doenças como o câncer de mama podem acarretar mutilação, além de alterar a estrutura espacial corporal e atingir a conotação sexual do órgão.

Freud (1923-1925) já dizia que o ego era primeiramente um ego corporal, não simplesmente uma entidade de superfície, mas ele próprio a projeção de uma superfície.

Na perspectiva psicanalítica, o corpo é além da anatomia e/ou fisiologia, toda a auto-imagem é fornecida pela imagem corporal, formando a identidade.

Para Schilder (1981), a imagem corporal é constituída através do corpo em contato com a realidade externa, onde, a partir daí, serão realizadas vivências aceitas ou rejeitadas.

O corpo é integrado com a subjetividade pessoal. É algo imaginado, simbolizado, vivido, construído e reconstruído com outros seres humanos, por isso é considerado um corpo historicizado, repleto de história. Corporeidade e subjetividade são integradas (CARDOZO, 2002).

Tofani, Vaz e Carvalho (2004) afirmam que o câncer de mama envolve duas representações: a mama como símbolo de maternidade e feminilidade. E especificamente, o câncer como uma doença socialmente significada, atingindo o âmbito pessoal, o ser saudável.

Outro aspecto a considerar é a representação do órgão atingido. Há a simbologia dos seios em nossa cultura como símbolos de beleza, feminilidade e fertilidade. Há aspectos nutritivos e estéticos ligados à maternidade e à feminilidade. Os seios e os mamilos são fonte de prazer feminino e compõem o quadro inicial dos relacionamentos mais íntimos. É um importante órgão de prazer e de estimulação para a realização do ato sexual (SALGADO, 2001).

Os seios estão relacionados também como a segunda ligação mais importante com o maternal; além das questões de prazer e sexualidade/feminilidade, temos também a sua interpretação com a proximidade, com aspectos afetivos mais próximos (DAHLKE, 1996).

1.6 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DAS PERDAS NO DECORRER DO CICLO VITAL

Para Ballone e Pereira Neto (2002) as células do sistema imunológico encontram-se sob uma complexa rede de influência dos sistemas nervoso e endócrino, onde agem

neurotransmissores e hormônios. Esse sistema parece explicar algumas oscilações emocionais de pessoas com importantes patologias como o câncer.

A derivação da palavra *coping* vem do verbo *to cope* , que significa lutar, competir, enfrentar (MICHAELIS, 1993). Dessa forma, no entendimento de Lazarus e Folkman (1984) *coping* corresponde à forma como o indivíduo administra demandas de relação pessoa/ambiente que são avaliadas como estressantes e também as emoções que elas geram. Considera-se então como estratégia e vincula-se a ações deliberativas. Dessa forma, o *coping* pode ser apreendido, adaptado e usado a cada situação. Ele está associado a um estímulo no qual o organismo tenta se adaptar a fim de manter a integridade pessoal, tanto física quanto psíquica.

Folkman e Lazarus (1980, citados por SAVOIA, 1999), numa perspectiva cognitivista, propõem os modelos de *coping* : focalizado no problema e focalizado na emoção. No primeiro, o *coping* está centrado no problema e na sua resolução. O *coping* focado na emoção corresponde a estratégias derivadas de processos defensivos, fazendo com que o indivíduo evite confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação. Ele busca modificar o significado da situação, não importando se de forma realista ou com distorção de realidade.

Podemos também, fazer uso de outras formas de entendimento. Segundo Moos (1998), podemos dividir as estratégias em formas ativas ou de aproximação e em formas de evitação. A primeira referindo-se a esforços cognitivos ou de conduta para manejar diretamente o evento estressante. A outra denominada de evitativa, consiste em não confrontar-se com o problema ou, na redução da tensão através de condutas de fuga.

Lazarus e Folkman (1984, citados por SAVOIA, 1999), já afirmavam as diferenças entre função e conseqüências do *coping*. Uma relaciona-se ao propósito da estratégia, e a outra, ao efeito produzido pela mesma. Porém, a conseqüência não resulta necessariamente naquilo que é devido e esperado, pois sofre influências no decorrer da estratégia.

Entretanto, é importante salientar que os autores referem-se aos mecanismos de defesa, de forma a não poderem ser considerados como estratégias de *coping*, e, além disso, a somatização é vista como resultado do esforço de *coping*, e não como estratégia. A função do *coping* é reduzir o estresse. Outra importante diferenciação é entre estilos e estratégias de *coping*. O estilo está relacionado a características de personalidade ou a resultados, enquanto as estratégias referem-se a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de estresse (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998).

Historicamente, o *coping* foi estudado principalmente por três gerações de pesquisadores com grandes diferenças epistemológicas. Inicialmente, a psicologia do ego postulou o *coping* como a forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos e, posteriormente, com eventos externos e ambientais. Estava concebido mais como algo estável, na relação saúde *versus* psicopatologia. Posteriormente, na década de 1960, uma nova tendência começou a enfatizar o *coping* como processo transacional entre pessoa e ambiente, sendo a ênfase tanto no processo quanto nos traços de personalidade. Mais recentemente, questiona-se esta colocação, pois há evidências de que fatores situacionais não explicam toda a variância de estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998).

Quando se pensa em estratégias de enfrentamento ou *coping*, conceituam-se como habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptações. O *coping*

é definido como todos os esforços de controle, independente das conseqüências; é a resposta propriamente dita ao estressor (*distress*). As concepções de *coping* são amplas e bem variadas na literatura, porém com pouca quantidade de instrumentos construídos, principalmente no Brasil (SAVOIA, 1999).

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) referem que o *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre indivíduo e ambiente e tem como função a administração de uma situação estressora, ao invés de controle ou domínio desta. O processo de *coping* pressupõe avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e representado cognitivamente para o sujeito, a forma pela qual o sujeito emprega esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas e externas de sua relação com o ambiente. Essa ação direta busca eliminar ou diminuir os efeitos do estressor, tendo também os mecanismos defensivos que se referem ao uso de uma opção de defesa psicodinâmica, como o suporte social (DRESSLER, 1980).

Gazzaniga e Heatherton (2005) citam um estudo realizado por Folkman e Moskowitz (2000) em que além da forma de manejo, haveria também uma estratégia de forma que as pessoas usassem pensamentos positivos no enfrentamento do estresse. Isso seria a reavaliação positiva, na qual as pessoas focalizariam aspectos positivos daquela situação, seja ela qual for, como quando a pessoa se compara com outras em piores situações ou encontra a beleza em eventos comuns. Isso, juntamente com o *coping* focalizado no problema, daria as pessoas um certo senso de controle sendo essencial para um *coping* bem sucedido. Discutem se o manejo focado no problema ou na emoção seria o mais adequado, Depois de muitos acontecimentos catastróficos que vem ocorrendo nos últimos tempos, percebeu-se que a melhor maneira de lidar com o estresse depende dos recursos pessoais e da situação.

Em um estudo sobre estratégias de *coping*, entre pacientes com câncer de mama e pessoas sem doenças, no enfrentamento, surgem características como isolamento, aceitação passiva, procura por suporte social, surgimento de pensamentos esperançosos. Pacientes com câncer podem tender a não demonstrar responsabilidade sobre a doença, na tentativa de afastar a culpa, a baixa-estima e o distanciamento social, demonstrando, dessa forma, uma não responsabilidade pela sua própria vida (PETTICREW, BELL e HUNTER, 2002).

2 MÉTODO

A opção de determinada metodologia para pesquisa é feita em função de sua concepção teórica e do objeto de estudo em si.

Dessa forma, optou-se pela metodologia qualitativa, transversal e descritiva, para se ter um melhor alcance de investigação e análise dos objetivos definidos anteriormente. A abordagem qualitativa explicita diferentes níveis de abordagem da realidade, incorporando a questão do *significado* e da *intencionalidade* sendo inerentes aos atos e relações. Não há como compreender as relações e as ações humanas independentes de seu significado. O homem é visto em sua complexidade. Trabalha-se com complexidade e diferenciação permitindo o antagonismo, os conflitos e as relações de múltiplos ângulos. A construção do conhecimento se dá em nível de profundidade, segundo Minayo (1998). Para a autora, o fenômeno indica a essência e a esconde; e sem compreensão do fenômeno em suas manifestações, a essência seria inatingível.

2.1.1 Participantes

Participaram do estudo dezoito (18) mulheres, com idade entre 40 e 55 anos, em atendimento no Centro de Mama do Hospital São Lucas da PUCRS. Foram divididas em três grupos pareados por nível socioeconômico, escolaridade e idade, dispostos da seguinte forma:

- seis mulheres com diagnóstico de câncer de mama;
- seis mulheres com diagnóstico de fibroadenoma;
- seis mulheres sem nenhuma queixa ou suspeita mamária.

Esse último grupo adveio de rede de relações sociais da pesquisadora. Nos dois primeiros grupos, as pacientes possuíam o diagnóstico em questão, em média, de dois meses a dois anos.

Todas as participantes eram casadas, em média com dois filhos cada. Quanto aos aspectos sócio-econômicos, todas as participantes eram de classe média baixa.

2.1.2 Procedimento de coleta de dados

Para se chegar às entrevistadas, seguiu-se o critério de seleção via prontuário médico, classificando-as de acordo com sua faixa etária e o diagnóstico, bem como via apresentação espontânea nos casos de não haver patologia, sempre enquadrando nas questões etárias. O estudo foi desenvolvido no Centro de Mama da PUCRS, localizado no Hospital São Lucas da PUCRS, em Porto Alegre/RS, onde são realizados atendimentos ambulatoriais médicos, bem como exames de rotina, complementares e complexos, a pacientes provindos de todo o estado do Rio Grande do Sul.

Usou-se entrevista semi-estruturada, com várias questões ficadas em aspectos de definição de perfil, além de estabelecimento de um rapport. Entretanto, muitas dessas questões não foram analisadas, por não demonstrarem resultados significativos, além de se tratar de um foco voltado a aspectos físicos. As questões que avaliamos foram: (ANEXO I)

- Como tem sido tua vida nos últimos anos?
- Houve alguma perda significativa nos últimos anos?

A estas questões foram acrescentadas outras que foram julgadas necessárias para maior detalhamento do foco do estudo.

Para este trabalho nos deteremos na análise da última questão: Houve alguma perda significativa nos últimos anos?

As entrevistas foram realizadas individualmente, de modo a proporcionar intimidade e um ambiente de profunda confidencialidade. Essas entrevistas tiveram a intenção de explorar a atitude e o conhecimento da pessoa, além de seus sentimentos e convicções a respeito da situação em específico (ZIKMUND, 1985).

Para a realização das entrevistas, seguiram-se os seguintes passos:

- Inserção no Centro de Mama da PUCRS, a fim de integrar-me a equipe de atendimento;
- Acompanhamento de discussões a respeito do diagnóstico e prognóstico das pacientes, bem como assimilação de conceitos e nomenclaturas do campo clínico para leitura dos prontuários;
- Acesso aos prontuários para definição do foco: idade, diagnóstico e detalhamento clínico;
- As participantes do grupo com patologias mamárias foram entrevistadas após atendimento médico;
- As entrevistas foram gravadas após o consentimento informado da paciente e sua transcrição realizada na íntegra, perfazendo uma média de uma hora cada encontro;
- Antes de iniciar a entrevista, detalharam-se os objetivos e a finalidade da pesquisa, bem como foi examinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo II), especificando o compromisso de respeito e confidencialidade dos dados, assim como assegurada a liberdade de desistência

do participante a qualquer momento da entrevista. Após a aprovação das pacientes, inclusive para a transcrição com uso de nome fictício, forneceu-se o TCLE para que se pudesse fazer a assinatura de ambos, pesquisador e pesquisado;

- A pesquisa foi iniciada e realizada com dezoito mulheres: doze delas advindas do Centro de Mama da PUCRS e as outras seis mulheres externas, sem nenhuma queixa ou patologia relacionada à mama, advindas da rede de relações da pesquisadora.
- A pesquisa foi realizada entre maio e outubro de 2003.

2.1.3 Questões Norteadoras

As questões a serem descritas de forma relatada foram perdas afetivas significativas sofridas anos antes do diagnóstico do câncer de mama. Essas perdas afetivas significativas podem ser descritas por:

- Perdas emocionais/amorosa: ocorrida por morte e/ou separação de membros familiares e/ou amigos próximos;
- Perdas sociais: perda de emprego e/ou substituição de emprego considerado pelo sujeito como de menor importância, período anterior à aposentadoria ou aposentadoria em si;
- Perdas econômicas: grande diminuição do fluxo de dinheiro/bens circulante na família.
- Sentimentos envolvidos nas perdas.

As variáveis foram identificadas a partir da compreensão e interpretação das respostas das questões abertas.

2.1.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi avaliada e aprovada pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS.

2.1.5 Procedimento de análise de dados

No que se refere a questão aberta do roteiro de entrevista, os dados levantados foram trabalhados de forma qualitativa, buscando-se a compreensão e a interpretação das convergências entre os três grupos do estudo e entre as participantes em sua singularidade.

Os dados analisados constituíram-se em cerca de 72 páginas transcritas a partir de dezoito entrevistas individuais. Na análise dos dados emergiram categorias das falas das entrevistadas, o que exigiu várias leituras e releituras, utilizando a análise de conteúdo de Bardin (1977).

A Análise de Conteúdo caracteriza-se primordialmente, por reorganizar o material bruto a partir de elementos extraídos das entrevistas, classificando elementos pertinentes ao texto em diferentes categorias (BARDIN, 1977).

Para esta pesquisa, buscaram-se elementos indicadores por meio da fala das entrevistadas que pudessem especificar sentimentos em relação à perda. O tratamento

qualitativo foi desenvolvido em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

Considera-se a pré-análise o primeiro contato com o material por meio de uma leitura flutuante. Há o reconhecimento do material depois de repetidas leituras. Extraem-se daí observações pertinentes ao tema ou que se apresentem comum nas entrevistas, assim como contradições, repetições e características relatadas, além de outros. Explorando o material, chegou-se a categorias temáticas assim descritas: A) posicionamento frente à vida; B) posicionamento frente à vida depois do câncer de mama; C) perdas; D) concepção do adoecimento; E) apoio; F) relacionamento conjugal; G) relacionamento familiar; H) diagnóstico/tratamento; I) futuro pré-destinado.

Para se chegar à essência dessas categorias, usaram-se os critérios da homogeneidade, exaustão, exclusividade, pertinência e objetividade (BARDIN, 1977). Este momento foi de extrema exploração do material bruto, buscando recortes em unidades de significado, agrupando por semelhança. Optei por usar canetas coloridas para diferenciar as categorias, estabelecendo, então, uma cor para cada categoria, seguindo os critérios antes expostos. Houve várias revisões da classificação estabelecida, chegando-se a:

Categoria 1: Posicionamento frente à vida

Percepção da entrevistada sobre a sua vida

Subcategoria: Posicionamento frente à vida após o câncer de mama/fibroadenoma

Percepção da entrevistada sobre a sua vida

Categoria 2: Perdas

Todos os tipos de perdas vivenciadas pelas pacientes investigadas; há quanto tempo ocorreram; qual era, na época, o significado do que foi perdido; como se sente atualmente frente a essa perda

Categoria 3: Concepção do adoecimento

A que ela atribui à doença; que fatores poderiam ter influenciado no surgimento da patologia

Categoria 4: Apoio

Quais as pessoas de apoio com que a paciente pode contar e/ou que tipo de apoio lhe é fornecido quando há necessidade

Categoria 5: Relacionamentos

Subcategoria: Relacionamento conjugal

Forma de relação estabelecida pelo casal e, principalmente, pela entrevistada

Subcategoria Relacionamento familiar

Forma de relação familiar existente; como a entrevistada se posiciona na família; que papéis assume

3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir, é destinado um tópico para cada categoria analisada. Dessa forma, há declarações textuais das entrevistadas acrescidas de discussão a partir do referencial teórico e observações pertinentes. Os nomes utilizados são fictícios, mantendo dessa forma o sigilo estabelecido com as participantes. Como a pesquisa ocorreu com três grupos distintos de seis participantes cada – um grupo sem nenhuma queixa/suspeita mamária (GSQ), um grupo formado por entrevistadas com fibroadenoma (GCF) e um grupo de entrevistadas com câncer de mama (GCA) –, durante a análise utilizarei essas iniciais para diferenciar a análise dos grupos.

Categoria 1: POSICIONAMENTO FRENTE À VIDA

Esse posicionamento é muito presente na fala do GCA. A dificuldade de falar, de expor seus sentimentos/sofrimentos, de se posicionar de forma mais incisiva, crítica, essa exposição parecia ser algo “impossível” de ser realizado.

“ guardei muito,..., sofri ” (Maria);

“ eu sofria,..., calada e sozinha ” (Ana);

“ nunca precisei ” (Lia);

“ não descontro, não brigo,... ” (Júlia);

“ alguma coisa magoa as vezes, mas aí, deixa pra lá... ” (Júlia);

“ eu escolhi ” (Maria).

Podemos observar nos relatos acima que referem o posicionamento frente a vida usando verbos passados, como é o caso de Maria, Ana e Lia. Elas referem como eram nos seus relacionamentos, no seu cotidiano com filhos, marido, familiares, amigos...

Diferentemente do GSQ, este grupo refere com desprazer e sofrimento momentos de sua vida e posiciona-se criticamente até para com suas próprias condutas.

“me sinto na obrigação de fazer as coisas” (Sueli);

“me sinto culpada por certas coisas” (Patrícia);

“só sei administrar certos momentos porque fazia terapia na época” (Heloísa);

“eu queria sair de lá onde eu tô, mas...” (Elis);

“não me afeto, não entro em desespero...” (Cíntia).

Nesse grupo, observa-se relatos marcados por sentimentos menos velados, mais expansivos e críticos.

Já o GCF posiciona-se de forma submissa e passiva, observada pelas seguintes falas:

“vai fazer o quê?!, tem que levar” (Paula);

“nunca precisei, nunca pedi” (Melissa);

“tava muito esgotada e fiquei com esse problema” (Francisca).

Evidencia-se um posicionamento de retração e espera por algo maior e uma profunda solidão e apatia, por acreditar que isso precisa ser assim. Em momento algum elas referem alguma solução para os seus problemas,

Nos relatos o que fica evidente é a diferença com que as participantes se posicionam frente à vida. O GCA não expõe os sentimentos, parecerem “engolir” tudo, os sentimentos são completamente velados. O GCF se posiciona um pouco mais, porém de forma passiva, como se não pudesse tomar conta da própria vida. E o GSQ demonstra-se mais crítico, os sentimentos são relatados e revividos no relato.

Subcategoria: Posicionamento frente à vida após do câncer de mama/fibroadenoma

Nesse caso, pode-se observar essa categoria somente nos grupos das pessoas que tiveram câncer e/ou fibroadenoma. Essa categoria é observada nas seguintes falas:

“ninguém quer deixar ele impune,..., o que se faz aqui é descoberto aqui” (Melissa – GCF, referindo-se a situação enfrentada pelo assassinato da mãe, com suspeita de ter o irmão como mandante);

“desde que fiquei doente eu comecei a sair, pensar mais em mim” (Júlia – GCA, relata o processo de doença, o enfrentamento da vida de forma apática e depois do adoecimento, começa a preocupar-se consigo);

“voltei a estudar para poder me ocupar” (Ana – GCA, inicia a preocupação para consigo e seus interesses).

As diferenças entre os dois grupos citados foi que o GCA parece reconhecer e retomar a própria vida, enquanto o GCF parece iniciar um comportamento mais ativo do que o anteriormente relatado frente às dificuldades e problemas. Houve pouca diferença perceptível, o que se pôde reconhecer é que, depois da doença ou do fibroadenoma, as mulheres parecem ressurgir para a própria vida.

Categoria 2: PERDAS

As perdas puderam ser identificadas nos três grupos. Elas ocorreram em tempos diferenciados, com grau de importância e sofrimento diferenciado.

No GCA podem-se observar perda do emprego, perda da infância, perda da auto-estima e confiança, por morte e perda financeira. Observa-se isso nas seguintes falas:

“a gente não pode trabalhar,..., ninguém dá emprego” (Sandra, referindo que o câncer parece ter impossibilitado de retorno ao trabalho, por temor a forçar os braços);

“meu marido não aceitou o namoro da minha irmã, criou um monte de atritos familiares,..., eu acabo sofrendo muito com isso” (Ângela, referindo ao ciúmes do marido para com a cunhada e isso, afetando o relacionamento com ela);

“quando eu era criança não tinha nada pra me preocupar,..., não tinha problemas,..., chorei porque não queria fazer 10 anos, aquilo me incomodou” [por estar crescendo] (Maria, lembra-se desse momento com muito pesar);

“quando perdi a minha nora..., eu senti,..., tinha ela como filha” (Sandra);

“foi uma perda bem ruim” [perda da avó] (Maria);

“me marcou muito, eu chorava todos os dias” [perda do pai há 7 anos] (Júlia);

“foi uma perda bem,..., ah, mudou a nossa vida” [perda da irmã] (Maria);

“foi um choque perder os dois, mas ao mesmo tempo foi um alívio porque eles estavam passando muito trabalho, ... foi muita coisa” [perda dos pais há 20 anos] (Lia);

“a morte da minha mana, ..., meu irmão e depois o pai” (Ana);

“eu cheguei em casa e os ladrões tinham roubado tudo o que eu tinha..., tive que ir pra casa dos meus pais” (Maria);

Nesses relatos observamos que há somente a citação das ocorrências, sem expressão de sentimentos, as únicas referências são de Ângela que refere sofrer com a situação, Lia quando afirma que foi um choque e Maria que refere que a perda foi ruim, mas nenhuma demonstração mais profunda de pesar ou conduta de tristeza pela revivência ao falar sobre as perdas.

No GCF observou-se perda por morte e perda financeira. As perdas por morte podem ser observadas nas seguintes falas:

“parecia que faltava aquilo, parece que a gente tinha que ir lá” [avó, há mais de 10 anos] (Rúbia, referindo que sentia falta de ir na casa da avó, era um hábito familiar);

“ninguém imaginava que ia perder ele... ninguém achou que ele iria fazer tanta falta” [perda do pai há 8 anos] (Rúbia);

“a gente era distante,..., às vezes a gente pensa ou a gente briga em casa, aí a gente sempre fica pensando nela,..., foi um choque, foi terrível” [perda da mãe há 6 meses] (Melissa);

“só a minha sogra, sogro e cunhados,..., e minha tia que me cuidou desde pequenininha” [relata as perdas de forma distanciada e superficial] (Bernardete);

“foi muito duro,..., me senti sozinha,..., tentei reagir o que pude” [perda do avô e da avó] (Ester);

“eu não consegui ver, não consegui ajudar” (Ester, referindo ao adoecimento e posterior falecimento da irmã);

“a gente sofre um pouquinho” [perda do pai] (Paula);

“essa marcou,..., foi terrível,..., me marcou profundamente,..., ela se foi e não nos disse o porquê,..., pra nós foi muito duro, a gente gosta da mãe da gente, é um pedacinho que a gente tem, mas fazer o que, vai se levando” (Paula, referindo a morte da mãe, apesar de não ter tido uma relação muito próxima com ela em vida);

“me marcou muito, eu já vinha com esse problema” [nora adolescente sofreu aborto espontâneo] (Paula).

Começa-se aqui a observar os sentimentos menos velados, com as palavras “marcou... foi terrível”, “me senti sozinha”, “foi um choque”.

A perda financeira ocorreu com três das entrevistadas, conforme os relatos que se seguem:

“naquela época,..., a maioria dos negócios quebrou,..., tivemos problemas com dívidas, a gente foi perdendo,..., fica difícil se manter, ..., acabei agora botando a casa pra vender” (Francisca - GCF);

“começamos tudo lá fora de novo,..., eu fiquei sem nada,..., começamos assim do zero” (Bernardete - GCF);

“a gente teve que sofrer tudo aquilo,..., eu assumi a culpa,..., saiu tudo no meu nome” [perda financeira por golpe de terceiros] (Ana - GCA).

No GSQ observou-se nos relatos maior profundidade sentimental em suas reações comportamentais quando se referia as perdas. Observaram-se perda por morte, perda do

emprego, perda financeira e perda de saúde de entes queridos. A perda por morte apareceu num número substancialmente maior, conforme os relatos abaixo:

“foi muito complicado, até mesmo pela situação [ele estava com a amante e quando retornou para casa sofreu o acidente],..., vou derramar lágrima por quê?” [perda do marido há 13 anos] (Sueli);

“já a da mana foi bem complicado, ..., foi uma perda danada, ..., a gente se sentiu impotente” [perda da irmã há 4 anos] (Sueli);

“o pai foi complicado, porque deu enfarte, tu te sente impotente, ..., morreu ali junto comigo, ..., fiquei uns três meses com sentimento de culpa, ..., passava mal” [perda do pai há 3 anos] (Sueli);

“é uma coisa inexplicável, só quem passa por isso é que vai dizer, ..., pra mim ele era imortal, ..., não dá pra esquecer” [perda do pai há 4 anos] (Patrícia);

“a perda da minha avó que foi assim, a minha segunda mãe” [perda da avó há 27 anos] (Heloísa);

“a perda do pai, ..., foi um choque pra gente, dá aquele vazão, dá saudade” [perda do pai há 9 anos] (Heloísa);

“depois que a gente perde que a gente vai dar valor, ..., eu tinha pena, eu sofro, ..., eu fui muito ruim com ele, ..., a saudade é muito grande” [perda do pai há 11 anos] (Elis);

“perdi meus dois tios, que foram pessoas que nunca tive atritos, ..., minha prima há uns 7 anos, que era muito amiga” (Heloísa);

“nos últimos 5,6 anos, foi uma perda por ano, ..., eu me sinto mal, ..., foi o pai, vó, todos os tios, amigos...” (Cíntia).

Os relatos de perda do emprego seguem abaixo:

“a perda do meu pai fez com que o meu lado profissional eu não conseguisse batalhar, ..., eu tinha perdido o emprego meses antes, ..., eu estava perdida” (Patrícia - GSQ);

Esse relato se complementa aos relatos de dificuldades financeiras abaixo:

“tô dependendo do meu irmão, ..., não é uma coisa boa né?!” (Ana - GCA);

“a minha mãe sempre disse que não ia faltar as coisas pros meus filhos, mas não é bem assim” (Elis - GSQ).

Quanto à perda de saúde, há somente um relato da saúde do filho, que se encontra sem diagnóstico definido.

“não admito filho doente,..., só o menino que me preocupa” (Cíntia - GSQ).

Apesar de encontrarmos perdas nos três grupos, a forma relatada ficou bastante evidente em suas atitudes quanto às perdas. Diferenças de comportamentos e em seus relatos verbais puderam ser claramente evidenciadas. Enquanto o GSQ manifestava seu afeto de forma evidente, o GCF mantinham uma conduta mais reprimida em seus relatos e, somente em alguns momentos, demonstrava a dor da perda. Já no GCA ficou bastante evidenciada a dificuldade em manifestar o afeto envolvido nas perdas e naqueles relatos, a sua fala era linear, sem manifestação verbal ou de conduta em relação aos afetos envolvidos nas perdas, sem modulação afetiva aparente.

Categoria 3: CONCEPÇÃO DO ADOECIMENTO

Essa categoria foi encontrada somente no GCA e no GCF. No GCA seguem os relatos abaixo:

“já guardei muito,..., todos esses anos que eu sofri, me fez um mal,..., um dos fatores eu acredito que tenha sido este” (Maria, referindo que o adoecimento pode ter sido em função da conduta assumida até então);

“quando a gente tem uma perda como essas arrebentam no corpo,..., principalmente quando a gente guarda muito...” (Júlia);

“eu sofria, calada,..., a gente não botou pra fora,..., aquilo ali foi o que me prejudicou bastante” (Ana).

No GCF houve um relato dentro dessa categoria:

“eu trabalhava muito, tava muito esgotada,..., eu trabalhava demais,..., eu me esgotei muito, no outro ano eu fiquei com esse problema” (Francisca).

Categoria 4: APOIO

Verificou-se que, em relação do adoecimento, o apoio foi citado nos grupos com câncer e com fibroadenoma, porém, não foi citado pelo grupo sem queixas mamárias. No GCF, houve dois relatos, citados abaixo:

“agora eles (os filhos) me ajudam” (Melissa);

“eu tenho amigas que ajudam muito, colaboraram comigo, me acompanham” (Paula).

No GCA houve três entrevistadas que citaram essa categoria:

“o Dr. X. foi uma pessoa maravilhosa, ele me salvou, foi incansável” (Maria);

“me ajudavam [amigos] com dinheiro, com coisas, mandavam tudo, nunca deixaram,..., eles me ajudavam como podiam” (Lia);

“não tava sozinha,...,tava eu, meu marido e meus últimos dois filhos,..., a gente assumiu,..., aceitamos” (Ana).

Nessa categoria podemos observar que somente cinco entrevistadas do total de dezoito referiram essa categoria: duas do GCF e três do GCA. Nos relatos dessas, podemos perceber uma rede de apoio social frágil. Melissa, do GCF, apoia-se nos filhos somente depois do fibroadenoma, não refere esse apoio anteriormente, assim como Paula, do mesmo grupo, que relata apoio de amigos, mas não de familiares. Já nos relatos do GCA, somente Ana cita a rede de apoio primária, entretanto, esta somente a levou ao hospital, não permaneceu com ela, era um apoio frágil, superficial. E as outras duas mulheres que citaram essa categoria, Maria e Lia, citam um apoio secundário, uma de médico e a outra de amigos com apoio financeiro.

Categoria 5: RELACIONAMENTOS

Subcategoria: Relacionamento conjugal

O relacionamento conjugal foi apresentado nos três grupos, porém, com bastantes diferenças em seus conteúdos, como observado abaixo.

No GCA observaram-se relatos bastante problemáticos nessa categoria:

“ele é bravo, pavio curto com os outros, mas em casa ele é mais tranqüilo, eu já não, eu tenho paciência” (Ângela);

“eu não quero me separar dele, ..., ele é uma pessoa que me faz sofrer muito, ele sempre me fez sofrer,..., é um sofrimento constante” (Maria);

“eu trabalho por nós dois, é desgastante” (Maria);

“com o meu marido eu nunca me dei muito bem com ele” (Júlia).

No GCF também houve relatos de dificuldades conjugais:

“ele já foi separado, pra ele é mais difícil se emprestar [doar-se, cuidar dos filhos, ajudar em casa],..., a gente vai levando né?!” (Rúbia);

“o marido nunca concorda,..., a gente briga,..., a gente tá sempre com a vida ameaçada,..., sempre foi a minha vida assim e vai ser até ele ficar junto comigo” (Melissa);

“ele queria voltar pra terra dele,..., daí fomos pra lá e recomeçamos tuudo de novo” (Bernardete);

“meu marido é um homem bom mas tem me dado problemas” (Ester).

No GSQ houve somente uma participante que relatou problemas de relacionamento conjugal, referindo-se como citado abaixo:

“ele não compartilha, tudo eu quem tenho que me preocupar, aí aquilo acho que me incomoda mais,..., eu não me queixo,..., ele dá o dinheiro da passagem,..., vai lá e eu consulto, tudo eu” (Cíntia).

Diante desses relatos, podemos observar novamente as diferenças comportamentais entre os grupos. O GCA permanece referindo-se ao relacionamento conjugal de forma apática, linear, sem tónus afetivo, as participantes estão em relações desgastadas, sem muito afeto aparentemente envolvido, entretanto, permanece em uma conduta passiva, não

nutre essa relação nem se afasta dela. O GCF também demonstra dificuldades e posicionamentos passivos, no entanto, parece demonstrar suas insatisfações de forma mais crítica. Já no GSQ houve somente um relato, e, apesar disso, Cíntia parece demonstrar um sofrimento e insatisfação diante da relação, porém, também permanece em atitude passiva.

Subcategoria: Relacionamento familiar

Essa categoria foi encontrada nos três grupos, relatadas de forma diferente e com diferentes sentimentos envolvidos.

No GCA encontramos relatos em que as participantes consideram-se pilares estruturais familiares, como se observa nos relatos:

“os filhos não conseguem ajudar,..., têm família, têm filhos,..., aí tudo era comigo, eu era o elo” (Maria);

“eu tenho que tomar conta e organizar as crianças, a casa, pai e mãe, marido, irmãos, era tudo eu,..., durou até bem dizer quando eu fiquei doente” (Maria);

“comecei a preocupar de criar a menina, ..., nunca deu tempo de me preocupar comigo” (Lia).

No GCF observa-se uma tensão familiar interna:

“o mano tá fugindo,..., tudo ficou com ele,..., a gente tem quase certeza que ele foi o mandante do atropelamento da mãe” (Melissa);

“fiquei com a tia até os 10 anos, depois não quis ficar mais com ela” [morou na casa de vários tios e parentes até casar-se] (Bernardete);

“tenho um filho que volta e meia me apronta,..., a minha vontade antes de morrer, eu queria era ver eles tudo unido, todos os filhos” (Ester);

“uma das minhas irmãs tirou ela [mãe] de casa, eu pedi tanto para mãe não sair da casinha dela, ela saiu, abandonou a casa dela e foi morar com a irmã,..., ela sofreu horrores todos esses anos com a minha irmã” (Paula);

“tive um probleminha com a minha filha há pouco tempo,..., ela engravidou,..., a gente não admite na hora,..., com o passar do tempo a gente vai passando a mão” (Paula).

No GSQ seguem-se os seguintes relatos:

“a minha mãe falando assim pra mim, não flui” [relação afastada entre mãe e filha] (Patrícia);

“se um dia chegar o dia da minha mãe [morte],..., não vou entrar em pânico,..., fiz minha parte, cuidei bastante dela” (Cíntia);

“a minha mãe tá se deixando, tá entrando em depressão,..., isso me preocupa” (Elis);

“o meu irmão não vai durar muito tempo,..., a minha mãe tá com 78 anos, uma casquinha e sempre doente” (Cíntia);

“lidar com doença é coisa horrível e é só o que a gente tá lidando lá em casa é com doença,..., minha outra irmã ligou dizendo que tinha dado um derrame nela” (Cíntia).

Nessa subcategoria, o que se percebe é a diferença da profundidade das relações. As participantes do GCA referem ser a base das relações, os pilares de sustentação. Já as do GCF descrevem os relacionamentos com maior sentimento, parecem estar vivendo sob tensão, sem conseguir resolução para isso. O GSQ relata sentimentos envolvidos nas relações, os sentimentos são demonstrados de forma expansiva, sem temor.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Há um número elevado de casos de câncer de mama no estado, sendo que é a neoplasia que mais leva a óbito. Muitos estudos foram realizados para buscar fatores desencadeantes da doença, como os citados anteriormente, porém, o que temos até o momento são multifatores. Dessa forma, por essa doença ter uma incidência muito elevada em mulheres que se encontram na meia idade, buscamos mais um fator que pudesse estar envolvido no processo de adoecimento (INCA b).

O **Posicionamento frente à vida** dos três grupos é diferenciado, principalmente entre o GSQ e os outros dois grupos, o GCF e o GCA. Poderíamos pensar, então, naquilo que é escrito já no Evangelho segundo São Tomé: “Se expressares o que está em ti, o que expressas te salvará. Se não expressas o que está em ti, o que não expressas te destruirá”.

No GCA e no GCF houve histórias de mulheres batalhadoras, guerreiras, pilares de sustentação da família, aquilo que culturalmente nomeamos de “mulheres de fibra”. Leshan (1994) e Goldstein (2000) já afirmavam em seus escritos que a incapacidade do canal para extravasar suas emoções pode provocar uma perda do sentido da vida. Além disso, o GCA evidenciou dificuldade em manifestar suas mágoas e frustrações, mantendo o estilo repressivo citado por Leshan (1994) e Buttow et al (2000). Referia-se à vida de forma fria e distante, com total distanciamento afetivo, com os acontecimentos mais difíceis sendo relatados e, aparentemente, não vividos como tal. Transparecia uma imagem de acontecimentos não vividos, e sim, como observadoras da própria história, relatando as dificuldades dessa forma, como se nada pudesse acontecer ou ser feito de forma diferenciada. Parecem não tomar conta de suas próprias vidas, como cita Petticrew, Bell e

Hunter (2002). Assim foram os relatos do GCA, tanto em relação à vida como aos seus relacionamentos pessoais e sociais. Embasamo-nos dessa forma na personalidade tipo C, descrita por Ballone e Ortolani (2002), quando se referem a traços de forte negação de emoções, um controle rígido e descabido das próprias emoções.

Ballone e Ortolani (2002) já retratavam a pessoa com câncer como de personalidade tipo C, ou seja, negaria experiências traumáticas, emoções, raiva, conflito íntimos, usando em demasia a repressão e a negação. No presente estudo, o que se pôde observar foi a repressão dos sentimentos, não conseguindo expressá-los, verbalmente ou corporalmente, através de comportamentos observáveis, como o choro ou a inquietação frente ao assunto abordado. A fala do GCA era numérica, de fatos, sem expressão afetiva. Observa-se nas afirmações do GCA, a percepção de uma realidade quase que imutável, sem saída ou soluções, as perdas são relatadas sem um aprofundamento dos sentimentos. As palavras encontradas nesses relatos foram “perda bem ruim”, “choque”, “complicou”, “a gente teve que sofrer tudo aquilo”; diferentemente do GCF, no qual encontramos uma dor mais relatada e vivida com maior aprofundamento, como as palavras “faltava”, “ele iria fazer tanta falta”, “choque”, “terrível”, “duro”, “me senti sozinha”, “ficou difícil”. As palavras encontradas no GSQ foram de uma profundidade ainda maior, relatadas com um choro expresso e uma dor não mais velada como a do GCA, como se pode observar: “foi complicado”, “danado”, “dá vazio”, “saudade”, “inexplicável”, “me sinto mal”, “estava perdida”. Essa foi uma característica observada em todas as categorias e subcategorias. Nisso podemos nos embasar na teoria que Viscott (1982) já propunha a respeito da forma de exteriorizar a dor e a raiva: esta, quando não expressada, poderia voltar-se ao interior e ao adoecimento do corpo. Bem como Leshan (1994), Buttow et al (2000), Balone e Ortolani (2002) citam esse estilo repressivo.

Apesar de estarmos estudando o câncer de mama, doença que atinge um órgão com elevada conotação feminina e erogeneidade, não houve qualquer citação pelas participantes a respeito do órgão em si e/ou do acometimento desse pela doença. Para Salgado (2001) os seios são órgãos erógenos que comporiam o início de relacionamentos mais íntimos, assim como Cardozo (2002) acrescentou que o corpo seria integrado à subjetividade do indivíduo. Poderia supor que, para as participantes, os sentimentos e relatos estão numa outra esfera, em outra subjetividade, algo emocional, além da fisiologia, seria elas próprias e, por isso, não nomeiam ou citam o corpo e/ou órgão específico. O corpo faz parte de sua própria história enquanto ser humano. O corpo e o órgão em si fazem parte de sua identidade, como ego corporal apresentado por Freud (1923).

O seio como órgão é voltado à feminilidade e ao prazer feminino, como afirmam Salgado (2001) e Tofani et al (2004). Os atributos pessoais desenvolvidos pelas mulheres com câncer são envoltos em um manto de super-heroínas, não são ligados a uma feminilidade frágil. Para Freud (1923-1925) o ego é, antes de tudo, um ego corporal, ou seja, participando da estruturação da personalidade na construção da auto-imagem.

Observa-se no presente estudo que essas mulheres são os pilares da família, quando citam que “tem que tomar conta,... tudo era comigo”(Maria, GCA), “nunca deu tempo de me preocupar comigo...”(Lia – GCA). O poder de decisão é delas, vivendo assim intensamente as experiências consigo mesmo e com o mundo, como coloca Fonseca (1995), “de peito”, e talvez por isso não citem o órgão envolvido na doença, assim elas poderiam aparentar maior fragilidade, algo que as participantes do GCA parecem não apreciar por suas condutas ao relatarem perdas e dores vividas.

Segundo Salgado (2001), os seios são o símbolo de beleza e feminilidade. Se pensarmos que os relacionamentos conjugais, em especial ao GCA, foram problemáticos,

pela falta de apoio do marido e sofrimento envolvido na relação, supõe-se então a doença nesse órgão como algo significativo, já que é o seio que fornece a nutrição materna, e, como simbologia, a nutrição enquanto mulher, enquanto ser humano. É essa nutrição com elas próprias que é falha, elas não alimentam a si próprias, seu ego. Com isso, podem também usar a doença como afastamento para a nutrição de relações e afetos e fugir da intimidade, algo que no GCA não é expresso verbalmente, porém, a relação conjugal e familiar demonstrou ser comprometida.

No GCF as participantes referem dificuldades conjugais, porém, mantêm uma conduta de poder decisivo. Há queixas e divergências, essas últimas não ocorrendo com o GCA, no qual há uma aceitação de passividade como colocam Petticrew, Bell e Hunter (2002) e Ballone e Ortolani (2002) quando apresentaram o comportamento forçadamente harmonioso. Sugerem mulheres despreocupadas com os seus sentimentos e intimidades, pois, se fossem preocupar-se com isso, poderiam tornar-se frágeis, algo que para as pessoas do GCA parece impossível ou muito distante de sua realidade, já que são as estruturas, as bases seguras da família.

Frente a isso, o que Bowlby (1989) refere sobre a formação de uma base segura para os vínculos é que, essa base a qual indica a formação do vínculo, não foi desenvolvida de forma segura para as mulheres com câncer de mama, tendo o conceito de valor pessoal abalado, e, talvez por isso, elas tenham essa necessidade de serem pilares de sustentação, encontrando dessa forma a base segura, mesmo com pilares frágeis internamente. Isso se pôde também observar na categoria de relacionamento familiar, na qual as pacientes com câncer eram pilares de sustentação, observado pelas colocações: “eu tenho que tomar conta...” (Maria); “comecei a preocupar de criar a menina...” (Lia). Elas colocam-se como

referência, porém, não há citação de nenhuma outra pessoa que ofereça para elas nem a base segura proposta por Bowlby (1989) nem uma rede de apoio social.

O que parece é que não há um conceito de valor pessoal arraigado, de valor no sentido de tempo para estruturar o ego, ou ter vivências e cuidados para consigo, como se observa nas falas: “eu era o elo” (Maria); “nunca deu tempo de me preocupar comigo” (Lia). Esse conceito de valor pessoal parece estar muito ligado ao que Viorst (2002) refere a uma pessoa que usa “armadura rígida de adulto autoconfiante” como defesa contra a dor. No GCF observou-se uma tensão familiar interna, fruto de problemas que não foram resolvidos com sucesso, até porque não dependia somente delas. Isso incomoda, pois elas não conseguem gerenciar a estrutura familiar e nem mesmo deixar a cargo de outros ou do próprio “destino”, o que aqui fica ainda mais claro em relação às estratégias de *coping* usadas pelos participantes da pesquisa.

Além disso, como afirmou Savoia (1999), existem diferenças entre as funções e as conseqüências das estratégias de *coping*. O que talvez elas (GCA) tentem é usar uma estratégia com a função de serem fortes, inabaláveis pela doença, entretanto, o resultado dessa estratégia não é o esperado. Há um controle excessivo das emoções em nível intelectual, porém, o físico, necessitando da expansão desses sentimentos, somatiza. Viorst (2002) já retratava que a indiferença emotiva ou a necessidade de tomar conta de outras pessoas seria uma estratégia de defesa. Esse sentimento de invulnerabilidade encontrado nas falas do GCA pode ser também uma dificuldade em demonstrar tristeza e dor, algo que Rosa (1995) retratava como sentimentos que podem entrar em colapso e trazer complicações, inclusive físicas. Sob esse foco, podemos embasar-nos nos escritos sobre *coping* (Savoia, 1999), que demonstram como o nível de estresse comanda nosso corpo, tanto para aumentar nosso desempenho – “Eustresse”, como aquele que pode nos ser

ameaçador – “distresse”. Dessa forma nos armamos de estratégias para nos expor aos fatores e situações diários, sem saber necessariamente o grau de estressores envolvidos.

Além dos pequenos eventos que podem agir de forma cumulativa e transformar-se em grandes fontes de estresse, percebeu-se nas histórias das mulheres com câncer, quando elas retratam uma vida de muito sofrimento, tensão e perdas, assim como necessidade interna e talvez externa também, de necessitarem ser pilares de sustentação, sendo que a base desses pilares era muito frágil; com o peso todo de perdas de uma vida, isso acaba sendo desconstruído parcial ou inteiramente de alguma forma.

Usando o que Savoia (1999) propõe para conceituar *coping*, poderíamos afirmar que há uma diferença nessas participantes: enquanto o GCA não responde ao estressor e aceita “incondicionalmente” o distresse, o GCF busca um controle, mesmo que temporário e/ou ilusório.

Nesse foco, Goldstein (2000) também se refere à questão da perda do controle associada a problemas de estima, o que é possível perceber nas falas do GCF, quando referem desencontro entre o controle das situações e a perda aparente de si própria, referindo a apatia na tomada de decisões, observada por Paula, quando refere: “vai fazer o quê?”

As entrevistadas dos três grupos sofreram perdas dolorosas e sérias, entretanto, na forma como foram relatados esses eventos, houve diferenças entre eles. O GCA, em todos os seus relatos, não demonstrou ou exteriorizou sentimentos de profunda dor ou pesar, como choro, tristeza profunda ou dor daquele momento vivido. O GCF mostrou-se um pouco mais sensível às perdas, mas parece não “poder” demonstrar a dor e busca conter a lágrima, o suspiro e o próprio contato visual com a pesquisadora, evitando assim um

contato mais íntimo e pessoal. O GSQ, durante todos os relatos, refere à tristeza de forma comportamental, chora, suspira, interrompe suas falas para poder respirar, sente o pesar da dor, é algo observável de forma direta, tamanha diferença entre elas. Isso poderia contestar o trabalho divulgado em 2003 por Lillberg et al., quando referem que a ocorrência de perdas emocionais poderiam ser impactante suficiente para predispor ao câncer. O que se observou durante a pesquisa realizada com os três grupos foi que, apesar das vivências de perdas ocorrerem com todas, não se explica o porquê algumas teriam tido o câncer de mama, e outras não. O que poderíamos supor é que as estratégias de *coping* usadas foram diferentes. As diferenças comportamentais entre os grupos foram significativas diante dos comportamentos relatados anteriormente.

Por fim, não como categoria e sim como o foco do trabalho, buscou-se a fase da meia-idade para a pesquisa, por se encontrarem nessa fase a maioria dos casos de câncer de mama, e essa, como afirmam muitos autores, seria uma fase de desenvolvimento sem grandes sobressaltos. A questão etária, tão importante em um trabalho aliado a Gerontologia, foi focalizada em uma faixa etária pesquisada entre os 40 e 55 anos, muito própria para discutirmos com o que os autores nos propõem em termos de crises e mudanças ocorridas nessa idade.

Néri (2001) apresentou o fenômeno do envelhecimento populacional refletindo o aumento da expectativa de vida. Ou seja, se pensarmos em meia-idade aos 40 anos, colocamos o limite final girando em torno de 80 anos, quando, hoje, busca-se muito mais do que esses 80 anos. Além disso, há uma preocupação muito grande com números quando se trata de envelhecimento populacional, mas muito pouco com a forma de vida dessas pessoas. Fala-se em qualidade como algo mensurável, de alimentação, atividade física, e

aqui questionamos o imensurável, os sentimentos, a integridade egóica e o funcionamento psíquico.

Difundimos através desse estudo, algo além do convencional, aquilo que ainda temos em alguns focos acadêmicos a respeito do envelhecimento populacional vinculado somente à velhice e não visto como um processo – o processo de envelhecimento. Assim como uma busca por preocupações de perdas em seu contexto global. Onde e como elas atingem o ser humano, para que possamos, em um futuro próximo, servir de rede social para alguns indivíduos que necessitem e que isso seja uma preocupação constante e corriqueira. Outra questão importante é a auto-estima, desenvolvida ainda na infância, em casa, na escola, nas comunidades, e Erbolato (2000) retrata sua importância quando reflexo na idade adulta. O envelhecimento de forma sadia depende de uma integridade egóica, e esta depende de uma boa auto-avaliação, auto-aceitação, um amor para consigo. É sempre muito valorizado o amor ao outro e para consigo sempre muito preocupado com questões estéticas do envelhecimento.

Poderíamos pensar, já que estudamos pessoas de faixa etária em torno da meia-idade (40 a 55 anos de idade), que em relação à integridade egóica, onde fornecemos atitudes para o enfrentamento de situações, algo desenvolvido não nessa faixa etária, mas que influenciam no processo de envelhecimento, como refere Erbolato (2000), poderia esse ego não estar íntegro.

Podemos pensar a questão descrita por muitos autores, como Jung (1953, apud PAPALIA e OLDS, 2000) e Heller (1954), e reescritos por Papalia e Olds (2000), quanto ao processo de interiorização pessoal nessa faixa etária. Inicia-se aí, o processo de maior crença na realidade de finitude, observada e relatada nas perdas das mulheres entrevistadas, além disso, há um início de reavaliação dos relacionamentos, como afirma Erikson (1998),

observado nas falas do GCA, que refere, com uma aceitação passiva, seu “destino” de sofrimento e pesar. Percebe-se que há uma diferença entre o GCA e o GCF, já que o GCA, nos seus relatos, traz conteúdos apáticos na resolução de seus conflitos, é quase “cruel” se observado sob o prisma citado: “eu tenho paciência” (Ângela); “é um sofrimento constante” (Maria). Parecem não conseguir enfrentar ou resolver suas dores e conflitos.

A conquista da independência e o ritmo de vida acelerado das mulheres não permitem que elas cheguem nessa fase e possam observar com calma o cume, ou a sua história e façam uma reavaliação de forma tranqüila. Como coloca Kovács (1992), não há tempo para isso, assim como não há tempo para tantas outras coisas, como sofrer profundamente por uma perda, como encontrado na pesquisa do grupo com câncer. Parece que as entrevistadas do GCA não tiveram tempo para processar a perda e sofrer o luto, precisaram mascarar e “tocar a vida”. É essa angústia que parece que sobrepõe ao que Erikson (1998) escreveu sobre a generatividade *versus* estagnação. Há uma preocupação com o cuidado sim, entretanto, sem poder abdicar de nada, é necessário ser quase uma super-heroína ou uma mulher de fibra para não ocorrer a estagnação nessa fase. Mulheres fortes, com garra, algo que à distância até poderia parecer positivo, sem saber como o organismo não sente de forma positiva esse estilo de vida. Ele tem o direito de reclamar, de pedir para sofrer por algo que a pessoa não o permite, e quando ele pede, às vezes o pedido é apavorante, é uma doença séria e, muitas vezes, por ter essa personalidade tão aparentemente forte, a rede social e seus vínculos parecem não ter muita importância. Diante do processo de desligamento das pessoas perdidas, Bowlby (1989) acrescenta que é a base segura que vai permitir lidar com esses sentimentos e luto. É essa base demonstrada tão rigidamente que parece ser mais frágil do que imaginávamos, acaba vindo à tona, em um momento de vida que era para ser mais tranqüilo e equilibrado, de reavaliação da vida.

Griffa e Moreno (2001) afirmam o que Kovács (1992) já assinalava como uma fase da qual podemos nos beneficiar, a maturidade enquanto fase de equilíbrio, como foi apresentada desde 1954, por Heller, e que atualmente é pensada como um período de reavaliação, apresentada assim por Papalia e Olds (2000). Entretanto, para fazermos essa reavaliação é necessário tempo para si mesmo, com seus pensamentos, e, como pudemos observar nos grupos, essa fase não parece de muita tranquilidade para isso. Há filhos e marido para cuidar, como parte da generatividade citada por Erikson (1998), e trabalho para ser mantido e/ou conquistado. Com isso, parece não ser permitido esse período de interiorização citado por tantos, inclusive por Jung (1953, apud PAPALIA e OLDS, 2000). Nos três grupos de entrevistadas percebemos que não há nada de muita tranquilidade e sossego nessa fase, pelo contrário, há um questionamento de forma de vida até o momento, de metas e tudo isso, lincado à realidade assustadora de sua finitude, principalmente quando se depara com uma doença como o câncer. Nesse sentido, Viorst (2002) apresenta com muito mais assertividade essa fase da maturidade para a mulher como a fase da vulnerabilidade, na qual é necessário que ela tome conta da saúde, família, carreira.

Entretanto, o grupo das entrevistadas com câncer também demonstrou uma força frente ao risco da morte. Sempre havia uma porta ou janela aberta de esperança, algo de extrema necessidade, como afirmam Eizirik, Polanczyk e Eizirik (2001), principalmente quando observamos a categoria de posicionamento frente a vida e a retomada de vida do GCA.

Diante dessas constatações e dos relatos de uma forte repressão emocional, capaz de desequilibrar o sistema imunológico como os citados por McKenna et al. (1999) e Gazzaniga e heatherton (2005), ressalta-se a relevância da metodologia qualitativa para o alcance de riqueza de detalhes contidos nas falas das participantes do presente estudo.

O que observamos é que a forma de enfrentamento (*coping*) foi bastante diferenciado nos três grupos. O GCA e GCF usou de estratégias baseadas na evitação, como citados por Gazzaniga e Heartherton (2005), buscando minimizar ou negar a gravidade das situações de crises e suas conseqüências. Ao mesmo tempo, podemos supor que, em função do adoecimento essas mulheres puderam libertar-se de um estilo de vida que as aprisionava e poderia as conduzir somente a adoecimentos, principalmente na categoria de relacionamento familiar. Se elas usassem uma conduta de aproximação, como foi a usada pelas participantes do GSQ, poderiam apresentar melhoras no bem-estar psicológico, pois poderiam sofrer e agir no intuito de resolução dos conflitos estressantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

De acordo com o estudo, pudemos observar que ocorreram perdas afetivas significativas nos três grupos pesquisados. As dezoito mulheres sofreram perdas anteriores ao momento da entrevista, independente do grupo ao qual pertenciam.

A maioria das ocorrências referem-se a perda por morte de entes queridos, nos diferentes grupos pesquisados.

Ficaram bem caracterizadas as diferentes reações das mulheres pesquisadas frente as perdas, bem como os sentimentos envolvidos. O GCA demonstrou de forma bastante velada seus sentimentos, reprimindo qualquer comportamento de exposição de sentimentos e/ou dores. O GCF demonstrou sentimentos de forma superficial, buscando manter uma conduta sem muita exposição dos sentimentos, buscando evitar o sofrimento. Já o GSQ demonstrou, de forma verbal e comportamental, seus sentimentos frente as perdas ocorridas em sua vida, caracterizando uma forma diferenciada de *coping* frente as situações.

Observamos que essas diferenças se tornam mais esclarecedoras quando observadas pela ótica do enfrentamento das situações/*coping*. Podemos indicar, então, que as mulheres com câncer não conseguem usar o *coping* de forma construtiva, já que tendem a negar seus

sentimentos e/ou dores. Já as mulheres com fibroadenoma usam do *coping* de forma mais flexível, permitindo-se muitas vezes abertura aos próprios sentimentos, e as mulheres sem queixas e/ou suspeita mamária usam de estratégias/*coping* flexíveis, permitindo exposição e vivência completa de seus sentimentos.

É claro que teríamos que ampliar esse estudo, com uso de escalas de coping e de personalidade para avaliar a forma como esses fatores se relacionam, além de ampliar a população estudada e, como esses fatores estariam relacionados ao surgimento ou agravamento do câncer de mama.

O encerramento de um trabalho é uma glória e também uma perda, pois se encerram aqui alguns questionamentos. Entretanto, este trabalho deixa muitos outros questionamentos em aberto. A população mundial adulta vem aumentando progressivamente, com muito pouca consciência do que poderíamos melhorar para essa etapa vital. Idade de estabilidade, de algumas glórias antes tão almeçadas e, também, do início do reflexo de um passado, daquilo que fomos até ali. Ainda ficaram muitos pontos controversos que necessitam de pesquisa mais aprofundada. Há pouca investigação do ser humano como ser biopsicossocial, o que deixa lacunas no estudo, principalmente da idade adulta em diante. Esse estudo mostrou um panorama diferente do que até então tínhamos: as diferenças sutis de comportamento de pessoas adultas, frente a perdas que nessa fase são tão mais percebidas e vivenciadas. Ficamos ainda com questões em aberto, para que possamos nos instigar a pesquisar mais a fundo sobre as diferenças de estratégias de *coping* e de que forma elas influenciam no nosso organismo. Dá-se conta, então, da roda da vida, dos momentos de vãos esplêndidos e quedas bruscas. Entretanto, o que ficou demonstrado é que mulheres com câncer de mama tendem a ser águias e olhar tudo de cima, não como uma questão de superioridade, mas de não envolvimento com o todo, consigo mesmas. É

dessa forma que vivemos, em constantes mutações, conquistas, derrotas, mesmo já alçando vôos de forma mais segura.

O que encontramos foi que não só a perda em si gera sentimentos de abandono, solidão, desespero, tão profundos capazes de desequilibrar nosso organismo, mas, sobretudo, a forma como lidamos com ela. Se pudéssemos usar algo de comparação, algo inanimado, poderíamos pensar em água nos seus três estados: sólida, gasosa e líquida. Enquanto sólida demonstra o acesso quase que proibido aos sentimentos demonstrados pelo GCA. O vapor, a fluidez dos sentimentos não é tão visível, ela existe, mas a concentração dos sentimentos positivos ou negativos é frágil, como se não pudéssemos tocar muito; talvez o nódulo, o fibroadenoma seja uma parte do sentimento congelado que no peito ficou. A liquidez da água, demonstrada pela fluidez dos sentimentos do GSQ, da demonstração de dor relatada e da visibilidade de seus conteúdos internos, pode mostrar essa relação.

Percebemos a importância de como olhamos a perda: identificamos, enlutamos por ela e levantamos de nosso sofrimento e, melhor, a necessidade de nos permitirmos sofrer, algo que na nossa cultura tem um espaço cada vez menor. O tempo tornou-se algo escasso, não há tempo para sofrermos, precisamos nos reerguer de forma rápida e satisfatória. E esse tempo parece correr com maior velocidade quando já passamos da juventude. Há cobranças internas e externas para que recomeçemos a vida, sem sequer, muitas vezes, podermos olhar a ela, dentro de nós mesmos e avaliar o tamanho da ferida deixada pela perda. Algo que, no futuro, pode nos garantir moléstias físicas e/ou emocionais. Será que não temos como fornecer um apoio em um tempo individual necessário diante de perdas sem que tenhamos que ver isso como tempo perdido?

Muito se pesquisa sobre a ocorrência de perdas sem avaliar a forma como é vivenciada essa perda. Quando somos crianças, muitas coisas são valorizadas, até a perda de um amigo imaginário, entretanto, a adultez chega e com ar de serenidade nos colocamos regras e comportamentos, inclusive em momentos de perdas.

Muitas das mulheres fortes, batalhadoras, pilares de família não conseguem ir adiante e “precisam” de um tempo de autocuidado, correndo risco quando esse tempo vem através de uma doença. Será que essa pessoa, vista até então como muralha, foi bem estruturada e teve pilares de apoio e estrutura ou uma rede social adequada? O organismo ordenando um tempo de cuidado para consigo, de um olhar mais profundo para o seu interior, para o seu “peito”. Conclui-se que as estratégias de *coping* usadas podem ter falhado a ponto de essas mulheres virem a somatizar de forma grave.

Deixamos aqui algumas sugestões frente aos achados na pesquisa:

- Atendimentos psicológicos em situações de perdas;
- Escuta aberta, confiável e ética nos diferentes ambientes de trabalho;
- Um olhar mais atento de instituições de saúde que primam pela qualidade de vida e melhor bem-estar. O não adoecimento grave gera maior tranquilidade no ambiente hospitalar e menor estresse nos profissionais de saúde, além de custos mais reduzidos por realizar atendimentos em áreas primárias e secundárias. É claro que é necessário abarcar todos os fatores envolvidos no processo de saúde como nutrição, atividades físicas, lazer e também as questões emocionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- AZEVEDO, D. J.R. **Ficar Jovem Leva Tempo**: um guia para viver melhor. Porto Alegre: Saraiva, 1998.
- BALLONE, G. J. **Transtornos do Envelhecimento**. Campinas, SP, 2000. Disponível em: <www.psiqueweb.med.br> Acesso em 20 nov. 2004.
- BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. Oncologia e emoções. In: BALLONE, G. J., PEREIRA NETO, E., ORTOLANI, I. V. **Da Emoção à Lesão**: um guia de medicina psicossomática. Barueri, SP: Manole, 2002.
- BALLONE, G. J.; PEREIRA NETO, E. O humor e as doenças. In: BALLONE, G. J., PEREIRA NETO, E., ORTOLANI, I. V. **Da Emoção à Lesão**: um guia de medicina psicossomática. Barueri, SP: Manole, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BEAUVOIR, S. **A Velhice**: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOWLBY, J. **Uma Base Segura**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BUTTOW, P. N.; HILLER, J. E.; PRICE, M. A.; TRACKWAY, S. V., KRICKER, A.; TENNANT, C. C. Epidemiological evidence for a relationship between life events coping style, and personality factors in the development of breast cancer. **J. Psychon. Res.**, v. 49, n. 3, p. 169-181, 2000.
- CAPITANINI, M. E. Solidão na velhice: realidade ou mito?. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. (org.). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000.
- CARDEIAL, B. M. Uma hipótese sobre a origem e tratamento sobre o câncer. **Psicologia em Curso**, v. 2, n. 6, abr.-jun. 1981.

- CARDOZO, M. C. **Descobrendo o Câncer de Mama:** um estudo sobre a produção de sentidos. Porto Alegre: PUCRS, 2002. (Dissertação de mestrado)
- DRESSLER, W. W. Coping dispositions, social supports and health status. **Ethos**, v. 8, n. 2, p. 146-171, 1980.
- EIZIRIK, C. L.; POLANCZYK, G. V.; EIZIRIK, M. A morte: última etapa do ciclo vital. In: EIZIRIK, C. L. (org.). **O Ciclo da Vida Humana:** uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ERBOLATO, R. M. P. Gostando de si mesma: a auto-estima. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. (org.). **E Por Falar em Boa Velhice.** Campinas, SP: Papirus, 2000.
- ERIKSON, E. **O Ciclo de Vida Completo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal Health Soc. Behavior*, v. 21, p. 219-239, 1980.
- FONSECA, A. M. J. S. R. Reflexões sobre o conceito de imagem do corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 168-174, 1985.
- FREIRE, S. A. Envelhecimento bem sucedido e bem-estar psicológico. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. (org.). **E Por Falar em Boa Velhice.** Campinas, SP: Papirus, 2000.
- FREUD, S. (1923-1925). O ego e o id. In: _____. **Obras Completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência Psicológica: mente, cérebro e comportamento.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GERITS, P. Life events, coping, and breast cancer: state of the art. **Biomed Pharmacother.**, v. 54, n. 5, p. 229-233, 2000.
- GOLDSTEIN, L. L. No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. (org.). **E Por Falar em Boa Velhice.** Campinas, SP: Papirus, 2000.
- GRIFFA, M. C.; MORENO, J. E. Adolescência, vida adulta, velhice. In: _____. **Chaves para a Psicologia do Desenvolvimento.** São Paulo: Paulinas, 2001. V.2.
- HAYFLICK, L. **Como e Por Que Envelhecemos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- HELLER, L. L. **As Idades do Homem.** Porto: Educação Nacional, 1954.
- HULLACK, J. L.; HULLACK, S. Do seio à mama: uma visão psicossomática. **Revista Psicossomática**, Recife, v. 1, n. 2, p. 71-81, 1986.

INCA (Instituto Nacional do Câncer). **Estágios do Câncer**. Disponível em: <www.inca.gov.br> Acesso em: 22 out. 2004a.

_____. **O Que é Câncer?** Disponível em: <www.inca.gov.br> Acesso em: 22 out. 2004b.

JUNG, C. G. (1953). The stages of life. In H. Reas, M. Fordham, & G. Adler (eds.), collected works (vol. 2). Princeton, NJ: Princeton University Press. Citado por: PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLÜBER-ROSS, E. (1926). **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: EDART/Ed. da USP, 1977.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer, 1984. Citados por: SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2 (edição especial), mar.-abr. 1999. Disponível em: <www.hcnet.usp.br> Acesso em: 28 jun. 2004.

LESHAN, L. **Brigando pela Vida: aspectos emocionais do câncer**. São Paulo: Summus, 1994.

LEVINSON, D. (1978). The seasons of a man's link. New York: Knopf. Citado por: PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LILLBERG, K.; VERKASALO, P. K.; KAPRIO, J.; TEPPONEN, L.; HELENIUS, H.; KOSEKENVUO, M. Stressful life events and risks of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. **American Journal of Epidemiology**, v. 157, n. 5, p. 415-423, 2003.

MARGIS, R.; CORDIOLI, A. V. Idade adulta, meia-idade. In: EIZIRIK, C. L. (org.). **O Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MATTOS, F. B.; TRUCCOLO, A.; MEDEIROS, P. F.; SILVA, C. E.; MELLO, D. C. Gênero e as percepções das pessoas na terceira idade. **Psico**, Porto Alegre, n. 2, p. 83-106, jul.-dez. 1998.

McKENNA, M. C.; ZEVON, M. A.; CORN, B.; ROUNDS, J. Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. **Health Psychology**, v. 18, n. 5, p. 52-531, 1999.

MENKE, C. H., BIAZÚS, J. V.; CAVALHEIRO, J. A.; RABIN, E. G., CERICATO, R.; BITTELBRUN, A. C., XAVIER, N. L. Patologia maligna de mama. In: FREITAS, F.;

- MENKE, C. H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E. P. (eds.). **Rotinas em Ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- MICHAELIS. **Dicionário Inglês-Português, Português-Inglês**. 28. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1993.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM**. Disponível em: <www.inca.gov.br> Acesso em: 20 nov. 2004.
- MOSS, R. Life stressors and coping resources influence health and well-being. **Psychological Assessment**. V.4 (2), 133-158, 1998.
- MOREIRA, L. F. Morte celular, envelhecimento e câncer: In: JECKEL-NETO, E.; CRUZ, I. B. M. (org.). **Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento II**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- _____. O câncer no paciente idoso. In: CLEMENTE, E.; JECKEL-NETO, E. (org.). **Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento**. 2.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.
- NASCIMENTO, M. G. R. A natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. In: CASSORLA, M. S. (coord.). **Da Morte: estudos brasileiros**. Campinas, SP: Papyrus, 1991.
- NÉRI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- PETTICREW, M.; BELL, R.; HUNTER, D. Influence of psychological coping in survival and recurrence in people with cancer: systematic review. **BMJ**, v. 325, p. 1066, 2002. Disponível em: <bmj.bmjournals.com> Acesso em: 13 jul. 2004.
- ROSA, R. O. **Amadurecendo com o Luto**. São Leopoldo, RS: Sinodal, 1995.
- SALGADO, A. L. **Biologia da Esperança: o desafio de enfrentar o bem-conviver com o câncer**. Porto Alegre: AGE, 2001.

SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2 (edição especial), mar.-abr. 1999. Disponível em: <www.hcnet.usp.br> Acesso em: 28 jun. 2004.

SCHILDER, A. **A Imagem do Corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SCHILLER, P. **A Vertigem da Imortalidade**: segredos, doenças. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, O. E., ZURRIDA, S. **Câncer de Mama**: um guia para os médicos. São Paulo: Atlântica, 2000.

TOFANI, A. C.; VAZ, C. E.; CARVALHO, M. M. Estudos sobre alguns dados do Rorschach de uma paciente oncológica: estudo de caso. **III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos**. Porto Alegre: SBRo, 2004.

TUOTROMEDICO. **Câncer de Mama**. Disponível em: <www.tuotromedico.com> Acesso em: 20 nov. 2003.

VIORST, J. **Perdas Necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

VISCOTT, D. S. (1938). **A Linguagem dos Sentimentos**. São Paulo: Summus, 1982.

ZIKMUND, W. G. **Exploring Marketing Research**. 2. ed. New York: The Dryden Press, 1985.

ANEXO I
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados de Identificação:
Nome fictício:
Idade:
Estado civil:
Filhos:
Remuneração mensal:
Programas de lazer:
Formação escolar:
2. Entrevista:
Esclarecimento sobre a proposta de investigação:
Esclarecimento sobre a utilização do conteúdo da entrevista:
Sigilo e respeito aos dados obtidos:
3. Questão norteadora:
“Houve alguma perda significativa nos últimos anos?”
Tópicos geradores: se houve perdas, de que tipo, há quanto tempo, como foi a reação da entrevistada e como ela sentiu e percebeu a perda, que sentimentos foram envolvidos, como ela reage quando relata a perda.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa denominada “*Memórias do Viver e Adoecer: um estudo da ocorrência de perdas afetivas em mulheres no período anterior ao diagnóstico de câncer de mama*”, por se tratar de uma doença que atinge um número elevado de mulheres, principalmente aqui no Estado.

Nosso objetivo com esta pesquisa é identificar a presença ou ausência de perdas afetivas no período anterior ao desencadeamento da doença para que se identifiquem, levantem e correlacionem dados que possam ter influenciado no surgimento do câncer de mama. Para isso, usaremos dois grupos, um com pacientes com diagnóstico de câncer de mama, e o outro, sem esse diagnóstico.

Para que façamos isto, iremos usar uma entrevista gravada perguntando dados sobre a sua vida e através dela vamos obter os dados que nos serão necessários. Se você permitir, suas respostas serão gravadas sob todo sigilo e ética, respeitando sua privacidade.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não influencia ou implica qualquer modificação no seu tratamento e/ou acompanhamento médico que esteja fazendo. Da mesma forma, se não concordar em participar deste estudo, não haverá qualquer alteração ou modificação em seu tratamento ou acompanhamento médico já estabelecido.

Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta ou esclarecer qualquer dúvida antes de decidir.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do tratamento recebido e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A Psicóloga Giovana Blasi certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa são confidenciais, bem como não haverá qualquer alteração em meu tratamento/acompanhamento médico em razão desta pesquisa e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação desta pesquisa, se assim o desejar.

Caso tenha novas perguntas ou dúvidas sobre este estudo, posso entrar em contato com a Psicóloga Giovana Blasi no telefone (51) _____ para qualquer dúvida sobre meus direitos como participante deste estudo ou se pensar que fui prejudicada pela minha participação.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Nome da paciente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da paciente

Nome da pesquisadora: Giovana Blasi

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora

BLASI, Giovana

Memória do Viver e Adoecer: um estudo de perdas afetivas anteriores ao diagnóstico de câncer de mama / Giovana Blasi; orient. Antonio Luiz Frasson; co-orient. Marisa Campio Müller. Porto Alegre: PUCRS, Instituto de Geriatria e Gerontologia, 2005.

79 p.

Dissertação (Mestrado)– Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

PERDAS AFETIVAS. 2. CÂNCER DE MAMA. 3. ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS. 4. ENVELHECIMENTO. 6. ADULTO. 8. MEIA-IDADE. 9. GERIATRIA. 10. GERONTOLOGIA. I. Frasson, Antonio Luiz. II. Müller, Marisa Campio. III. Título.

Rosária Maria Lúcia Prenna Geremia/Bibliotecária
CRB 10/196

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)