



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

BARBARA LUISA SILVA DE ALMEIDA MORAIS

**PSICO-ONCOLOGIA NA MASTOLOGIA: análise das teses e dissertações
publicadas na Rede Mundial de Computadores (Internet)
no período 2005-2009**

UBERLÂNDIA
2010

BARBARA LUISA SILVA DE ALMEIDA MORAIS

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**PSICO-ONCOLOGIA NA MASTOLOGIA: análise das teses e dissertações
publicadas na Rede Mundial de Computadores (Internet)
no período 2005-2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Rita de Cássia Gandini

**UBERLÂNDIA
2010**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M827p Morais, Barbara Luisa Silva de Almeida, 1960-2010

Psico-oncologia na mastologia [manuscrito] : análise das teses e dissertações publicadas na rede mundial de computadores (Internet) no período 2005-2009 / Barbara Luisa Silva de Almeida Morais. - 2010.

193 f.

Orientadora: Rita de Cássia Gandini.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Mamas - Câncer - Teses. 2. Mamas - Câncer - Aspectos psicológicos - Teses. I. Gandini, Rita de Cássia. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 618.19-006.6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Barbara Luisa Silva de Almeida Morais

PSICO-ONCOLOGIA NA MASTOLOGIA: análise das teses e dissertações
publicadas na Rede Mundial de Computadores (Internet)
no período 2005-2009

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Profa. Dra. Rita de Cássia Gandini

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Gandini
Orientadora (UFU)

Prof^ª. Dr^ª. Marília Ferreira Dela Coleta
Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Cintia Bragheto Ferreira
Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Jussára Cristina Van de Velda Vieira da Silva
Examinadora - Suplente

Dedico à memória do meu pai, Clarindo de Almeida Lima, companheiro de todas as horas, grande incentivador deste trabalho e que, infelizmente, partiu antes que eu pudesse concluí-lo.

Papai ficará sempre vivo em nós, o seu amor incondicional, seu entusiasmo que alimentará nossa esperança e a vontade de seguir sempre adiante, em busca de nossos sonhos.

Hoje sua alma passeia livre de qualquer sepultura!

Agradecimentos,

Aos meus filhos, Rodrigo e Gisele, pelo incentivo na concretização deste meu sonho e tolerância com os meus excessos.

A minha mãe, Lázara Maria de Lima, pela vida.

A minha querida prima Rachel, companheira das horas mais difíceis.

Aos companheiros de trabalho, pela oportunidade de batalharmos juntos, levando-nos à efetivação de vários ideais em prol da melhoria de ensino e conseqüentemente da qualidade de vida de muitas e muitas pessoas.

Aos médicos, enfermeiras, técnicos e outros profissionais do Hospital de Barretos pela acolhida e auxílio em todos os momentos dos tratamentos.

A minha orientadora, Rita de Cássia Gandini, pela incansável ajuda, pelo incentivo e apoio nesta árdua jornada, pelo companheirismo e amor a tudo que faz.

A minha família e aos meus amigos, pela presença constante, necessária, principalmente nos momentos em que as forças parecem faltar.

À Maria da Graça da Silva pela versão final deste trabalho.

A todas as pessoas que estiveram direta e indiretamente ligadas a minha vida, quer pessoal, quer social, no decorrer dos trabalhos, dos estudos, enfim, em todos os ambientes, trazendo-me grandes momentos de emoções e conquistas, meu muito obrigada.

A todos que me conhecendo ou não estiveram presentes nesta luta por este ideal em concluir meu mestrado, meu muito obrigada.

RESUMO

Psico-Oncologia na Mastologia: análise das teses e dissertações publicadas na Rede Mundial de Computadores (Internet) no período 2005-2009

Morais, B. L. S. A ; Gandini, R. C.

Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia

2010

O presente trabalho trata de uma revisão da produção científica da pós-graduação brasileira na área de Psico-Oncologia na Mastologia, a partir de teses e dissertações disponibilizadas *on-line*, no período de 2005 a 2009, cujo objetivo foi traçar um panorama dessa produção e verificar o estado da arte nessa nova disciplina. Outro objetivo foi confrontar a experiência vivida com o diagnóstico de câncer de mama com a revisão da literatura. Foram encontrados onze estudos e, a partir dos levantamentos obtidos, a produção científica foi descrita em uma sequência aproximada dos eventos históricos, antes do início da doença, a repercussão dos laços afetivos precoces, a resposta ao estresse e comportamentos de mulheres com câncer de mama, a comunicação de uma má notícia, tanto na perspectiva da paciente como de seus familiares, o significado e a produção de sentidos do acolhimento, como promoção de saúde, o sentido do cuidar-se e ser cuidado, formas de enfrentamento, qualidade de vida, aspectos da personalidade e recidiva oncológica, o cotidiano institucional e a atenção precoce, temas abordados pelas pacientes em grupos de sala de espera e, ainda, a experiência própria, como mulher com câncer de mama, mãe e pesquisadora.

Palavras-chave: câncer de mama, psico-oncologia, memorial.

ABSTRACT

**Psycho-Oncology in the breast cancer: analysis of dissertations and theses published on
the world wide web (internet) over the period**

2005-2009

Morais, B. L. S. A ; Gandini, R. C.

Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia.

2010

This study is a review of the scientific production of the Brazilian Post-graduation work in Psycho-Oncology in Mastology, from theses and dissertations published between 2005 to 2009, whose goal is to give an overview of scientific literature in this area, in order to verify the state of the art in this new discipline. Another objective was to confront the experience as having a diagnosis of breast cancer with the literature review. Eleven studies were found and obtained from the surveys, the scientific production was described in an approximate sequence of the historical events prior to the onset of disease, impact of early emotional ties, the stress response and behavior of women with breast cancer; communicating bad news from the perspective of the patient as well as their families; of meaning and meaning production and reception of health promotion, sense of self-care and be careful; ways of coping, quality of life, aspects of personality and cancer recurrence, and the daily institutional care leavers; issues addressed by the group of patients in the waiting room, as well as from my own experience as a woman with breast cancer, a mother and a researcher.

Keywords: breast cancer, psycho-oncology, memorial.

O câncer revela que o corpo é apenas corpo; falível, finito. (DI BIAGGI, 1990)



A Negra, 1923
Óleo em tela de Tarsila do Amaral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
Memorial – parte 1.....	15
1.1 Aspectos médicos do câncer de mama.....	27
1.1.1 Conceito.....	27
1.1.2 Fatores de risco.....	28
1.1.3 Sinais e sintomas.....	30
1.1.4 Detecção precoce.....	32
1.1.5 Recursos diagnósticos.....	38
Memorial – parte 2.....	41
1.1.6 Formas de tratamento.....	42
Memorial – parte 3.....	48
1.1.7 Reabilitação e prognóstico.....	62
1.2 Psico-Oncologia.....	64
1.2.1 Aspectos da psico-oncologia no Brasil.....	68
1.2.2 A formação em psico-oncologia.....	71
1.2.3 Níveis de prevenção.....	73
1.2.4 Aspectos psicossociais, qualidade de vida e o câncer de mama	76
1.3 Políticas públicas de saúde e o câncer.....	101
1.4 Produção científica.....	108
1.5 Objetivos.....	112
1.5.1 Objetivos gerais.....	113
1.5.2 Objetivos específicos.....	113
2 MÉTODO.....	114
2.1 Estratégias de busca	117
2.2 Procedimentos da Pesquisa	119
2.3 Procedimentos para seleção e apreciação das referências.....	120
2.4 Dimensões de análise.....	121
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	123
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
5 REFERÊNCIAS.....	183

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer em dezembro de 2003, mais que transtornos, impôs profundas alterações na minha rotina. Concomitante à formatura em Psicologia, essa comunicação não se apresentou como uma sentença, mas como determinação para a luta, busca pelo conhecimento e conquista de instrumentos que me possibilitassem superar a doença.

Naquele momento, a opção pelo Mestrado em Psicologia na UFU, além da realização de um sonho de crescimento pessoal e profissional acalentado durante anos, mostrou-se o caminho para conhecer vivências de outras pessoas que, como eu, lutavam pela vida, diante de um diagnóstico de câncer de mama.

Associado a essa motivação inicial e pessoal, tem-se o fato do câncer de mama, desde 1995, ser um problema de saúde pública, já apontado por Gandini (1995), devido a fatores, como sua incidência, morbidade, mortalidade, elevado custo de tratamento e, também, pela dificuldade de prevenção e detecção precoce, tanto no Brasil quanto no mundo. Assim, justifica-se a necessidade de se ampliar o campo investigativo dos aspectos biopsicossociais da patologia em todas as etapas da doença, passando pela sintomatologia, prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico, tanto de pacientes quanto de familiares, cuidadores, com vistas à melhoria das condições de vida dessa população e sociedade em geral, no campo do conhecimento da Psico-Oncologia.

Para ter acesso a essa realidade optei pela pesquisa bibliográfica, com destaque para a produção científica – teses e dissertações – dos cursos de pós-graduação em Psicologia, delimitada no período de 2005 a 2009, disponível para pesquisa na Internet. São onze dissertações e teses sobre Psico-Oncologia, integralmente publicadas na Internet.

A ferramenta *on-line* e a restrição do período pesquisado deveram-se, principalmente, ao pouco tempo livre para a realização da pesquisa, uma vez que o vínculo empregatício (professora universitária e assessora pedagógica da Secretaria

Municipal de Educação), a orientação do mestrado e o tratamento do câncer davam-se em três cidades diferentes, sendo, emprego (e moradia) em Ituiutaba – MG, pós-graduação em Uberlândia – MG (distante 135 km) e tratamento em Barretos – SP (230 km).

Não é raro ouvirmos dizer que alguém está com câncer, sendo que, a cada dia, mais é frequente esse diagnóstico. Cercado por medos, mitos, mistérios e preconceitos, o câncer é, sem dúvida, uma entre algumas doenças penosas, que atemorizam e afligem as pessoas, pois carrega conotações extremamente negativas. Até há pouco tempo, para a grande maioria, o diagnóstico de câncer era sentença de morte.

O câncer de mama, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) é o segundo tipo mais comum entre as mulheres. A cada ano, são cerca de 20% dos novos casos deste tipo de câncer em mulheres. Portanto, ao ser surpreendida com o diagnóstico, percebi que fazia parte dessa estatística. E o câncer de mama, antes temido e distante, se fez presente em mim de uma forma silenciosa e sorrateira, sem bater à porta.

Dentre os estigmas que se tem, para alguns, o câncer é palavra maldita, execrável, repugnante, discriminatória, sendo uma doença de crescimento invisível, desenvolvimento descompassado, firme e, quando não curada, letal.

Em analogia ao comportamento do crustáceo, tem-se, segundo Ferrari e Herzberg (2007) que o termo câncer foi empregado pela primeira vez na Grécia Antiga. Observando-se que algumas feridas pareciam penetrar profundamente na pele, comparou-se esse comportamento ao de um caranguejo (*Karkinos* em grego, *câncer* em latim) agarrado à superfície. E, também, pela semelhança entre as veias intumescidas de

um tumor e as pernas do animal que, com agressividade, imprevisibilidade e invulnerabilidade, aprisiona a sua vítima, consumindo-a até a morte.

Tavares (2005) afirmou que, para melhor entender o comportamento atual da mulher frente ao câncer de mama, seria necessário se conhecer um pouco a construção histórico-social dos significados do câncer, em especial no contexto brasileiro.

Ao longo do século XIX e início do século XX o câncer era relacionado à falta de higiene e associado à sujeira física e moral. Principalmente nas mulheres, Tavares (2005) afirma que o adoecimento era resultado de *pecados e vícios*, em especial das práticas sexuais. No início do século XX, no Brasil, havia uma atitude moralizadora e higienista por parte dos órgãos de saúde pública, que orientavam ações sanitárias de isolamento e desinfecção cautelosa das residências quando havia morte por diferentes patologias, como a sífilis, a tuberculose ou o câncer. O câncer era associado à pobreza, denotando sujeira física e moral. Existia, ainda, o caráter *libertador*, sendo um castigo por meio do qual o doente poderia conseguir a redenção, a elevação espiritual. Complementa o seu estudo assinalando que, às mulheres com câncer, eram songadas informações a respeito de sua doença ou de seu tratamento, no sentido de poupá-la de mais um sofrimento.

As primeiras idéias escritas a respeito da saúde e da doença, segundo Sarafino (1991 apud Gimenes 1994) remontam aos filósofos gregos, entre os anos de 500 e 300 a. C. Havia uma separação entre mente e corpo e as condições de saúde e doença estariam relacionadas a processos fisiológicos, portanto, o que aconteceria a esse corpo não afetaria o emocional da pessoa. A dicotomia mente-corpo permaneceu inabalável durante a Idade Média e o Renascimento. Com o desenvolvimento do microscópio e a utilização de dissecação em cadáveres, nos séculos XVIII e XIX o conhecimento médico e

científico teve grandes avanços, descobrindo-se, por exemplo, que algumas doenças eram causadas por microorganismos. Reinava o modelo biomédico para a saúde e a doença, em que se pressupunha ser a doença um mal do corpo, independentemente dos processos psicológicos e sociais da mente (Sarafino 1991 apud Gimenes 1994).

Embora se reconheça a importância do modelo biomédico e dos avanços médicos e farmacológicos para a humanidade, e principalmente para a detecção e tratamento do câncer de mama, no final do século XX e início do XXI, outros fatores começam a ser relevantes no estudo da doença. Nem todos os organismos reagem de forma igual aos tratamentos. Percebe-se assim a importância de se considerar e identificar a influência do comportamento e das emoções do indivíduo frente aos processos de saúde e doença; surge um novo modelo que considera tais aspectos, o biopsicossocial (Engel, 1977), e também a espiritualidade da paciente. Nesse sentido, a Psico-Oncologia vai se estruturando como uma ciência.

Diante de um diagnóstico de câncer de mama, justificado por estigmas, dados estatísticos de incidência, ou mortalidade, ou simbolismos enraizados ao longo do tempo, tem-se, além da insegurança de se ter um câncer, a mulher submetida a vários tratamentos, tais como mastectomia, radioterapia, quimioterapia, dentre outros, todos agressivos, visto que cortam, envenenam, queimam e deformam.

Constatada a doença, o cenário que se pinta é de dor, sofrimento, prolongados por tratamentos invasivos, mutilantes, muitas vezes, frustrantes.

Até a década de 1980, havia o princípio científico de que a cura para o câncer encontrava-se na radicalidade do tratamento, gerando grandes mutilações, de consequências desastrosas para a mulher e complicações, como o linfedema do braço, publicamente visíveis.

As mudanças nas formas de enfrentamento da doença e dos significados que o câncer carrega foram consideráveis, motivadas, em grande parte, segundo Souza (2007), pelos movimentos sociais em defesa da mulher, melhoria dos cuidados médicos e, também, dos avanços do conhecimento sobre a doença e seu desenvolvimento.

Estudos revelam ser assustador e preocupante a incidência do câncer de mama no Brasil e no mundo, com maior incidência, segundo Souza et al. (2003), na América do Norte e no norte da Europa; intermediária no restante da Europa e na América do Sul, menor na Ásia e nos países menos desenvolvidos. No Brasil, o câncer de mama é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos. No mundo é registrado um milhão de novos casos de câncer de mama a cada ano.

Observando-se que o elevado número de novos casos no Brasil, segundo o Inca (2008), encontra-se nas capitais mais desenvolvidas do país, pode-se inferir que a incidência de câncer de mama possa estar associada também às condições de vida impostas pela pós-modernidade, como sedentarismo, agitação, estresse, competição, alimentação industrializada, poluição, individualismo narcísico, desesperança e incertezas. Estamos diante do domínio da razão, que mata a espontaneidade da vida, desumanizando-a e o homem cada vez mais em busca de satisfações imediatas, num vazio existencial, em um mundo em constante transformação. Di Biaggi (1990) observa que o câncer é reflexo do nosso tempo, sintetizando o que há de negativo no comportamento do *homo economicus* do pós século XX, quando se percebe elevada contenção de energia, recusa a gastar e consumir vitalidade.

Esses fatores e essas possibilidades foram a mim apresentados em 2003, quando tive o diagnóstico do câncer de mama. É parte da proposta de inserir nesta pesquisa essa

minha vivência, para que as experiências possam, quem sabe, contribuir com a ciência. Passo, a seguir, a compor um *memorial*, que será retomado em diversos momentos deste estudo.

Memorial - parte 1

Evocar o passado a fim de reconhecer espaços perdidos e, até mesmo, reencontrá-los, revisitando a memória, presentificando situações que me trouxeram para este lugar, onde hoje me encontro.

Embora reconhecendo que há particularidades próprias a cada sujeito, há nesse sujeito um sujeito coletivizado pelo processo de socialização. Como nos diz Severino (2001), a história particular de cada um de nós se entretetece numa história mais envolvente da nossa coletividade.

Buscando compreender o sentido de se usar o memorial, como recurso discursivo, em uma dissertação, ocupei-me de sua definição:

O Memorial constitui, pois, uma autobiografia configurando-se como uma narrativa simultaneamente histórica e reflexiva. Deve então ser composto sob a forma de um relato histórico, analítico e crítico, que dê conta dos fatos e acontecimentos que constituíram a trajetória de seu autor, de tal modo que o leitor possa ter uma informação completa e precisa do itinerário percorrido. (Severino, 2001).

Enfim, numa tarde delicada de outono, quando a natureza se renova, prenunciando vida nova, eis me aqui, narrando fragmentos de mim.

Datas são pontas de icebergs. O navegador que singra a imensidão do mar bendiz a presença dessas pontas emersas, sólidos geométricos, cubos de gelo visíveis a olho nu e a grandes distâncias. Sem essas balizas naturais, que cintilam até sob a luz noturna das estrelas, como evitar que a nau se espedace de encontro às massas submersas, que não se vêem? (Bosi, 1992)

Dezembro de 2003, data ímpar em minha vida e na de meus familiares. Tempo de conquistas, vitórias, decisões, perdas, angústias e, principalmente, de mudanças. Minha formatura em Psicologia, o diagnóstico de um câncer de mama e a constatação da falência financeira da família. Três grandes eventos que mudaram significativamente o rumo de nossas vidas. Nem sempre é fácil encarar mudanças, abandonar o conforto do já tão familiar conhecido e ver-se rumo ao desalojante desconhecido...

A possibilidade de concluir o curso de Psicologia trouxe-me a certeza de que vale a pena sonhar, acreditar e persistir. Por décadas acalentei esse desejo e, aos quarenta e três anos, pude me apoderar dele e garantir a possibilidade de estar aqui hoje, passados sete anos, às voltas com aulas, estudos, pesquisas, concretizando o título de Mestre em Psicologia.

A falência nos trouxe angústias, inseguranças, desespero e muito medo. Não só medo de perdas materiais, mas também de perdas afetivas, perda do respeito e da credibilidade. Mas trouxe-nos também a chance de nos tornarmos mais humildes, menos egoístas. E, de certa forma, levou-me a acreditar mais em mim e em minha capacidade de superação.

E o câncer? Ah! Em meio a tantos atropelos, vem o diagnóstico: seco, direto, cortante e incisivo. As palavras do médico ainda ecoam em meus ouvidos: *Você quer ir para Barretos (SP), Uberlândia (MG) ou Uberaba (MG)?*.

Sei que foram palavras difíceis de serem ditas, pois em minha frente estava mais que um médico; estava um amigo, que não conseguia encontrar outra forma de dizer que a biópsia confirmara a sua suspeita, mas que havia chances. Não seria o fim da linha, mas o começo de uma nova caminhada.

Para Zecchin (2004), o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Tal diagnóstico pode atingir diretamente a integridade psicológica da paciente, tornando-a fragilizada, vulnerável, marcando a sua inserção em uma nova realidade.

Segundo Stephan (2002), a vida de repente está em suspenso, não se arbitra mais. Há uma vida mais potente que a própria vida, voraz e rápida, destruindo o ser. E uma nova rotina se instala: idas e vindas ao hospital, laboratórios, exames, resultados anátomo-patológicos, cirurgia, quimioterapia, radioterapia, queda de cabelos, medo, insegurança; para Angerami Camon (2001) significa dizer que o paciente é uma pessoa que perde a sua condição de agente para se tornar meramente passivo, em um processo de total cerceamento de suas aspirações existenciais.

Ao descobrir-se com câncer, a mulher vivencia uma trajetória em que a representação de ser doente remete às razões para o sofrimento, trazendo à lembrança significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, despertando nela, e nas pessoas de seu convívio, sentimentos e emoções.

Aliados a tais sentimentos e emoções, após o diagnóstico de uma doença grave, normalmente as pessoas se perguntam *por que eu? Por que isso foi acontecer logo comigo?* Facticidade, destino, castigo, estresse, herança genética? Muitas podem ser as explicações para tal. Muitos se prendem às causas, como se localizar um *culpado*

facilitasse a aceitação do diagnóstico e de todo o percurso do tratamento. Em se tratando de ciência e de todos os seus avanços, pensar sobre fatores causadores e desencadeantes do câncer de mama, certamente seria vislumbrar possibilidades de prevenção e conseqüentemente de redução de novos casos da doença.

Ao longo do tempo, vários estudiosos têm dedicado seus esforços em compreender se há relação entre o risco de câncer de mama e características psicológicas, traços de ansiedade, presença de estressores anteriores ao diagnóstico, depressão e histórico familiar de câncer de mama.

Os resultados são variados, como se percebe em Aro et al. (2005), em seu estudo sobre a relação entre a depressão, traços de personalidade, atitudes frente à doença, eventos de vida e histórico de saúde, e o risco de câncer de mama, em pacientes finlandesas, concluíram que fatores psicológicos, como depressão, traço de ansiedade, ceticismo e desconfiança ou *coping* não aumentam o risco de câncer de mama.

Em Ando et al. (2009), houve a conclusão de que pacientes que tinham alto traço de ansiedade, stress em muitos eventos de vida e sintomas subjetivos, apresentaram maior sofrimento psicológico antes do diagnóstico. Em particular, o traço de ansiedade teve um grande impacto sobre o sofrimento psicológico, destacando a necessidade e a importância da assistência psicológica adequada.

Cardenal et al. (2008) concluíram que o grupo de mulheres com câncer de mama apresentou mais eventos estressantes durante os dois anos que antecederam o diagnóstico dessa doença e diferenças significativas no grau de sofrimento atual, apresentando ainda maiores escores de raiva em curso, resignação e neuroticismo.

Surtees et al (2010) não encontraram nenhuma evidência de que a exposição ao stress social ou diferenças individuais estão associados com o desenvolvimento do câncer de mama.

E, nessas idas e vindas, aqui estou, buscando lembranças.

Morando em Ituiutaba (MG), optei pelo tratamento em Barretos (SP). Vez ou outra ouvia de uma prima, voluntária da Associação Voluntária de Combate ao Câncer de Ituiutaba (AVCCI), comentários sobre os avanços da medicina no tratamento do câncer, nessa cidade do interior do Estado de São Paulo. E Barretos, que no meu imaginário correspondia ao local onde se realizava a maior festa do peão do Brasil, passou em intermináveis oito segundos a ser a cidade onde eu desafiaria as células vorazes, que cavalgavam indocilmente pela arena de meu corpo.

Não poderia deixar de relatar o caminho percorrido por mim e por tantos pacientes que precisam da tutela do estado, via SUS, para realizarem tratamentos fora de seus domicílios. Percorre-se uma verdadeira *via crucis*, com muita burocracia e expectativas.

Após o fatídico resultado, fui à Secretaria Municipal de Saúde de minha cidade para agendar a consulta, no Hospital do Câncer de Barretos. Esperava que tudo fosse rápido e que as pessoas estivessem continentas a minha dor, pois, afinal, a característica principal da tal doença é a multiplicação desenfreada de suas células e eu não podia perder tempo e dar espaço para que essas malditas comessem todo o meu seio.

Até que fui bem-recebida, não sei se por ser também funcionária pública municipal há décadas e bem conhecida de todos, ou se esta é uma prática constante da instituição, embora, diga-se de passagem, já tenha ouvido muitas reclamações de descaso por parte de atendentes. Acredito que haja falhas e omissões, que espero

sinceramente sejam corrigidas, em função do direito constitucional à assistência humanizada em saúde.

Enquanto recebia orientações sobre o protocolo a ser seguido, lágrimas de desamparo brotaram de meus olhos, pois tudo que estava sendo dito, não correspondia à minha urgência. Eram tantos papéis a serem preenchidos, laudos, resultados de biópsia, entrevista com a assistente social, espera de vaga para atendimento em Barretos, vaga no transporte. Tudo aquilo me deixou tonta. Parecia que as pessoas não estavam me entendendo, pois eu só queria uma consulta, com urgência, com o médico que teria o poder de me livrar daquilo.

O agendamento mais próximo, segundo o controle da assistente social, seria para daí trinta dias. Fiquei inconsolável. Era tempo demais! Telefonei para minha prima, colaboradora da Associação Voluntária de Combate ao Câncer de Ituiutaba-AVCCI, em busca de alento e proteção. Como já esperava, sua indignação foi compatível com a minha. Solicitou a então presidenta da AVCCI, pessoa influente e respeitada no hospital de Barretos, que intercedesse por mim. E tudo se resolveu, ficando minha consulta agendada para aquela mesma semana. Dispensei o transporte da secretaria e os problemas desapareceram.

Naquele dia, percebi que esta deferência ao meu caso, mesmo sendo extremamente aliviadora para mim, causou-me também um profundo mal-estar. Senti-me privilegiada e favorecida por uma rede de influências a que poucos têm acesso. Decidi, portanto, sempre que possível, ser a voz de tantos pacientes emudecidos e excluídos pelo sistema capitalista, reivindicando melhorias no atendimento e principalmente no transporte a outras localidades.

Enfim, dia 15 de dezembro do ano de 2003, dei entrada na Fundação Pio XII, Hospital do Câncer de Barretos, para a primeira consulta e, efetivamente, entrei para o mundo dos portadores de câncer, com a indicação de mastectomia radical da mama direita.

Diante da certeza de um câncer de mama, a mulher pode sentir-se como se lhe tirassem o *chão* em que se apóia, sentindo-se como se perdesse o próprio mundo e, simultaneamente a si mesma.

Quando Zecchin (2004) relata que o ato cirúrgico atinge não só o corpo físico, mas afeta o si mesmo, remete-nos a toda soma de sofrimentos, perdas, lutos e elaborações em que a paciente se envolve na tentativa de se readaptar-se na vida. Instala-se uma situação traumática, que altera bruscamente a relação da paciente com o seu corpo.

Michelazzo (1999), quando afirma que o estranho é aquilo que nos retira do familiar e seguro, fazendo com que nos deparemos com o desconhecido e o nada, reconhece que o ser humano encontra-se em vários momentos da vida, desalojado daquilo que lhe é familiar e seguro. E sair da familiaridade implica cair no nada, na estranheza.

O ego, de acordo com Zecchin (2004), “perde sua soberania imaginária”. Se vivemos no corpo a ameaça de perder a vida, para o ego, na alma, ficamos ameaçados de perder as referências, a identidade, objetos que nos são essencialmente caros. Acrescenta, ainda, que o esquema corporal é a abstração de uma vivência do corpo, que se estrutura pela aprendizagem e pela experiência. Portanto, diante da experiência da alteração da corporeidade pela incidência de um câncer, é necessário entrar em contato

com esse novo corpo e familiarizar-se com ele, atribuindo-lhe novos significados. A perda do seio pode representar a perda de uma das referências femininas.

O seio é um órgão que agrega subjetividades importantes na sexualidade da mulher. Para Zecchin (2004), o seio tem, além de alto valor narcísico e simbólico, um lugar organizador de experiências importantes, tanto da maternidade, quanto dos atributos do feminino, desde as primeiras interações com o mundo. **O seio é fonte de vida, de prazer;** o câncer de morte e de dor. A mastectomia, mesmo fazendo parte de um tratamento, que, sem dúvida, ainda é a melhor conduta para o tratamento do câncer de mama, deixa cicatrizes profundas, tanto no corpo quanto na subjetividade da mulher. E cicatrizes são marcas características de uma alteração na imagem corporal e uma rotulação que pode afetar a auto-imagem. A falta da mama agride o olhar e pode levar à adaptação ineficaz severa e ao afastamento social.

Acostumei-me, menina ainda, a considerar-me feia, sem graça; a maturidade me trouxe segurança e determinação. E o câncer, por mais paradoxal que possa parecer, me fez especial.

O homem, segundo Michelazzo (1999) nunca sai da familiaridade por vontade própria. E é esta situação de desamparo em que ele se encontra, sem ter previamente escolhido e desejado, que faz com que ele entre em confronto com o ser. A partir do mergulho na angústia do nada, podemos encontrar forças mobilizadoras capazes de nos manter vivos, mesmo diante de tanta adversidade e de tantas perdas. Sempre há a possibilidade de construir uma história com a doença, sendo sujeito dela. Resignificar algo que não se pode alterar, a facticidade de ter um câncer de mama.

O câncer não é necessariamente uma sentença de morte; ao contrário, na visão de Gimenes et al. (2002), pode ser o início de uma nova vida, muito mais plena, significativa e harmoniosa, seja pelo tempo que durar.

Fiz da morte o meu projeto de vida. A morte, antes temida e pensada em terceira pessoa, trouxe-me a certeza do desejo de viver, pois todo dia é o último dia. E o último dia é hoje (Bosi, 1983).

A cirurgia foi agendada para 20 de janeiro de 2004. No dia anterior, cheguei ao hospital às 14 horas, acompanhada de minha querida prima Rachel, companheira de todas as horas.

A recepcionista nos pediu para aguardar. É uma espera angustiante. Pessoas aguardam sua internação, outras esperam por parentes em cirurgia, outras pelo horário de visitas. Mas a nenhuma falta os sentimentos de expectativa, medo e ansiedade. Na sala de espera, as horas se arrastam numa lentidão secular.

Fiquei horas à espera de leito. Já não me aguentava mais. Sentia-me cansada, antes mesmo de iniciar a jornada. Fui chamada às 18 horas, para tomar posse de um leito. No mesmo quarto estava dona Arabela, uma senhora que deveria ter feito retirada do útero, mas, já no centro cirúrgico, a sua pressão arterial subiu muito, obrigando os médicos a adiarem a cirurgia para a manhã seguinte.

Trouxeram o jantar. Dispensei a Rachel, para que ela não precisasse passar uma noite desconfortável, dividindo um sofazinho com a acompanhante da minha vizinha. Perto das 22 horas, finalmente, o sono chegou.

Para variar, foi uma noite mal-dormida. Somado ao medo e à ansiedade, periodicamente éramos acordadas pela enfermeira, que precisava cumprir a sua tarefa: aferir pressão, verificar temperatura...

Acordaram dona Arabela às cinco horas para o banho. Seu médico apareceu às 7h30 e, mais uma vez, a cirurgia foi adiada para o período da tarde. E a coitada, sem comer!

Por volta das oito horas, eu me levantei, tomei um banho e fiquei na expectativa de falar com o meu médico, antes de ir para o centro cirúrgico. A imagem das cicatrizes da Ednelza (companheira de hotel) não saía da minha cabeça. Parecia um *saco* amarrado pela boca. Será que em mim ficará assim?

O médico não apareceu. Já havíamos combinado, mesmo contra a sua vontade, que faríamos a reconstrução da mama no ato da mastectomia. Mas tenho tantas dúvidas para discutir com ele! O desejo de me livrar do câncer é imenso, mas há também o desejo de não ficar com o corpo mutilado. Vivi intensamente a dor da alteração da minha imagem corporal e o impacto da perda do seio, diante das demandas do meu ser mulher.

Pedrolo (2000) define imagem corporal como o modo de sentirmos e pensarmos sobre o nosso corpo e a nossa aparência corporal. Os sentimentos e as atitudes relacionados à imagem corporal formam um conceito de corpo, fundamental para uma vida social mais adequada; o ideal de corpo é um aspecto avaliado em relação a uma imagem ideal, regida por normas e valores socioculturais. Desse modo, alterações na imagem corporal podem alterar a auto-imagem e o auto-respeito, limitando as oportunidades e as relações.

Ao dizer que o sujeito é o seu corpo, Angerami Camon (2003) leva-nos a refletir que uma transformação corpórea conduz a pessoa a uma nova configuração de sua realidade. O corpo não é algo passivo e inerte; ao contrário, é meio de contato com o outro e com o mundo. E é no corpo que as nossas configurações e auto-estima se

manifestam. Portanto, a perda da mama pode comprometer a saúde mental e/ou social da mulher, motivo de baixa auto-estima ou objeto de zombaria por parte de seus pares, levando-a a afastar-se do convívio social, quando evita participar de atividades que a exponham ao julgamento coletivo, tais como as esportivas e de contato público, além das dificuldades para competir no mercado de trabalho.

Esperei, esperei... E descobri a primeira lição.

Fui para o centro cirúrgico às 16 horas. Na sala de ambientação, nome dado à ante-sala do centro cirúrgico, pela primeira vez, eu me senti só e à mercê da sorte. Estava há um passo de perder algo extremamente precioso para mim e, o que é pior, sem sentir dor alguma ou nenhum desconforto físico, que aparentemente justificasse tamanha agressão. Parecia um caso de erro de diagnóstico. Aquela sala fria me remetia à antecâmara da morte, há tanto descrita por convalescentes e sobreviventes de coma.

A única imagem familiar e carinhosa foi a do meu médico, que se aproximou de mim e me pediu confiança, pois tudo daria certo e eles fariam o melhor por mim. Fui conduzida a uma sala extremamente branca e iluminada e, mais uma vez, meu médico, misto de anjo salvador e demônio mutilador, se aproximou e disse-me que eu dormiria um pouco. Nem me lembro de ter fechado os olhos.

Acordei às duas horas de uma madrugada silenciosa, com tubos e saquinhos por todos os lados, com crises horríveis de vômitos e tremores. Foi uma cirurgia difícil e demorada, devido ao cuidado com a maior preservação possível de músculos e tecidos e a fixação da prótese de silicone, o que vale salientar que esta decisão foi fruto de um apelo intenso e angustiante de minha parte, uma vez que a equipe médica desaconselhava tal prática, no ato da mastectomia. Mas eu não podia admitir sair

daquela sala de cirurgia totalmente mutilada. Foram também esvaziados 14 linfonodos, mas o sucesso da cirurgia dependeria de inúmeros fatores.

Soube dos telefonemas carinhosos e preocupados da minha família e dos meus amigos, que nunca deixaram de torcer e rezar por mim.

Ah! E segundo a Rachel, agora no quarto, ficaria só a Barbara Bela, pois dona Arabela fora para casa sem se operar, pois a pressão não se regularizava. E, com isso, Rachel ganhou o espaço do sofazinho só para ela. Que sortuda!

Para Kovács (1992), a doença pode ser trabalhada numa possibilidade de *insight*, já que provoca uma parada obrigatória na agitação do cotidiano, facilitando uma revisão de vida, um aprofundamento das relações; a possibilidade de autoconhecimento se encontra aberta.

Ao resignificar a história da doença e da própria vida é possível favorecer à mulher com câncer de mama, uma postura positiva, sem precisar, segundo Chiattonne (2001), buscar na morte o cessar de seu sofrimento, uma vez que “a vida não se mede em comprimento, mas em largura” [...]

Viver com uma doença estigmatizante, como o câncer de mama, deu-me a oportunidade de vivenciar um processo de significação, gerado pela percepção sobre a doença, possibilitando-me a reformulação de pré-concepções e a elaboração de novos conceitos sobre ter uma doença crônica. Esse processo foi, ainda, resultado da interpretação da experiência de viver com a doença e seu tratamento, gerando sentimentos e atitudes que refletem um grau de incerteza, a partir da revelação do diagnóstico e das concepções sobre a doença.

Dor e pranto...

Cada um padece seu tanto.

A dor excessiva, nem tanto...

Barbara

A seguir serão apresentados alguns aspectos médicos do câncer de mama, como conceituação, fatores de risco, níveis de prevenção, sinais e sintomas, detecção precoce, recursos diagnósticos, formas de tratamento, reabilitação e prognóstico.

1.1 Aspectos médicos do câncer de mama

1.1.1 Conceito

Em conformidade com o Instituto Nacional do Câncer (Inca, 2008) a palavra câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células, que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase), ou na mesma região (recidiva). Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser agressivas e incontroláveis; determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

Reconhecidas há muito tempo, Ferrari e Herzberg (2007) ressaltam que somente com a descoberta do microscópio, o estudo das doenças malignas pôde evoluir. A partir da identificação da célula, como a unidade funcional dos organismos evoluídos, foi possível compreender um pouco melhor o desenvolvimento dessas doenças.

O câncer, segundo Yamaguchi (1994), é uma doença que se origina nos genes de uma única célula, capaz de se proliferar até o ponto de formar massa tumoral no local e a distância. A malignidade se dá após várias mutações ocorridas na mesma célula.

Logo a seguir trataremos dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

1.1.2 Fatores de risco

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. (Inca, 2008).

Malzyner et al. (2000) esclarecem que fator de risco é uma característica epidemiológica, cuja presença em alguns grupos ampliaria as possibilidades de desenvolvimento de uma doença, quando comparados a grupos que, segundo Guimarães (2006), não apresentam tal característica.

A etiologia do câncer de mama envolve a interação de múltiplos fatores de risco, abrangendo determinantes biológicos, psicossociais e ambientais. Os principais fatores causais estão ligados a agentes internos e externos ao indivíduo, que podem agir juntamente, ou em seqüência, para iniciar ou promover o processo de carcinogênese, em um terreno propício.

Gandini (1995) nos relata que, nos estudos de câncer de mama, não se procura uma única etiologia da doença, mas, sim, o interjogo de vários fatores: psicológicos, sociais, antropológicos, genéticos, hormonais, imunológicos, nutricionais, dentre outros.

Conforme Soares (2007), o tumor surge com a alteração genética associada à presença de fatores cancerígenos. Depois, na presença desse mesmo agente, os tumores

crecem. Os fatores de riscos podem ser herdados ou encontrados no meio ambiente, havendo que se buscá-los, portanto, na história de vida de cada paciente. A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, onde se encontra um grande número de fatores de risco. Ao falarmos de meio ambiente, referimo-nos ao meio em geral, água, terra, ar; ao ambiente de consumo, alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos de uso doméstico e também ao ambiente cultural, estilo e hábitos de vida.

O desenvolvimento urbano-industrial dos países tem provocado sérias modificações nos padrões de vida e nas relações sociais dos indivíduos. A poluição ambiental, a exposição a substâncias químicas cancerígenas, a adesão a maus hábitos de vida, o sedentarismo, o consumo exagerado de alimentos ricos em gordura animal, o alcoolismo, o tabagismo, a precariedade das relações pessoais e sociais do indivíduo, associados à pré-disposições genéticas podem ser considerados fatores desencadeantes de neoplasia maligna.

Em decorrência, tanto da diversidade quanto da existência concomitante de fatores, há uma dificuldade de se isolar um único e avaliar a sua verdadeira contribuição, implicando a ausência de uma relação clara entre a doença e o seu agente causador.

Segundo Peres (2008), são diversos os fatores de risco para o câncer de mama, podendo o histórico familiar ser um dos mais importantes, sobretudo para mulheres cujos familiares femininos, em primeiro grau, foram acometidos pela doença antes dos 50 anos de idade. Além desses, Guimarães (2006) também relatou avanço da idade, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, história de doença mamária benigna, alta densidade mamária, exposição a altas doses radiação ionizante ou organoclorados e mutações nos genes BRCA 1 e BRCA 2.

Apesar do reconhecimento de múltiplos fatores de risco, ainda não há como determinar quais mulheres desenvolverão, ou não, o câncer de mama, pois a maioria da população feminina apresenta pelo menos um desses fatores e, muitas delas, mais de um, havendo ainda notificações da doença em mulheres que não estiveram expostas a nenhum deles. (Malzyner et al., 2000)

Cumprir assinalar que paralelamente ao conhecimento desses fatores de risco, é importante o direcionamento de ações tanto para a detecção, diagnóstico e tratamentos precoces, proporcionando, assim, a possibilidade de melhor prognóstico, como para a compreensão de conflitos vivenciados, a ressignificação destes e o incentivo de hábitos de vida saudáveis.

A seguir serão abordados os sinais e sintomas do câncer de mama.

1.1.3 Sinais e sintomas

O câncer, assim como outras doenças, frequentemente apresenta sintomas que devem ser observados e valorizados. Por essa razão, pode-se dizer que, de certa forma, o diagnóstico começa com a observação de qualquer alteração no funcionamento geral do organismo.

Segundo o Inca (2008), os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhados, ou não, de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações, ou um aspecto semelhante à casca de laranja, e, também, nódulos palpáveis na axila.

Ainda segundo o Inca (2008), nódulo ou massa mamária é a principal queixa que leva as mulheres ao médico. Entretanto, 90% são causadas por alterações benignas.

Massas de consistência de borracha e macias estão geralmente relacionadas a fibroadenomas, em mulheres entre 20 e 30 anos, e a cistos, em mulheres entre 30 e 40 anos, sendo ambas as alterações benignas. Nódulos malignos são geralmente solitários, discretos, duros, sem aumento de sensibilidade do local, em uma única mama, podendo em alguns casos estar aderido à pele ou parede muscular, localizada debaixo da mama.

A dor mamária, também chamada de mastalgia, raramente é associada ao câncer de mama e está, geralmente, relacionada a alterações benignas pré-menopausa ou em mulheres na pós-menopausa, recebendo reposição estrogênica. A dor nesses casos está presente juntamente com um inchaço mamário. (INCA, 2008).

Eritema (vermelhidão da mama), edema (inchaço da mama), retração da pele ou do mamilo, alteração da aréola, estão comumente associadas ao câncer de mama. Secreção do mamilo ou corrimento mamilar é considerado suspeito, principalmente quando acompanhado de uma massa, vindos de um único ducto, de forma espontânea e sanguinolenta. Secreção verde ou preta, vinda de mais de um ducto, habitualmente se origina de doença benigna da mama. Em caso de secreção láctea bilateral, é importante investigar a causa da produção de prolactina. (INCA, 2008)

Na presença de quaisquer sinais ou sintomas, é de fundamental importância que a mulher procure um médico especialista na área, um mastologista, o mais rápido possível, pois o câncer de mama é considerado relativamente de bom prognóstico, com significativa possibilidade de sobrevivência, se diagnosticado e tratado oportunamente.

Infelizmente dados do Inca (2008) demonstram elevadas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil, evidenciando que a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

A importância da detecção precoce do câncer de mama é o próximo item a ser tratado.

1.1.4 Detecção precoce

É inegável a necessidade de se cuidar e agilizar, o que no caso do câncer de mama, favorece o diagnóstico precoce, que aumenta as chances de cura, possibilitando tratamentos menos invasivos e mutilantes e respostas mais eficazes, com o aumento da sobrevivência da paciente e redução de recidivas e metástases.

Toda mulher, e em especial as que integram os fatores de risco já mencionados, devem procurar o mastologista uma vez por ano, para fazer exames clínicos e obter orientações preventivas sobre doenças ginecológicas.

Para a prevenção do câncer de mama e detecção precoce tem-se orientação médica preventiva, anamnese clínica, exame clínico, auto-exame, mamografia, complementada, se necessário, por ultrassonografia das mamas (BRASIL, 2004).

O auto-exame, o exame clínico e a mamografia são apontados como as principais estratégias de detecção e diagnóstico precoce do câncer de mama, além da anamnese clínica, quando as informações acerca da história de vida e dos antecedentes familiares contribuirão para o esclarecimento da situação que se apresenta (Araújo, 2000, Menke, Biazús, Cavalheiro & Rabin, 1998).

A anamnese clínica consiste em uma entrevista com a paciente para investigação de queixas referentes a algum sinal ou sintoma mamário, antecedentes pessoais e familiares, além de dados de identificação, úteis no caso da busca ativa da mulher, se houver necessidade (BRASIL, 2002). Apesar de sua importância, por se configurar como

primeiro contato entre a mulher e os profissionais de saúde, a anamnese cuidadosa, continua relegada a segundo plano e desconsiderada nas ações de rotina, voltadas à atenção do câncer de mama.

O exame clínico das mamas deve ser realizado por médico especialista na área para uma avaliação sistematizada. A eficiência do exame é proporcional à habilidade e experiência desse profissional para detectar qualquer anormalidade, devendo constituir-se em instrumento para solicitação de exames complementares.

Segundo Peres (2008), por se tratar de um recurso ambulatorial, econômico, rápido e eficiente, o exame clínico ocupa no país um lugar de destaque nas atuais políticas públicas de saúde, para controle de câncer de mama. Vale ressaltar que a sua precisão é limitada, por não possibilitar a detecção de nódulos pequenos, que exigem exames mamográficos.

O auto-exame das mamas deve ser realizado mensalmente por todas as mulheres, sete dias depois da menstruação, quando as mamas estão mais flácidas e indolores. Após a menopausa, deve-se definir um dia e realizá-lo sempre com intervalo mensal. Essa frequência pode possibilitar a percepção de pequenos nódulos nas mamas e axilas, secreção nos mamilos, mudança de cor na pele e retrações. (Borghesan et al., 2003). O auto-exame é recomendado desde a década de 1930 e foi incorporado às políticas de saúde pública norte-americanas desde os anos 1950.

Embora bastante questionado, especialistas alegam que não só as pacientes, mas, também, clínicos encontram dificuldades em identificar certos nódulos não palpáveis nas mamas.

Na verdade, a descoberta do nódulo ou de algum outro sintoma, geralmente é resultado de um processo acidental, durante o banho ou após um pequeno traumatismo

no seio, determinando que, no momento da descoberta, a doença pode se encontrar bastante desenvolvida. Em relação à detecção precoce, pesquisas têm assinalado a ineficácia do auto-exame das mamas, que só permite identificar nódulos em tamanhos de 1,8 a 2,0 cm, implicando intervenções mais invasivas (Zecchin, 2004).

Exame de alta resolução, a mamografia é um tipo de radiografia especial, realizada em um aparelho específico e preciso para avaliação das mamas, denominado mamógrafo. Considerado o método mais eficaz para a identificação de lesões em estadios pré-invasivos, ou seja, capaz de detectar um nódulo menor que um centímetro, antes mesmo que ele se torne palpável, descarta a necessidade de intervenções mutiladoras, aumentando as chances de cura.

Os resultados da mamografia não atestam a malignidade do tumor, apenas sugerem o diagnóstico, somente a biópsia com exame anatomopatológico pode dar o diagnóstico preciso.

A Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda que a primeira mamografia deva ser feita, a título preventivo, aos 35 anos de idade, mesmo que não exista nenhum sintoma. Mulheres entre 40 e 49 anos devem fazer uma mamografia a cada dois anos; se houver casos de câncer de mama na família, a mamografia deve ser feita anualmente, a mesma frequência indicada para mulheres com 50 anos ou mais.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2008) recomenda, como uma das principais estratégias de prevenção, para mulheres de 50 a 69 anos, pelo menos um exame mamográfico a cada dois anos e o exame clínico, como parte do atendimento à saúde da mulher, para todas as mulheres que procurem o serviço de saúde, independentemente da faixa etária.

No diagnóstico de lesões malignas em mulheres com menos de 40 anos, utiliza-se a ultra-sonografia, especialmente indicada na diferenciação entre tumores sólidos e líquidos e em processos inflamatórios, também útil na avaliação de nódulos clinicamente palpáveis, mas não verificáveis pela mamografia nas mulheres com idade superior a 50 anos. (Consenso para o Controle de Câncer de mama, 2004). A ultra-sonografia também pode ser usada para orientar punções de nódulos, não devendo ser utilizada como método de rastreamento.

Atualmente, no Brasil, estão sendo realizados diversos estudos acerca de um novo exame descartável denominado *Breast Care* (cuidado com a mama), produzido nos EUA. Em função do auto-exame não ter se configurado uma ferramenta eficiente para o rastreamento da doença, o exame clínico detecta apenas tumores superficiais maiores de um centímetro e a mamografia ter custo alto para grande parte da população brasileira, o *Breast Care* pode se constituir em uma nova e importante ferramenta que, associado aos demais exames, aumenta a possibilidade de detecção precoce de patologia mamária maligna e orienta a realização de mamografia e outros diagnósticos.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) aprovou a importação de tal dispositivo, que não substitui a mamografia, mas pode auxiliar no diagnóstico precoce do câncer de mama, especialmente nos municípios mais pobres, que não contam com mamógrafo.

As vantagens do *Breast Care* sobre os métodos existentes são o custo e a praticidade, já tendo sido aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com registro do Ministério da Saúde, do Food and Drugs Administration (FDA), nos Estados Unidos e também nos órgãos de saúde da Comunidade Européia.

O *Breast Care* é um método seguro e eficiente, não invasivo, indolor, sem efeitos adversos ou contra-indicações, de baixo custo, descartável, de uso simplificado e

avaliação imediata do resultado. Outro ponto importante é a possibilidade do teste ser aplicado em pacientes com próteses de silicone. Aplicado exclusivamente por médicos, o produto funciona como um sensor de temperatura, que mede a energia térmica interna. O registro de calor de cada setor da mama se realiza mediante pontos sensíveis que mudam de cor ao alcançar uma determinada temperatura. Desse modo, obtêm-se imagens em espelho, que permitem visualizar facilmente regiões assimétricas entre as mamas. Uma das atividades fisiológicas dos tumores é o aumento de calor na região. Segundo explicações do médico e físico Zsigmond Sagi, criador do produto, o *Breast Care* detecta esse aumento de temperatura. Quando um tumor na mama está se formando há um afluxo maior de sangue, aumentando assim, a temperatura do seio. Havendo a constatação de alterações na temperatura do seio, o médico deverá encaminhar a paciente para prosseguir a investigação.

O teste é formado por um par de discos com uma almofadinha leve de material termoisolante, com três lâminas de alumínio. Cada uma delas contém 18 colunas com sensores químicos, que, depois de 15 minutos, determinam a temperatura naquela área da mama, quando o *Breast Care* indica a temperatura global pela troca de cor dos pontos. Caso a diferença na temperatura entre as duas mamas seja superior a quatro colunas, pode existir uma condição patológica. A elevação da temperatura é um dos indícios de proliferação de células cancerosas pelo corpo.

Esse resultado associado ao exame clínico e ao histórico da paciente ajudará o médico a identificar as mulheres que devem ser submetidas a futuros exames ou serem monitoradas. Estudos clínicos realizados nos Estados Unidos, no Brasil e na Europa comprovaram que o produto pode ajudar de modo significativo na detecção prematura do câncer de mama, quando usado como um auxiliar do exame clínico e da mamografia.

É interessante ainda destacar, dentre os exames investigativos e indicativos de diagnóstico, o rastreamento genético, que se tornou possível graças aos avanços recentes da biologia molecular. De acordo com Peres (2008), esse recurso envolve a avaliação do material genético de indivíduos assintomáticos e visa à identificação daqueles que apresentam maiores chances de serem acometidos por uma determinada enfermidade, podendo, inclusive, ser empregado no exame de portadores de sintomas inespecíficos, com o intuito de subsidiar o diagnóstico em estágio pré-clínico. Tal técnica ainda é controversa, pois se estima que apenas cerca de dez por cento dos casos de câncer de mama são decorrentes de fatores genéticos (BRASIL, 2004).

A anamnese clínica, o auto-exame e a mamografia se configuram como os primeiros passos na busca de detecção e diagnóstico do câncer de mama. Os resultados desses exames podem ser indicativos para exames citológicos, histológico e de biópsia.

Em se havendo suspeita ou indício da doença, inicia-se o processo de avaliação da extensão da neoplasia mamária e sua tendência à progressão tumoral, podendo aí se incluir a biópsia, intervenção cirúrgica para a retirada total ou parcial do tecido, que forma o nódulo ou massa em análise, com a ajuda da mamografia ou ultra-sonografia. Feita a biópsia, o tecido poderá ser estudado microscopicamente em lâminas preparadas no laboratório.

Estas podem ser por aspiração, com uma agulha fina ou mais grossa, ou, ainda, uma pequena cirurgia para retirada integral ou parcial de toda a massa ou do nódulo, para ser estudado como um todo, acompanhada de mamografia e ultra-sonografia. Caso a biópsia detecte um tumor maligno, certamente outros testes de laboratório serão feitos no tecido para que se obtenham novos dados. Também serão solicitados exames,

como raios X, sangue, ultra-som, mapeamento ósseo, provas de função hepática, dentre outros, para verificar se o câncer está presente em outras regiões do corpo.

Convém ressaltar, que no Brasil, é deficitário o acesso aos métodos de prevenção e detecção precoce do câncer de mama para a maioria das usuárias do serviço público de saúde. No sistema público de saúde brasileiro, revelam-se um grande desafio para a população feminina a burocracia no acesso às unidades de saúde, escassez de profissionais especializados, o pouco quantitativo de mamógrafos disponíveis na rede, o estado precário e a má conservação desses equipamentos, além dos grandes intervalos entre consultas.

A seguir serão apontados os recursos diagnósticos do câncer de mama.

1.1.5 Recursos diagnósticos

Conforme o Inca (2008), o diagnóstico do câncer de mama é resultante de um caminho percorrido pela paciente, que se inicia no momento da percepção e detecção de anomalias na mama. Normalmente se dá a partir de uma sequência pré-estabelecida, ou seja, a primeira etapa pode se dar com o auto-exame e ou exame clínico. O exame clínico é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer e deve ser realizado junto com o exame físico e ginecológico, constituindo-se a base para a solicitação dos exames complementares.

Montoro (1984) chama a atenção para os sinais ou sintomas relatados pelas pacientes, tais como dor, presença de nódulo de consistência dura, de apresentação tridimensional e infiltração de tecidos vizinhos, retração cutânea, eczema, derrame papilar de cor cerosa ou sanguinolenta.

Outro elemento importante para encaminhamento do diagnóstico destacado por Gandini (1995) é a axila suspeita, reforçando que diante desses sinais ou sintomas, a paciente deve ser orientada para os exames de mamografia, ultra-sonografia e exames citológicos. Já em pacientes assintomáticas, em fase pré-clínica da moléstia, a autora acrescenta que a detecção do câncer de mama pode ocorrer pela mamografia de rotina, quando o nódulo, inferior a um centímetro de diâmetro, não pôde ser percebido na palpação.

Nas lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos, normalmente a ultra-sonografia é o método de escolha para avaliação por imagem, sendo que, naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina, ou histológica, quando o material for obtido, por punção, utilizando-se agulha grossa ou, ainda, por biópsia, em cirúrgica convencional.

A conduta de agulhamento nas lesões não palpáveis segue a proposta do *Breast Imaging Reporting and Data System (Bi-Rads)*, publicada pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, em reunião de consenso em 1998.

No diagnóstico citopatológico, os critérios para avaliação das lesões mamárias podem ser categorizados com padrão citológico benigno, isto é, negativo para malignidade ou positivo para malignidade, sendo este ainda indeterminado ou suspeito para malignidade.

No diagnóstico histológico devem estar contidos todos os elementos necessários ao adequado manuseio clínico da paciente, sob os pontos de vista terapêutico e

prognóstico, apresentando a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e o resultado dos marcadores prognósticos avaliados por imuno-histoquímica.

Tem-se ainda o estadiamento, que faz parte do processo de avaliação da extensão da neoplasia mamária, pois permite analisar e classificar a progressão do tumor, bem como planejar o tratamento mais adequado para cada paciente.

O estadiamento do câncer de mama baseia-se na classificação dos Tumores Malignos, TNM², proposta pela União Internacional Contra o Câncer, conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, presença ou ausência de metástases a distância, onde o câncer de mama evolui em estádios crescentes, de I a IV, por ordem de gravidade, sendo que, quanto maior o grau, pior o prognóstico (Abreu & Koifman, 2002).

O estágio I refere-se ao tumor com até dois centímetros, sem qualquer evidência de ter se espalhado pelos gânglios linfáticos próximos.

O estágio II inclui tumores de até dois centímetros, mas com envolvimento de gânglios linfáticos, ou então, um tumor primário de até cinco centímetros, sem metástases.

O estágio III refere-se ao tumor com mais de cinco centímetros e quando há envolvimento dos gânglios linfáticos da axila, ao lado da mama afetada.

Já no estágio IV existem metástases distantes, como no fígado, ossos, pulmão, pele ou outras partes do corpo.

Exatamente aqui, neste ponto do estudo, quando já discutimos vários aspectos médicos do câncer de mama, como fatores de risco, níveis de prevenção, sinais,

² Sistema TNM:(T) refere-se às características do tumor primário; (N) aos linfonodos das cadeias de drenagem linfática de órgão e (M) à presença de metástases a longa distância. (BERGMAN, 2000)

sintomas, detecção precoce e recursos diagnósticos, gostaria de aparecer mais um pouquinho.

Memorial – parte 2

Sempre procurei ser uma pessoa cuidadosa com o meu corpo. As idas regulares ao cabelereiro e à esteticista não me afastavam do consultório médico, com realização de exames ginecológicos periódicos.

Em relação aos cuidados com as mamas, além de exames clínicos e mamografia anualmente, realizava frequentemente o autotoque. E foi em um desses momentos que senti algo diferente movendo-se sob a pressão de meus dedos. Já havia acontecido em outras épocas, mas os exames sempre acusavam uma displasia.

Fiz uma mamografia, em um centro radiológico conceituado em minha cidade e o resultado, mais uma vez, acusou displasia. Eu e meu médico ficamos despreocupados. Mas aquele *carocinho* continuava ali a brincar sob os meus dedos.

Recorremos à ultra-sonografia e o resultado sugeria *imagens a esclarecer*, que foram totalmente esclarecidas por uma biópsia, com a retirada do nódulo em uma intervenção cirúrgica: “Fragmentos de mama apresentando lóbulos e células atípicas, infiltrando o estroma mamário”. Havia ainda uma nota de rodapé: “O quadro histológico é fortemente sugestivo para carcinoma lobular infiltrante com componente *in situ*. Salvo melhor juízo clínico sugere-se exame de imuno-histoquímica para uma melhor abordagem diagnóstica”.

Quantas palavras de difícil compreensão! Parecia que temiam explicitar o óbvio: eu estava com câncer de mama.

Vamos a seguir apresentar as formas de tratamento do câncer de mama.

1.1.6 Formas de tratamento

Atualmente, o câncer de mama tem boas opções de tratamento. A escolha depende do estadiamento da doença, do tipo de tumor e do estado geral de saúde da paciente. Normalmente envolve a associação de intervenções, como as cirurgias, o tratamento radioterápico e as terapias sistêmicas - quimioterapia e hormonioterapia (Kemp, Petti, Ferraro & Elias, 2002).

Cada uma dessas modalidades terapêuticas encerra benefícios e danos às mulheres acometidas pelo câncer de mama. Bergamasco e Ângelo (2001) afirmam que essas intervenções, ao mesmo tempo em que *tratam* a doença, também acarretam inúmeros efeitos adversos e alterações em diferentes esferas da vida feminina. Dependendo das necessidades de cada paciente, o médico poderá optar por um ou pela combinação de dois ou mais métodos terapêuticos.

A cirurgia é o mais antigo, mais comum e definitivo método utilizado, quando o tumor está localizado em circunstâncias anatômicas favoráveis. Para alguns tipos de câncer de mama, apenas a cirurgia não é suficiente, devido à disseminação de células cancerosas locais ou difusas. O tratamento cirúrgico visa principalmente controlar a doença, fazer o seu estadiamento e orientar a terapia sistêmica. Atualmente, há uma maior preocupação em se realizarem intervenções cirúrgicas menos mutilantes, com possibilidades de futura reconstituição mamária. O tumor da mama será removido, assim como os gânglios linfáticos da axila, que filtram a linfa da mama para outras partes do corpo; por meio deles o câncer pode se alastrar.

Existem diferentes tipos de cirurgia e sua indicação dependerá do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor, dividindo-se em conservadora, com a ressecção apenas de um segmento da mama e não-conservadora, implicando na retirada de toda a glândula mamária (Consenso para Controle de Câncer de Mama, 2004).

A cirurgia não-conservadora, também denominada de mastectomia é uma cirurgia extremamente invasiva e mutiladora, com diversos desdobramentos na imagem corporal, na sexualidade, na auto-estima e na vida da mulher como um todo. Destacam-se dois tipos principais: a radical, também chamada de clássica e a radical modificada.

A mastectomia radical modificada consiste na retirada da glândula mamária e a linfadenectomia axilar, com preservação de um ou ambos os músculos peitorais. Constitui o procedimento cirúrgico realizado na maioria das pacientes com câncer de mama nos estádios I, II e III. Esse procedimento é indicado na presença de tumor acima de três centímetros, sem fixação à musculatura, em pacientes com recidiva após tratamento conservador ou que apresentem qualquer condição que as tornem inelegíveis ao tratamento conservador, e em pacientes que não concordem com a preservação da mama. É denominada mastectomia radical modificada Patey, quando ocorre a preservação do músculo grande peitoral. Quando os dois músculos peitorais são preservados, é chamada mastectomia radical modificada Madden.

Esta inclui o complexo areolar e aponeurose do músculo peitoral, a mastectomia total ou simples consiste na retirada da glândula mamária, mas os linfonodos axilares são preservados. É indicada nos casos de carcinoma *ductal in situ*, recidiva após cirurgia conservadora, lesões ulcerativas em pacientes com metástases a distância, em que o controle local promove melhor qualidade de vida, pacientes idosas com risco cirúrgico elevado ou sem adenopatias axilares palpáveis ou evidência de doença a distância e em

pacientes selecionadas para tratamento profilático (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2008).

Já a cirurgia conservadora,

Consiste em uma intervenção mais limitada, permitindo remover o tumor primário com uma margem de tecido mamário normal em torno da lesão. Nos estágios iniciais do carcinoma mamário (I e II) é seguida da radioterapia, visando a eliminar a doença residual, apresentando resultados equivalentes ao da cirurgia radical convencional, com o benefício de melhores resultados estéticos, em decorrência da preservação da mama e melhor qualidade de vida da paciente (Reis et al., 2002).

As principais cirurgias conservadoras são a tumorectomia ou lumpectomia, que consiste na remoção do tumor com margens de tecido circunjacentes de um centímetro, associada à linfadenectomia axilar e complementada pela radioterapia, oferecendo um bom resultado estético, indicada para tumores mínimos, e a quadrantectomia ou segmentectomia, que consiste na completa remoção do quadrante da mama que abriga o tumor primário, com margens cirúrgicas de tecido normal de dois a dois e meio centímetros, esvaziamento axilar e radioterapia, proporcionando melhores resultados em tumores até dois centímetros, nos estádios I e II. Deve-se associar a correção plástica das mamas, para evitar assimetrias e cicatrizes desnecessárias.

Em relação ao esvaziamento axilar e à tentativa de se evitarem tratamentos mutilantes e incapacitantes, tem-se utilizado e difundido a técnica de verificação do linfonodo sentinela. A maioria dos tumores que se propaga por via linfática não apresenta uma disseminação linfonodal padrão, de forma que nem sempre o linfonodo mais próximo do tumor é o primeiro a ser comprometido.

O mapeamento linfático permite identificar qual o primeiro linfonodo que recebe a drenagem do tumor - o linfonodo sentinela - e, através da sua biópsia, determinar o estado histológico dos linfonodos regionais. Tal recurso permite evitar a morbidade da dissecação axilar naquelas pacientes que o linfonodo sentinela apresentar histologia negativa, podendo diminuir a extensão da cirurgia oncológica, reservando a ressecção ampla do tumor mais linfadenectomia quando realmente necessário (Paz et al., 2001).

Diante dos tratamentos cirúrgicos mutiladores, têm surgido nos últimos anos várias técnicas de cirurgia plástica para reconstrução da mama de mulheres acometidas pelo câncer de mama e pode ser realizada no momento da mastectomia ou posteriormente. Dentre as técnicas mais utilizadas estão reconstrução com expensor de tecidos, com prótese de silicone, e reconstrução por meio de retalhos miocutâneos.

A reconstrução mamária, além de amenizar as repercussões psicossociais provocadas pelos tratamentos agressivos, mutiladores, incide também sobre o próprio funcionamento corporal, pois a ausência do seio pode ocasionar desequilíbrio postural, dores na coluna, atrofia do músculo peitoral, dentre outros (Brenelli & Kepkke, 1998).

A escolha de cada uma dessas técnicas dependerá de aspectos, como as condições locais de pele e músculos, condições das áreas doadoras (costas, abdome, locais que cederão retalhos), forma e volume da mama oposta, forma do tórax e peso da paciente (Costa, 2003).

Evidencia-se a existência da Lei nº 9.797 de 06 de maio de 1999, que garante às mulheres que sofreram mutilação total ou parcial de mama o direito à cirurgia de reconstrução mamária pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Contudo, o que se observa no serviço público de saúde é o descumprimento dessa norma. Observa-se, em muitos

serviços, um grande número de pessoas na fila de espera para a mastectomia e poucos médicos para atender a demanda. Com isso, a cirurgia plástica permanece relegada a segundo plano.

Uma das modalidades terapêuticas indicadas para tratamento é a radioterapia, que consiste na aplicação diária de radiações ionizantes invisíveis e indolores, com duração média de 15 minutos, variando de dez a 40 sessões. Utilizam-se raios de alta energia, com capacidade de destruir células cancerosas, com vista a impedir que se multipliquem. Assim como a cirurgia, a radioterapia é um tratamento local, podendo ocorrer durante o processo cirúrgico.

Pode-se, ainda, utilizar a radioterapia como tratamento neo-adjuvante (pré-cirúrgico), a fim de diminuir a lesão maligna, em decorrência da resposta ruim à quimioterapia ou nas lesões inoperáveis, como tratamento adjuvante (pós-cirúrgico), em paciente com alto risco de recidiva local, e após cirurgias conservadoras nos tumores invasivos e *in situ*.

A radioterapia também pode atingir os tecidos normais, causando efeitos colaterais, como fadiga e mal-estar, cansaço, perda de apetite, dificuldade para engolir, náuseas e vômitos, perda de cabelo, aumento da suscetibilidade às infecções e reações da pele como eritema, a descamação, a necrose, coceiras e queimaduras. (Reis et al., 2002).

Outra possibilidade de tratamento, bastante comum, é a quimioterapia, tratamento sistêmico à base de medicamentos, por via oral ou endovenosa. Esses agentes antineoplásicos promovem a morte das células tumorais ao interferir nas suas funções e reprodução. Seu principal objetivo é a cura da doença, mas é usada também para limitar o crescimento do tumor, ou, ainda, para aliviar os sintomas gerados pela

doença. Por isso, classifica-se em curativa (controle completo do tumor), adjuvante (esterilizar células residuais locais ou circulantes), neo-adjuvante (redução parcial do tumor) e paliativa (melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente). Os efeitos colaterais são peculiares a cada medicação e, normalmente, causam alopecia, caquexia, mal-estar, vômitos, náuseas, fraqueza, placas avermelhadas na pele, lesões do tubo digestivo, como aftas e diarreias, além da queda da imunidade. (INCA, 2006).

Um dos tratamentos indicados para tratamento do câncer de mama é a imunoterapia que consiste no uso de medicamentos capazes de bloquear a ação de determinados receptores moleculares. O objetivo é reforçar as defesas imunitárias do paciente de câncer e ativar seus anticorpos. (INCA, 2006).

Por fim, tem-se, também, a indicação da hormonioterapia, que consiste no tratamento com substâncias capazes de impedir ou limitar a influência hormonal no processo do câncer de mama. É o tratamento do câncer mediante a manipulação do sistema endócrino. Pode ser feito com substâncias que bloqueiem receptores de estrogênio, outras que inibam a formação estrogênica direta ou indireta e ainda com substâncias que diminuam os níveis hormonais. É indicada após a quimioterapia ou radioterapia, por vias oral, intramuscular ou subcutânea. Geralmente é utilizada por longos períodos (de até cinco anos ininterruptos) e dentre os efeitos colaterais evidenciam-se sintomas de menopausa, como ondas de calor, pólipos endometriais, menopausa precoce e ressecamento vaginal. (Furtado, 2003).

Levando-se em consideração que o paciente portador de câncer é mais que um órgão comprometido a ser extirpado, faz-se necessária uma gama de tratamentos especializados e auxiliares, sempre com o fito de promover a melhoria de suas condições de vida.

Dentre as formas de tratamento auxiliares e complementares oferecidas ao paciente com câncer de mama incluem-se tratamentos com psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapias com acupuntura, além de orientações por meio de cartilhas, livros e manuais com informações sobre a doença e os direitos dos pacientes, em atividades multi e interdisciplinares.

No Brasil, em nível de assistência pública à saúde, em especial ao portador da doença de câncer, esses tratamentos complementares são limitados, pouco ou nada presentes. Ligados a ONGs ou universidades, existem alguns desses serviços dispersos pelo Brasil, que buscam assistir, orientar, conscientizar e acolher mulheres acometidas pelo câncer de mama e seus familiares. Mais adiante, quando forem contemplados alguns aspectos da Psico-Oncologia no Brasil, voltaremos a este tema.

Continuo, neste ponto, a tecer mais um retalho de minha história com o câncer de mama.

Memorial – parte 3

Diante do tratamento procurei ser uma paciente bem comportada e exemplar. Queria muito viver. Tive alta do hospital no dia 23 de janeiro de 2004 (três dias após a cirurgia).

Meu pai, meu irmão, minha cunhada, minha filha e seu namorado foram me buscar. Que momento difícil! Meu pai derramou disfarçadamente algumas lágrimas e minha filhinha, ao ver a cirurgia, não resistiu em me ver toda ferida e desmaiou.

Fomos para o hotel. Meu pai, meu irmão, minha cunhada e minha acompanhante Rachel voltaram para Ituiutaba. Ficamos em Barretos, minha filha, seu namorado e eu. Foi um final de semana difícil.

Em 25 de janeiro, minha filha fazia 17 anos. Tão jovem e com tanta responsabilidade. Tornou-se minha enfermeira. Sempre atenta, solícita em me atender, tanto no banho e na alimentação quanto no mais complicado, na limpeza do dreno. Toda essa responsabilidade a fortaleceu e ela cuidou de mim carinhosamente.

No dia de seu aniversário, fomos almoçar em uma churrascaria. Que difícil conviver com o dreno, em público! Carregá-lo, escondê-lo, lidar com o olhar do outro, com o desconforto de se sentir exposta, de ver sentimentos de curiosidade, pena e até mesmo nojo, diante da transparência do coletor do dreno...

Retornamos para Ituiutaba em 27 de janeiro de 2004. A pele retirada das costas para suprir a perda do mamilo, estava com sinais de falência bem acentuados.

A chegada em casa foi carinhosa. Se não fosse a crise financeira, eu diria que estava tudo bem. A cada dia novos credores apareceriam. Meu marido se consumia, meu irmão se desesperava, meus filhos inseguros e eu... impotente e angustiada. Como eu gostaria que houvesse apenas a doença!

No dia 3 de fevereiro de 2004 retornei a Barretos para a retirada do dreno. Mas os líquidos continuavam vazando. Saíam por todos os orifícios. A pele implantada foi piorando, parece que apodrecia, os pontos foram se abrindo.

Uma semana depois, no dia 10 de fevereiro de 2004, retorno a Barretos e o médico foi taxativo: *perdemos a prótese*. Seria necessário retirá-la para evitar infecções futuras. Senti naquele momento às voltas com outra mastectomia. Fui internada

imediatamente e as 14h fui levada ao centro cirúrgico com uma dor emocional muito grande. E desta vez sabendo que teria que ficar um bom tempo sem reconstruir a mama.

Os médicos diziam que eu fui teimosa, que poderia ter evitado as dores da reconstrução e da perda da prótese, se tivesse esperado a hora que eles consideravam a mais adequada para a reconstrução. Mas não penso assim. Poderia ter dado certo. Foi uma fatalidade. Pelo menos tentei. Aliás, quem nos garante qual a melhor época para uma reconstrução pós-mastectomia? Quais os desdobramentos de realizar ou não esta intervenção concomitante à mutilação?

Sem a prótese de silicone, inicia-se a luta para *esconder* a evidência da perda da mama e tentar minimizar sua falta no equilíbrio corpóreo. Soube que muitas mulheres confeccionam, elas próprias, alguns recursos para tal disfarce e com os mais variados e inéditos produtos; até alpiste é usado, o que, diga-se de passagem, deve dar um medo danado de ser atacada por um bando de pássaros famintos, não é?

Há no hospital de Barretos, um departamento responsável por confeccionar próteses para mutilações faciais e mamárias. Fui encaminhada até eles e após anotarem minhas medidas, marcaram a data para eu buscar aquela que seria, por um bom tempo, a minha proteção, o meu disfarce.

Era uma prótese até simpática. Extremamente bem modelada, feita com espuma em corte anatômico e recheada de chumbinhos, em peso equivalente à outra mama, evitando-se assim um descompasso postural e problemas com a coluna. Ela se encaixava perfeitamente no *soutien* e olhando por fora, ninguém percebia a falta da mama. Tratei logo de encomendar em uma confecção de roupas íntimas uma coleção de jogos de calcinhas e *soutiens* adaptados, mas que não deixavam de valorizar minha feminilidade e sensualidade. E vieram maiôs, espartilhos, rendas, fitas... e muita fantasia! Acho que

deveriam existir lojas especializadas no assunto e que incentivassem a mulher a vencer suas limitações e lhes dessem asas à imaginação...

Tive prescrição de quimioterapia e radioterapia, para quando houvesse cicatrização.

Em 18 de março de 2004 fiz a primeira de uma série de seis sessões de quimioterapia, obedecendo a um a intervalo de 21 dias, caso as plaquetas colaborassem. Na sala de quimioterapia, quando a enfermeira punccionou a veia, parecia que eu via aquele líquido correndo pelas veias do meu corpo me levando vida e cura.

Fui avisada dos efeitos colaterais da droga. *Comadres* na sala de espera haviam me prevenido dos enjoos, vômitos, aversões a cheiros e muito mais. Mas, por mais avisada que tenha sido, não pensei que seria tão ruim. Comecei a ter enjoos a 180 km de minha casa. Que difícil! Vomitei muito ao chegar em casa. Senti-me terrivelmente doente, no segundo dia após a aplicação, sensação de envenenamento, fraqueza, náusea constante, vômitos, impotência, desânimo e uma sensibilidade insuportável a odores. A maioria dessas reações se sucedeu durante todo o tratamento, umas até com mais intensidade. Sentir o cheiro do suor, da urina, do desinfetante, da comida, tornou-se repugnante. Além dessas sensações surgiam outras complicações, como aftas na boca e feridas na mucosa vaginal, que me torturavam quando me alimentava, quando urinava e, até mesmo, quando tentava fazer amor.

No décimo segundo dia após a primeira sessão de quimioterapia, caem os primeiros montinhos de cabelo, exatamente às 14 horas.

Eu, que até então, recusara-me a me encarar por inteira no espelho, despi-me e, de pé, diante do espelho comecei um ritual lento e insano: retirar os fios de cabelo, parte a parte, que não ofereciam nenhuma resistência, e arrumava-os em uma sacola.

Ainda os tenho guardados, como prova da minha determinação em continuar viva e seguir adiante com o tratamento.

Olhei-me inteira pela primeira vez e vi uma imagem difícil de esquecer: um rosto *desmoldurado*, sem os cabelos, com apenas uma das mamas e, do outro lado, um peito desfigurado, com a pele sobre as costelas, numa imagem que me remetia à pintura clássica *Negra*, de Tarsila do Amaral. Chorei pela última vez.

Avisaram-me também que eu não menstruaria mais. E eu, que a exemplo de Colasanti (1993), fui uma mulher “que sempre achou bonito menstruar...”

Resisti bravamente a esse prenúncio e ainda consegui verter esse sangue “que aflora no côncavo do corpo... que escorre sobre as coxas, benze o leite; manso sangrar sem grito, que anuncia a ciranda da fêmea” (op. cit.). Menstruei por quatro vezes em um espaço de oito meses. Era meu ser mulher que insistia em continuar existindo, “entregue ao tempo, como chuva ou vento...” (op. cit.)

Meus colegas de trabalho me presentearam com uma peruca, que minha cabelereira carinhosamente cortou e tingiu com a cor e as *mechas* que tradicionalmente usara por anos. As pessoas me falavam que nem parecia peruca. Mas eu sabia e sentia que era um corpo estranho em mim.

Começo a perceber que, conforme disseram Bergamasco e Angelo (2001) a experiência com o câncer de mama pode dar à mulher a oportunidade de aprender sobre si mesma, adaptar-se à situação e compreender aquilo que é importante na vida.

Vivi intensamente a surpresa e o medo de ter câncer de mama e comecei então, o processo de aprender com essa situação. Em maio de dois mil e quatro, consegui montar um grupo, com a ajuda de uma colega psicóloga, Ana Maria, na AVCCI (Associação Voluntária de Combate ao Câncer de Ituiutaba). Éramos a princípio seis

mulheres que queriam aprender a sobreviver ao câncer. Aos poucos novas colegas foram chegando e o grupo foi se fortalecendo. Umas já partiram para o outro plano, mas ainda conseguimos celebrar a conquista de estarmos vivas e fortalecidas, aprendendo a cada dia que o hoje é o dia mais importante de nossas vidas e é no agora que a vida precisa ser plena e seletiva. A vida se fortalece diante da compreensão de sua fragilidade e fugacidade.

Em julho de 2004, iniciei a radioterapia. Foram intermináveis 28 sessões. Mudei-me para Barretos. Foi uma rotina estressante. Eram longas horas do dia à espera de apenas oito minutos em contato com as radiações de cobalto. E a pele ia ficando agredida, avermelhada e ardente. Via muitas pessoas com queimaduras horríveis e dolorosas. Felizmente consegui realizar todas as sessões sem interrupções e queimaduras graves.

Mudei-me para Barretos, o dinheiro não dava para custear hospedagem em hotel. A saída seria me instalar na casa de apoio aos pacientes de Ituiutaba, mantida por um político da cidade. Mas meu coração sangrava todas as vezes em que eu ia até lá. As acomodações eram inadequadas, não havia nenhuma privacidade e eu não conseguia ficar sem a peruca perto de pessoas estranhas. A dor e a angústia foram muito grandes, pois ficava mal em me sentir assim, pois parecia que eu estava me considerando melhor do que todas aquelas pessoas que ali se encontravam e que estavam à mercê da caridade alheia. Éramos companheiros de viagem, literalmente! Viajávamos no mesmo ônibus, mantido pela prefeitura. Sofríamos juntos madrugada a fora, viajando em ônibus malconservados, velhos, malcheirosos. Sem dizer que várias vezes ouvi de algum senhorzinho idoso que estávamos tendo a sorte de contar com o favor do poder público, em tamanha generosidade!

Hoje, felizmente, as condições de apoio ao paciente com câncer, proveniente de Ituiutaba melhoraram bastante. Houve reformas e melhorias nas instalações da casa de apoio já existente e a AVCCI ampliou esse atendimento, mantendo, com a ajuda de voluntários, outro centro de atendimento, abrigando em duas casas conjugadas, pacientes do sexo masculino em uma delas e, do sexo feminino, na outra, com quatro ou cinco refeições diárias, muito saborosas e nutritivas, além da boa higiene das acomodações.

Na época em que me submeti à radioterapia, minha família se reuniu e decidiu alugar um lugarzinho para eu ficar, em uma pousada próxima ao hospital. Procuramos uma com diárias mais acessíveis. Encontramos, mas o engraçado estava por vir. Era daquelas em que você deve avisar quando vai tomar banho, se não quiser ficar ensaboado ou ter que se enxaguar em água gelada, pois há queda de energia elétrica quando dois chuveiros são ligados ao mesmo tempo. As paredes têm ouvidos e se fica sabendo de tudo de todos. A geladeira e a televisão são coletivas. Acho que nem havia um projeto da casa se transformar em pousada. As reformas foram se sucedendo e à medida que sobrava um dinheirinho, uma parede era erguida e surgia um quartinho, uns com banheiro próprio, outros sem. Parecia um labirinto. E assim a proprietária conseguia sustentar a família e também abrigar a dor de muitos que a procuravam. Era uma senhora com muito bom humor.

Consegui alugar um cantinho nos fundos da casa, onde havia um quarto, com duas camas, um pequeno banheiro, uma cozinha, com uma mesa, um fogão e uma geladeira só para mim. Que luxo! Pagaria um pouco mais caro, inclusive os sábados e domingos, quando eu retornava a Ituiutaba, só para garantir que o local ficaria a meu dispor.

Levei para lá um carro velho, cheio de lembranças da minha casa, livros, retratos, louças, panelas, colchas, lençóis, bibelôs. Transformei aqueles cômodos frios em um lar. Precisava disso para me sentir segura e em casa. O carro me foi bastante útil e garantia minha autonomia. Como o hospital fica em um bairro afastado de Barretos, diariamente me dirigia ao centro da cidade, na região dos lagos, para uma caminhada, para visitas ao centro comercial, às igrejas, ao shopping, ao supermercado e assim, eu podia fugir um pouco daquele lugar sofrido e daquela rotina tão previsível e estressante.

Vivi essa realidade por quase dois meses. Se não fossem as idas para minha casa toda sexta-feira, com retorno garantido na madrugada do domingo, acho que teria sido pior. E se não tivesse encontrado minha doce amiga Tereza, com certeza teria sido insuportável.

Encontrei-a pela primeira vez na sala de espera da radioterapia. Havia uma poltrona vaga bem a seu lado e ali me sentei, rezando para ninguém conversar comigo, pois não estava nos meus melhores dias. Parece que ela adivinhou meu pensamento. Ficou o tempo todo em silêncio, até que foi chamada para atendimento. Cerca de meia hora depois, retornou e sentou-se novamente ao meu lado, sem dizer nada. Em seguida fui chamada e, antes de me levantar, ela se apresentou, dizendo que também estava hospedada na pousada e, como não tinha nada a fazer, iria ficar me esperando para retornarmos juntas; e, pasmem, a pousada ficava a um quarteirão do hospital. Achei aquela atitude tão fofa e acolhedora, que me desarmou. Agradei e entrei para o atendimento. Ao retornar, lá estava ela a me esperar. Iniciou ali uma bela e sincera amizade, recheada de longos papos e muita comilança. Tereza era uma cozinheira de mão cheia. E que coração! Parecia que daria para adotar o mundo inteiro. Ganhei uma

companheira para minhas caminhadas à beira do lago e para aquela mais penosa: a ausência das pessoas que amava.

A presença de Tereza facilitava tudo. Algumas vezes parecia uma criança deslumbrada, diante de uma vitrine de novidades. Mulher simples do campo, da região de Chapadão do Sul - MS, semi-analfabeta, mãe de dois filhos, avó de uma neta que lhe enchia os olhos de emoção e esposa de toda uma vida de labutas, sofrimentos, privações, infortúnios e conquistas. Estava acostumada com a dureza do trabalho da roça, com a ordenha das vacas, com o orvalho da madrugada, com a geada cortante, com os calos da enxada, com o fogão-a-lenha e a marmitta dos peões sempre na hora certa, além de manter bem limpa e arejada a casa grande do patrão, com ou sem a presença da família. Ela e seu esposo, após uma vida de privações e economias, conquistaram a independência e se mudaram para a cidade, onde construíram a casa de seus sonhos. Ampla, com uma cozinha imensa, não dispensando o fogão-a-lenha, sua paixão, de onde emanava sempre um cheirinho bom de café fresco e de biscoitos recém-saídos do forno.

Nossa amizade perdurou por muito tempo, ficando a promessa de nos visitarmos em nossas cidades, o que nunca se realizou. Vez ou outra nos telefonávamos e a prosa era comprida... Certa vez nos encontramos no pátio do hospital, em Barretos, e soube, para minha tristeza, que havia metástase em seu fígado. Temi por sua vida, sem saber o que ainda me aguardava.

Em seguida comecei a tomar o famoso tamoxifeno³, que deveria ser ingerido por cinco anos e poderia garantir que o câncer não retornaria. E, finalmente, ao final do mês

³ Citrato de Tamoxifeno é um derivado do Trifeniletileno, utilizado principalmente para o tratamento de câncer de mama.

de dezembro de 2004, abandonei a peruca e fiquei muito feliz com o cabelo estilo *Joãozinho* e bastante encaracolado.

Começam os preparativos para as festas de final de ano. O grupo de promoters do qual meu filho faz parte decide realizar mais uma edição do *Réveillon* no clube mais famoso da cidade. E para variar, entrei com eles nessa empreitada. Como me fazia bem estar às voltas com festas, luzes e cores!

O nosso Natal foi melhor do que o do ano passado e podíamos pensar que o tratamento dera certo. Passamos com a família de minha cunhada. Mas sempre me entristeço no Natal. Penso nas criancinhas pobres da escola onde trabalho e de tantos outros lugares, que nos revelam como somos miseráveis e quanta desigualdade social há neste vasto mundo. O real sentido do Natal se perde em meio à fome, à avareza, ao desperdício, à ostentação, à dor.

Faltam poucos dias para o ano novo. E a correria com a festa é grandiosa. Tudo tem que ser perfeito. A maior preocupação fica por conta da indefinição do clima. Choverá ou não? A festa é ao ar livre. Corremos sempre o risco de um temporal. Armam-se tendas, mas que têm mais efeito decorativo do que de proteção. Os organizadores ficam tensos o tempo todo.

As vendas de mesas e ingressos extrapolam as expectativas. Sucesso total. Mais ansiedade. Meia-noite! Começa o show pirotécnico. A cada explosão colorida, meu coração dispara. Sinto-me anestesiada, tomada por uma sensação de leveza, pareço flutuar nas nuvens. Meus filhos se aproximam com taças para o brinde. Tudo parece perfeito. Tem até estrelas no céu. Mas a mesma tristeza invade meu ser. A mesma dor existencial. O mesmo vazio. Inexplicável. Incompreensível. Guardo tudo só para mim. E sei que será sempre assim...

O ano de 2005 prometia muitas mudanças.

Houve eleição municipal e meu candidato a prefeito foi derrotado. O clima é de instabilidade e insegurança. Todos os cargos de confiança, conforme o costume, são destituídos. Começo a viver uma dor muito grande, pois sou afastada da direção da escola, na qual vivi por nove anos a melhor época de minha carreira profissional. É uma escola grandiosa, um centro de atenção integral a crianças e adolescentes. Mais que uma escola, uma solução. Crianças, jovens e famílias são retiradas do risco da marginalidade e da delinquência e se vêem às voltas com esporte, teatro, dança, música, iniciação ao trabalho. E ali fui muito feliz.

Voltei aos meus cargos de origem: professora do ensino médio de Língua Portuguesa e Literatura Brasileira e supervisora educacional da Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Como ficaram limitações em meu braço, devido à linfadenectomia, solicitei dispensa de sala de aula. Fui convidada a trabalhar em tempo integral em uma escola de um bairro vizinho ao da escola anterior, atuando como psicóloga e supervisora, onde me acolheram muito bem e onde conquistei novos e sinceros amigos.

E a saúde continuava estável. A rotina de idas a Barretos, exames, expectativas, continuava inabalável. Quando se é contemplada com um diagnóstico desses, você nunca mais fica livre do medo de recidivas, metástases. Periodicamente você é acompanhada com consultas e novos exames. Por um lado, isso é bom. Quem dera fosse assim nos atendimentos de rotina de nossos postos de saúde espalhados pelo país. Quanta doença poderia ser diagnosticada precocemente e quantas vidas poupadas. Quanta dor evitada. Quanto dinheiro gasto em tratamentos poderia ser utilizado em pesquisas, em subvenções, em prevenção.

As finanças da família continuavam apertadas. Meu filho mais velho estava cursando o quinto ano do curso de Direito, em uma universidade particular. Consegui renovar-lhe a matrícula, após uma negociação com o diretor administrativo, das parcelas anteriores em atraso. Com a escola de minha caçulinha não foi diferente. Ela estava no último ano do segundo grau, também em escola particular, às voltas com o sonho do vestibular, na Universidade de Uberaba - Uniube, para Terapia Ocupacional. As mensalidades do colégio também estavam em atraso. Fiz uma proposta à direção de trabalhar em consultoria e orientação profissional aos alunos, descontando na dívida. Ficaram de analisar a proposta. Enquanto isso, um anjo me procurou. Uma diretora de uma escola particular, oferecendo-me umas aulas de Português, no ensino fundamental. O salário era compensador. Fizemos alguns ajustes nos meus horários de trabalho e iniciei esta tripla jornada. Felizmente pude me associar ao Sindicato de Professores da Rede Particular de Ensino - Sinpro e solicitar bolsas de estudo para os meus filhos, que vieram em forma de desconto nas anuidades. Deu-me um pouco de tranqüilidade. Fizemos vários cortes no orçamento e priorizamos a educação.

Começam a aparecer cobranças judiciais e isto se torna uma constante assustadora. A mais cruel surge, então, minha casa foi negociada com um banco, com minha assinatura. Caso a dívida, da época, de 70 mil reais não fosse quitada, haveria processo judicial. Perdi a causa em primeira instância, em Ituiutaba, e também na segunda, em Belo Horizonte. Hoje, o processo está em última instância, em Brasília, e a conselho de meu advogado, estou com a casa à venda, numa tentativa de fazer um acordo com o banco e sobrar algum dinheiro para mim.

E a casa foi colocada à venda. Já apareceram vários interessados. Foi pedido um preço justo. As pessoas gostam da casa, mas o negócio não se efetiva. Meu advogado

perguntou-me se estou esperando por um milagre. Nem sei se eles existem. Apenas sei que uma dor profunda invade minha alma quando penso em ter que vendê-la. Moramos há vinte e dois anos nessa casa. Cada cantinho tem uma história. Não é uma casa muito engraçada. É igual a tantas outras. Mas é cheia de detalhes de uma vida. É o meu refúgio, a minha segurança, o meu lar. E até isso vai ser tirado de mim, senhor?

E a vida segue seu curso. Nada pode deter isso. Olhando para trás, 2005 foi o ano mais tranqüilo em relação à doença e ao seu tratamento. Apenas exames de rotina e acompanhamento, sem sobressaltos nem novidades. Mas a gente não se dá conta disso, quando as coisas vão bem, não é?

Começo a me preparar para a tão sonhada reconstrução da mama. Dessa vez em bases mais sólidas. Houve boa cicatrização, mas meu médico percebe que a pele está muito sensível e teme uma nova rejeição. A cirurgia foi agendada para julho, aproveitando as férias escolares.

A cirurgia foi um sucesso e requereu uma técnica ousada. Houve uma transposição de tecidos para proteger e acolher o silicone. Só nos restava esperar e torcer para que nenhuma intercorrência desfavorável colocasse tudo a perder. Cuidei dos ferimentos como de um recém-nascido. Muito zelo e higienização. O mais difícil foi ficar sem dirigir. Sentia-me presa e limitada, à mercê de favores dos outros. O aspecto da cirurgia não prometia um resultado muito bonito. Havia cortes imensos, em forma triangular e a falta do mamilo era muito estranha. Foi feita uma tentativa de buscar uma simetria com a mama esquerda, realizando nela um pequeno corte perpendicular, logo abaixo do mamilo, para erguê-la um pouquinho. Foram, portanto, colocados dois drenos. Não foi fácil. Mas eu sempre soube que seria complexo e estava bastante feliz.

Qualquer resultado seria melhor que nada. E ainda havia chances de reparos. Passei todas as dores com muita alegria e felicidade.

Meu médico e eu ficamos contentes com o resultado final, mas alguns detalhes precisavam ser revistos. Alguns pontos da mama esquerda se abriram e a cicatriz poderia ser melhorada. A mama reconstruída também precisava de tempo para diminuir os sinais dos pontos e dos cortes e a falta do mamilo seria outro desafio. Optamos por tatuá-lo. Meu médico mesmo o fez. Aliás, que dedicação! Nunca fui tratada apenas como uma mama doente. Sempre fui vista como um ser total, com medos, necessidades, desejos. E percebo que isso é muito raro em hospitais públicos, mantidos pelo SUS. Não só tive a doença tratada, como fui cuidada e isso faz muita diferença.

Mais de um ano se passou, desde a data em que me encontrei com Tereza no hospital e, um dia, relendo minhas receitas culinárias, encontrei uma de sua autoria, *a cuca da Tereza*, e bateu-me a saudade. Quis ouvir a sua voz. Liguei imediatamente e do outro lado atendeu uma voz feminina e jovem. Perguntei-lhe se era da casa de Tereza e a voz vacilou. Quando insisti, a voz chamou pelo tio, dizendo que havia uma mulher querendo falar com a tia. Quando a voz embargada de Protásio atendeu, eu já compreendera. Choramos desesperadamente, sem nos dizer uma só palavra. A morte pode ser o fim de uma vida, mas não de um relacionamento. E Tereza continua viva em nossos corações. Por causa do amor, podemos morrer sem desaparecer e é esta certeza que nos faz lutar e ir adiante nesta peleja...

A seguir veremos aspectos da reabilitação e o prognóstico do câncer de mama.

1.1.7 Reabilitação e prognóstico

O diagnóstico de câncer de mama perdura por, no mínimo, cinco anos. Durante esse intervalo, são realizados periodicamente, exames de rotina a fim de verificar a condição clínica da paciente, pois há possibilidades de recorrências, agravamentos do quadro inicial e afetação em outros órgãos.

Após esse período, Silva (2005) relata que, não havendo complicações, a paciente entra no período livre da doença. Ao fim dos cinco anos todas as implicações físicas e psicossociais decorrentes do adoecimento ainda estão presentes, ou se agravaram. Segundo Silva (2005), a sobrevivência ao câncer de mama é um processo que se inicia no momento do diagnóstico e não cessa por aí. Um olhar atento às sobreviventes do câncer de mama no período pós-tratamento tem demonstrado possíveis sequelas, tanto no campo físico como psicossocial.

Em decorrência da cirurgia e do esvaziamento axilar, e em caráter permanente, podem ocorrer limitações no braço homolateral à mama operada, tendo necessidade de se evitarem esforços físicos, calor e cortes. Em contraposição, auto-massagem e exercícios físicos devem ser incorporados à rotina dessas mulheres.

Se o serviço público de saúde não alcança a população feminina nas fases de diagnóstico e tratamento, constatamos não ser diferente no pós-tratamento. É imprescindível que as pesquisas continuem sendo implementadas no sentido de se abarcar o maior número possível de variáveis envolvidas nesse processo, oportunizando novos programas e políticas públicas mais abrangentes, destinadas ao atendimento das mulheres, não só durante o tratamento, como, também, no pós-tratamento.

Por prognóstico entende-se, segundo o Dicionário Aurélio, versão *on-line*, um juízo médico, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas, acerca da duração, evolução e termo de uma doença. O conhecimento de fatores prognósticos é de fundamental importância na determinação de programas terapêuticos mais eficazes. Uma terapia baseada em uma avaliação prognóstica possibilita a aplicação das diferentes modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento de câncer, com a intensidade e efetividade adequadas e individualizadas, para aquele paciente específico.

Nos últimos anos, o número de fatores prognósticos para o câncer de mama, segundo Bolasell et al., (2000), tem crescido de modo significativo.

Para Abreu e Koifman (2002) a história atual do câncer de mama indica que o curso clínico da doença e a sobrevida variam de paciente para paciente. Esta variação é determinada por uma série complexa de fatores, tais como a diferença na velocidade de duplicação tumoral, o potencial de metastatização dos tumores e outros mecanismos ainda não completamente compreendidos, relacionados às condições imunológica, hormonal e nutricional da paciente. Apesar de certos aspectos anatômicos, como o tamanho do tumor primário e as condições dos linfonodos continuarem sendo fatores importantes na avaliação prognóstica, uma série de características histológicas e biológicas, como grau nuclear, grau histológico (potencial de malignidade do tumor indicando a capacidade de metastatização) e dosagem dos receptores hormonais também são determinantes para o prognóstico da evolução da doença.

Em relação ao nível sócio-econômico, Abreu e Koifman (2002) esclarecem que as classes menos favorecidas são prejudicadas quanto ao bom prognóstico da doença, pois na grande maioria das vezes, só têm o seu diagnóstico estabelecido numa fase avançada

da doença, devido às dificuldades de acesso aos programas de prevenção (quando existem) e aos cuidados médicos especializados.

Essa visão difere da nossa vivência nos serviços públicos de saúde, visto que a demora no atendimento e, até mesmo, os grandes intervalos nas consultas para mulheres já em tratamento são rotina que pode prejudicar a todas indistintamente, não importando a classe social e nem a fase da doença da paciente.

A influência da idade no momento do diagnóstico para o prognóstico da sobrevida no câncer de mama permanece ainda controversa, mas o pior prognóstico está reservado ao grupo de mulheres com idade igual ou inferior a 35 anos e aquelas com mais de 75 anos de idade. O maior tempo de sobrevida é verificado no grupo de mulheres com idade entre 45 e 49 anos, levando a pensar que o diagnóstico pode ter sido estabelecido mais precocemente nesse grupo etário.

Com certeza, um bom tratamento contra o câncer de mama precisa considerar tais aspectos, favorecendo uma melhoria das condições de vida da paciente, pelo tempo que durar.

Com o intuito de informar, e tecer comentários que possam colaborar para a melhoria da atenção à saúde dos brasileiros, em especial à mulher com câncer de mama, trataremos a seguir da Psico-Oncologia.

1.2 Psico-Oncologia

O progresso da medicina, especialmente da oncologia, a mudança na opinião pública, o desenvolvimento dos conhecimentos e das técnicas de intervenção psicológicas nos últimos 50 anos, em especial nos últimos 20 anos, levaram ao

surgimento da área de interface denominada Psico-Oncologia, que busca estudar o impacto do câncer na função psicológica do paciente, na sua família e nos profissionais de saúde envolvidos no tratamento que o cuidam e, também, o papel que as variáveis psicológicas e comportamentais possam ter no risco do câncer e na sobrevivência a este.

Gimenes (1994) define Psico-Oncologia como uma área de interface entre Oncologia e a Psicologia, tomando por base concepções de saúde e doença inerentes ao modelo biopsicossocial, que se ocupa com: (a) a identificação do papel de fatores psicossociais, tanto na etiologia quanto no desenvolvimento da doença; (b) a identificação de fatores de natureza psicológicos envolvidos na prevenção e reabilitação do paciente portador de câncer e (c) a sistematização de um corpo de conhecimentos que possa fornecer subsídios tanto à assistência integral do paciente oncológico e de sua família, como também à formação de profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento.

Segundo Áderson (2001), a Psico-Oncologia deve ser entendida como um instrumento que viabiliza atividades interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica, indo ao encontro do paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local), com modelos educacionais de intervenção, priorizando a promoção de mudanças de comportamento relacionadas a sua saúde.

A sistematização de um corpo de conhecimento da Psico-Oncologia que pudesse oferecer subsídios tanto à assistência integral do paciente oncológico e de sua família, como também à formação de profissionais da área da saúde envolvidos com o tratamento oncológico se deu graças ao destaque dado, ao longo do tempo, à

importância dos fatores psicossociais na prevenção do câncer, na reabilitação e na qualidade de vida do paciente, em todas as fases da doença.

As transformações no conceito de saúde, ocorridas entre os anos 1970 e 1990, quando saúde passa a ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial, constituíram, segundo Venâncio (2004), um marco na criação de um espaço para o psicólogo nos serviços de saúde. Outro fato importante que contribuiu para a inserção do psicólogo na área de saúde, de acordo com a referida autora, foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata, na então União Soviética, quando se passou a enfatizar os cuidados primários, dando-se ênfase à promoção da saúde e prevenção da doença. A partir de então, ocorreu uma maior preocupação com a adesão do paciente ao tratamento. Dessa forma, mais espaço se abre ao psicólogo, já que a adesão, ou não, ao tratamento muitas vezes implica questões psicológicas.

Antes da década de 1970, os poucos profissionais de saúde mental que trabalhavam na área oncológica, conforme pesquisa de Venâncio (2004), atuavam em apenas três focos, pesquisas sobre personalidade e atitudes que poderiam causar o câncer, atendimento de problemas psiquiátricos dos pacientes com câncer, causados pelo processo de ajustamento à situação e estudos sobre as questões de morte e luto. No final da década de 1970, surgiram novos métodos de detecção precoce e tratamentos mais eficazes contra o câncer, resultando em um aumento gradual da expectativa de vida do paciente e, conseqüentemente, maior preocupação com a sua qualidade de vida. Isso resultou no surgimento do campo de estudo e prática da Psicologia Oncológica.

Na década de 1980, no Brasil, segundo Venâncio (2004), já se encontravam trabalhos isolados de pesquisa sobre assistência psicossocial a grupos de pacientes e de atendimento psicoterápico a pacientes em hospitais e consultórios, além da formação de grupos de auto-ajuda por pacientes e ex-pacientes de câncer. Estudos mostram que, desde então, várias pesquisas têm sido desenvolvidas nessa área, buscando formas mais eficientes de atuação.

O Instituto Nacional de Câncer – Inca, órgão de referência nacional no tratamento dessa patologia, apenas em 1979 contratou o primeiro psicólogo. Em 1985 o Setor de Psicologia passa a ser um setor independente, com um corpo formado por seis profissionais. Em 2003 essa instituição cria o primeiro Curso de Especialização em Psicologia Oncológica, formando dez profissionais.

Em 1998 obteve-se um grande avanço na área de psicologia, quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 3.535, publicada no Diário Oficial da União – DOU, de 14 de outubro de 1998, tornou obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon, junto ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Dessa forma, o psicólogo passa a ser membro da equipe multidisciplinar cuidadora do paciente com câncer, atuando em todas as etapas do processo de tratamento oncológico.

A seguir serão relatados alguns aspectos da Psico-Oncologia no Brasil, por meio de um breve resgate da sua história, a partir da história de seus encontros e congressos, além de uma pequena alusão a serviços de apoio psicológico, vinculados a ONGs e a hospitais-escola das universidades brasileiras.

1.2.1 Aspectos da Psico-Oncologia no Brasil

Na expectativa de sistematizar essa área da psicologia, profissionais da saúde envolvidos com os diferentes níveis de intervenção, realizados em diversos contextos, onde a prevenção e o tratamento do câncer ocorriam, decidem se reunir e desses encontros temos hoje uma especialidade dentro da Psicologia da Saúde, com saberes e práticas definidas, validadas e referendadas.

Sob a perspectiva de Gimenes et al. (2002), serão citados a seguir os principais encontros ocorridos no Brasil, que constituem a história de uma luta em prol da Psico-Oncologia brasileira.

Em 1989, o Dr. Luiz Pedro Pizzatto presidiu, em Curitiba, Paraná, o I Encontro Brasileiro de profissionais da área, que reuniu aproximadamente 150 profissionais. A multidisciplinaridade, a etiologia e os aspectos psicossociais dos diferentes tipos de câncer foram os principais temas abordados, quando, também, se detectaram as lacunas existentes entre a formação e a prática profissional.

O II encontro foi realizado em 1992, na cidade de Goiânia, Goiás, sob a presidência da Prof^a Dra. Maria da Glória G. Gimenes e contou com 250 inscritos. Na oportunidade, houve troca de experiências, constatando-se a necessidade de se expandirem as pesquisas e sistematizar as práticas. Foi nesse encontro que se atribuiu a denominação Psico-Oncologia para essa área do conhecimento como Psico-Oncologia.

Já o III encontro aconteceu em 1994, sob a presidência da Prof^a Dra. Maria Júlia Kovács, na capital de São Paulo. A inscrição de 450 pessoas justificou a sua divulgação como o III Encontro e I Congresso de Psico-Oncologia.

A comissão organizadora desse evento estabeleceu metas muito importantes para o desenvolvimento e a divulgação da área no país. Houve grande divulgação pela mídia e a criação, em 1993, do Curso de Extensão em Psico-Oncologia no Instituto *Sedes Sapientiae*, em São Paulo, posteriormente transformado em curso de especialização. No transcorrer desses encontros foi fundada a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO), com a escolha de sua diretoria.

Em Salvador, Bahia, em 1996, sob a presidência da psicóloga Aida Gláucia Baruch, aconteceram o IV Encontro e o II Congresso, com a presença de 600 profissionais e alunos da área da saúde, introduzindo também, para leigos, um curso sobre o câncer. Foi o primeiro encontro a premiar os três melhores trabalhos, dentre eles, destacou-se o de Gandini et al., *O teste de relações objetivas de Phillipson, como facilitador do processo psicoterapêutico com mulheres com câncer de mama*, conferido pela comissão científica do evento.

O evento seguinte, o V Encontro e o III Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, foram realizados em 1998, na cidade de Goiânia, Goiás. Presidido pela psicóloga Edirrah Gorette Bucar Soares, as pesquisas e os temas abordados revelaram amadurecimento. Também se fizeram presentes ex-pacientes oncológicos, com relatos de experiências sobre suas vivências com o câncer. Foram introduzidos ainda temas sobre espiritualidade e câncer.

Em reunião posterior, a diretoria da SBPO decidiu omitir a denominação *encontro* dos eventos, adotando a denominação de *congresso*, inclusive para os anteriores, devido a sua relevância.

Em 2000, portanto, acontece em Gramado, Rio Grande do Sul, o VI Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, presidido pela enfermeira Eliane Rabin.

O VII Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia foi realizado em 2002 na capital de São Paulo, sob a presidência de Paulo I. Cyrillo, como parte da programação científica de um evento, que reuniu cancerologistas, oncologistas clínicos, mastologistas, enfermeiras, psicólogos, radioterapeutas e voluntariados do Brasil e de outras partes do mundo.

Em 2003, acontece o VIII Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, também em São Paulo. Na mesma cidade, em 2006, aconteceu o IX Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia, concomitantemente ao I Encontro Internacional de Psico-Oncologia e Cuidados Paliativos, com o tema *Avanços da Ciência e da Biótica em Psico-Oncologia*.

O X Congresso da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia e o III Congresso Internacional de Psico-Oncologia e Cuidados Paliativos, sob o tema *Integralidade no Cuidado*, aconteceram em 2008, em Fortaleza, Ceará, sob a presidência de Conceição A. M. de Souza Campos.

Fruto de esforço ímpar surgem serviços complementares ao tratamento de câncer de mama que merecidamente passam a fazer parte da história da Psico-Oncologia brasileira e que se prestam a assistir, orientar, conscientizar e a acolher mulheres acometidas pelo câncer de mama e a seus familiares. Dentre os serviços existentes no país, vale destacar o Serviço de Mastologia Maligna do Ambulatório e da Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, hoje denominado Programa de Psico-Oncologia na Mastologia; o Grupo de Apoio a Mulheres Mastectomizadas – Gamma, oferecido pelo Hospital de Câncer de Barretos; o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – Rema, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; o Núcleo de Enfermagem em

Oncologia – NEO do Departamento de Enfermagem da Unifesp; o Instituto Neo Mama, uma organização não-governamental de Santos, o Centro de Integração Amigas da Mama – Ciam, na Região Norte; a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – Femma; a Assistência Fisioterapêutica às Pacientes Pós-Cirurgia do Câncer de Mama, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; o Projeto de Assistência às Patologias da Mama, de Manaus; o Instituto da Mama, de Porto Alegre; a Liga Baiana contra o Câncer; a Liga Feminina de Combate ao Câncer de Mama, de Palmas, além de vários *sites* de saúde feminina, especialmente o do Instituto Nacional do Câncer. Todos os serviços citados cumprem um papel social de extrema relevância, muitos inclusive preenchendo lacunas deixadas pelo poder público. Torna-se importante ressaltar que não foi possível citar todos os serviços existentes no país, que, anonimamente, cumprem a sua missão, em virtude da inexistência ou dificuldade de acesso, via Internet.

A seguir, tem-se um breve relato sobre a formação em Psico-Oncologia no Brasil.

1.2.2 A formação em Psico-Oncologia

Os primeiros psicólogos que atendiam pacientes com câncer, até a década de 1980, segundo relato oral de Gandini (2008), utilizavam-se de práticas clínicas advindas da Psicologia Clínica tradicional. Aos poucos, a partir de pesquisas e da própria prática teve origem esse saber, a Psico-Oncologia.

Conforme Gimenes et al. (2002), acontecia gradualmente a ampliação da formação de profissionais da saúde mental, que atendessem, tanto em consultórios como em atendimentos individuais ou grupais, à crescente demanda de

acompanhamento psicológico a pacientes de câncer, suas famílias e também dos profissionais envolvidos nos tratamentos desses doentes.

Cresce o interesse por pesquisas nas universidades sobre os aspectos psicossociais, a etiologia e o desenvolvimento do câncer de mama, bem como a demanda para uma formação específica que prepare os profissionais para atuarem com segurança. É, portanto, um campo com grandes expectativas de expansão.

O primeiro curso de Psico-Oncologia, com duração de seis meses, foi realizado em 1993, no Instituto Sedes Sapientiae, na cidade de São Paulo, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria Margarida M. J. de Carvalho. O curso, oferecido ao longo de um ano, foi mantido pelo Dr. Vicente A. de Carvalho, visando maior aprofundamento dos assuntos abordados. (Gimenes et al., 2002)

Com dois anos de duração e 360 horas/aula, conforme regras estabelecidas pelo Ministério da Educação e Cultura para curso de pós-graduação *lato sensu*, o curso foi ampliado para 544 horas/aula, atendendo à demanda de mais informações.

Houve muitos avanços na área da Psico-Oncologia no Brasil, mas a área ainda apresenta limitações, visto que a própria prática de Psicologia ainda se mantém cercada de mitos e desinformações.

Áderson (2001) observa que são poucos os cursos de graduação em Psicologia a oferecerem disciplinas ou formações específicas para a atuação científica e profissional no campo da saúde; com conteúdo concentrado em Psico-Oncologia são ainda mais raros e nem sempre é adequada a formação em metodologia científica. Para exemplificar a existência de estágio curricular em Psico-Oncologia, em Mastologia, citamos o estágio oferecido pelo Instituto de Psicologia da UFU, desde 1991, quando a

Profª Dra. Rita de Cássia Gandini integrou-se ao corpo docente daquele instituto; de 1984 a 1991 o estágio era extracurricular.

Torna-se de extrema relevância que os órgãos de educação competentes exerçam com maior rigor a fiscalização para a criação e oferecimento de cursos de Psicologia, com maior ênfase e incentivo à pesquisa científica, acompanhando a demanda social que se instala. A Psico-Oncologia cresce em função do reconhecimento da interferência dos processos sociais e psicológicos no adoecimento, inclusive de câncer.

Serão contemplados, a seguir, os níveis de prevenção do câncer de mama.

1.2.3 Níveis de prevenção

Ao lado dos fatores de risco conhecidos até então, segue a prevenção do câncer de mama, isto é, a mobilização de ações, que podem se dar a nível individual ou social, tendo como base o conhecimento que se tem das causas e dos fatores associados à incidência da doença (Gimenes, 1994).

Essa intervenção pode ocorrer em quatro níveis, primário, secundário, terciário e quaternário; assim denominada por Gandini (2008) durante uma atividade orientada desta dissertação, em geral, segue os conceitos propostos por Caplan (1964). Porém, Gandini (2008) analisa com reservas as ações referentes ao primeiro nível em função do desconhecimento das causas que realmente podem causar o câncer de mama, pois, na prevenção primária as medidas são destinadas a evitar que a doença se manifeste ou a minimizar os seus efeitos, o que ainda não ocorre com o câncer de mama, podendo-se apenas estimular as mulheres a buscarem uma vida mais saudável. Concorda com

Gimenes (1994), quando descreve que a prevenção primária visa atuar sobre três pontos principais: o estilo de vida dos indivíduos, o estresse diário a que são expostos e o seu comportamento alimentar.

Basicamente, os objetivos da prevenção em nível primário estão voltados para a promoção de mudança de atitudes e de comportamentos, que leve a estilos de vida saudáveis, tais como: evitar o fumo e o álcool, alimentar-se de forma balanceada, praticar esportes, levar uma vida menos agitada e mais feliz, tomando mais cuidado com a exposição aos fatores de risco conhecidos; assim, poder contar com a responsabilidade da própria pessoa consigo mesma, desenvolvendo estratégias de enfrentamento frente às vicissitudes da vida, simultaneamente à implementação de políticas governamentais que garantam controle de nível de poluentes e contaminadores do meio ambiente, dentre outros.

A prevenção em nível secundário tem o objetivo de educar para detectar e tratar precocemente o câncer, enquanto este ainda se encontra em estágio possível de cura. Destina-se à procura da doença já existente, que pode ainda não ter se manifestado, em sua forma latente, ou em um estágio bastante inicial. As ações, segundo Gimenes (1994), estão voltadas à informação da população sobre os procedimentos preventivos do câncer de mama; à promoção da aquisição de hábitos periódicos e sistemáticos de detecção precoce; treinamento de profissionais da saúde pública para melhor informar e lidar com a população em geral e com a de alto risco; promoção de análise de fatores psicológicos e sociais responsáveis pela não-adesão a programas preventivos e na divulgação de estratégias que facilitem a automatização de procedimentos preventivos aprendidos pela população em geral.

Acrescentamos aos objetivos da intervenção secundária a importância de se exigir que políticas governamentais, em todas as instâncias, facilitem o acesso sistemático e periódico das mulheres em geral, principalmente as consideradas em risco, a exames de alta precisão na detecção do câncer de mama. São consideradas em risco mulheres com histórico familiar da doença de pelo menos um paciente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama: abaixo dos 50 anos; câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; câncer de mama masculino. (BRASIL, 2004)

A prevenção em nível terciário compreende as intervenções realizadas durante o tratamento, após limitações e/ou da própria retirada da mama, com vistas a maximizar as suas chances de sucesso, sendo que, para Gimenes (1994), os objetivos centrais de uma intervenção em nível terciário deverão ser o de levar o indivíduo portador de câncer de mama a aderir às prescrições de tratamento da melhor maneira possível ou a assumir conscientemente as conseqüências e os riscos da não-adesão; promover o conhecimento de técnicas de enfrentamento psicológico, mediante o diagnóstico e o tratamento, bem como a preparação para a morte; colaborar na resolução de problemas referentes ao contexto de tratamento e na solução de problemas potencialmente modificáveis.

Em relação à prevenção neste nível quanto à preparação para a morte, no caso do estágio avançado da doença, Gandini (2008) propõe destacá-la e analisá-la em outro nível, o que denominou de nível quaternário, pois, a intervenção psicológica diante do contexto da ameaça ou da própria morte da pessoa com câncer de mama, contempla inúmeras ações, tais como: o atendimento às necessidades emocionais da pessoa, considerando seus medos e ansiedades diante do sofrimento, da deteriorização física e da iminência de morte; a facilitação do processo de tomada de decisões e resoluções de

possíveis problemas pendentes, referentes às relações familiares, financeiras, dentre outros; o apoio à família para lidar com as emoções presentes no contexto da separação e da morte e; o apoio à equipe de saúde que não fica imune às emoções e sentimentos de perda diante da morte e, acima de tudo, na colaboração para que o tratamento oferecido à pessoa em fase avançada da doença, promovendo a qualidade de vida possível e mantendo respeito a sua dignidade inclusive no processo do morrer.

Como parte imprescindível deste estudo, passaremos a seguir a abordar os aspectos psicossociais do câncer de mama.

1.2.4 Aspectos psicossociais, qualidade de vida e o câncer de mama

Muitos autores pesquisaram eventos históricos e/ou estressantes que antecederam ao diagnóstico de câncer. Desses podemos citar o trabalho de Ando et al. (2009), com pacientes ambulatoriais pré-diagnosticadas, com queixas de sintomas subjetivos de mama, tais como nódulos, dor, secreção mamilar anormal, ou deformação do mamilo e história familiar de câncer de mama, na primeira consulta especializada, isto é, antes do diagnóstico de câncer de mama, em que se avaliaram as características psicológicas, os sintomas subjetivos, história familiar da doença e o impacto da idade no sofrimento psíquico.

Nesse estudo, as pacientes foram convidadas a responder os questionários: *State-Trait Anxiety Inventory*, *Courtauld Emotional Control Scale* – para avaliar a supressão emocional negativa, *Life Experiences Survey* - eventos de estresse e *Profile of Mood States*. De 237 pacientes elegíveis, foram analisados 154 questionários. A análise de regressão múltipla (R ajustado (2) = 0,574, $p < 0,01$) apontou um modelo

estatisticamente significativo no qual o padrão de coeficientes de regressão parcial para o traço de ansiedade, a supressão da ansiedade, eventos de vida negativos e positivos e sintomas subjetivos (beta = 0,623, 0,133, 0,155, 0,108 e 0,124, respectivamente, $p < 0,05$) Os autores concluíram que o sofrimento psicológico antes do diagnóstico foi maior nos pacientes que tiveram alto traço de ansiedade, ou supressão da mesma, estresse em muitos eventos de vida e sintomas subjetivos. Em particular, traço de ansiedade teve um grande impacto sobre o sofrimento psicológico (Ando et al., 2009).

Montgomery (2010) apresenta o estado da ciência sobre a incerteza em relação às experiências de mulheres submetidas à avaliação diagnóstica para suspeita de câncer de mama. Utilizou os artigos publicados a partir da base de dados: Medline, CINAHL, PubMed e PsycINFO de 1983-2008 com as seguintes palavras-chave: biópsia de mama, a mamografia, a incerteza, a resignificação, força interior e ruptura. Cinquenta estudos foram examinados e em todos a presença da ansiedade persistindo durante a avaliação diagnóstica até a certeza do diagnóstico definitivo. Determinantes indiretos de incerteza em mulheres submetidas à avaliação diagnóstica da mama incluem medidas de ansiedade, depressão, suporte social, respostas emocionais, mecanismos de defesa, bem como o impacto psicológico de eventos. Tem-se sugerido compreender a experiência da incerteza como a chave para aliviar o sofrimento psicossocial e influenciar positivamente os comportamentos de futuras avaliações. Vários estudos examinam as correlações entre ansiedade, seleção de métodos de enfrentamento e fatores demográficos que influenciam a incerteza diante da espera do diagnóstico.

Para examinar o efeito da velocidade do diagnóstico e do tempo de espera antes de uma cirurgia no bem-estar psicológico de pacientes em clínicas de doenças da mama Henselmans, Sanderman, Smink, Ranchor e Vries (2010) realizaram um estudo

prospectivo (*cohort*) com mulheres com suspeita de câncer de mama que completaram questionários sobre seu bem-estar psicológico antes da primeira consulta no ambulatório (tempo T1: com a malignidade (n = 149), sem doença maligna (n = 515)), logo após o diagnóstico (T2, n = 96 e n = 432, respectivamente) e dois a três meses mais tarde (T3: com a malignidade (n = 139)).

Dois meses após o término do tratamento (T4: com a malignidade (n = 202)), as mulheres com câncer de mama indicaram o período que consideraram mais estressante foi o anterior ao diagnóstico. Os autores também categorizaram a rapidez do diagnóstico e o tempo de espera antes da cirurgia e examinaram a relação destes com o bem-estar. As análises foram controladas por idade e estágio do câncer. Os resultados mostraram que embora o período antes do diagnóstico tenha sido experimentado como estressante, o diagnóstico rápido não afetou o bem-estar emocional após o diagnóstico de câncer de mama. No entanto, um diagnóstico que levou um *longo tempo*, maior que duas semanas, destacado pelos autores, afetou o bem-estar emocional das mulheres que não foram diagnosticadas com câncer de mama. Essas mulheres estavam preocupadas e angustiadas por um longo período de tempo após o diagnóstico em relação às mulheres que receberam a notícia favorável imediatamente.

O tempo de espera antes da cirurgia não afetou o bem-estar emocional das pacientes depois; as mulheres que tiveram a cirurgia em duas semanas não foi pior ou melhor do que as mulheres que tiveram de esperar mais tempo. As pacientes com bem-estar emocional melhoraram consideravelmente após a cirurgia, o que indica que pouco tempo de espera pode encurtar ou diminuir o período de sofrimento psíquico e não acarretar efeito psicológico negativo. Os resultados apóiam procedimentos rápidos para diagnóstico e cirurgia.

Cardenal, Ortiz-Tallo, Martín Frías e Martínez Lozano (2008) também exploraram eventos estressantes na história de vida e o grau de sofrimento subjetivo de dois grupos de mulheres, sendo 58 com diagnóstico de câncer de mama e 60 saudáveis, de idades e circunstâncias pessoais semelhantes. Outro objetivo foi avaliar se existia ou não um estilo de evitação emocional no grupo de mulheres com câncer de mama. Para tanto utilizaram o *Cuestionario de Formas de Afrontamiento* - CEA, o *Five-Factor Inventory NEO-PI-R*, e o *Estado-Trait Anger Inventory* - STAXI. O grupo de mulheres com câncer de mama apresentou mais eventos estressantes durante a vida nos últimos dois anos, significativo grau de sofrimento no momento da avaliação, maiores escores de raiva em curso, resignação e neuroticismo.

No estudo epidemiológico prospectivo de seis a nove anos de *follow-up* sobre a crença de que a depressão, traços de personalidade, atitudes doentias, eventos de vida, histórico de saúde e outros fatores psicológicos poderiam predizer o câncer de mama, Aro et al. (2005) selecionaram a amostra de 10.892 mulheres entre os casos de câncer junto ao Registro de Câncer da Finlândia. Para a análise foi utilizada a regressão logística multivariada. A incidência de câncer de mama no grupo foi de 1,15 vezes a média do grupo etário 50-59. Os autores não encontraram nenhuma evidência de depressão, traço de ansiedade, ceticismo e desconfiança, ou tipo de enfrentamento como preditores significativos da incidência de câncer de mama, nem aumentaram o risco da doença.

Surtees, Wainwright, Luben e Bingham (2010) investigaram a associação entre uma história de estresse social e o risco de câncer de mama em 11.467 mulheres sem antecedentes históricos da referida doença. As adversidades sociais foram definidas de acordo com circunstâncias difíceis na infância, os eventos estressantes e as dificuldades na vida adulta durante longo período de tempo, provenientes de medidas que

representam o *impacto* de acontecimentos na vida e a associação à *capacidade de adaptação ao estresse*, e o estresse percebido durante o período dos últimos dez anos. Incidentes de câncer de mama foram identificados por meio da ligação com os dados de registro de câncer no Centro de Investigação Prospectiva Européia sobre o Câncer (EPIC)-Norfolk. Durante o acompanhamento de 102.514 (média de nove) pessoas por ano, foram identificados 313 casos de câncer de mama.

Não foram observadas associações entre qualquer uma das medidas das adversidades sociais e o risco de câncer de mama subsequente, com ou sem ajuste para idade, situação de menopausa, paridade, uso de hormônios na menopausa, a idade da primeira menstruação, idade do primeiro parto, história familiar de câncer de mama, atividade física, classe social, índice de massa corporal, estatura e ingestão de álcool. Esse estudo não encontrou nenhuma evidência que a exposição ao stress social ou diferenças individuais na sua experiência estejam associadas ao desenvolvimento do câncer de mama.

Esses resultados podem ajudar estratégias para atender às necessidades psicossociais e emocionais dos sobreviventes de câncer de mama e pode ser interpretado de forma positiva no contexto das crenças comumente expressadas de que a experiência de estresse é uma causa que contribui para essa doença.

Adler, Riba e Egly (2009) investigaram a experiência e o desejo de formação dos médicos responsáveis pelo raio X da mama em discutir a *má notícia* com seus pacientes. Os participantes eram docentes da Universidade de Michigan e bolsistas, residentes e membros da Sociedade das Imagens da Mama. Noventa e cinco por cento dos participantes tinham idade maior ou igual a 40 anos. Sessenta e dois por cento dos médicos da universidade eram mulheres, em comparação com 52% dos membros

daquela sociedade. Sessenta e quatro por cento dos inquiridos mantinham sua prática em ambiente universitário e 34% em ambientes privados. Trinta e cinco por cento dos questionados tinham históricos relacionados à imagem da mama.

A frequência de más notícias foi, na maioria das vezes, semanal ou diária, nos casos em que a notícia exigia uma complementaridade, como uma recomendação de biópsia, ou resultados de biópsia positiva. Recomendações para biópsias de mama foram relatadas para ser normalmente dada pessoalmente, enquanto 59% dos entrevistados transmitiam resultados positivos de biópsia por telefone. Oitenta e cinco por cento dos questionados não registrou nenhum treinamento prévio em más notícias.

Em uma *escala de conforto*, variando de um (muito desconfortável) a dez (muito confortável), 95% dos entrevistados classificaram o seu conforto entre 8 e 10 para recomendar complementaridade do procedimento, 85% tinham o mesmo nível de conforto para recomendar a biópsia e 67% tinham o mesmo nível para apresentar os resultados da biópsia positiva. Sessenta e dois por cento dos radiologistas da universidade manifestaram interesse em obter formação complementar em como dar más notícias, enquanto apenas 32% dos membros da sociedade desejaram a mesma formação. Apesar de os radiologistas geralmente darem más notícias no cenário de imagem da mama, poucos tinham treinamento em como fazê-lo. Os autores verificaram que diminuíam os níveis de conforto, com o aumento da gravidade da notícia, mas a maioria dos entrevistados não estava interessada em obter formação sobre como dar más notícias.

Culver et al. (2009) avaliaram a comunicação de 86 prestadores de cuidados primários sobre o risco de câncer de mama, utilizando pacientes com características semelhantes, sem aviso prévio. Os médicos foram aleatoriamente designados para

receber um dos três casos: (1) caso de risco moderado ($n = 25$), apresentando um nódulo da mama e com mãe com câncer de mama após a menopausa, (2) de alto risco (lado materno) caso ($n = 28$), apresentando preocupação sobre o risco de câncer de mama e (3) de alto risco (lado paterno) ($n = 33$), apresentando um problema não relacionado.

Após a nomeação, três parâmetros qualitativos foram avaliados por pacientes padronizados em uma escala de três pontos (maior satisfação = 3 a menor satisfação = 1), se o médico teve tempo suficiente, reconheceu as suas preocupações, e ofereceu segurança. Os resultados mostraram que a média de satisfação com a comunicação do médico foi maior para o caso de risco moderado (2,92) do que para o caso de alto risco paterno (2,25) ou de alto risco materno caso (2,42) ($p < 0,0001$). A pontuação não foi influenciada pela duração da sessão, especialidade médica, sexo do profissional.

Os médicos previram de forma mais consistente o risco moderado dos pacientes pré-selecionados com confiança e apoio em comparação aos casos de alto risco. Médicos de cuidados primários podem ser mais despreparados ou inseguros, abordando as questões levantadas pelos cenários mais complexos e podem se beneficiar de treinamentos em avaliação e comunicação dos riscos de câncer de mama.

Atlas, Grant, Ferris, Chang e Barry (2009) estudaram se a ligação médico-paciente afeta as medidas de desempenho clínico. Foram coletados dados de quatro centros acadêmicos, comunitários de saúde e nove hospitais filiados a práticas de atenção primária nos Estados Unidos. A amostra foi constituída de 155.590 pacientes adultos com uma ou mais consultas para um estudo da prática entre 2003 e 2005.

Um encadeamento de ações necessárias foi utilizado para conectar os pacientes para qualquer um dos 181 médicos ou uma de 13 práticas das quais recebiam a maioria de seus cuidados. As medidas de desempenho incluíam pacientes com câncer de mama,

colo do útero e colorretal: dosagem de hemoglobina A (1c) e controle em pacientes com diabetes, medição e controle de colesterol de lipoproteína de baixa densidade em pacientes com diabetes e doença arterial coronariana.

Os resultados mostraram que 92.315 pacientes (59,3%) estavam ligados a um médico específico, ao passo que 53.669 pacientes (34,5%) estavam ligados apenas a uma prática específica e 9.606 pacientes (6,2%) não puderam ser conectados a um médico ou prática. A proporção de pacientes em uma prática que pode ser conectado a um médico variou significativamente (45,6% para 71,2% dos pacientes por prática, $p < 0,001$). Pacientes ligados ao médico tinham significativamente mais probabilidade de receber cuidados com diretrizes consistentes do que pacientes ligados a práticas (por exemplo, as taxas foram ajustadas de mamografia 78,1% vs 65,9% [$P < 0,001$] e ajustada as taxas de hemoglobina A (1c) foram 90,3% vs. 74,9% [$P < 0,001$]).

O recebimento de cuidados preventivos variou mais entre os pacientes que estavam mais ou menos ligados a um médico que por raça ou etnia. A limitação apontada pelos autores refere-se ao fato de que a ligação médico-paciente foi avaliada em uma rede de cuidados primários. Pacientes atendidos em práticas de cuidados primários pareceu ser variavelmente ligados a um médico específico, e paciente menos ligado (com menos vínculo) têm menos probabilidades de receber cuidados com diretrizes consistentes. Este estudo recebeu financiamento do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos.

O estudo de Mao et al. (2009) teve como objetivo descrever as percepções de 300 sobreviventes do câncer da mama na pós-menopausa (SCM) sobre os cuidados de sobrevivência relacionados aos médicos de cuidados primários - MPC. Foi realizado um estudo transversal cujas participantes eram acompanhadas em um ambulatório de

oncologia de mama em um hospital universitário de grande porte. A primeira medida foi resultado dos auto-relatos com sete itens sobre os cuidados de sobrevivência percebidos (alfa de Cronbach = 0,89).

Análises de regressão multivariada foram utilizadas para identificar os fatores associados à percepção de prestação de cuidados. Em geral, os resultados mostraram que SCM relacionados ao MPC são responsáveis por 65 de 100 (desvio padrão = 17). As áreas de cuidados relacionadas ao MPC mais fortemente apoiadas eram de cuidados gerais (78%), apoio psicossocial (73%) e promoção da saúde (73%). Poucas sobreviventes percebiam seus médicos como conhecedores sobre o acompanhamento do câncer (50%), os efeitos tardios de terapias do câncer (59%), ou tratando os sintomas relacionados ao câncer ou terapias para combater o câncer (41%). Apenas 28% sentiam que seus MPCs e oncologistas comunicavam bem. Em uma análise de regressão multivariada, as variáveis: raça “não branca” e nível de confiança no MPC foram significativamente associados com maiores níveis percebidos de cuidados relacionados com a sobrevivência ($p = 0,001$ para ambos). Os autores concluíram que embora as sobreviventes percebessem alta qualidade de cuidados gerais prestados por seus médicos, elas não se sentiam tão confiantes com a capacidade de prestação de cuidados do acompanhamento do câncer específico por parte de seus MPCs. As intervenções devem ser testadas para melhorar tanto a comunicação entre oncologistas e médicos de cuidados primários como o conhecimento dos MPCs sobre os cuidados de sobrevivência de cada tipo de câncer.

Al-Azri, Al-Awisi e Al-Moundhri (2009) revisaram a literatura disponível eletronicamente sobre o impacto dos diagnósticos de câncer de mama e as estratégias utilizadas pelas mulheres para lidarem com esta doença. Os resultados mostraram que

as mulheres diagnosticadas com câncer de mama correm o risco de desenvolvimento de várias morbidades psicológicas, como depressão, ansiedade, fadiga, pensamentos negativos, pensamentos suicidas, medo de morrer, sentimento de solidão, problemas sexuais e de imagem corporal, bem como uma diminuição geral da qualidade de vida. Diversas estratégias são utilizadas por essa população para lidar com a doença, incluindo a reestruturação cognitiva positiva, pensamento positivo, expressão emocional, a aceitação da doença, o aumento da prática religiosa, apoios familiar e social, yoga e outros exercícios. Diagnósticos de câncer de mama têm sido associados a várias consequências psicológicas devastadoras, no entanto, muitas mulheres têm-se utilizado de diferentes estratégias para adaptarem suas vidas. Os profissionais de saúde nos países em desenvolvimento, que trabalham com essa população, devem estar cientes dos diferentes mecanismos de enfrentamento utilizados por elas para integrá-los ao tratamento.

A partir do diagnóstico do câncer de mama, abre-se caminho para um tratamento incerto, doloroso, prolongado, que marca o corpo, choca a família, muitas vezes afasta os amigos, fragiliza os planos de futuro, notadamente, quando a possibilidade da morte se torna iminente.

O diagnóstico de câncer e todo o processo da doença são vividos pela paciente e pela sua família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes, além de outras angústias ligadas à feminilidade, maternidade e sexualidade, já que o seio é um órgão repleto de simbolismos para a mulher. Sendo assim, o anúncio desse diagnóstico, seguido pelo tratamento, pode ocasionar abalos significativos na vida da paciente.

O diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda doença potencialmente letal, traz a sensação de vulnerabilidade, perda do corpo saudável e do domínio sobre a própria vida.

Confirmado o diagnóstico, a paciente vê sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, já que o câncer pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida, como trabalho, família e lazer. Dessa forma, acaba trazendo implicações para o seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu convívio social.

O câncer de mama é, segundo Wanderley (1994), a doença da incerteza, do medo da morte, da recidiva, da mutilação, da dor, da rejeição, do isolamento. É um acontecimento com profundas implicações sociais, psicológicas, corporais, sexuais, dentre tantas outras, que pode acabar provocando mudanças em vários setores, algumas irreversíveis, na vida das mulheres. A perda da mama pode gerar alterações permanentes em sua imagem corporal e identidade feminina.

Marcas deixadas pela doença geram constrangimentos em seu portador, que, por vezes, se sente só, ou mesmo se isola, diante das relações familiares e sociais, devido principalmente a sua baixa auto-estima. Instaure-se uma nova realidade, fazendo com que a paciente e seus familiares assumam papéis que não foram escolhidos e sim impostos pela fatalidade do adoecimento.

De acordo com Nunes e Neves (1997):

Em um curto período de tempo a pessoa passa a fazer toda uma reorganização interna, preparando-se para uma nova adaptação de vida, tendo que abandonar objetivos e metas anteriormente traçadas para se voltar com maior dedicação à sua doença e ao tratamento em curso (...) a pessoa passa de gerenciador da sua vida, onde possui o controle de ações rotineiras, a ator de um papel dependente,

tanto da sorte dos médicos, de medicamentos, dos familiares e dos amigos (p.353).

Segundo Stephan (2002), o eminente mastologista e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maurício Magalhães Costa afirmou certa vez que “**o problema do câncer** não é a doença; **é o diagnóstico**” (evidenciado pela autora), significando que, ao se ouvir tal fato, toda a perspectiva de vida se desfoca.

A forma como cada paciente reage ao diagnóstico de câncer depende de diversos fatores, do seu momento de vida, de suas experiências anteriores, das informações que recebeu no convívio social e do ambiente familiar e cultural em que nasceu e cresceu, dentre outros.

Mesmo que vários aspectos sobre os efeitos psicossociais do câncer sejam conhecidos, compreende-se que a experiência do câncer de mama é ampla e envolve diferentes momentos, com significados distintos e implicações na vida diária e nas relações entre a mulher e as pessoas do seu contexto social.

A dor do câncer de mama ultrapassa a questão biológica. A eclosão do câncer de mama na vida da mulher pode acarretar efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade. A mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente revestido de representações, assim como o temor de uma doença repleta de sofrimentos e estigmas e da morte.

A mutilação, proveniente de um câncer de mama, pode expor a mulher ao estigma da doença, atualmente menos evidente, e a um emaranhado de emoções, que inclui temores de recidivas e metástases, bem como ao seu tempo de vida, a sua finitude.

O interesse da comunidade científica pelos aspectos psicológicos do câncer de mama, conforme relata Peres (2008), aumentou consideravelmente nas últimas décadas. A maior parte delas tem por tema o impacto emocional do diagnóstico e do tratamento. A assistência psicológica a mulheres com a doença igualmente se destaca. Fatores psicológicos associados à gênese dessa enfermidade também foram explorados por diversos estudos.

Gimenes (1994) reitera que somente nas últimas décadas diferentes abordagens psicológicas começaram a investigar a relação existente entre personalidade, padrões comportamentais, fatores psicossociais e incidência, evolução e remissão do câncer.

À possibilidade do aparecimento de complicações no braço, dentre os quais se destaca o linfedema (inchaço por acúmulo da linfa não drenada) soma-se o assombro da recidiva. Instala-se após o diagnóstico inicial, um incessante convívio com a **incerteza do amanhã e o receio de novos diagnósticos**. A paciente entra, sem sombra de dúvidas, em contato permanente com sua vulnerabilidade. Mesmo com prognóstico otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, o diagnóstico e as dificuldades do tratamento têm um profundo impacto psicossocial nas pacientes e seus familiares.

Rosedale (2010) descreve as experiências do sintoma inesperado e perturbador das mulheres após tratamento de câncer de mama. A amostra foi composta de 13 mulheres de um a 18 anos após o tratamento do câncer de mama. Rosedale investigou a angústia como sintoma do câncer de mama, os sintomas contínuos e experiências inesperadas.

Os sintomas descritos pelas participantes foram: dor, perda de energia, dificuldade de circulação nos membros, alterações cognitivas, mudança na experiência

sexual e linfedema. Foram obtidos quatro temas centrais: 1. convivendo com sintomas persistentes; 2. enfrentando situações inesperadas, 3. *losing precancer bein* e 4. *feeling like a has-been*. A angústia era intensificada quando a mulher esperava que os sintomas desaparecessem, mas os mesmos persistiam. Maior angústia também foi associada a situações súbitas e inesperadas ou quando os sintomas suscitaram sentimentos de perda diante da terceira e da quarta categoria. As percepções das sobreviventes de câncer da mama quanto aos sintomas inesperados e em curso têm influências importantes sobre a qualidade de vida. Os resultados sugerem que o sintoma da angústia tem dimensões temporal, situacional e de atribuição.

Diante do entendimento dessas características, enfermeiros e profissionais de saúde podem ajudar as sobreviventes de câncer da mama se preparar para posteriores experiências em curso ou inesperadas nos anos seguintes ao tratamento de câncer de mama.

Por longo período de tempo após o diagnóstico do câncer de mama, pode-se observar o crescimento pessoal de muitas pacientes; isto é, podem desenvolver-se a partir de eventos traumáticos.

Lelorain, Bonnaud-Antignac e Florin (2010) avaliaram a prevalência e os preditores do crescimento pós-traumático (*PTG*), por um período de cinco a 15 anos após o diagnóstico da referida doença, e as relações do *PTG* com a saúde psicológica em uma amostra aleatória de 307 mulheres livres da doença na época da pesquisa.

Esse estudo, transversal, revelou escores do crescimento pós-traumático por longo período de tempo comparáveis àqueles encontrados em estudos de menor duração. Prevalência de uma melhor apreciação da vida é especialmente notável. Com exceção das seqüelas percebidas das doenças atuais associadas de forma curvilínea com

PTG, variáveis demográficas e médicas são pobres preditores dessa relação. Pelo contrário, a afetividade disposicional positiva e enfrentamento positivo adaptativo, ativo, relacional, religioso e negação parcial têm um forte efeito sobre o crescimento. Finalmente, o crescimento pós-traumático é levemente associado com qualidade de vida mental e felicidade. Os resultados são discutidos à luz da teoria do crescimento pós-traumático.

Conforme nos ensina Carvalho (1994), é necessário que pacientes, familiares e sociedade em geral comecem a pensar no câncer como uma chance de refazer a vida, em bases mais sólidas e significativas.

Silva (2005), estudando o processo de enfrentamento do período pós-tratamento do câncer de mama, pôde constatar que uma ampla gama de eventos estressores relacionados ao adoecimento ainda estava presente em suas vidas, nos aspectos biopsicossociais. A mastectomia mostrou-se responsável por alterações na identidade feminina e não apenas na imagem corporal.

A perda da mama e todo o processo pós-diagnóstico se fazem presentes nas demais situações vividas, principalmente diante das limitações permanentes, impostas pelo esvaziamento axilar, remetendo à idéia de incapacidade funcional e produtiva.

Segundo Silva (2005), a partir do diagnóstico de câncer, a morte se tornou presentificada na vida dessas mulheres. A falsa sensação de controle que se tem diante das situações da vida se concretiza, instalando-se os sentimentos de impotência, fragilidade e medo. A preocupação com as pessoas que lhe são caras aumenta, principalmente em relação aos filhos, evidenciando os sentimentos de perda e, ainda, as sensações de desconforto referentes à idéia de estarem sobrecarregando familiares e

amigos com cuidados, antes desnecessários. Muitas mulheres vêm com desalento a inversão de sua condição de cuidadora e protetora do lar.

Além do enfrentamento da doença vem o enfrentamento das alterações dos próprios papéis, que levam a mulher, segundo Silva (2005) a por em prática uma ampla gama de estratégias. E o evento do câncer funcionou, para uma parte considerável delas, como um divisor de águas, com possibilidades de abertura para mudanças por meio de reavaliações da própria vida.

Fez-se presente também, segundo estudos de Silva (2005), outras estratégias de enfrentamento às imposições de mudanças de vida, como a negação e a resignificação diante da dificuldade em se elaborar o luto pela vida anterior e a busca de uma nova maneira de viver.

Dentre as estratégias observadas pela autora, encontramos o enfrentamento do câncer por meio de uma postura ativa diante dos acontecimentos, o foco seletivo nos aspectos positivos da situação, a flexibilidade, a evitação dos pensamentos e sentimentos adversos, relacionados ao adoecimento, o suporte familiar, social e espiritual.

Outras estratégias menos referidas, mas significativamente utilizadas, foram o autocontrole, a resignação, o pensamento fantasioso e a reavaliação positiva. Poucas participantes da pesquisa utilizaram-se de estratégias, como a autculpa, culpabilização dos outros, negação, desamparo – desesperança e conforto. (Silva, 2005).

Aukst-Margetić et al. (2009) avaliaram as relações entre a qualidade de vida e religiosidade em pacientes com câncer de mama. Participaram 115 mulheres, consecutivamente admitidas com câncer de mama na unidade de radioterapia num período de seis meses, em que se utilizaram as medidas: *Santa Clara Strength of*

Religious Faith Questionnaire (SCSORF), *World Health Organisation Well-Being Index Five (WHO-WBI 5)* e *International Breast Cancer Study Group Quality of Life (IBCSG-QL) Questionnaire*. As participantes responderam três instrumentos relativos ao enfrentamento religioso com câncer. Moderada religiosidade foi associada com a percepção de pior saúde física. A afirmação "a doença diminuiu a minha fé" foi associada com pior qualidade de vida (QV) nos domínios: menos bem-estar, mais dor, saúde física pobre, mais esforço para lutar, pior fadiga e menos satisfação geral. A afirmação "a fé ajuda-me na doença" foi associada com maior suporte social.

Considerando os dois pólos relativos à perspectiva positiva para umas pessoas e o da perspectiva negativa para outras, durante a sobrevivência, Kaiser (2008), nos Estados Unidos, examinou se as mulheres tratadas por câncer de mama abraçam a sobrevivência. Dados provenientes de 39 entrevistas com mulheres, que completaram o tratamento para o câncer de mama e três a 18 meses antes da entrevista mostraram que, apesar dos significados positivos acompanharem a sobrevivência, muitas mulheres mudaram o sentido da sobrevivência ou rejeitaram-na.

O autor encontrou no discurso de sobrevivência das mulheres alienadas que lutam fortemente contra a ameaça da recorrência, as quais sentem que sua experiência com o câncer não foi suficientemente grave para merecer o título de *sobrevivente*, ou quem deseja uma experiência de doença particular. Esses resultados ilustraram falhas nas concepções culturais norte-americanas sobre o câncer e a necessidade de refletir adequadamente sobre a experiência vivida e destacar com destreza como os indivíduos ativos atribuem os significados da doença.

Para Alegrance (2006) o uso de estratégias ativas e positivas para enfrentar o câncer de mama parece resultar na boa adaptação psicossocial.

Abre-se a necessidade de se estimularem espaços de reabilitação física, psicossocial e espiritual para essa população. Ferreira (2003) sugeriu a construção de um complemento para o protocolo de admissão hospitalar, com o intuito de se considerar a subjetividade da paciente, no momento da internação, por meio de uma escuta especializada. O escutar, segundo Ferreira (2003), será capaz de proporcionar aos profissionais envolvidos na admissão hospitalar a possibilidade de se estabelecerem estratégias de enfrentamento mais eficazes para o momento da internação e, certamente, para todo o processo subsequente.

Sabe-se, contudo, que a realidade dos atendimentos nos serviços de saúde pública dificulta tal procedimento, em virtude, talvez, da alta demanda de atendimento, desproporcional ao quadro de pessoal especializado para o atendimento.

Gandini (1995) verificou o grau de eficácia adaptativa e respectivas variações pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacional (EDAO) das pacientes mastectomizadas por câncer de mama, no serviço de mastologia maligna do ambulatório e da enfermagem de ginecologia e obstetrícia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Foram comparados na EDAO os resultados das pacientes mastectomizadas, antes da confirmação da doença pelos exames complementares e depois da psicoterapia breve suportiva, oferecida às pacientes, com as que só receberam tratamento médico de rotina hospitalar.

Esse estudo verificou que, após um ano de tratamento, houve manutenção e/ou aumento da eficácia adaptativa das mulheres que se submeteram à psicoterapia breve, avaliadas pela EDAO, demonstrando que a qualidade de vida, antes da cirurgia, não foi mantida para as mulheres que só se submeteram ao atendimento médico de rotina.

A EDAO mostrou-se, segundo Gandini (1995), um instrumento sensível para diagnosticar e acompanhar as variações de eficácia adaptativa das mulheres com câncer de mama, em que a psicoterapia breve suportiva pareceu adequada ao acompanhamento psicológico das pacientes. A autora recomendou, ainda, a continuidade do atendimento psicológico nas demais etapas do tratamento, pois “as mulheres com atendimento psicológico tiveram recursos egóicos fortalecidos para lidar com novas situações, bem como mecanismos de defesa mais saudáveis, isto é, apresentaram maior capacidade de tolerar a dor psíquica e o sofrimento da posição depressiva”.

Venâncio (2004) corrobora essa tese quando afirma que o psicólogo vai ajudar a mulher a manter o seu bem-estar emocional, durante o tratamento, confirmando que pacientes que participaram de atendimento psicológico apresentaram melhor ajustamento à doença, redução dos distúrbios emocionais, como ansiedade e depressão, melhor adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas adversos associados ao câncer e aos tratamentos, obtendo, até, aumento no tempo de sobrevivência.

Neste sentido, a eficácia clínica das intervenções psicológicas em pacientes com câncer da mama foi objeto de uma revisão sistemática da literatura por Naaman, Radwan, Fergusson e Johnson (2009), que relataram os resultados de três meta-análises. As variáveis estudadas foram: ansiedade, depressão e qualidade de vida. Diversas variáveis moderadoras foram encontradas tanto na heterogeneidade dos procedimentos como na interação com a eficácia do tratamento, qualidade metodológica, prognóstico, tipo de tratamento, orientação e duração. O efeito do tratamento clínico para a ansiedade foi moderado -0,40, IC 95% e -0,72 para -0,08 (N = 1278); não sendo um resultado significativo para um estudo de qualidade, porém manteve-se estável em

pacientes com doença mais avançada. Terapia de grupo de pequena duração foi mais eficaz do que as intervenções de longo tempo ou das individuais. Um efeito clínico de moderado a forte intensidade foi observado nas avaliações referentes à depressão (-1,01, IC 95%, -1,48 para -0,54, N = 1324). A conclusão mais significativa encontrada foi de -0,47 (95% -0,69 a -0,24), baseada em estudos metodologicamente mais confiáveis no tratamento de pacientes com alta morbidade psicológica. As intervenções mostraram efeitos moderados sobre a melhoria da QV (0,74, 95% CI, 0,12 a 1,37, N = 623), embora este resultado não tenha se mostrado significativo para o estudo de qualidade.

McGregor e Antoni (2009) revisaram a literatura sobre ensaios clínicos relatados nos últimos seis anos, que testaram os efeitos da intervenção psicológica sobre as variáveis dependentes da diversidade biológica entre as pacientes com câncer de mama não-metastático. Encontraram dados que sugerem que a intervenção psicológica pode influenciar o sistema neuroendócrino (por exemplo, o cortisol) e indicadores da função imunológica, especialmente a proliferação de linfócitos e produção de citocinas TH1.

Tem ocorrido uma maior demanda para se investir na qualidade de vida da paciente, considerando-se a alta incidência do câncer de mama, a grande possibilidade de longa sobrevivência, graças aos avanços da medicina que proporcionam tratamentos mais eficientes e técnicas que viabilizam a detecção precoce e, ainda, a desestruturação psicossocial que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama acarretam na vida da mulher.

O câncer vai deixando de ser uma doença frequentemente fatal, assumindo características de uma doença crônica. Estima-se que a maioria das mulheres acometidas pela doença viverá por muitos anos. Nesse sentido, afirma Makluf (2006)

que melhorar a qualidade de vida desta população representa um desafio tanto para elas, como para os profissionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistema de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

É um conceito de alcance abrangente e multidimensional que é mensurado como uma avaliação subjetiva do status de saúde e do bem-estar, em diferentes setores da vida, incluindo componentes físicos e psíquicos e espirituais, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo.

Em relação aos pacientes oncológicos, a avaliação da qualidade de vida pode significar o conhecimento de aspectos que envolvam a melhora, a estabilização ou a piora da doença a partir do tratamento. Incluem-se nesta avaliação aspectos relacionados ao bem-estar, físico, psicológico, espiritual e social, ou seja, pode possibilitar o conhecimento do impacto da doença e/ou do tratamento em dimensões que incluem, mas ultrapassam a questão biológica, baseando-se principalmente na auto-percepção do paciente.

No caso específico do câncer é preciso ainda ressaltar o forte impacto na auto-estima, provocados principalmente pela alteração da imagem corporal. Pedrolo et al. (2000) definem imagem corporal como sendo o modo como nós sentimos e pensamos sobre nosso corpo e nossa aparência corporal. Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal formam um conceito de corpo que são fundamentais para uma vida social mais adequada. Para os autores citados o ideal de corpo é um aspecto avaliado em relação a uma imagem ideal regida por normas e valores socioculturais. Desse modo,

alterações na imagem corporal podem alterar a auto-imagem e o auto-respeito, limitando as oportunidades, as relações, enfim, a qualidade de vida.

Como suporte de cuidado com a qualidade de vida e/ou benefícios médicos, por parte do serviço prestado a pacientes, proporcionando conforto imediato, e especificamente investigar em termos psicológico e sociológico a experiência de diferentes tipos cuidados de beleza pelos pacientes, Amiel et al. (2009) utilizaram a observação direta e entrevistas semi-estruturadas, conduzidas por um sociólogo e um psicólogo para avaliar 60 pacientes de quatro centros de câncer franceses que se utilizavam dos cuidados de beleza proporcionados pelo hospital, 58 mulheres, a maioria delas tratadas por câncer de mama, dois do sexo masculino, com idade média de 53 anos.

Os resultados deste estudo mostraram que todos os pacientes entrevistados estavam satisfeitos. Os pacientes apreciaram a aprendizagem de como *saber fazer*, como usar maquiagens e como valorizar a imagem pessoal. Benefícios psicológicos e sociais de bem-estar foram mencionados. O cuidado com a beleza não foi alegado como motivo de reduzir os efeitos secundários dos tratamentos, mas ajudou os pacientes a aceitar ou suportar o peso deles. (Amiel et al., 2009).

Segundo Bowling (1997 apud Souza, 2007) muitos instrumentos que afirmam avaliar a qualidade de vida entre pacientes de câncer são fracos e inadequados. Assim, a adequabilidade de tais instrumentos, deve para Souza (2007) ser atribuída àqueles que avaliam: bem-estar físico (sintomas e toxicidade, náusea, atividades física e trabalho, recreação e atividades de cuidado), bem-estar psicológico (imagem corporal, auto-estima, angústia, tensão emocional, raiva, depressão) e bem-estar social (efeitos nas atividades sociais, isolamento, suporte social da família e dos amigos e relações sexuais).

Para Sales et al. (2001) existem mudanças no funcionamento social, decorrentes mais de dificuldades psicossociais, que precisam ser foco do trabalho de equipes multiprofissionais de saúde. O apoio social e familiar, bem como dos profissionais de saúde podem contribuir para um bom funcionamento social da mulher com câncer de mama e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Pela dificuldade inerente a todo o processo de enfrentamento do câncer de mama, a mulher necessita de suporte social e familiar na redescoberta do seu novo papel e na sua qualidade de vida. Segundo Barbosa et al. (2004) o suporte social contribui de maneira significativa para a recuperação e manutenção da saúde das mulheres, além de ser um apoio para o desempenho de seus papéis, tanto na família quanto na sociedade. No desempenho de um papel já conhecido, mas afetado por algum motivo, pode levar a decisões difíceis de serem tomadas, gerando conflitos de papéis.

O apoio pode vir por parte de pessoas próximas, como esposo, filhos, mãe, irmãos, amigos, ou ainda através de assistência profissional especializada, encontrada em centros de saúde, ONGs e grupos de auto-ajuda e de apoio. A rede de apoio para muitas mulheres pode se dar ainda através da religião. A busca de fé ocorre, segundo Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004), na maioria das pessoas acometidas por uma doença crônica como o câncer.

Toda rede social de apoio pode ajudar a mulher a assumir papéis complementares antes não desempenhados, como a realização de cursos de interesse e a busca de fontes alternativas de trabalho, como confecção e venda de artesanato e a valorização de trabalhos manuais (Barbosa et al., 2004).

A partir dessas considerações, maior ênfase há que se dar à qualidade de vida dessa população. Por outro lado, precisamos entender um pouco melhor alguns aspectos sobre as mulheres com metástase ou recidiva do câncer de mama.

Pelard, Apostolidis, Ben Soussan e Gonçalves (2008) propuseram um estudo sobre os diferentes aspectos por meio de dupla análise (manual temática lexical e com um computador) de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os pacientes em recidiva metastática de câncer de mama. O relato foi operacionalizado em termos do tempo, simultaneamente considerado como uma variável da personalidade avaliada pela escala de perspectiva temporal (PT) Zimbardo e pelo inventário - *Time Perspective Inventory* ZTPI e com os marcadores linguísticos diferentes, os indicadores de sentido nas histórias dos pacientes.

Os resultados desta dupla análise destacaram diferentes aspectos do discurso dos pacientes, refletindo os investimentos diferentes da doença no momento da recaída e, dependendo da idade e tempo dos perfis das pacientes. No entanto, estes resultados ilustram as relações entre alguns aspectos do tempo incidindo sobre as histórias dos pacientes e as estratégias de ajustes decorrentes do presente, permitindo uma articulação desses conceitos em torno da noção de controle.

As relações entre o estresse longitudinal, enfrentamento e qualidade de vida - QV em saúde mental de pacientes com câncer de mama logo após o diagnóstico da recorrência (N = 65) e quatro meses mais tarde foram investigados por Yang, Brothers e Andersen (2008). Quatro modelos foram testados, utilizando a regressão múltipla hierárquica. Nos modelos, tanto stress traumático ou sintoma de estresse relacionado ao diagnóstico de recidiva foi um preditor de QV em saúde mental no *follow-up*. Ambas as estratégias de enfrentamento, o engajamento e o desengajamento foram testados como

moderadores ou mediadores entre o estresse e a qualidade de vida. O efeito de sintomas de estresse na QV da saúde mental foi moderado quando houve envolvimento com o enfrentamento; quando ocorre a retirada deste, há interferência nos efeitos de estresse traumático e nos sintomas de estresse sobre a QV da saúde mental.

Os resultados implicam que ensinar as intervenções de enfrentamento seria importante para as pacientes que experimentam sintomas de estresse elevado, enquanto que desencorajar a retirada do uso de estratégias de enfrentamento negativas seria importante para todos os pacientes.

Spiegel et al. (2007) replicaram achados anteriores de suas pesquisas de que a terapia de grupo intensiva prolongava o tempo de sobrevivência das mulheres com câncer de mama metastático, pois, achados posteriores sobre a questão de saber se o apoio psicossocial afeta a sobrevivência têm sido confusos.

Das 125 mulheres com metástase confirmada (n = 122) ou localmente recorrente (n = 3) do câncer de mama foram divididas aleatoriamente ou na condição de terapia de grupo suportiva-expressiva (n = 64), onde receberam materiais educativos mais terapia de grupo de apoio suportiva-expressiva semanalmente ou na condição controle (n = 61), onde receberam apenas materiais educativos por um período mínimo de um ano. O tratamento, 90 minutos uma vez por semana, foi projetado para criarem novos laços de apoio social, estimular a expressão de emoções, lidarem com os medos de morrer e da morte, ajudar a reestruturar as prioridades de vida, melhorar a comunicação com familiares e profissionais de saúde, e melhorar o controle de dor e ansiedade.

Os resultados mostraram que a mortalidade após 14 anos foi de 86% e o tempo médio de sobrevivência foi de 32,8 meses. Não houve diferença estatisticamente significativa para as pacientes que estavam em tratamento psicoterápico (mediana de

30,7 meses) em comparação com as que compuseram o grupo controle (mediana de 33,3 meses), mas houve diferença estatisticamente significativa em função do receptor de estrógeno, estado e condição do tratamento.

A análise exploratória explicou que a interação revelou uma interação significativa moderada entre o receptor de estrógeno (ER), estado e condição de tratamento ($p = 0,002$), tal que, dentre as 25 participantes ER-negativos, randomizadas para o tratamento sobreviveram por mais tempo (mediana de 29,8 meses) que o grupo controle ER-negativo (mediana de 9,3 meses), enquanto que as participantes ER-positivo não mostraram nenhum efeito do tratamento. A constatação de que a terapia de grupo intensiva prolongava o tempo de sobrevida das mulheres com câncer de mama metastático não foi confirmado.

Depois de abordar aspectos médicos do câncer de mama e da Psico-Oncologia, vamos introduzir, a seguir, o assunto das políticas públicas de saúde e o câncer.

1.3 Políticas públicas de saúde e o câncer

As políticas sociais brasileiras, no âmbito da saúde, podem ser subdivididas segundo Soares (2007), em três longos períodos. O primeiro se refere ao início de sua implantação na década de 20 e se estende até o golpe militar. O segundo percorre o período ditatorial até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o terceiro período instaura-se a partir da instituição do Sistema Único de Saúde em 1991, e permanece até os dias atuais.

Os primeiros avanços da política social de saúde, somente são visíveis, para Soares (2007), na década de 1920, quando é criado um sistema de saúde pública, sendo

saúde pública compreendida como o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotadas pelo estado para fazer frente aos problemas que a sociedade lhe apresenta.

As estratégias voltadas à atenção precoce de qualquer enfermidade são conformadas geralmente nos níveis primário e secundário de assistência à saúde. Contudo, em relação aos serviços oncológicos, direcionados à neoplasia mamária, observa-se uma maior ênfase nas áreas de alto custo do nível terciário, nos tratamentos especializados (intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia), isto é, nas medidas empregadas à cura.

A política de atenção oncológica perpassa os três períodos supracitados, reproduzindo os movimentos sociopolíticos e econômicos condutores da trajetória das políticas sociais brasileiras, em geral, e das políticas de saúde, em particular.

A nova política de assistência oncológica do Sistema Único de Saúde, implantada em novembro de 1999, propôs modificações substanciais na forma de credenciamento das unidades de tratamento.

A partir da Portaria nº. 2.439, de 8 de dezembro de 2005, a assistência oncológica é permeada por uma visão mais política e social, que ampliam seus horizontes e lhe dá uma nova nomenclatura – atenção oncológica, no âmbito político. Institui a portaria uma Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, para ser criada em todas as unidades federadas, respeitando-se competências das três esferas de gestão.

No mesmo ano, é publicada a portaria de nº. 741 que estabelece nova classificação e exigência para hospitais que tratam de câncer, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e os Centros de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia (Cacon). Ambas as unidades, segundo o documento, se propõem a tratar o câncer de mama. (Ações de controle do câncer no SUS – 2001-2005).

A assistência psicológica a portadores de câncer vem sendo, segundo Peres (2008), cada vez mais valorizada no país. A portaria nº. 3.535, publicada no Diário Oficial da União no dia 14 de outubro de 1998, com normas para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, tornando a contratação de psicólogos um dos pré-requisitos para o repasse das verbas do Sistema Único de Saúde é um indício dessa valorização.

Percebe-se um movimento incipiente, justificando a implementação de ações mais eficazes. Pode-se perceber o número ínfimo de psicólogos no contexto de atendimento à pessoas com câncer de mama. Faltam políticas que determinem o número de psicólogos nos hospitais e clínicas que realizam este atendimento especializado, em relação ao número de pacientes atendidas. A ausência deste profissional é percebida, em larga escala, em programas do governo junto a postos de saúde, programas de saúde familiar, o que de certa forma dificultam intervenções que possibilitem a prevenção e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Quando se fala em estratégias de atenção precoce a qualquer enfermidade, são conformadas geralmente, segundo Guimarães (2006) aquelas voltadas à atenção nos níveis primário e secundário de assistência à saúde. Contudo, em relação aos serviços oncológicos, direcionados à neoplasia mamária, a autora ressalta que se observa uma maior ênfase nas áreas de alto custo do nível terciário, nos tratamentos especializados (intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia), isto é, nas medidas empregadas à cura e não à prevenção, o que corrobora o relato de Kligerman (1998), da não efetivação

das preconizações das políticas e programas de prevenção, visto o alto percentual de diagnóstico de tumores avançados.

Analisando-se os dados relativos ao estadiamento, apresentados pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Inca, em 1994, observou-se o alarmante percentual de casos atendidos com a doença em graus avançados (III e IV). Posteriormente, no período compreendido entre os anos 2000 e 2001, esse índice atingiu 50% dos tumores diagnosticados nesses estágios no Brasil, indicando um aumento considerável. (Brasil, 2002; 2004). Essa descoberta do câncer de mama em graus avançados pode ser decorrente de toda a problemática que envolve o sistema público de saúde no Brasil.

Macchetti (2007) corrobora a preocupação sobre a ineficácia do sistema público de saúde no Brasil em relação à prevenção do câncer de mama, mostrando que a variabilidade geográfica do diagnóstico do câncer de mama observada no Brasil, muito provavelmente, está relacionada às condições de vida e à capacidade de diagnósticos dos serviços de saúde disponibilizados de forma irregular no país.

Observa-se também o baixo número de consultas semanais oferecidas, levando as pacientes a aguardarem a primeira consulta em serviços especializados, conforme relato oral de pacientes, aproximadamente oito meses. Quando a paciente já se encontra inserida em um programa especializado, há espera de até três meses para a realização de exames especializados, como ressonância magnética, cintilografia óssea, ultrassonografia da mama, dentre outros.

Os mamógrafos disponíveis no Brasil são, segundo Peres (2008), quantitativamente insuficientes e se encontram distribuídos de forma inapropriada no território nacional, com maior concentração nas regiões sul e sudeste. Além disso, a maioria dos aparelhos está instalada em clínicas radiológicas privadas, que praticam

preços abusivos, evidenciando-se assim que o referido exame não é acessível para a maior parte da população feminina brasileira, dependendo exclusivamente do SUS para o acesso à saúde.

Segundo Kligerman (2002) a preocupação com a prevenção e controle do câncer no Brasil, iniciou-se na década de 1930 e culminaram no desenvolvimento de uma ampla política nacional para a sua prevenção e controle por meio de estratégias assistenciais em larga escala, a fim de transformar a tendência hegemônica de intervenções terapêuticas individuais, em detrimento de ações de saúde coletiva.

Entretanto, somente em 1986, o Ministério da Saúde começou a realizar ações descentralizadas a partir de convênios assinados com as secretarias estaduais de saúde, implementando programas nas áreas de informação (registros de câncer) e educação em oncologia, dentre outros.

No final dos anos 1990, a Secretaria de Políticas de Saúde reuniu um grupo de especialistas de diversas instituições, que realizou uma análise da situação do câncer no Brasil, a partir de dados epidemiológicos e das experiências de quem trabalhava na área há muitos anos. Nesse encontro foi edificada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que procurou estabelecer, em âmbito nacional, ações de prevenção do câncer, detecção precoce, consolidação de expansão de serviços de assistência, dentre outras, voltadas às neoplasias em geral.

Em 1998, foi lançado o Programa Viva Mulher, cujas ações e preconizações estavam direcionadas tanto ao câncer de mama quanto ao de colo uterino. Sobre a detecção precoce do câncer de mama, o documento de Consenso do Controle do Câncer de Mama (Ministério da Saúde, 2004) recomenda:

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

Em relação ao SUS, o Consenso de Controle do Câncer de mama recomenda as ações:

- Estimular, mediante ações educativas nos meios de comunicação, o exame físico da mama realizado pelo profissional de saúde.
- Desenvolver ações de educação para o ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher como estratégia dos cuidados com o próprio corpo.
- Implantar o rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias.
- Elaborar e implantar normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando subsidiar os gestores municipais e estaduais.
- Implantar sistema de informação nos serviços de mamografia credenciados pelo SUS.
- Criar os indicadores e parâmetros assistenciais para cálculo da necessidade de oferta de serviços em todos os níveis de atenção ao câncer de mama.

- Revisar normas técnicas para o credenciamento, o controle e a avaliação dos serviços de mamografia no SUS.
- Criar mecanismos de garantia de qualidade, como parte dos critérios para o credenciamento e monitoramento de serviços de mamografia no SUS.
- Exigir habilitação em mamografia para os médicos responsáveis pela emissão de laudos mamográficos.
- Rever as Portarias Ministeriais (Portaria GM/MS nº 2413 de 23 de março de 1998; Portaria GM/MS nº 2416 de 23 de março de 1998; Portaria GM/MS nº 3535 de 02 de setembro de 1998; Portaria GM/MS nº 1319 de 23 de julho de 2002; Portaria SAS/MS nº 472 de 24 de julho de 2002; Portaria SAS/MS nº 859 de 12 de novembro de 2002) que regulamentam atividades relacionadas aos cuidados paliativos visando estruturar esta modalidade assistencial na rede SUS.
- Desenvolver uma política de capacitação dos profissionais em todos os níveis de complexidade da atenção ao câncer de mama.
- Inserir conteúdos sobre câncer de mama nos diversos níveis de formação profissional (médio e superior).
- Realizar estudos de avaliação econômica visando a incorporação racional, pelo SUS, de novas tecnologias na área de tratamento de câncer.
- Incorporar a classificação TNM atualizada aos Registros Hospitalares de Câncer e Registros de Câncer de Base Populacional.
- Proceder à revisão da Tabela SUS, a partir de estudos de avaliação econômica, visando analisar a viabilidade de incorporação dos seguintes procedimentos:
 - Hormonioterapia neo-adjuvante em câncer de mama, estágio III (não operável);
 - 3ª linha de quimioterapia paliativa;
 - 3ª e 4ª linhas de hormonioterapia paliativa;
 - Associação de *trastuzumab*⁴ à quimioterapia paliativa em pacientes que superexpressam HER-2.

⁴ Anticorpo monoclonal usado após quimioterapia adjuvante em mulheres com câncer de mama HER-2-Positivo.

Observa-se que no contexto da saúde pública no Brasil, as estratégias preconizadas pelos atuais programas de saúde estão ainda distantes de serem efetuadas. A maioria desses programas, na visão de Guimarães (2006), desconsidera os determinantes sócio-estruturais, as marcantes desigualdades econômicas e sociais existentes no contexto de saúde pública brasileira, vislumbradas, por exemplo, na concentração de pólos tecnológicos no eixo sul-sudeste e a inexistência ou insuficiência de centros especializados em outras partes do Brasil.

Assim, apesar da retórica voltada à detecção e diagnóstico em estágios iniciais, pode-se perceber que ainda há uma longa distância entre os discursos *politicamente corretos* e as intervenções de saúde no cotidiano das instituições (Guimarães, 2006). A atenção precoce do câncer de mama continua sendo um grande desafio à saúde pública. E a Psico-Oncologia, mesmo sendo uma ciência relativamente nova, assume seu espaço, ainda que modestamente, no cenário das políticas públicas de saúde, como veremos a seguir no relato de sua trajetória, avanços, conquistas e dificuldades.

A produção científica, de qualquer área do conhecimento, traz benefícios indescritíveis para a humanidade, sendo este, portanto, o próximo assunto a ser tratado.

1.4 Produção científica

Historicamente, a investigação da produção científica em saúde teve seu início na América Latina, segundo Franco (2000) no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, quando são citados alguns estudos importantes para a análise da Ciência no Brasil. São inúmeros os trabalhos citados pelo autor, que quantificaram, classificaram e descreveram historicamente a produção científica no campo da Ciência da Saúde,

colaborando para o delineamento, a configuração, o desenvolvimento, a trajetória, as deficiências e os avanços da área.

Segundo Franco (2000), estudos revelam que a produção científica é determinada por fatores políticos internos, sócio-econômicos, históricos e subjetivos. E, também, se apresenta como instrumento imprescindível para o avanço da ciência, por meio de sua ordenação, visualização e regulação.

Ao se falar em produção científica, pensa-se imediatamente em cursos de pós-graduação, que formam mestres e doutores, garantindo a produção sistematizada do conhecimento. Tais programas de pós-graduação são constantemente avaliados de acordo com a sua produtividade. A avaliação negativa de um programa pode resultar na redução de recursos por parte dos órgãos financiadores ou, até mesmo, no seu descredenciamento. Areladas a essa dinâmica, têm-se questões políticas, que influenciam os rumos da produção do conhecimento.

Witter (1999, apud Franco, 2000) afirma que a pressão institucional, a competitividade com relação aos financiamentos e ao poder dentro do meio acadêmico, favorecem e estimulam grande produção científica, muito freqüentemente não analisada e estudada, gerando o que Iglesias (1982, apud Domingos, 1999) chamou de publicacionismo, apontando para a existência de pesquisadores que se tornaram verdadeiros técnicos na arte de publicar. E o que para Domingos (1999) seria um meio de se divulgar e aprimorar o conhecimento tem-se tornado, muitas vezes, um fim.

Com respeito à relação de poder dentro do meio acadêmico, Franco (2000), citando Bordieu, evidencia que “todos os campos têm seus dominantes e seus dominados, seus conservadores e sua vanguarda, suas lutas subversivas e seus mecanismos de reprodução”. E acrescenta que o campo científico não foge a essa regra.

Há uma luta pelo monopólio da autoridade ou competência científica, o poder de definir o que é e o que não é científico, que legitima discursos e práticas.

Assim sendo, o campo científico deixa de ser um espaço onde se concorre única e exclusivamente no âmbito do conhecimento científico, passando a ser um espaço de interesses específicos, onde a produção científica tem seus moldes determinados por aqueles que ocupam a posição de dominante na hierarquia instituída (Franco, 2000).

A produção científica vem crescendo muito na maioria das áreas do conhecimento, principalmente no âmbito da pesquisa em saúde (Franco, 2000), graças à própria evolução de cada área, dos avanços metodológicos e do incentivo à pesquisa, como fator de divisas para o país. Segundo Witter (2005), pesquisar o produzido é obter dados úteis para a melhoria do que está sendo gerado para a definição de políticas científicas e de investimentos na área, de temas de pesquisa e busca de novos saberes.

Infelizmente há um distanciamento muito grande em relação aos países industrializados, centralizadores, considerados de primeiro mundo, grandes produtores de informações científicas e os países em desenvolvimento, considerados os consumidores dessa produção dentre os quais o Brasil se insere.

Witter (2005) assinala a necessidade de se mudar essa perspectiva, a partir de um maior incentivo à pesquisa, através de uma política científica mais eficiente, investimentos maiores, produção de melhor qualidade, contando com mais pesquisadores, nas mais diversas áreas do conhecimento.

O pesquisador, ao divulgar seu trabalho, de acordo com Witter (2005), além de contribuir para avançar o conhecimento na área e tornar acessíveis as informações produzidas, submete à crítica suas idéias, métodos e descobertas. Ainda estimula a

reflexão sobre o que divulga, propiciando o nascimento de interesses renovados e a continuidade do processo investigativo.

Refletir sobre o conhecimento em uma determinada área e focar o estado da pesquisa sobre um determinado tema, além de permitir um dimensionamento desta área, pode contribuir para a redefinição de estratégias mais pertinentes à construção do conhecimento, analisar o estado da arte, apontar tendências, propor parâmetros, propiciando aos profissionais interessados uma visão abrangente a respeito dos rumos de desenvolvimento e pesquisa sobre o tema.

Estudos sobre a produção científica de diversas áreas do saber vêm sendo desenvolvidos e são fundamentais para o desenvolvimento da Ciência, pois buscam desvelar os determinantes de tal produção, além de fornecerem um mapeamento fiel e detalhado do estado da arte nos campos do saber investigados.

A partir de tais estudos tem-se a oportunidade de se levantarem informações referentes ao desenvolvimento do conhecimento científico e a questionamentos acerca das políticas de incentivo e fomento à pesquisa científico-tecnológica do país. Percebe-se, por exemplo, o perfil das instituições, o volume e qualidade das pesquisas realizadas, temas e linhas de pesquisa, despesas do Estado, evolução dos cursos, situação dos egressos, etc. Nunes (1997) acrescentou, ainda, que estudos sobre a produção científica retratam contribuições, necessidades, déficits nas diversas áreas do conhecimento, além de possibilitar a redefinição de políticas de pós-graduação.

No Brasil, os cursos de pós-graduação são os responsáveis diretos pela formação de profissionais aptos a realizar pesquisas. Domingos (1999) aponta que é nos cursos de mestrado e doutorado que as habilidades críticas para realizar (e analisar criticamente)

pesquisas compatíveis com as normas consideradas aceitáveis pela comunidade científica da área são aprimorados ou desenvolvidos.

Aos institutos e hospitais universitários cabe a maior responsabilidade pela formação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam no sistema de saúde brasileiro. Também a realização ou participação em pesquisas que auxiliem o país no aprimoramento de sua política de saúde. Assim, a baixa produtividade nos serviços universitários credenciados no Estado, pode afetar não apenas a assistência, mas também a formação de novos profissionais de saúde na área em questão.

Convivemos hoje com atitudes otimistas de enfrentamento à doença, avanços tecnológicos no diagnóstico, existência de tratamentos mais eficazes, aumento de expectativas de vida e da sobrevivência das pacientes, bem como uma preocupação com o bem-estar social e psicológico.

Em oposição, estamos diante de desanimadoras estimativas de novos casos de câncer de mama no Brasil, dificuldades na atenção primária à doença, ineficácia de políticas públicas e um campo vasto para o desenvolvimento de pesquisas científicas, que possam contribuir para a melhoria das condições de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama e mudanças nesse cenário que se apresenta.

Diante desse panorama, serão traçados a seguir, os objetivos desta pesquisa.

1.5 Objetivos

Considerando as discussões que vêm sendo realizadas sobre produção científica, formas de avaliá-la (Domingos, 1999; Franco, 2000; Witter, 2005), sua relevância para o conhecimento, avaliação e desenvolvimento desse novo campo do saber (a Psico-

Oncologia), e a responsabilidade social da ciência psicológica, foram elaborados os objetivos deste estudo.

1.5.1 Objetivos gerais

O presente trabalho consiste em uma revisão da produção científica da Pós-Graduação Brasileira em Psico-Oncologia em Mastologia, a partir de teses e dissertações, com vistas a traçar um panorama da produção científica em Psico-Oncologia na Mastologia, para se verificar o estado da arte dessa nova disciplina, confrontando a experiência vivida, como uma mulher com câncer de mama, com a revisão da literatura.

1.5.2 Objetivos específicos

- Descrever a experiência pessoal em relação ao câncer de mama.
- Identificar e apresentar a modalidade de produção científica; autoria; cronologia; temática; objetivos; método; base e local de coleta de dados; amostra; fundamentação teórica; instrumentos; resultados, considerações finais e/ou conclusões.
- Apresentar a produção científica em uma sequência aproximada dos antecedentes afetivos e comportamentais das pessoas com câncer de mama, do percurso da doença experienciado pela paciente.
- Analisar o caminho percorrido nesse campo do conhecimento.
- Confrontar a experiência vivida com os dados encontrados pelos autores.
- Colaborar para o direcionamento de estudos posteriores.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão da produção da pós-graduação brasileira, dos programas de mestrado e doutorado em Ciências Humanas em Psicologia, referendados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior – Capes, focalizando a temática da Psico-Oncologia, em Mastologia, perfazendo um total de 58 instituições.

O período pesquisado limita-se as publicações encontradas nos anos de 2005 a 2009.

Seguem adiante os esclarecimentos sobre as estratégias de busca, adotadas pela autora, os procedimentos para seleção e apreciação das referências e as dimensões de análise a serem criadas.

Partimos do princípio de que a mulher com câncer de mama é, antes de tudo, um indivíduo. E indivíduo é ímpar, particular e absoluto no seu todo, saúde, doença, sintomas e resposta a tratamentos, na sua visão de mundo. Por isso, a dificuldade de generalização, na contribuição dos fatores de risco a procedimentos e resultados.

Indiferente de causas e motivos que levaram a sua saúde à falência, a mulher com câncer de mama sofre profundas agressões, que começam com o diagnóstico. É o ser feminino vilipendiado por uma doença devastadora, que, na maioria das vezes, leva à mutilação, não importa se total ou parcial. Não importa a dimensão da cirurgia, porque o aniquilamento psico-afetivo é, de toda forma, imensurável, uma vez que atinge “as mulheres no órgão cuja simbologia representa a própria essência da feminilidade” (Menke et al., 2007, p. 175).

Se no início do século XX o câncer era visto como expiação, depuração de um corpo mal habitado por uma alma mergulhada em pecados, a recente culpabilização do

doente, responsabilizado pelo controle inadequado – ou descontrole – de emoções precipitadoras de doenças, carrega consigo o mesmo estigma. Ainda prevalece nos dias atuais a associação do câncer ao sentido de purgatório.

Mas a mulher com câncer de mama é um ser social; vive na sociedade, que ajuda a construir com seus valores, refletindo os dos demais. Nessa simbiose, embora possa se nos parecer vítima de rótulos, essa mulher-paciente está de tal forma inserida no seu meio que não só participa da construção, como reproduz os vícios que geram rotulações.

Nesse sentido, Bragança (2006, p. 73) relata que, apesar de não apresentar em seu estudo qualquer questão, vinculando o estado emocional ao surgimento do câncer, “evidenciou-se que alguns participantes procuram explicações, fazendo associação entre o adoecer e seu estado emocional dos últimos anos (...)”. É inerente ao ser humano buscar justificativas que o leve a compreender e aceitar situações inesperadas e a assimilação desse golpe comumente ocorre por meio de explicações psicológicas, filosóficas e religiosas.

Importante para o nosso estudo é o estado emocional no pós-diagnóstico e não a sua aceção como um dos fatores geradores da doença. Para isso, buscamos respaldo na Psico-Oncologia, em que serão consideradas de modo amplo a postura e a conduta da paciente em todo o processo, que envolve a representação da perda da mama, carregada de significado feminino.

Lima (2003) citado por Oliveira (2009, p. 20) ressalta que a reação ao diagnóstico varia de acordo com cada indivíduo:

[...] a partir do momento em que sofre o impacto da comunicação de seu diagnóstico, cada indivíduo faz uso de seus recursos egóicos para enfrentar tal

situação. Os recursos egóicos são aqueles que permitem ao ego, instância psíquica de acordo com o modelo psicanalítico, adaptar-se a novas situações. Sendo assim, cada indivíduo possui diferentes condições egóicas, o que permite uma grande variabilidade de reações perante a mesma situação.

Apesar de particularizada a reação ao diagnóstico, alguns sentimentos são comuns a essas pacientes, como o medo da cirurgia, mastectomia, e a certeza de morte. “A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo acompanhado de conseqüências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher. Desde o diagnóstico de câncer e a possibilidade de mastectomia são geradas incertezas, medos e ansiedades.” (Viana & Campos, 2009¹) E as sequelas psicológicas decorrentes desse procedimento “podem ser mais graves que a própria deformidade deixada [...]”

Também são objetos de análise o envolvimento e as respostas de familiares da mulher com câncer de mama, obrigados a viver essa nova realidade. “O câncer impõe aos pacientes e suas famílias uma série de obstáculos que outras famílias normalmente não enfrentam, para se adaptar diante das mudanças impostas pela doença, a família sofrerá alterações em seu modo costumeiro de funcionar.” (Oliveira, 2009, p. 44)

A reinserção social dessa paciente, modificada pela mutilação no seu corpo e levada a redimensionar a própria vida, em todos os sentidos, também será analisada neste estudo. Uma realidade que também é nossa e impôs limite ao campo pesquisado neste estudo.

A seguir, serão relatadas as estratégias de busca do material a ser investigado.

¹ *Câncer de mama e mastectomia*: cenário de atuação de enfermeiros

Disponível em:

<www.webartigos.com/.../CANCER-DE-MAMA.../pagina1.html>. Acesso em: 19 maio 2009.

2.1 Estratégias de busca

As teses e dissertações dos programas de mestrado e doutorado das universidades brasileiras foram obtidas por meio de consultas feitas ao portal Capes sobre as universidades credenciadas e que realizam programas de pesquisa em Psicologia. Foram criteriosas as buscas *on-line* pelos programas, excluindo-se aqueles que não contemplam pesquisas em Psico-Oncologia em Mastologia.

Após localização das instituições, priorizaram-se as buscas do serviço de bibliotecas dessas universidades, em segunda opção a busca ocorreu via Programa de Comutação Bibliográfica (Comut), diante da necessidade de se recuperarem algumas referências não disponíveis *on-line*, na íntegra. Em última instância, foram mantidos contatos com o próprio autor, quando a publicação disponível *on-line* não oferecia informações adequadas.

Em 16 de setembro de 2009, a partir das nove horas, iniciou-se o processo de buscas *on-line*, na biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia, da produção científica brasileira, em Psico-Oncologia-Mastologia.

A bibliotecária sugeriu que a busca fosse feita via Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT – considerado um dos maiores e melhores indexadores de produção científica.

A biblioteca do IBICT possui um acervo especializado em biblioteconomia, ciência da informação e áreas correlatas, formado por monografias, publicações seriadas, anais de eventos, relatórios, memória técnica, documentos eletrônicos, multimeios e obras de referência. É referência em projetos voltados ao movimento do acesso livre ao conhecimento, ao lançamento da incubadora do Sistema Eletrônico de Editoração de

Revistas (Seer) e da incubadora de revistas (Inseer), dos Sistemas de Arquivos Digitais (D-Space e DiCi) e do Portal Brasileiro de Repositórios e Periódicos de Acesso Livre (Oasis.br). A Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações utiliza as mais modernas tecnologias do *Open Archives* e integra os sistemas de informação de teses e dissertações nas instituições de ensino e pesquisa brasileiras. Outro produto é o número internacional normalizado para publicações seriadas (ISSN), operacionalizado por uma rede internacional com sede em Paris. No Brasil, o IBICT atua como centro nacional dessa rede.

Por meio do site <http://www.ibict.br/>, foram acessados *produtos e serviços* para entrar em *Biblioteca Digital de Teses e Dissertações*, indo a *serviços* para se efetuar uma busca simples. E para atender aos objetivos do referido estudo, optou-se, preliminarmente, pela utilização dos unitermos *câncer mama psicologia*. Foram identificados 23 trabalhos, selecionados e arquivados, alguns com disponibilidade integral, outros apenas com resumo, vários deles de áreas alheias à Psicologia.

Para se garantir um aprofundamento das buscas, a pesquisa passou a ser feita no portal de pesquisa da UFU, em *Portal da Pesquisa*, entrando em *Bibliotecas Digitais de Teses e Dissertações*, com acesso irrestrito às bibliotecas das universidades.

O procedimento de busca foi repetido, utilizando-se sempre *câncer mama psicologia*, como unitermos. Foram encontrados 112 trabalhos, de 35 instituições, sendo 46 teses/dissertações na área de concentração Psicologia e disponibilizadas, *on-line*, na íntegra.

Obedecendo ao critério de recorte temporal, de 2005 a 2009, apenas doze trabalhos foram encontrados, com a ressalva de que em um deles, não havia

correspondência entre conteúdo, sumário e título, por isso, foi descartado. A análise da produção científica passa a ser feita a partir dos onze trabalhos selecionados.

2.2 Procedimentos da pesquisa

Capes (Busca *on line*, feita em 07/11/09, a partir das 14h)

Em consulta ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), acessando o *link Cursos recomendados e reconhecidos*, escolhida a opção de busca *por área*, a Psicologia encontra-se na grande área de Ciências Humanas. Nessa grande área está relacionado, recomendado e reconhecido o quantitativo de 399 Programas de Cursos de Pós-Graduação, sendo 186 em mestrado acadêmico, quatro em doutorado, sete em mestrado profissional e 202 em mestrado acadêmico e doutorado.

Constam da relação apresentada os programas e cursos de pós-graduação que obtiveram nota igual ou superior a *três* na avaliação da Capes e atendem ao requisito básico estabelecido pela legislação vigente, incluídos os programas e cursos cujos atos de reconhecimento ou de renovação de reconhecimento já foram oficializados pelo ministro da educação (cursos reconhecidos).

Encontra-se no site a relação de cursos recomendados e reconhecidos, na área da Psicologia, por ordem alfabética, por unidade da federação, com os respectivos conceitos, das modalidades mestrado acadêmico (M), doutorado (D) e mestrado profissional (F).

Por todas as dificuldades inerentes à rotina de uma mulher com câncer de mama, optamos pela pesquisa via Internet, *on-line*, em que elegemos onze teses e dissertações, publicadas no período de 2005 a 2009, na área de Psico-Oncologia.

Dentro dessa delimitação, procedeu-se a uma análise abrangente, começando com o impacto causado pelo diagnóstico, passando pela desestruturação familiar e da própria vida da paciente, até a superação da dor e do sofrimento, físico e emocional. Também foi analisado o enfrentamento da realidade pós-cirurgia e tratamento, além da angústia de conviver com o risco da recidiva, num primeiro momento, e, para sempre, com a certeza de ser uma pessoa com um *gen* causador do câncer.

Consideramos a inclusão do nosso memorial à análise do material pesquisado, quatro teses e sete dissertações, uma oportunidade para enfatizar as dificuldades encontradas pela mulher com câncer de mama, como, por exemplo, demora nos exames diagnósticos e reconstrução da mama, na expectativa de que essas observações sejam assimiladas como sugestões para melhoria desses serviços e procedimentos.

Com base nos estudos realizados por Franco (2000) e no sentido de emprestar maior objetividade a este estudo, os trabalhos são relatados não por data de publicação, mas em uma sequência aproximada dos antecedentes afetivos e comportamentais das mulheres com câncer de mama, bem como do percurso da doença experienciado pela paciente.

Passamos a descrever os procedimentos para seleção e apreciação das referências.

2.3 Procedimentos para seleção e apreciação das referências

Para seleção das teses e dissertações a serem apreciadas foram checados os títulos e os resumos dos respectivos trabalhos, visando à eliminação daqueles que não contemplam a população objeto deste estudo.

A leitura para análises e discussões obedecerá aos seguintes critérios de inclusão:

- 1 Formato: teses e ou dissertações, na íntegra;
- 2 área: Psicologia;
- 3 temática: câncer de mama.

2.4 Dimensões de análise

As publicações serão observadas em duas etapas, sob os seguintes aspectos:

1ª etapa:

- 1- Modalidade de produção científica;
- 2- Área de concentração;
- 3- Autoria;
- 4- Cronologia da produção;
- 5- Tema específico;
- 6- Objetivo (ou objetivos);
- 7- Abordagem metodológica;
- 8- Base de coleta de dados (amostra, local e instrumentos de coleta e análise);
- 9- Principais resultados;
- 10- Considerações finais e/ou Conclusões.

2ª etapa:

A partir dos principais dados obtidos na etapa anterior, considerando-se especialmente a temática, a abordagem metodológica, objetivos, fundamentação teórica, instrumentos e resultados as produções serão agrupadas em uma sequência aproximada dos antecedentes afetivos e comportamentais das mulheres com câncer de

mama, do percurso da doença experienciado pela paciente. Isto com o objetivo de se ter um panorama geral do estado da arte em Psico-Oncologia em Mastologia, que possibilite direcionamento para novas pesquisas e estudos, detectando, inclusive, possíveis lacunas, perspectivas e tendências.

A seguir serão relatados os resultados encontrados e as discussões suscitadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em sua tese “*Vínculos afetivos e respostas ao estresse em pacientes com câncer de mama*” Galante-Nassif (2006) observa a repercussão dos laços afetivos precoces e a resposta ao estresse na saúde bio-psíquica de pacientes com câncer de mama.

Indicadas por médico oncologista, especialista em mastologia, este estudo contou com duas participantes, que não apresentavam comprometimento mental e concordaram com as entrevistas semi-dirigidas. Realizadas em locais escolhidos pelas participantes, uma na casa da paciente e outra no consultório da pesquisadora, as entrevistas, partes constitutivas de estudos de caso, se apresentaram como importantes instrumentos, com vistas aos objetivos desta pesquisa.

Dentre esses objetivos, destacam-se estudar a relação entre laços afetivos desenvolvidos na infância, sua repercussão na vida adulta e a ligação destes com a resiliência da pessoa em momentos de estresse, em pacientes com câncer de mama, rever o modelo de relação com os pais, vividos na infância, reconhecer aspectos deste modelo, resultado de experiências repetitivas desta relação, apreendidas, que influenciam a relação do indivíduo com o mundo, com as pessoas e consigo mesma. (modelo operativo interno – Bowlby, 1969/2002), reconhecendo nas relações atuais os estilos de apego e suas ligações com experiências vividas na infância.

Procuraram-se, ainda, identificar situações estressantes ocorridas antes do diagnóstico do câncer e como os indivíduos enfrentaram estas situações, procurando reconhecer como este enfrentamento pode ser visto em termos de suscetibilidade ou resistência à doença e, também, revelar a importância da abordagem, que implicaria uma integração entre corpo e mente, entre áreas de conhecimento, como a medicina e a

psicologia ou a psicossomática, estendendo o conhecimento adquirido as suas áreas de investigação, com a finalidade preventiva e educacional.

Ao final do estudo Galante-Nassif (2006) concluiu que:

Foi encontrado um modelo de relação de apego, vivido na infância com seus pais e pessoas mais próximas, como pertencendo à classificação desorganizada / desorientada, modelo este também presente em suas relações de apego adulto.

Relacionamentos atuais: Paciente A- repetição dos relacionamentos vividos na infância. Paciente B- repetição de fantasias de relacionamentos idealizados na infância; Estresse anterior ao diagnóstico: Em A, relacionamentos afetivos intensa e prolongadamente conflituosos; em B, presença de situações estressantes, que não relaciona à doença, como a morte do pai, do marido e jornada excessiva de trabalho; Resiliência: em A, situações de desespero, perda de controle e ausência de proteção; em B, negação do sofrimento com sobrecarga de trabalho.

Ambas apresentaram comportamentos de risco: A, por meio da prática de esportes radicais e B, adotando comportamentos inadequados após a cirurgia, implicando seqüelas físicas e dor contínua.

As participantes apresentaram condições compatíveis com o estilo de apego inseguro desorganizado-desorientado, devido a situações amedrontadoras, além de inseguras, relacionadas a suas figuras de apego primárias e este padrão se repetiu em seus laços afetivos na vida adulta.

Dificuldades em estabelecer e manter relações afetivas responsivas e estáveis mesmo na situação estressante da presença do câncer, dificultando recursos de enfrentamento (estes frequentemente irrealis ou idealizados).

As pessoas em geral desenvolvem suas próprias atribuições aos sintomas e à doença que estão associadas com comportamentos e crenças específicas.

Cada história de apego é única, e cada ordem dos processos relacionados ao apego é tecida através de contextos e memórias e relacionamentos que diferem importantemente de pessoa a pessoa.

A severidade e evolução do câncer podem depender de respostas emocionais. Suas dificuldades em estabelecer e manter relações afetivas responsivas e estáveis estiveram presentes mesmo na situação estressante, como quando da presença do câncer, dificultando recursos de enfrentamento, estes também, frequentemente irrealis ou idealizados. A observação destes aspectos mostra a importância de constatar e tentar reverter o processo que levaria ao comportamento desorganizado-desorientado.

Aponta a necessidade de verificar se este estilo de apego se apresentaria em maior proporção em pacientes portadores de uma patologia maligna, em relação às patologias benignas e a grupos controle, assim como se tal padrão de apego teria alguma correlação específica com o câncer de mama, posto que o número de participantes foi pequeno, devido ao enfoque qualitativo”.

Além dessas considerações apontadas pela autora (Galante-Nassif, 2006), também deveriam ser observadas as limitações deste estudo em função da origem de indicação das participantes.

Diferentemente de Galante-Nassif (2006), os resultados do estudo de Cardenal et al. (2008) revelaram mais eventos vitais estressantes não na infância e sim nos últimos dois anos anteriores ao adoecimento demonstrado em seu estudo com o grupo de mulheres com câncer de mama, apontando diferenças estatisticamente significantes no grau de sofrimento atual. As mulheres deste grupo também apresentaram no momento da avaliação, maiores escores de raiva, resignação e neuroticismo.

Já, Ando et al. (2009) verificaram que o sofrimento psicológico vivenciado no período anterior ao diagnóstico de câncer de mama, foi maior nos pacientes que obtiveram alto traço de ansiedade, ou supressão da mesma e muitos eventos de estresse além de sintomas subjetivos. Em particular, o traço de ansiedade teve um

grande impacto sobre o sofrimento psicológico, destacando a necessidade e a importância da assistência psicológica adequada.

Numa outra pesquisa, Aro et al. (2005) encontraram que a incidência de câncer de mama foi de 1,15 vezes a média do grupo etário 50-59 (N = 10.892 mulheres finlandesas), não mostrando nenhuma evidência de depressão, ansiedade-traço, ceticismo, desconfiança, ou tipo de enfrentamento como sendo preditores significativos da incidência de câncer de mama. Neste estudo prospectivo - coorte com *follow-up* de seis a nove anos, fatores psicológicos, como depressão, traço de ansiedade, ceticismo e desconfiança, ou tipo de enfrentamento não aumentaram o risco de câncer de mama, contraditoriamente a pressuposição de Galante-Nassif (2006) e Cardenal et al. (2008).

Galante-Nassif (2006) afirmou que “a maior importância de trabalho reside em ressaltar que os laços afetivos que ocorrem no início da vida da pessoa têm uma influência relevante não só nos estilos de apego que apresentará em relacionamentos futuros pessoais e sociais, mas que também podem interferir em seu desenvolvimento biológico, sobretudo no tocante às respostas ao estresse, com maior vulnerabilidade à doença”.

No mesmo sentido Fileti (2007) observou “presença de auto-regras rígidas reforçadas socialmente; comportamentos mantidos por reforçamento negativo; falta de repertório para identificação de comportamentos encobertos; falta de repertório para identificação de conseqüências aversivas desses comportamentos, baixo repertório de autoconhecimento”.

E conclui:

O modo de reagir à vida e aos eventos aversivos utilizando-se das formas de comportamento mencionadas acima, associados à diminuição da imunocompetência orgânica, poderia contribuir para o desenvolvimento do câncer. Os resultados permitem sugerir que padrões comportamentais possivelmente relacionam-se com o desenvolvimento de doenças como o câncer de mama.

Porém os resultados encontrados por Surtees et al. (2010) contradizem a segunda observação feita por Galante-Nassif (2006) e Fileti (2007), pois identificaram incidente entre uma história de tensão social e risco de câncer de mama sem história prévia de câncer de mama somente em 313 mulheres de um total de 11.467 com a doença. Esses resultados de Surtees et al. podem esclarecer sobre a crença de que a experiência de estresse é uma das causas que contribui para o desenvolvimento do câncer de mama.

Em seu estudo *“Análise do comportamento de eventos históricos em mulheres com câncer de mama”*, Fileti (2007), para compreensão da relação entre o comportamento de mulheres com câncer de mama e o desenvolvimento da doença, analisou as prováveis contingências a que estas pessoas estiveram expostas antes do início da doença.

A autora pesquisou eventos históricos de quatro participantes, com o objetivo de descrever as contingências provavelmente relacionadas ao desenvolvimento do câncer de mama e à história pessoal e familiar de mulheres com câncer de mama, comportamentos provavelmente associados ao desenvolvimento da doença. E, ainda, identificar, pela análise comportamental, quais as variáveis (contingências) antecedentes

e conseqüentes presentes na época do desenvolvimento da doença, comparando as contingências de cada caso estudado.

Por meio de duas entrevistas semi-estruturadas, de aproximadamente uma hora, para cada participante, intercalada com uma entrevista com o médico oncologista, foi identificado o perfil dessas participantes: diagnóstico primário de neoplasia maligna de mama, tempo de diagnóstico variando de quatro a oito anos, sem história da doença na família (mãe e/ou irmã), idade entre 40 e 51 anos, em acompanhamento médico no ambulatório de oncologia de um hospital geral, com tratamento quimioterápico. Todas casadas, três delas tinham dois filhos e, um, a outra.

Quanto à escolaridade, foram constatadas realidades bastante diversificadas, sendo uma com ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, uma com nível médio incompleto e uma com ensino superior e pós-graduação. Também em relação à ocupação profissional desenvolviam atividades bem distintas, uma cozinheira, uma cabeleireira, uma do lar e uma empresária. Todas eram católicas.

A análise da relação entre comportamento e doença de cada participante permitiu focalizar um aspecto na história de vida de cada uma delas:

P1 Relacionamento com as filhas

Pode-se supor que o reforçamento positivo proveniente do relacionamento intenso com as filhas, quando eram pequenas e necessitavam de cuidados, diminuiu assim que elas cresceram e se tornaram independentes. Esse fato, ou seja a ausência de reforçadores, pode ter produzido comportamentos encobertos como sentimentos de perda, solidão e inutilidade, contribuindo para o

enfraquecimento do organismo, somado a uma vulnerabilidade biológica, poderia ter contribuído para o desencadeamento do câncer.

P2 Relacionamento conjugal, maternidade e o trabalho

Cerca de seis anos antes do diagnóstico, a paciente foi exposta a contingências aversivas: um aborto, seguido de gravidez de risco, depressão do marido, instabilidade financeira, trabalhar para sustentar a família. O trabalho, que era prazeroso e um reforçador positivo, passa a ser um reforçador negativo. Segue uma gravidez não desejada. Pode-se supor que a presença desses eventos, somada à não-discriminação da aversividade deles e dos reais reforçadores para ela, produziu um comportamento de “cuidar dos outros”, reforçado socialmente. A não-discriminação dos comportamentos e suas consequências aversivas resultaram em um baixo autoconhecimento, que, somado à vulnerabilidade biológica, poderia ter contribuído para o desencadeamento do câncer.

P3 Relacionamento com os pais e os irmãos, relacionamento conjugal, comportamento de ajudar os outros, a expressão de sentimentos e o trabalho.

A paciente emite comportamento de “cuidar de tudo”, não encontrando tempo para dedicar-se a si mesma e suas necessidades (autocuidado): ajuda a família de origem, o que gera brigas com o marido; se nega ajuda, piora a saúde dos pais. Cuidar dos pais, do marido, dos familiares e ajudar os outros, com trabalho voluntário produzem reforçadores positivos, mesmo que tenham consequências aversivas não identificadas pela participante, que estava sob o controle da auto-regra rígida de que “uma boa pessoa ajuda os outros”. Tudo isso, somado à não-discriminação dos comportamentos e suas consequências aversivas resultaram em um baixo autoconhecimento, que, somado à vulnerabilidade biológica, poderia ter contribuído para o desencadeamento do câncer.

P4 – Maternidade e o trabalho

Após engravidar, a rotina de lidar com o marido e com o trabalho que eram prazerosos, perde-se. Após o nascimento do filho, deixa de cuidar de si mesma e de ter atividades de lazer, passando a dedicar-se integralmente ao filho e ao trabalho, apresentando um alto nível de exigência de desempenho tanto em relação ao trabalho como em relação aos cuidados com o filho, regida pela auto-

regra de que “as pessoas devem dar sempre o seu melhor nas tarefas que desempenham”. A não-discriminação desses eventos aversivos, o baixo autoconhecimento, somado à vulnerabilidade biológica, pode ter contribuído para o aparecimento do câncer.

No capítulo da Discussão, Fileti (2007) descreveu que as quatro participantes demonstraram dificuldades na aprendizagem de um repertório de comportamentos de identificação e expressão de sentimentos, estando sob controle de auto-regras rígidas.

A não aprendizagem de discriminação das conseqüências aversivas de seus comportamentos, públicos e encobertos, a não aprendizagem de buscar reforçadores positivos para seus comportamentos e a presença de auto-regras rígidas cooperaram para um baixo autoconhecimento das participantes.

Nesse estudo, as participantes demonstraram ter pouca discriminação do que ocorreu efetivamente em suas histórias de vida, cabendo à pesquisadora fazer as interpretações e correlações dos eventos com os comportamentos. Verificou-se um padrão comportamental comum, porém deve-se ter cuidado ao generalizar esses resultados para outras pessoas portadoras de câncer de mama, pois, sem a análise completa dos comportamentos, seus antecedentes e conseqüências, além de sua história de aprendizagem, a classificação seria indevida.

Analisados os antecedentes afetivos e comportamentais de mulheres com câncer mama, sequenciando o nosso trabalho, procedemos à análise de vivência e significado – do diagnóstico ao tratamento, acolhimento e enfrentamento – do câncer de mama para mulheres com a doença.

Oliveira (2009), em sua dissertação *A comunicação de uma má notícia: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares*, avalia o impacto que o diagnóstico do câncer de mama provoca na mulher, seus familiares e pessoas do seu círculo íntimo de amizade.

Utilizando-se da técnica de análise de conteúdo e temática para dados coletados em pesquisa de campo, por meio de “entrevistas individuais, semi-estruturadas com dois roteiros, sendo um para cada grupo as quais foram gravadas em MP3 e transcritas literalmente pela pesquisadora e também o preenchimento de um formulário sócio-demográfico”. Também foram utilizadas “perguntas fechadas e abertas com duração de cerca de 20 minutos cada uma”, em um estudo qualitativo.

Oliveira (2009), contou com doze participantes, todas mulheres com câncer de mama, pacientes atendidas pelo Serviço de Mastologia Maligna, oferecido pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e seus familiares, respectivamente, divididos em dois grupos, assim identificados:

As participantes tinham idade entre 27 a 77 anos, sendo 58,33% submetidas à mastectomia total com tempo de diagnóstico variando de dois a 16 meses, com renda média entre dois a três salários mínimos; oito possuíam ensino fundamental incompleto e quatro completo; oito casadas, duas solteiras e duas divorciadas; seis católicas, três evangélicas, uma espírita e duas crentes em Deus; quatro empregadas domésticas, duas do lar, duas desempregadas, uma auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, uma atendente e uma operária aposentada.

O grupo de familiares foi composto por doze participantes, sendo que onze eram mulheres, dessas sete eram filhas, com idades variando entre 18 e 49 anos, sendo seis com ensino médio completo, duas curso técnico, duas ensino superior incompleto, um ensino fundamental incompleto e um ensino fundamental incompleto; sete casados, quatro solteiras e uma viúva; sete católicos, duas evangélicas, duas espíritas e uma crente em Deus; quatro do lar, um auxiliar administrativo, uma depiladora, uma doceira, uma doméstica, um motorista, um operador de telemarketing, um técnico de enfermagem, um desempregado e um estudante.

Os resultados obtidos a partir da análise de conteúdo e temática dos dados coletados referentes às pacientes indicaram cinco grupos temáticos, assim destacados por Oliveira (2009):

Resultados e discussão das participantes com câncer de mama

Os resultados referentes às pacientes permitiram mostrar que as mesmas relataram sentir menor impacto, quando já esperavam receber tal notícia, a postura médica influenciou no modo como a doença foi recebida. Os médicos comunicaram de formas variadas o diagnóstico, procurando associar a doença à cura. A consulta durou em média 35 minutos, embora a maioria das participantes tenha ficado satisfeita com o modo como o médico comunicou o diagnóstico. Algumas mencionaram a existência de médicos indelicados. Algumas das palavras usadas pelas pacientes para informar o diagnóstico a outras pessoas foram semelhantes às palavras médicas, as mulheres tiveram mais dificuldade em contar para pessoas que julgavam que sofreriam mais.

Emergiram cinco grupos temáticos e catorze temas:

1. O início da doença: o encontro de alterações na mama e em busca do diagnóstico - quando indagadas sobre quando souberam que estavam com câncer, onze, das doze participantes, iniciaram seu relato a partir do momento em que encontraram o nódulo, sintoma mais frequente, indicando desse modo que sua história com a doença teve seu início antes da comunicação do diagnóstico médico e na maioria das vezes, buscaram rapidamente os serviços de saúde.
2. Recepção do diagnóstico de câncer de mama: descrição do momento, palavras médicas, o médico: o responsável pela comunicação do diagnóstico e as reações diante da notícia - Quase todas as participantes relataram satisfeitas com o modo pelo qual o seu diagnóstico foi comunicado. Algumas posturas médicas como conversar sobre o tratamento e desmistificar a doença, foram relatadas como positivas durante esse momento, tanto na relação com o médico, quanto na relação da paciente com o próprio diagnóstico. Por meio do relato das

participantes pode-se hipotetizar que alguns médicos tiveram dificuldades ao relatar o diagnóstico de câncer de mama às pacientes. Algumas pacientes já imaginavam que receberiam tal diagnóstico, outras o receberam como uma surpresa, algumas tinham experiências com câncer, outras não. Em virtude dessa gama de fatores constituintes do processo de comunicação do diagnóstico de câncer que essa se torna uma situação tão delicada.

3. Transmissão do diagnóstico de câncer de mama: os caminhos da notícia, linguagem utilizada, reações dos familiares e dificuldades para contar: A comunicação do diagnóstico de uma doença crônica não se esgota na situação da consulta médica. Após receber seu diagnóstico o paciente ainda se deparará com a comunicação do mesmo às pessoas de seu convívio. Sendo a família uma importante fonte de apoio social para as mulheres com câncer. A importância da família é tamanha que teria grande influência sobre o curso da doença. Os familiares acabaram por saber desse diagnóstico tanto pela via médica, das próprias pacientes ou ainda outros familiares. A linguagem utilizada pelas participantes para comunicarem o seu diagnóstico, foi muito diversificada, sendo que em alguns casos assemelhou-se ao modo como os médicos comunicaram o diagnóstico. Os familiares apresentaram uma gama de reações, que foram desde o silêncio ao choro. A maioria das dificuldades das pacientes em contar seu diagnóstico esteve relacionada ao sofrimento e preocupação que as entrevistadas imaginavam que a pessoa que soubesse da notícia teria.

4. Repercussões de ser uma mulher com câncer de mama: sentimentos guardados X compartilhados, alterações no comportamento familiar e busca de informações - Boa parte das participantes relatou maior união familiar; algumas relataram conversar com familiares a respeito de sua doença, enquanto outras optaram pelo silêncio; a busca por informações auxiliou no ajustamento à doença. Foram trazidos também sentimentos e palavras que acompanham a doença, como a quimioterapia, descrita como uma das vivências mais difíceis.

5. Considerações sobre a doença: câncer e algo mais – as participantes demonstraram que o diagnóstico do câncer de mama não se limita ao repasse de informações. As mulheres nomearam sua doença demonstrando sua consciência

a respeito de si. Relataram as dores e os medos de seu tratamento, uma vez que a doença não apenas ameaçou aspectos físicos, psíquicos e sociais das pacientes, mas sim as tocou, de forma muitas vezes dolorosa. A postura das pacientes em ter que confortar a família merece destaque. Fica ressaltada a importância de incluir os familiares nos atendimentos de pacientes com câncer e que não é só a família quem apóia o paciente, mas esse também é fonte de apoio e de informação.

Da mesma forma, foi analisado o grupo de familiares, cujos resultados são apresentados a seguir:

Resultado e discussão da fala dos familiares

Os resultados obtidos com a análise do relato de familiares permitiram a observação de que quando os familiares já esperavam o resultado, esse foi sentido com menor impacto. Os familiares souberam do diagnóstico tanto pelas pacientes de câncer de mama, quanto por médicos, não apresentando diferenças em relação a satisfação com esse momento, assim a recepção do diagnóstico correu tanto nas casas das pacientes e familiares, quanto consultórios médicos. Os sentimentos ao receber o diagnóstico foram relacionados a tristeza, surpresa e perda. Alguns familiares que participaram da pesquisa procuraram disfarçar suas reações na frente das pacientes a fim de poupá-las. O interesse pela doença esteve centrado nos aspectos relacionados aos tratamentos e cura.

O resultado das entrevistas com os familiares apontaram quatro grupos temáticos e doze temas:

1. A história da chegada do câncer de mama na família: o contato com sintomas da doença e os caminhos para o diagnóstico - Juntamente com os sintomas (alterações na mama da paciente)os familiares trouxeram relatos a respeito da história desse câncer de mama, esses relatos abrangeram também as consultas médicas, os exames e a confirmação da doença, relacionada muitas vezes ao resultado da biópsia. A maior parte dos familiares acompanhou a história da

doença desde que as pacientes lhes contaram que haviam encontrado algo diferente na mama, comumente um nódulo, chamado na maioria das vezes de caroço.

2. Conhecendo a doença: a recepção do diagnóstico, reações e sentimentos, nomes da doença, dúvidas e interrogações e desmistificando o câncer – Os familiares tomaram conhecimento do diagnóstico de câncer de mama tanto pelos médicos, quanto pelas próprias pacientes. Muitos relataram que já esperavam pelo diagnóstico, e estes relataram menor impacto, para outros foi uma surpresa. O diagnóstico repercutiu de maneiras diversas nos membros familiares, predominando, os sentimentos de perda, surpresa, tristeza e pesar pela doença. Estes procuraram desmistificar o câncer, para assim manter a esperança no enfrentamento da doença. Poucos familiares relataram buscas por informações relacionadas à doença que centraram na cura e aspectos do tratamento. Quando questionados sobre o nome do problema de saúde das pacientes que acompanhavam, 83,33% dos participantes nomearam corretamente a doença, dentre esses, metade limitou-se a dizer câncer e a outra metade, câncer de mama. Observou-se um movimento de desmistificação da doença, tanto em relação ao silêncio e segredo a respeito da doença, quanto à associação da doença a inexistência de cura. Os familiares buscaram construir um novo saber para o diagnóstico de câncer, um saber que atrelou a doença a cura e tratamento, elementos esses que poderiam ser entendidos como fornecedores de esperança e sobrevivência dos pacientes, descaracterizando assim o câncer como uma doença mortal.

3. Compartilhando o diagnóstico: diferentes formas de se comunicar o diagnóstico de câncer, reações e sentimentos dos receptores da notícia – Os familiares entrevistados também tiveram que comunicar o diagnóstico de câncer para outras pessoas, de modo geral o fizeram simplificando a doença e a associando a cura e existência de tratamento. As reações variaram do silêncio ao choro, e estiveram associadas principalmente a questões de gênero, idade e parentesco do familiar e paciente, sendo que os estímulos e apoio foram descritos como positivos para o enfrentamento da doença. Os familiares

buscaram maneiras de diminuir a magnitude da doença ao transmitirem o diagnóstico, simplificando e desmistificando a doença, procurando a manutenção da normalidade e naturalidade. Embora uma desmistificação da doença tenha sido observada, a dificuldade de se contar o diagnóstico também esteve presente.

4. Conversas sobre o câncer: compartilhando os sentimentos, escondendo sentimentos e diálogos sobre o câncer - De um modo geral os participantes procuraram conversar sobre a doença com outras pessoas que não fossem as pacientes com câncer, no intuito de poupá-las, alguns sentimentos relacionados a doença também foram escondidos. Informações a acerca da doença estiveram concentradas nos cuidadores que acompanharam o doente em todos os procedimentos médicos, ilustrando a concentração de cuidado em um membro familiar. Os familiares que menos sabiam sobre a doença foram o que moravam em outras cidades. Os participantes buscaram em pessoas mais íntimas um espaço para conversar, em relação ao suporte social, este pareceu vir tanto de familiares, quanto de amigos. Os sentimentos das participantes seriam ocultados a fim de impedir que os mesmos interferissem negativamente nas pacientes, uma vez que, de acordo com as participantes, essas, estariam já passando por um grande sofrimento, necessitando poupá-las. Nas famílias estudadas, o diagnóstico não foi segredo para nenhum membro da família.

Para Gimenes e Queiroz (2000), a primeira preocupação para a maioria das mulheres e seus familiares, logo após o diagnóstico de câncer, seria a questão da sobrevivência, seguida pelo desenvolvimento das habilidades necessárias para enfrentar os tratamentos e tolerância diante da nova e desgastante rotina. A reintegração social da mulher mastectomizada ocorre, simultaneamente, com o sentimento de perda da feminilidade. “As diferentes etapas do tratamento implicariam diferentes reações dos pacientes e familiares, desse modo, Gimenes e Queiroz (2000) alegaram que a histologia

do tumor, estadiamento clínica e anatômico do momento do diagnóstico, idade, sexo do paciente e natureza do tratamento influenciariam todo o processo.” (Oliveira, 2009).

Nas suas considerações finais, Oliveira (2009) expõe importantes reflexões, que sintetizamos a seguir:

A comunicação de um diagnóstico de câncer de mama faz referência direta à comunicação de uma má notícia e demarca uma série de mudanças no cotidiano do paciente e das pessoas que junto dele convivem.

Processo semelhante se deu com os pacientes e familiares entrevistados que procuraram transmitir a notícia associando-a à cura e seu tratamento. Os familiares em especial realizaram um movimento de construção de um novo conceito da doença, que foi desarticulado da omissão do diagnóstico, ausência de cura e tratamento. Esses comportamentos dos transmissores da notícia podem ser entendidos como estratégias relacionadas ao fornecimento e manutenção da esperança e também uma estratégia de simplificação da doença a fim de manter a estabilidade do sistema familiar, tornando a doença um fenômeno mais fácil de ser enfrentado. No entanto, esse movimento também pode ser entendido de um contexto maior, fruto do discurso médico, evolução da medicina e melhores prognósticos da doença.

A preocupação com o futuro, medo e incerteza estiveram presentes no discurso dos participantes.

A postura médica ocupou um importante lugar na transmissão da notícia. As demonstrações de interesse e disponibilidade para ouvir e acolher, foram importantes durante a comunicação do diagnóstico.

As pacientes e os familiares do presente estudo esboçaram diferentes reações perante os diagnósticos. Tais comportamentos se deram tanto em virtude da real percepção da morte, quanto à possibilidade da ausência de cura, sentimentos negativos, tratamentos desfigurantes, sofrimento e estigma da morte.

Com a análise das entrevistas, pode-se observar que a postura do paciente ao receber e transmitir está interligada e acabaria por influenciar todo o processo de

transmissão da notícia dentro da família. Por isso, fica demarcado que tão importante quanto receber o diagnóstico de câncer de forma adequada, é transmiti-la.

Um movimento observado em boa parte dos familiares ao falarem sobre o diagnóstico e transmiti-lo refere-se à desarticulação do câncer a antigos estigmas da doença, um deles relacionado à ausência de tratamento e cura.

Outra quebra de estigmas antigos relaciona-se ao segredo do diagnóstico. De acordo com os entrevistados, todos os familiares teriam ciência a respeito do diagnóstico de câncer, a única exceção foi um irmão de uma paciente, com o qual a mesma não tinha conseguido comunicar-se.

Assim comunicação de um diagnóstico de câncer constitui-se uma situação que mesmo não escolhida e indesejada, apresenta seus espaços de escolhas. Um momento delicado e especial, no qual as escolhas e não escolhas demarcarão o início de grandes mudanças e do nascimento de um novo jeito de ser e viver do paciente e daqueles que o acompanham.

Sobre a comunicação do diagnóstico de câncer, Fujimori e Uchitomi (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura especializada e encontram 24 estudos. Os resultados sugerem quatro aspectos importantes para aqueles que recebem a notícia: a definição da doença, o modo como é comunicada, o quanto é fornecido de informação e os aspectos relacionados ao apoio emocional. Neste estudo, pacientes mais jovens, do sexo feminino e com maior nível de escolaridade, manifestaram maior curiosidade e interesse por maiores esclarecimentos, diante do fato real e da possibilidade de requerer apoio psicológico e/ou psiquiátrico. Fatores culturais apresentaram-se relevantes na forma de receber e lidar com a má notícia, por exemplo, os asiáticos interessam-se em receber o diagnóstico de modo presencial, diferentes de grande parte dos ocidentais.

Os resultados de Oliveira (2009) reafirmam os das pesquisas apontadas, em que a comunicação de um diagnóstico de câncer constitui-se uma situação que, mesmo não escolhida e indesejada, apresenta os seus espaços de escolha. É um momento delicado e especial, em que escolhas e não escolhas demarcarão o início de grandes mudanças e do nascimento de um novo jeito de ser e viver da paciente e daqueles que a acompanham.

Entendemos que essa preocupação em acolher o paciente também pode se mostrar como uma preocupação com aquele que dá a notícia e, por vezes, se vê desconfortável diante dela, conforme relata Adler et al. (2009), que investigaram a experiência e o desejo de radiologistas e outros profissionais médicos ao comunicarem más notícias, de exames de imagem de mama. Pode-se perceber que, embora os radiologistas comuniquem com frequência resultados positivos durante exames de imagem, poucos receberam treinamento prévio para revelar notícias. Os níveis de conforto, avaliados por meio de escala de conforto entre 1 (muito incômodo) e 10 (muito confortável), declinaram conforme a severidade da doença.

Os esforços engendrados para a comunicação de uma má notícia, de forma humanizada e acolhedora, têm demonstrado resultados positivos, aspectos estes também revelados pelo trabalho de Oliveira (2009).

Culver et al. (2009) avaliaram a comunicação dos médicos em cuidados primários "sobre o risco de câncer de mama", cujos resultados demonstraram que houve diferenças estatisticamente significantes quanto à forma da comunicação mais consistente dos médicos na transmissão do risco moderado em comparação com os casos de alto risco. Os médicos da atenção primária que participaram da pesquisa podem ser mais despreparados ou inseguros ao abordarem as questões mais complexas

e podem se beneficiar de treinamentos para avaliação e comunicação dos riscos de câncer de mama.

Tema complementar ao disposto por Oliveira (2009) foi analisado de forma pormenorizada e ampliado por Bragança (2006), em sua dissertação *O acolhimento como promoção da saúde entre pacientes com câncer*.

Bragança (2006) teve por objetivo geral “delinear a forma como as pessoas significam o acolhimento que recebem, bem como estudar os processos de produção de sentido relativos a esse acolher e à experiência da doença”. Quanto aos objetivos específicos, foram os seguintes, além de estudar os processos de geração de sentido dos pacientes relacionados com o acolhimento proporcionado pela equipe da instituição, “caracterizar os benefícios e as possíveis limitações dessa estratégia de intervenção, bem como investigar sua influência na experiência do sofrimento para o paciente e no aumento de momentos de bem-estar (se aparecerem) apesar da presença da doença”.

A pesquisa de campo, qualitativa, procedeu à análise dos dados, utilizando abordagens que privilegiam a produção de sentido dos fatos. Para isso, foram selecionados nove participantes, sendo oito mulheres com câncer de mama e um homem portador de câncer de próstata, pacientes “das clínicas de quimioterapia e mama que passaram pela experiência do grupo de acolhimento, desenvolvido na LIGA Norte Riograndense contra o câncer. Em tratamento entre 2005 e 2006”.

Os participantes têm idade entre 40 e 80 anos, sendo dois com ensino médio completo, dois com ensino médio incompleto, dois ensino superior completo, dois ensino fundamental completo e um ensino fundamental incompleto; sete casados, dois não relatam o estado civil; três com dois filhos, três relatam ter filhos adultos, uma com sete filhos, uma com três filhos, um não falou em filhos; uma trabalha em uma academia

de ginástica, uma não relatou trabalho, quatro do lar, um funcionário público aposentado, uma cabeleireira e uma professora.

Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas, abordando a experiência de vivenciar o câncer, o acolhimento e a recuperação com suas ressignificações (ou não), após ter vivenciado o grupo de acolhimento. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Bragança (2006), ao analisar o material coletado descreveu-o como “conversando sobre doenças, acolhimentos e recuperações”, resumidamente, constatou:

A experiência do câncer: impossibilidade de se estabelecer generalizações sobre fenômenos humanos.

Subdividido em sete subtemas:

1. concepções sobre a doença - o sentido atribuído a doença pode variar de uma pessoa para outra, sofrer alterações ao longo do tempo de vida e adoecimento de cada um, dependendo da idade, da história de vida e do próprio processo de adoecimento;
2. impacto do diagnóstico – pareceu ser maior na fase de confirmação do diagnóstico;
3. emoções negativas que acompanham o adoecer – depressão, isolamento, afastamento das atividades cotidianas, etc e em outros momentos da vida;
4. compreensão acerca do tratamento – mais tempo de tratamento, mais familiarizadas com a mesma e menos constrangimento ao abordar o assunto, significações positivas da experiência no decorrer ou após o tratamento, quando em remissão da doença priorizava diversos aspectos na vida;
5. reflexos do tratamento do câncer na vida dos participantes – acarreta restrições de várias ordens: físicas (alopecia – perda da auto-imagem, vômitos, etc) comportamentais e de relações sociais;

6. enfrentamento da doença – individualizada, contando ou não com o apoio dos grupos sociais aos quais participa e da forma como a equipe de saúde passa as informações e as prescrições;

7. dificuldades enfrentadas – procura muito maior que capacidade de absorção do hospital; atende casos particulares e pelo SUS (dificuldades de se conseguir consultas com especialistas e acesso a exames complementares, custo alto dos medicamentos, dificuldade de deslocamento, falta de recursos financeiros para alimentação e repouso, restrições quanto à reconstrução da mama).

O acolhimento: necessidade de uma atenção dialogada que considere as especificidades da pessoa que sofre.

Subdividido em seis subtemas:

1. percepções acerca do grupo – diversificada, embora permaneça o aspecto mais significativo para a pessoa;
2. reflexos do grupo de acolhimento nas experiências das pessoas – esclarece dúvidas;
3. ampliação do acolhimento – por outros atores sociais além da equipe;
4. hospital – além do acolhimento pelas pessoas, o espaço físico bem cuidado com instalações humanizadas, mobiliário confortável, higiene e limpeza são relevantes;
5. família e amigos – os grupos sociais podem tornar a vivência com a doença mais fácil ou mais complicada, acolhendo, apoiando ou excluindo.
6. religião – apoio significativo, independente de frequentarem instituição religiosa.

Ressignificando a vida (a recuperação): a crise pode significar perigo, mas também possibilidades: de resignificar a vida, os valores, os sentimentos e relações, promovendo a recuperação e até mesmo uma melhor qualidade de morte.

Subdividido em quatro subtemas:

1. relacionamentos pessoais – possibilidade de encontrar o sentido da própria vida e ser o mais feliz possível.

2. retomada das ações do dia-a-dia e da vida social – ênfase a ações que dão alegria e prazer.
3. transformações internas/mudanças de atitudes – maior flexibilidade. A vida será diferente, podendo ser mais rica, apoiada em valores mais sólidos.
4. compartilhar a experiência/apoio social – solidariedade com a dor alheia, vontade e disposição de compartilhar a sabedoria adquirida com outras pessoas, talvez desejando que não sofram desnecessariamente.

As considerações finais de Bragança (2006) são sintetizadas a seguir:

O câncer é uma doença muito antiga, mas a forma como é significada pelas pessoas tem sofrido alterações de acordo com o momento histórico-social e a sociedade em que se manifesta.

O processo de humanização vai além de uma melhor qualidade relacional entre os profissionais da saúde e os pacientes, abrange também o desenvolvimento de um sentido de cidadania e participação crítica nos espaços de acolhimento.

Percebeu-se que o acolhimento possui uma dimensão mais ampla, indo além do momento de realização do grupo e também não restrito aos profissionais de saúde propriamente ditos, sendo importante para que se possa tratar cada paciente de modo que seu atendimento lhe traga o maior benefício possível.

Um aspecto essencial deste acolher é a apropriação, pelo paciente, de seu papel ativo em todo o processo.

Foi verificada a importância do apoio de outros atores sociais como familiares, amigos e vizinhos, também como forma de acolhimento, bem como o suporte de uma crença religiosa, citada por todos os entrevistados. Um fator também relevante foi a capacidade de recuperação demonstrada por oito dos nove entrevistados, perceptível por alterações na forma de se relacionar com os outros, por modificações em seus valores, pelos comportamentos ou pela sabedoria adquirida.

Vislumbrou-se a possibilidade de que o acolhimento como promoção da saúde possa ser uma estratégia que venha a fazer parte do cotidiano de mais instituições de atenção ao paciente de câncer, de modo a evitar ou ao menos minimizar sofrimentos.

Bragança (2006) ao considerar o grupo natural de atendimento da instituição com nove pacientes, sendo oito com câncer de mama e um de próstata (talvez poucos homens participam), será que não distorceu os resultados de seu trabalho com a participação de somente um homem? Se quisesse fazer um trabalho mais geral, não teria que incluir na amostra pessoas com diversos diagnósticos?

No mesmo sentido Montgomery (2010) confirma os resultados de Bragança (2006), quando descreve que compreender e influenciar a experiência da incerteza têm sido sugerido como a chave para aliviar o sofrimento psicossocial e influenciar positivamente os comportamentos de futuras avaliações, considerando existir uma lacuna na literatura no que diz respeito às relações de força interior e incerteza. Sugere que o trabalho dos enfermeiros pode ser de inestimável ajuda às mulheres para lidarem com a experiência da incerteza, proporcionando uma comunicação positiva e de apoio. As intervenções da enfermagem devem ser planejadas e testadas por seus efeitos sobre a incerteza vivida pelas mulheres que estejam passando por uma avaliação diagnóstica da mama.

O tempo consumido para que se efetive a assimilação do impacto do diagnóstico logo é dividido com a necessidade de se enfrentar a realidade. Realidade do estar doente, dos limites impostos por essa condição, que exige cuidar-se e, também, ser cuidado.

Para Bragança (2006), “Um aspecto essencial deste acolher é a apropriação, pelo paciente, de seu papel ativo em todo o processo”, afirmação convergente com os achados de Oliveira (2009).

Silva (2006) baseou a sua tese de doutoramento “*O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica*” em uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, pautada na fenomenologia ontológica de Heidegger, a partir de sua obra *Ser e Tempo*, em que nos parece oferecer ao paciente esse lugar “particular de produção de sentido de ser acolhido e cuidado”, referido por Bragança (2006).

As entrevistas realizadas por Silva (2006) foram do tipo aberta e aconteceram, em parte, nos domicílios de seus colaboradores e, em parte, na sede do Grupo de Apoio a Pessoas com Câncer (GAPC), com seis mulheres e dois homens, de idades entre 25 e 52 anos, em diferentes estágios do tratamento, no período de maio/2004 a setembro/2005:

[...] quatro mulheres portadoras de câncer de mama, sendo: uma mastectomizada com metástase óssea; uma mastectomizada, em fase de reconstrução da mama; uma mastectomizada, com recidiva de pulmão após nove anos do diagnóstico do tumor primário; um diagnóstico recente de novos tumores neoplásicos na mama, após radioterapia; uma com mieloma múltiplo, há cinco meses em controle, após transplante autólogo de medula óssea e outra com linfoma de hogdkin, há dois meses em controle e em fisioterapia, como tratamento de sequelas em um dos pulmões.

E dois homens, sendo: um com câncer na garganta, término da radioterapia e há três meses em controle e outro com câncer no testículo, interrupção da quimioterapia; metástase no cérebro e pulmão; recente cirurgia para retirada de tumor no cérebro.

Utilizando-se de entrevistas abertas, a autora procurou “captar o fenômeno da forma como ele se apresenta na própria experiência” de vida do paciente portador de câncer. A análise dessas entrevistas se pautou pelas “prescrições de Giorgi (1978), Martins e Bicudo (1983, 1994), Bicudo (2000) e Valle (1997).”

Dos discursos foram apreendidas 18 unidades de significado com o objetivo de se chegar a categorias ou temas de expressão concreta dos sujeitos, utilizados para “a análise da existencialidade do paciente oncológico, possibilitando uma síntese compreensiva do fenômeno do cuidado, aproximando-me da existência da pessoa com câncer”:

1. O câncer é vivenciado como um ente intramundano que se interpõe ao projeto de vida: a experiência com o câncer é vivida como uma experiência aniquiladora, desestruturadora do projeto levado até então, o já vivido é experienciado como um sonho;
2. Saber-se com câncer é acolher, com angústia, uma possibilidade inesperada de estar no mundo: para continuar sendo no mundo, a que se “acordar do sonho” e tomar providências. O ser-aí continua aberto ao seu projeto que exige ser retomado;
Ser-no-mundo-com-câncer é:
3. existir em estado de carência e de temor, tendo a morte a espreitar: o assumir-se enquanto ser-no-mundo com câncer não isenta o caminho escolhido de dificuldades, pois o projeto existencial foi retomado numa perspectiva não esperada, muito menos desejada;
4. vivenciar, com pesar e nostalgia, um passado feliz: o passado passa a ser vivenciado como a melhor parte da vida e é recordado com nostalgia;
5. buscar uma causa que possa levar a uma compreensão da origem da mudança no trajeto da existência: a partir do passado busca-se possíveis causas para a vivência de ser-no-mundo-com-câncer, tais como: o próprio ser doente pode-se

sentir o causador da doença; causas provenientes de outros entes que não foram devidamente cuidadosos para com a pessoa; podem também ser vivenciada de forma ambígua, como originárias tanto no ser doente como em outros que não lhe corresponderam com o cuidado esperado; como entidades de um destino não arquitetado pelo ser-aí; ou como algo que pode acontecer por si mesmo;

6. resignar-se às dores e mutilações: o câncer é vivenciado como um ente corrosivo, responsável por dores que impedem o mínimo de qualidade de vida por seus portadores; os procedimentos cirúrgicos são experienciados como mutiladores não só do corpo, mas do próprio existir;

7. ser “testado” na decisão de retomada do projeto existencial: ao assumir seu projeto existencial, agora na situação de ser-no-mundo-com-câncer, a que assumir também toda uma sorte de situações não desejadas, porém necessárias;

8. buscar constantemente sentidos para o novo existir: para sair das crises impostas pela nova condição, a pessoa adoecida necessita encontrar um sentido, uma direção para sua vida, motivos pelos quais vale a pena viver;

9. conseguir existir num cotidiano limitado: o novo cotidiano passa a ser vivenciado de forma desgastante, às vezes enfadonha, pois não sobra tempo nem disposição para que outras atividades enriqueçam o viver;

10. ser cuidado/descuidado pela Saúde Pública: ao mesmo tempo que o serviço público lhes proporciona tranquilidade quanto ao tratamento, uma vez que são onerosos, sentem-se descuidados pois nem sempre tiveram o diagnóstico prontamente feito;

11. ser cuidado/descuidado pelos profissionais de saúde: no início do tratamento sentem a necessidade de mais clareza dos profissionais. Com o passar do tempo, esperam uma solicitude orientada pelo diálogo, paciência proximidade, consideração e valorização de seus esforços.

12. ser cuidado/descuidado pelos familiares: a presença efetiva dos familiares é importante contribuição para a segurança e tranqüilidade e auto-estima da pessoa doente. A indiferença é vivenciada como muito dolorida;

13. preocupar-se com a preocupação dos familiares: os doentes preocupam-se com o impacto de sua doença em seus familiares e gostariam de não estar sendo objeto de trabalho e preocupação;
14. vivenciar a palavra como possibilidade de cuidado autêntico: os doentes expressam necessidade de falar e de serem ouvidos expressando-se e recebendo encorajamento, consolo e ânimo;
15. vivenciar o medo de não ser curado: o projeto existencial é vivenciado como se estivesse sempre em suspenso. Manifestações de não serem curados e da doença evoluir por metástase;
16. descobrir-se cuidador de si mesmo: o auto cuidado ultrapassa as prescrições dos profissionais de saúde, pois o paciente descobre atividades que lhe proporcionam prazer, alívio, apoio, resgate da esperança, dignidade, sentimento de autonomia e de utilidade;
17. confiar num ente superior ao humano: recorrem à fé a um ente superior e às orações para se sentirem íntegros e mais fortes;
18. redimensionar experiências e valores: a experiência de existir no mundo com câncer é vivenciada como possibilidades de enriquecimentos e crescimento pessoal, abrindo-se a novos aprendizados, a um contato maior com o mundo interno, antevendo a possibilidade de um futuro mais tranquilo, mais sereno, mais autêntico.

A existencialidade do doente com câncer:

A situação de ser no mundo implica no desafio de tomar a responsabilidade de tornar-se aquilo que ainda não é; significa transcender o fático, o simplesmente dado, para viabilizar-se como projeto próprio, compreendendo-se e interpretando-se, possibilitando a abertura de inúmeros significados ao seu existir. Aceitar a facticidade de ser-no-mundo-com-câncer e a partir daí projetar-se no futuro.

O sentido de cuidado para o ser-aí-com-câncer:

O ser do homem só pode manifestar-se no mundo mediante o cuidado e este se apresenta na existência sob duas formas de ser: a ocupação – refere-se ao cuidado com as coisas do mundo e a pré-ocupação – refere-se ao cuidado com o

ser existente. Apreendeu-se das falas dos participantes os seguintes sentidos de cuidado: “Eu me cuido: a preocupação do doente consigo mesmo” e “Eles me cuidam: a preocupação do outro para com o doente”.

Compreendeu-se que as vivências dos doentes apresentam-se em uma manifestação temporal na qual o presente com a doença é construído por ressignificações do passado e por um permanente questionamento temeroso e angustiado quanto ao futuro. O nexos que emerge dessa tripartição temporal é o Cuidado, que se manifesta como estrutura originária, permitindo ao ser doente projetar sua existencialidade a partir da facticidade da doença. Na existência cotidiana, o cuidado aparece ao doente como preocupação consigo próprio e como preocupação dos outros em relação a ele, e nesta última observa-se o papel relevante dos familiares e dos profissionais de saúde. As manifestações de cuidado ora surgem como solicitude, ora como cuidado deficiente. No primeiro caso, toma-se a experiência com a doença como oportunidade para novos aprendizados e conquista de novos valores; no segundo, a doença é vivenciada como manifestação de deteriorização e perda de autonomia e individualidade.

As considerações finais de Silva (2006) são sintetizadas a seguir:

Pelo cuidado, o ser doente se abre em projetos possíveis, apesar de tudo, e nesse abrir-se encontra os recursos para cuidar de si e continuar a sua existência. O cuidado se apresenta como um modo de ser; por meio dele, o ser do homem se estrutura e se realiza no mundo com os outros.

Finalmente, Silva (2006) concluiu que “o cuidado, enquanto estrutura ontológica originária do ser-no-mundo, pode se constituir em um referencial de ricas possibilidades para se pensarem as ações em saúde nos âmbitos privado e institucionalizado”.

De outra forma, os cuidados tanto do paciente consigo mesmo como dos profissionais para com eles são apresentados pelos resultados do estudo de Amiel et al.

(2009) ao mostrarem que, além de estarem satisfeitos, todos os pacientes entrevistados apreciaram a aprendizagem de como fazer, como usar maquiagens e como valorizar a imagem pessoal. Benefícios psicológicos e sociais de bem-estar foram mencionados. Esse estudo traz pistas importantes sobre a experiência de cuidado com a beleza por pacientes com câncer; o que sugere a relevância da avaliação quantitativa dos efeitos imediatos e em longo prazo sobre a qualidade de vida dos portadores de câncer.

Além da preocupação com a estética imposta pela mutilação, também o aspecto funcional ganha relevo e exige dessa paciente o estabelecimento de novas rotinas. Com o objetivo de realizar uma análise funcional dos comportamentos de mulheres após a cirurgia de mastectomia, descrever os comportamentos em categorias de respostas em relação às mudanças ocorridas no contexto pós mastectomia e explicar os comportamentos sob a perspectiva da Análise do Comportamento, Sampaio (2006) apresentou sua pesquisa baseada em estudo de casos, intitulada *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia, baseada em estudo de casos*.

Por meio de entrevistas semi-estruturadas, o estudo qualitativo foi realizado na sala de atendimento psicológico de uma clínica de ginecologia e mastologia da cidade de Londrina-PR. Também foram distribuídos cadernos para registro das situações vivenciadas durante 15 dias, pelas participantes, cujo perfil está assim delineado:

Quatro mulheres que passaram pela mastectomia, com idades variando de 34 a 49 anos, todas casadas, alfabetizadas, sendo três com escolaridade de nível superior completo e uma magistério; duas trabalhavam como professoras, uma como atendente de telemarketing e uma não trabalhava fora de casa. As participantes não poderiam apresentar história prévia e/ou atual de tratamento

psiquiátrico e foram encaminhadas por um mastologista de uma clínica de ginecologia e mastologia da cidade de Londrina, Paraná.

Sampaio (2006) promove uma análise do comportamento, considerando que todos os comportamentos são multideterminados, resultado de um processo de seleção pelas consequências e análise funcional, identificando a relação de dependência de um evento com outros, sejam ambientais e/ou comportamentais. Assim, apresenta os seguintes resultados para o seu estudo:

Categorias de comportamentos foram identificadas e analisadas em suas funções:

“crenças” – místicas, aquelas relacionadas à existência de um ser supremo, que trará a cura e crenças otimistas, ou seja, a esperança no futuro;

“receber apoio social e familiar” – o apoio social é oferecido por amigos, vizinhos e parentes distantes e o apoio familiar é dado pela família nuclear (marido e filhos) e pela família de origem (pai, mãe e irmãos); “busca de autoconhecimento” – algumas falas das participantes mostram conteúdos que puderam ser englobados em reflexões a respeito da própria vida, incluindo pensamentos a respeito de mudanças comportamentais bem como as mudanças propriamente ditas.

Verificou-se que acreditar em um ser superior que possa trazer a cura são comportamentos que desencadeiam consequências positivas que podem contribuir para o enfrentamento da enfermidade. Os comportamentos otimistas aumentam a probabilidade de ocorrência dos comportamentos de adesão ao tratamento. Nas verbalizações das participantes, observa-se que o apoio social e familiar recebidos é considerado de extrema importância no contexto vivenciado. O contexto ao qual se encontram as mulheres com câncer de mama também proporcionou reflexões a respeito da própria vida, contribuindo com o autoconhecimento.

No seu trabalho de pesquisa Sampaio (2006) identifica a fé como elemento importante na dimensão do bem-estar das mulheres com câncer de mama. A apresentação desse novo construto, também apresentado por Sousa (2005), não só orienta, mas, também, redimensiona a noção de acolhimento e de cuidado, apontada por Silva (2006), assim como a comunicação da má notícia apresentada no trabalho de Oliveira (2009).

Assim, entendemos que o respeito à diversidade religiosa de cada pessoa torna-se elemento importante para o fortalecimento e a manutenção do vínculo entre paciente e equipe de saúde, pois, para Sampaio (2006), acreditar em um ser superior capaz de trazer a cura é comportamento que desencadeia consequências positivas e podem contribuir para o enfrentamento da enfermidade. Os comportamentos otimistas aumentam a probabilidade de ocorrência dos comportamentos de adesão ao tratamento. A autora aponta também o apoio social e familiar como aspectos relevantes na manutenção de condutas positivas, que valorizam a vida após a cirurgia da mastectomia. Esses achados são convergentes àqueles encontrados por Silva (2006); Bragança (2006); Oliveira (2009), Galante-Nassif (2006) e Fileti (2007).

De acordo com Sampaio (2006), o apoio social e familiar recebido é considerado de extrema importância no contexto vivenciado. O contexto em que se encontram as mulheres com câncer de mama também proporcionou reflexões a respeito da própria vida, contribuindo para o autoconhecimento, aspecto este contraditório aos achados de Fileti (2007).

Em suas considerações finais, que sintetizamos a seguir, Sampaio (2006) constata algumas limitações da sua pesquisa na fase de análise dos dados, por ter se baseado

apenas nos relatos das participantes – entrevistas e anotações - não complementados por entrevistas com familiares e por observações direta dos comportamentos. Mesmo avaliando como reduzido o número de entrevistas, alega não ter tido a pretensão de englobar todos os aspectos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas e, muito menos, que as análises feitas fossem ampliadas para essa população de um modo geral:

O câncer, seu tratamento e suas consequências desencadearam reflexões das participantes a respeito de suas próprias vidas. O diagnóstico do câncer de mama, seu tratamento e suas consequências são considerados estímulos antecedentes, que evocam os comportamentos englobados pelas categorias citadas. Esses comportamentos, por sua vez, geram consequências diversificadas como reforços positivo e negativo. Desta maneira, com esse procedimento foi possível conhecer algumas variáveis que atuam no ambiente pós-mastectomia, o que contribui para a elaboração de programas de intervenção analítico-comportamentais que poderiam beneficiar as mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Um número maior de entrevistas talvez não solucionasse esses problemas, pois dificilmente se atinge a totalidade, quando se tratam de indivíduos, em particular com suas histórias ontogenéticas, filogenéticas e culturais. A nosso ver, alguma limitação do alcance de uma pesquisa não estaria somente no número da amostra como se refere Sampaio (2006), mas na forma de escolha da amostra, além do local, que também condicionam os resultados da pesquisa.

Algumas observações de Sampaio (2006) podem ser confirmadas por Lelorain et al. (2010) quanto à importância da prevalência de uma melhor apreciação da vida, de afetividade disposicional positiva e enfrentamento positivo adaptativo, ativo, relacional,

religioso e negação parcial em mulheres livres do câncer de mama, num período de 5 a 15 anos após o diagnóstico. O crescimento pós-traumático é levemente associado com qualidade de vida mental e felicidade.

O cotidiano dessas mulheres após a realização do tratamento motivou a pesquisa de Silva (2005), que, em sua tese “*Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama*”, analisou 16 participantes. Em uma pesquisa quali-quantitativa, com o objetivo de investigar o processo de enfrentamento nas mulheres com câncer de mama no pós-tratamento, a autora utilizou-se de entrevistas, com roteiro estruturado, escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP), e inventário de sintomas de stress para adultos de LIP (ISSL).

Silva (2005) realizou o seu estudo no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (Rema) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. A coleta de dados de onze participantes ocorreu em salas da EERP/USP e com as demais (cinco) em suas casas.

Ao final, a autora obteve os seguintes resultados, subdividido em três partes, de acordo com os instrumentos da coleta de dados, apresentando a discussão:

Entrevista com roteiro estruturado – perfil – descrito na amostra,

Categoria 1: “estressores” em quatro subcategorias:

“físicos” (N=14) – enceram alterações inscritas no corpo/organismo que acarretam limitações e incômodos à vida da participante, tais como: sequelas físicas do câncer e seu tratamento (sete), alteração na imagem corporal e auto-imagem (cinco), diminuição da habilidade física (cinco), linfedema (cinco), situação de recidiva (quatro), desconforto com a prótese (três), nódulos benignos (dois) e cronicidade das limitações (um);

“psicológicos” – englobam pensamentos e sentimentos adversos em relação à possibilidade de ocorrência de acontecimentos negativos, como por exemplo: medo da possibilidade de: recidiva (oito), linfedema (quatro), dos exames periódicos (quatro) e de perder a autonomia/ independência (dois);

“sociais” – dizem respeito aos incômodos provenientes da relação da participante com os ambientes sociais nos quais está inserida, incluindo: morte de pessoas conhecidas por câncer (cinco), afastamento do trabalho (cinco), preocupação com o aparecimento de câncer de mama nas filhas (quatro), negativismo expresso pelos outros (três), preocupação excessiva dos familiares (dois), alteração na vida sexual (dois), dificuldade financeira relacionada ao câncer (dois), afastamento social/estigma (dois) e preocupação em não estar viva para criar os filhos (um);

“estressores concorrentes ao câncer” – reúnem as narrativas acerca de aspectos não relacionados diretamente ao evento câncer, mas que também foram avaliados como potenciais estressores nesse período de suas vidas, tais como: outras patologias (cinco), problemas familiares (dois) e dificuldades financeiras não decorrentes do câncer (dois).

Categoria 2: “enfrentamento” em onze subcategorias:

“postura ativa” (N=14) – engloba estratégias focalizadas no problema: trata-se de pensamentos e ações que objetivaram enfrentar o câncer através da aproximação ao evento estressor: auto-cuidado com o braço (doze), espírito de luta (seis) e busca e aquisição de informações (cinco);

“pensamento positivo” (N=12) - inclui cognições que se focalizam apenas nos aspectos positivos da situação estressora: ver o lado positivo (dez), pensar que o problema já acabou (seis) e foco no avanço da medicina (possibilidade crescente de cura) quatro;

“minimização” (N=4) – função paleativa de selecionar aspectos da realidade, verificando que sua condição não é a pior de todas: pensa que tem pessoas piores que ela/tem mais gente sofrendo (quatro), pensa que poderia ter acontecido coisa pior(um);

“auto-controle” (N=10) – busca pela sensação de domínio da situação: foco no presente– viver cada dia/não sofrer por antecedência (cinco), procurar agir com paciência/calma/tranqüilidade (cinco), manter a *cabeça boa* (quatro);

“evitação” (N=12) – afastamento das emoções e pensamentos negativos para amenizar o impacto produzido pelo estressor: distração /ocupação do tempo ocioso (onze), combate a pensamentos/sentimentos negativos (seis), esforço para esquecer/ não pensar na doença (seis);

“negação” (N=4) – esforço encerrado a fim de que, apesar das evidências contrárias, a realidade do câncer de mama não fizesse parte da vida dessas mulheres: age como se nada houvesse acontecido (dois), procura pensar que não tem o câncer/recidiva (dois);

“resignação” (N=7) – pressupõe uma relação de submissão paciosa à situação do adoecimento: aceitação da própria finitude/mortalidade (cinco), fatalismo (cinco) e desamparo/desesperança (um);

“auto-culpa” (N=5) – existência de culpa voltada para si no contexto do enfrentamento do câncer: culpa por sobrecarregar a família (três), parcela de responsabilidade no aparecimento do câncer(dois);

“busca e aceitação de suporte social” (N=15) – percepção de suporte social buscado e/ou aceito: suporte familiar (dez) (não tem suporte familiar as pacientes de nº 6, 7, 9, 10, 12, 16 página 81 da tese), suporte de amigos/vizinhos (seis), suporte na equipe médica (cinco) e suporte no Rema (cinco);

“pensamentos religiosos” (N=11) – utilização de pensamentos religiosos seja evocando Deus em nome de melhoras, seja utilizando-se da espiritualidade na busca de significado para o adoecimento e/ou auto-conhecimento: fé – Deus tudo pode (força/esperança) (nove), religiosidade (busca de sentido/auto-conhecimento) (dois);

“reavaliação-positiva” – em contato com a adversidade do câncer de mama, as mulheres puderam reavaliar a sua vida positivamente: auto-conhecimento/auto-valorização (cinco), permitir-se aproveitar a vida/ fazer o que gosta/lançar-se a novas experiências (cinco), respeito aos próprios limites/fraquezas (dois).

Categoria 3: “desfecho” em quatro subcategorias:

“avaliação quanto à alteração da imagem corporal” (N=16) – afirma não se incomodar com alteração na imagem corporal (dez), refere persistência do incômodo com a imagem corporal (quatro), afirma ter aprendido a conviver com a perda da mama (dois);

“avaliação quanto ao lugar ocupado pelo câncer na vida” (N=16) – refere não pensar no câncer (seis), presença de pensamentos intrusivos que são combatidos (três), esforça-se para não pensar no câncer (dois), lembra-se do câncer através do contato diário com as sequelas (dois), lembra-se no período dos exames periódicos/presença de intercorrências (dois), domínio do medo da recidiva (um);

“avaliação da vida atual” (N=16) – vida boa/feliz (cinco), vida melhor que antes do câncer (quatro), existência de conflitos/sequelas mas que não impedem de ter uma vida avaliada como boa (quatro), vida igual antes do câncer (nada mudou) (quatro), vida cansativa (um) e vida avaliada ruim/sofrida (um);

“planos/expectativas para o futuro” (N=16) – ocupação/trabalho (cinco), aproveitar a vida (cinco), aquisição de bens materiais (quatro), expectativa de ver os filhos bem (quatro), sem planos/expectativas para si própria (quatro), expectativa de que a vida continue como está (dois).

Escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP):

1. Modos de enfrentamento: correlação linear - correlação positiva entre Fator - F1 (focalizado no problema) X F2 (focalizado na emoção), F1 X F3 (pensamentos fantasiosos) e entre F2 X F3 ($p \leq 0,05$).
2. Modos de enfrentamento: médias e análise de variância – F1 > (F3 = F4 – suporte social) > F2 (pg 103 - o quanto que é prejudicada a vida emocional destas participantes)
3. *Coping* focalizado no problema: dos 18 itens, 9 obtiveram escores acima da faixa média do fator (itens: 45, 15, 17, 42, 10, 16, 19, 1 e 39), 4 na faixa média (24, 40, 3 e 28) e 5 abaixo da faixa média (33, 36, 32, 14 e 30). Verificou-se que as estratégias que envolviam pensamento positivo, espírito de luta, flexibilidade, evitação de sentimentos negativos, aceitação de suporte social e reavaliação positiva foram os referidos como preferencialmente utilizados.

4. Práticas religiosas/pensamento fantasioso: dois (8 e 44) dos sete itens obtiveram escores acima da faixa média, quatro encontram-se dentro da faixa média (27, 6, 26 e 41) e um item abaixo da faixa média do fator (21). A fé mostrou-se mais utilizada do que a evitação e o pensamento fantasioso, que também compõe o fator.

5. Busca de suporte social: dos cinco itens deste fator (4), todos foram pontuados com intensidades próximas, de maneira que se encontram dentro da faixa média do fator (31, 43, 9, 7 e 4).

6. *Coping* focalizado na emoção: dentre os 15 itens avaliados, três deles obtiveram pontuação acima da faixa média do fator (12, 35 e 18), sete obtiveram escores dentro da faixa média (11, 22, 38, 5, 37, 2 e 23) e cinco mostraram intensidade menor do que a faixa média (34, 25, 20, 29 e 13). Dentre os mais utilizados encontraram-se os que abordaram estratégias associadas à postura ativa e à evitação. Pensamentos fantasiosos foram utilizados em menor escala e auto-culpa, culpabilização dos outros, confrontação, desamparo e afastamento social foram intensamente rejeitados.

7. Respostas à pergunta aberta: análise qualitativa: oito responderam e oito nada tinham a complementar. As respostas foram diversificadas e contemplavam todas as dimensões de suas vidas. O conjunto das estratégias de enfrentamento aponta para preocupações referentes ao bem estar físico/orgânico, psicológico, social e religioso.

Inventário de sintomas de stress para adultos de LIP (ISSL):

Das 16 participantes, 14 apresentaram indicadores sintomatológicos de estresse, no entanto, apenas seis referiram sintomas para caracterizar quadro de estresse. Esse número representa um significativo percentual de mulheres que, mesmo no período pós-tratamento do câncer de mama, permanece em sofrimento.

Presença de estressores físicos, psicológicos e sociais, como alterações na imagem corporal, limitações dos movimentos, linfedema, medo da recaída, preocupação em relação à família e desejos de retornar à ocupação profissional.

Optamos por apresentar as categorias e as *unidades de significado* em ordem decrescente de frequência dentro da subcategoria, já que Silva (2005) não se utilizou desse modelo.

As considerações finais de Silva (2005) apresentam importantes reflexões, que sintetizamos a seguir:

O conjunto de modos de enfrentamentos utilizados para lidar com a ampla gama de estressores relacionados ao câncer, incluiu número variado de respostas: estratégias de evitação aos pensamentos/sentimentos negativos, através do preenchimento do tempo ocioso; pensamentos positivos e religiosos para manter o auto-controle; o foco no presente em detrimento da preocupação antecipada com o futuro, também foi verbalizado como estratégia para lidar com o medo de recaídas; coexistência com estratégias focalizadas na resolução do problema, como planejamento de postura ativa, busca por informações e auto-cuidado. O adoecimento foi verbalizado como oportunidade para mudanças positivas na vida, reavaliação de valores e condutas.

Estratégias como aceitação da própria finitude, fatalismo, autculpa, desamparo desesperança apesar de que em menores intensidades, também foram encontradas.

A maioria das mulheres avaliou suas vidas como boas, focando suas respostas nos aspectos positivos. Quanto aos resultados do ISSL apontaram que 37,5% de mulheres preencheram critérios para quadro de estresse. O conhecimento reunido neste trabalho vem reforçar a importância da atuação dos serviços de reabilitação psicossocial oferecidos pelas equipes multiprofissionais contribuindo para uma atuação integrada e voltada para as necessidades da paciente no momento específico em que se encontra.

Parece ser um equívoco quando Silva (2005) refere-se ao *período pós-tratamento do câncer de mama*, em uma população com tempo de diagnóstico variando entre um e

quatro anos, sendo que das 16 participantes, 12 mulheres (75%) referiram no momento da coleta de dados fazerem uso de hormonioterapia, um tipo de tratamento específico para câncer de mama de acordo com Menke et al. (2007), que pode ser ministrado em média por cinco anos. Ainda assim, há entendimento de que, mesmo quando submetidas à mastectomia parcial ou total, radioterapia e/ou quimioterapia, são consideradas curadas as pacientes depois de dez anos de acompanhamento livre de sintomas da doença, quando os *check-up* anuais apresentam-se como uma etapa importante do tratamento.

Para Rosedale (2010) os cuidados do *follow-up* para sobreviventes de câncer de mama devem promover o diálogo sobre as formas que os sintomas da angústia podem surgir e das situações inesperadas que podem ocorrer. Estudos prospectivos são necessários para examinar o sintoma da angústia em termos das dimensões temporais, situacionais e atributivas e explorar a relação entre os sintomas da angústia e do sofrimento psicológico, após o tratamento do câncer de mama.

Preocupação semelhante norteou a pesquisa de Alegrance (2007), em seu mestrado, resultando na dissertação "*Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de mulheres com e sem linfedema após câncer de mama*". Com 82 participantes, selecionadas no Centro de Atenção Integral à Saúde da mulher – Caism de São Bernardo do Campo, esse estudo utilizou-se de questionários e entrevistas, que, por meio, da observação transversal procurou alcançar os seguintes objetivos propostos, quais sejam:

Identificar fatores psicossociais relevantes na vida de mulheres com e sem linfedema após câncer de mama; identificar as estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas frente ao câncer de mama pelas mulheres com e sem

linfedema; avaliar a qualidade de vida e seus domínios gerais e específicos nas mulheres com e sem linfedema após câncer de mama; identificar correlações das estratégias utilizadas para enfrentar o câncer de mama com a qualidade de vida e seus domínios.

Alegance (2007), ao final de sua pesquisa, chegou aos seguintes resultados:

O linfedema apresentou-se em 39,03% (32) e parece não interferir muito na qualidade de vida das mulheres pós-câncer de mama, sendo a função social a mais prejudicada. Sintomas relacionados à quimioterapia e à mama incomodam as mulheres de ambos os grupos, porém os sintomas relacionados aos braços foram estatisticamente maiores nas portadoras de linfedema. As estratégias mais utilizadas pelas entrevistadas para enfrentar o câncer foram a reavaliação, resolução de problemas, fuga, suporte social e auto-controle. Somente o auto-controle foi estatisticamente maior nas mulheres com linfedema. As estratégias de resolução de problemas, auto-controle e baixo suporte social podem ter colaborado para o desencadeamento do linfedema.

Também destacou a autora a importância do auto-exame, uma vez que “a maioria das mulheres relata que percebeu o tumor pelo auto-exame das mamas”. Quanto ao linfedema, as pacientes relataram que a sua qualidade de vida foi preservada, à exceção da função social, bastante prejudicada, exigindo dessas pacientes maior autocontrole.

Alegance (2007) foi concisa nas suas considerações finais, que sintetizamos a seguir:

Este estudo mostra o quanto o acompanhamento psicológico e fisioterapêutico se fazem importantes no processo de reabilitação do câncer de mama. A

psicoterapia atua auxiliando as mulheres a enfrentarem o tratamento do câncer de mama, melhorando sua função emocional e, conseqüentemente, a social. Já a fisioterapia preconiza a reabilitação da funcionalidade física, que compreende a restauração do sistema músculo esquelético, circulatório, nervoso e cardiopulmonar.

Ressalvas devem ser feitas ao trabalho de Alegrance (2007), que parece contraditória em suas considerações finais quando mostra em seu estudo o quanto o acompanhamento psicológico e fisioterapêutico se fazem importantes no processo de reabilitação do câncer de mama, visto que os seus resultados indicaram que o linfedema apresentado em 32 casos parece interferir pouco na qualidade de vida das mulheres pós câncer de mama, sendo a função social a mais prejudicada. Vez que a pesquisadora não avaliou o efeito da psicoterapia, nem da fisioterapia nas participantes de seu estudo, que acredita ser importante, poderia mencioná-los em suas considerações finais, como sugestão a futuras pesquisas.

Aproximando-se dos resultados de Silva (2005) e Alegrance (2007), Panobianco et al. (2008), afirmam que vários autores relatam que, além de prejuízo das funções físicas, o linfedema conduz ao medo da progressão do problema e conseqüentes modificações na imagem corporal, levando a aspectos negativos nas esferas emocional e psicossocial, como alterações na auto-estima, desajustes psicológicos, sentimentos de depressão, ansiedade, mudanças prejudiciais à intimidade, ao trabalho e às relações sociais (Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis, 2001; Carter, 1997; McWayne & Helney, 2005; Tobin, Lacey, Meyer & Mortimer, 1993).

Na luta pela superação da doença, a mulher com câncer de mama passa a ser acompanhada pela ameaça da recidiva. É uma companhia que desassossega pelo medo

que desperta. E esse medo pode se diluir no tempo, com o tratamento; mas, às vezes, se concretiza, intensificando e prolongando o sofrimento e, também, a luta pela vida.

Peres (2008), em sua tese "*Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica*" contou com 16 participantes, divididas em dois grupos.

Utilizando-se de entrevistas psicológicas e do Teste de Apercepção Temática (TAT), o autor promoveu "análise temática de conteúdo, análises qualitativas, descritivas e exploratórias e, posteriormente, organizados em estudos de caso e interpretados sob a ótica da psicossomática psicanalítica a partir de uma articulação entre as proposições teóricas de Marty e McDougall". Para isso, comparou dois grupos de mulheres, o primeiro, que cumpriu o tratamento e se encontra em remissão; o segundo, que, da mesma forma, cumpriu o tratamento, mas apresenta "recidiva do câncer de mama ou outro tipo de neoplasia maligna."

Para concretizar a sua análise, o autor elegeu "algumas variáveis de personalidade: integração lógica, capacidade adaptativa, funcionamento defensivo, controle dos impulsos, imago das figuras parentais, dinâmica das relações interpessoais e organização afetiva."

São esses os resultados encontrados por Peres (2008) no estudo com 16 participantes, separados em dois grupos:

Grupo 1 – a maioria das participantes apresentou a integração lógica, a capacidade adaptativa e o funcionamento defensivo foram apropriados, mas o controle dos impulsos foi restritivo. As imagos parentais tiveram valência essencialmente positiva e a dinâmica das relações interpessoais variou da dominância à submissão. Conflitos associados à oscilação entre desejos de

passividade e rigidez ou a insustentabilidade de ideais narcísicos se mostraram típicos e o contato com a própria subjetividade pareceu penoso, mas viável.

Grupo 2 – houve uma diferenciação em relação ao grupo 1, porque, na maioria das participantes, a capacidade adaptativa é comprometida por uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa. O funcionamento se sustenta à custa do apego descontextualizado a operações psíquicas que sugerem uma estruturação egóica pouco consistente. O controle dos impulsos é restrito e as imagos parentais têm valência predominantemente negativa. Além disso, um apego excessivo ao factual decorrente do apagamento da dinâmica mental conduz à conformidade social dos afetos, à contenção da atividade imaginativa ou até mesmo à estase libidinal.

As conclusões às quais Peres (2008) chegou em suas considerações finais sintetizamos a seguir:

Este estudo subsidia a compreensão de aspectos dinâmicos e elementos estruturais da personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama em remissão - grupo 1 e em recidiva – grupo 2.

Houve homogeneidade entre os dois grupos quanto aos fatores prognósticos de natureza biológica. Assim, o autor propôs que fatores psicológicos e sociais auxiliaram de modo decisivo na definição do curso da doença entre as participantes deste estudo.

É possível afirmar que o pensamento operatório e a desafetação são as principais características da personalidade das mulheres em situação de recidiva avaliadas.

Pode-se situar o retorno do câncer de mama na trama do trauma ensejado pelos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento do tumor primário, uma vez que tais características promovem a substituição da simbolização pela reação biológica quando da ocorrência de eventos potencialmente desestruturantes.

Há uma compreensão inicial dos mecanismos psicodinâmicos, por meio dos quais a personalidade das pacientes é capaz de influenciar o curso do câncer de mama.

Convergentes não apenas no tema como, também, na metodologia e nas referências de análise encontradas em Peres (2008), Barbieri e Bandeira (2007), no estudo intitulado *Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório*, sob a luz da psicossomática psicanalítica e por meio do uso do TAT e entrevista psicológica, verificaram que os grupos de câncer estudados apresentaram diferenças expressivas somente com relação à estrutura de personalidade e de seus critérios de definição. Nessa pesquisa, as autoras enfatizam que os grupos apresentaram muitas semelhanças nas histórias de vida, nas características de personalidade, na repressão dos afetos, além dos tipos de vivência relacional e de conflitos.

Divergente das colocações de Peres (2008), Barbieri e Bandeira (2007) nos alertam sobre a possibilidade desses elementos estarem mais intimamente relacionados às influências psicológicas no desenvolvimento do câncer do que à natureza das estruturas de personalidade. As análises sinalizaram para diferentes estruturas de personalidade, com o predomínio da organização borderline no grupo câncer de mama e neurótica no câncer do aparelho digestório. Assim, a despeito da estrutura, qualquer indivíduo pode recorrer a uma regressão psicossomática.

Um aspecto inovador, e que sinaliza a atenção com a assistência e a pesquisa, é a orientação e/ou sugestão das autoras sobre a importância fundamental de uma atenção psicoterápica às pacientes, concomitantemente a um atendimento médico que lhes ofereça um espaço seguro, tanto para a *construção* de seu mundo mental quanto para a expressão e aceitação dos afetos negados e reprimidos.

Ainda, como marca de grande contribuição, acolhemos com muito respeito as orientações de Barbieri e Bandeira (2007), no que se refere às bases em que se devem sedimentar a psicoterapia:

É fundamental a característica estável e sólida da relação terapêutica que se mantém a despeito dos afetos negativos que nela podem aparecer, que deverão ser abarcados e compreendidos como parte de sua natureza, sem o risco de desorganizá-la. Esse vínculo deve permitir a regressão e a revivência de etapas primitivas do desenvolvimento das pacientes, fornecendo uma nova figura de identificação passível de fortalecer as capacidades de introjeção e, em consequência, o ego em seu enfrentamento das adversidades da vida.

Outro trabalho com contribuições sobre personalidade e câncer é o de Bleiker, Hendriks, Oteen, Verbeek e Van der Ploeg (2008) em estudo prospectivo, longitudinal, que incluiu um follow-up de 5-13 anos após a avaliação de traços de personalidade em um grupo de mulheres com câncer de mama e um grupo de controle, totalizando nos dois grupos (N = 28.940).

Nesse estudo, os autores afirmam que os traços da personalidade isolados, ou em combinação com fatores de risco médico, ou em combinação com outros fatores de personalidade não foram associados à incidência de câncer de mama. De acordo com Bleiker et al. (2008), várias combinações de traços de personalidade têm sido propostas, como associadas ao desenvolvimento de câncer de mama. Essas características incluem a liberação anormal de raiva, repressão, tendência a controlar a raiva, não assertividade, passividade e controle excessivo das emoções, compromisso exacerbado com as normas sociais, depressão, um estilo repressivo de enfrentamento e um chamado cancer-prone

tipo C de personalidade, caracterizado por: 1) os traços de personalidade do estoicismo, gentileza, perfeccionismo, sociabilidade, convencionalidade e mais rígidos controles defensivos, 2) dificuldades em expressar emoções e 3) uma atitude ou tendência de desamparo ou desesperança.

Foram investigados, ainda, oito desses perfis de risco e não foi encontrada associação de nenhum deles ao desenvolvimento de câncer de mama. Resultados similares foram encontrados para outras combinações de características, tais como a personalidade do tipo C. Em suas considerações finais os autores afirmam que esse estudo pode ajudar oncologistas a tranquilizarem os doentes que acreditam ter a sua personalidade desempenhado qualquer papel no desenvolvimento de seu câncer de mama (Bleiker et al., 2008).

Os resultados do estudo de Pelard et al. (2008) destacaram diferentes aspectos no discurso dos pacientes, ligados à idade, ao tempo, incidindo sobre suas histórias e seus perfis no momento da recaída. Assim como as estratégias de ajustes decorrentes do presente, permitiram uma articulação desses conceitos em torno da noção de controle.

Os resultados de Kaiser (2008) mostraram tanto significados positivos acompanhando a sobrevivência, como a mudança do sentido da sobrevivência para outras mulheres ou a rejeição da mesma. Estes achados ilustraram falhas das concepções culturais norte-americanas sobre o câncer e a necessidade de se pesquisar os significados da doença para os próprios pacientes a partir da experiência vivida.

Os achados de Yang, Brothers e Andersen (2008) trazem implicação direta para que os profissionais da área da saúde ensinem estratégias de enfrentamento a aquelas pacientes com câncer de mama logo após o diagnóstico da recorrência, que experimentam sintomas de estresse traumático e nos sintomas de estresse elevado

sobre a qualidade de vida da saúde mental e desencorajem as estratégias de desengajamento.

A mulher em tratamento de câncer de mama percorre um longo e árduo caminho. São várias fases e em todas elas o fator institucional está presente. Dos exames inespecíficos, para acompanhamento de rotina, até a suspeita e o diagnóstico, passando pelo tratamento hospitalar da doença, acontece uma mudança de lugar, quando a instituição passa a abrigar grande parte da vida, ou sobrevivida, dessa paciente.

Com a preocupação centrada em aspectos de promoção de saúde e prevenção do câncer de mama, para além da pessoa, Guimarães (2006) em sua dissertação *“Atenção precoce do câncer de mama: um olhar sobre o cotidiano institucional de uma unidade de saúde de Natal”* pesquisou onze profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família – PSF na Unidade Mista de Felipe Camarão – UMFC.

Por meio de entrevistas semi-estruturadas, sob a perspectiva da abordagem da etnografia institucional a autora procurou “compreender como a temática da atenção precoce estava sendo articulada, discutida e realizada nas ações cotidianas dos profissionais dessa instituição, voltadas à atenção precoce do câncer de mama na saúde pública.”

Os eixos que nortearam essas entrevistas foram:

(...) questões sócio-demográficas; práticas e ações cotidianas dos profissionais da UMFC em relação à neoplasia mamária; relação entre os discursos oficiais acerca da atenção precoce e a realidade vivenciada no contexto da saúde pública; conhecimento das experiências das usuárias da UMFC, a partir das vivências dos profissionais do PSF desta Unidade; identificação das ações passíveis de serem empreendidas pelos profissionais.

As análises de Guimarães (2006) levam a importantes constatações, observadas nos resultados encontrados, como uma prática divorciada dos discursos dos gestores da saúde pública, que defendem serviços preventivos e entregam uma atenção precarizada, que se esforça por ser curativa.

Com base nesses dados, a autora propõe mudanças simples, necessárias e urgentes para que a atenção do Poder Público à saúde se efetive e alcance, também, a mulher com câncer de mama.

Mapeando os discursos e as práticas dos profissionais de saúde do PSF da UMFC em relação à atenção precoce do câncer de mama:

Foram definidos quatro núcleos principais, com seus respectivos subnúcleos:

Da difícil facilidade: da expressão das políticas aos empecilhos nas práticas cotidianas

1. pouca familiaridade com os discursos oficiais: necessidade de se criar espaços para uma dinâmica permanente de reflexão sobre as práticas, favorecendo mudanças.
2. como é referida, na prática, a política de atenção precoce do câncer de mama: distanciamento entre as preconizações e os discursos “politicamente corretos” pregados pelos órgãos responsáveis pelas ações orientadas ao câncer de mama no Brasil e o cotidiano institucional concreto.
3. ênfase nas campanhas sem garantir a retaguarda dos serviços: insuficiência da oferta de serviços e de uma estrutura de suporte que possibilitem a efetivação destas ações.
4. como a atenção precoce é dificultada pela estruturação do serviço: empecilhos destacados: rede de ações estruturadas nos três níveis de atenção à saúde, mas dificultada pela burocratização na sua dinâmica, resultando em uma verdadeira “via crucis” percorrida pelas usuárias na busca de atenção à sua doença, bem

como pelos profissionais, que geralmente ficam de mãos atadas, destacando ainda: limitados conhecimentos e falta de treinamento; insuficiência de serviços especializados no país; dificuldades de acesso aos exames específicos.

5. o câncer de mama ainda não é uma prioridade nas discussões e práticas dos profissionais.

Da fácil dificuldade: mais empecilhos nas práticas cotidianas: além de todos os empecilhos concretos em relação à atenção precoce do câncer de mama, os profissionais do PSF ainda se deparam com dificuldades e limitações do sistema público de saúde.

1. o cotidiano institucional influenciado pela infra-estrutura precária dos serviços: espaços físicos reduzidos, precariedade de equipamentos e mobiliários, falta de luvas, seringas, curativos, medicamentos, vacinas, formulários. Profissionais ficam aguardando resoluções pelas esferas superiores, não encontrando saídas alternativas e criativas.

2. o excesso de outras demandas: há uma diversidade de ações desempenhadas para atender a um grande número de famílias cobertas por cada equipe, agravadas pela insuficiência de tempo.

3. como as ações de prevenção e promoção da saúde são deixadas de lado: predomínio de práticas curativas em detrimento de uma atuação mais voltada à promoção da saúde;

4. a sensação de descaso por parte dos gestores: pouco apoio e atenção por parte dos gestores à saúde pública como um todo. Falta de recursos.

Caminhos e descaminhos da atenção precoce do câncer de mama: as consequências das “idas e vindas”: a grande maioria dos relatos versou sobre experiências de diagnóstico tardio, muitas delas perpassadas pelas dificuldades de acesso aos serviços voltados ao câncer de mama.

1. os descaminhos que levam ao diagnóstico tardio: lentidão e morosidade do serviço resultando em diagnóstico tardio, com a doença em estádios avançados. Principais questões levantadas: falta de informação, dificuldade de acesso aos exames, morosidade dos serviços e a qualidade dos serviços. Conseqüências:

prognósticos ruins, intervenções terapêuticas mais agressivas, maiores impactos psicossociais, menor sobrevida.

2. os caminhos que levam ao diagnóstico precoce: foi relatado apenas um caso em que houve diagnóstico precoce.

Facilitando processos de ressignificação: possibilidades de transformação. Os profissionais puderam lançar um olhar sobre as suas práticas, suas dificuldades pessoais, as angústias, frustrações e inexistência de um espaço de reflexão sobre as ações e os serviços que estão sendo prestados. Surge a dupla interrogação: o que deveria e o que poderia ser feito em relação à atenção precoce ao câncer de mama, no contexto da saúde pública, ao qual estão inseridos.

1. Serem asseguradas as referências, o acesso aos exames específicos; realização de campanhas e ações educativas, ressaltando a importância do auto-exame, do cuidado sistemático com o preventivo mamário; promoção de rodas de conversas voltadas à temática da atenção precoce; a realização da anamnese clínica e do ECM (Exame clínico da mama) nas atividades de rotina.

2. Reformulação nas propostas de atendimento em prol de um maior direcionamento à atenção precoce do câncer de mama; ações mais amplas de promoção da saúde; aumento do número de mulheres sensibilizadas; reformulação da dinâmica e rotina de atendimento do profissional e da equipe, priorizando ações de atenção precoce ao câncer de mama.

Em suas considerações finais, sintetizadas a seguir, Guimarães (2006) enfatiza a falta de sincronia entre as rotinas dos profissionais e as teóricas políticas públicas de saúde e, ainda, a importância de um atendimento especializado para a mulher, que teria maior segurança com mudanças simples a partir do próprio atendimento clínico.

A atenção precoce ao câncer de mama representa um grande desafio à saúde pública no Brasil. Há um profundo hiato entre as preconizações das políticas públicas e as práticas de rotina dos profissionais.

Observou-se que as ações dos profissionais voltadas à atenção precoce do câncer de mama, são construídas social, institucional e relacionalmente e essa interdependência acaba influenciando suas ações e posicionamentos em relação à temática desta investigação.

Evidencia-se que tanto o sistema de saúde quanto as práticas dos profissionais de saúde da instituição em questão ainda se encontram entrecortadas pelo modelo biomédico (oferta de uma atenção especializada e compartimentalizada).

Uma das possíveis contribuições desse estudo seria a recomendação da incorporação da anamnese clínica nas consultas de rotina, além de gerar discussões e espaços de reflexões entre os profissionais do PSF, possibilitando um (re)pensar de suas práticas e encontrar alternativas possíveis para tentar retificar as distorções, propiciando a melhoria da qualidade dos serviços prestados à usuárias da UMFC e do sistema público de saúde como um todo.

Com relação às práticas de atenção primária nos Estados Unidos, Atlas et al. (2009) estudaram se a ligação médico-paciente interferiria na qualidade da atenção primária. Foram coletados dados de quatro centros comunitários de saúde e nove hospitais filiados a estas práticas. A conclusão mostrou que os pacientes ligados a um médico específico, quando atendidos nas práticas de cuidados primários, recebem cuidados mais consistentes do que os pacientes com menos ligação, estes têm menos probabilidades de receber este tipo de cuidado.

Num outro estudo sobre prestação de cuidados por médicos da atenção primária durante a sobrevivência sob a perspectiva das pacientes com câncer de mama Mao et al. (2009) concluíram que embora a percepção das sobreviventes do câncer de mama pós-menopausa em relação aos cuidados gerais prestados por seus médicos da atenção primária fossem de alta qualidade, elas não estavam tão confiantes com o trabalho destes na prestação de cuidados específicos pós tratamento. Os autores sugerem que as

intervenções devem ser testadas para melhorar a comunicação em oncologia e cuidados primários, assim como o conhecimento específico dos médicos da atenção primária.

Al-Azri et al. (2009) sugerem que os profissionais dos serviços de saúde dos países em desenvolvimento conheçam as diferentes estratégias e/ou tipos de enfrentamento que as mulheres com câncer de mama utilizam para lidarem com a doença, com a finalidade de integrá-las ao tratamento, vez que apresentam um risco aumentado de desenvolverem morbidade física e psicológica após o diagnóstico.

Segundo McGregor e Antoni (2009) futuros estudos de intervenção psicológica também deveriam focalizar as mais recentes descobertas sobre o desenvolvimento do estresse e tumor (por exemplo, processos neuroendócrinos promovendo o crescimento do tumor e da metástase) e acompanhar pacientes mais vulneráveis por períodos mais longos para avaliar os mecanismos biocomportamentais e efeitos duradouros dessas intervenções sobre saúde e qualidade de vida.

No ambiente institucional, que passa a fazer parte da rotina da mulher com câncer de mama, encontramos um espaço onde os mais variados tipos de informação têm livre trânsito, possibilitando conhecer melhor essas pacientes; trata-se da sala de espera, tema estudado por Sousa (2005) em sua dissertação *“Grupo de sala de espera em psico-oncologia na mastologia: estudo das falas das pacientes”*.

A constituição dos grupos de sala de espera, chamados pela autora de GSE, foi aleatória, e permitiu registrar cinco reuniões, num período de 24/03/2000 a 29/09/2000, de que participaram 60 pessoas, 26 pacientes, 15 acompanhantes, nove participantes que não se expressaram verbalmente e dez membros da equipe de psicologia. “Os GSE atendem pacientes com câncer de mama e seus familiares e/ou acompanhantes,

integrantes do Serviço de Mastologia Maligna oferecido pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFU.”

Em seu estudo qualitativo, Sousa (2005) buscou compreender essa modalidade de atendimento e os conteúdos relevantes para a preparação de novas estagiárias do programa, por meio dos registros atribuídos às pacientes durante sua estada nas reuniões dos GSE do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2007).

Ao final, a autora relata os resultados encontrados:

Foram encontradas dez categorias, apresentadas em ordem de frequência decrescente:

1. Diagnóstico e tratamentos para o câncer de mama: permitiu conhecer aspectos referentes às diversas maneiras e possibilidades que elas encontraram para falar de seus tratamentos para o câncer de mama. Em alguns casos, pode se obter informações sobre a etapa do tratamento; benefícios; sentimentos de angústias ou medo da recidiva; demonstrando desejos de não ter mais a doença ou precisar de outros tratamentos; relatos de queixas às reações e/ou consequências negativas aos tratamentos médicos; falaram sobre suas hipóteses, dificuldades e problemas com que se depararam e que podiam ser relacionadas ao fato de se submeterem aos tratamentos para o câncer de mama; relatos sobre recursos da medicina popular, outras dificuldades e problemas que poderiam estar interferindo no tratamento; algumas buscaram informações a respeito dos tratamentos junto à equipe, incluindo a reconstrução da mama.
2. O câncer de mama: alguns sintomas do câncer de mama puderam ser percebidos por elas mesmas e motivou a busca de auxílio médico, outras parecem ter percebido tais sintomas mais tarde. Nem sempre existiam referências diretas ao câncer de mama e sim à maneira como lidavam com o fato de estarem doentes. Reação ao receber o diagnóstico do câncer de mama,

fazendo referências aos sentimentos, angústias e desejos que foram despertados pelo adoecer pelo câncer de mama; relatos sobre as consequências do processo de lutar contra o câncer como possibilidade de mudanças; sobre preconceitos sofrido enquanto pacientes com câncer; esforço para encontrar explicações pessoais para o seu adoecer; inadequação do que outras pessoas falaram a respeito do câncer; episódios de depressão, relatos de “casos” de pessoas com câncer ou de pessoas que morreram por câncer; esperança de ser curada de maneira mágica.

3. Outros recursos para lidar com o câncer de mama e seus tratamentos: o apoio entre participantes dos GSE e a religiosidade – conteúdos relacionados a apoio, aconselhamento, estímulo, alerta, informações oferecidas pelas próprias pacientes sobre sua experiência pessoal. A fé apareceu como mecanismo que as ajudou a lidar com o câncer de mama e lhes ofereceram conforto.

4. saúde x doença: conflito entre aspectos normais da vida, em suas diferentes etapas, associados às características que as pacientes vêem somente como negativos, tais como sexualidade, preocupações com a saúde, outros problemas de saúde anteriores ao diagnóstico, concomitante ao adoecimento ou provocados ou acentuados pelos tratamentos médicos. Cuidados com a saúde, ligados com a alimentação, a prática de atividades físicas e de lazer. Falta de costumes e condutas relacionadas à prevenção.

5. relacionamentos afetivos: relacionamentos da paciente com seus familiares, amigos e/ou acompanhantes e o apoio que recebe destes para enfrentarem o câncer de mama e seus tratamentos. Incluiu também ausência de relacionamentos afetivos.

6. atividades laborais: tarefas domésticas ou outras atividades, as quais não se pode afirmar se eram ou não remuneradas e/ou com algum vínculo empregatício. O afastamento temporário do trabalho, limitação da movimentação do braço ou de atividades cotidianas, que envolvam esforço físico, desenvolvidas antes da cirurgia podem ser interpretadas como mais uma das limitações causadas pelo câncer.

7. As pacientes e sua participação no GSE: em alguns momentos as pacientes falam sobre sua história de vida e trazem dados que as identificam.
8. Representação da Instituição hospitalar: percepções positivas e negativas a respeito da Instituição hospitalar e das condições insuficientes ou falhas do SUS.
9. Representações da equipe de saúde: a visão das pacientes a respeito dos médicos sendo responsáveis pelo sucesso ou fracasso do tratamento, ou como indivíduos que possuem uma ligação mística com Deus e a conduta deles em relação ao tratamento proposto.
10. morte: a morte não se apresenta de maneira única, podendo fazer parte do discurso das pacientes quando relatam a perda de pessoas queridas por falecimento, como consequência da falta de comunicação interpessoal e podendo ser associada à gravidade do estado de saúde.

Nas suas considerações finais, sintetizadas na sequência, Sousa (2005) avalia a importância do convívio nos GSE para mulheres com câncer de mama, em que a troca de experiências e confidências permite-lhes, inclusive, desenvolver novos instrumentos de enfrentamento da doença. Essa convivência pode ser entendida como uma forma de acolhimento, motivada pela identidade de dor, sofrimento, perda, medo e indefinição de horizontes.

Considerações Finais em relação às categorias:

1 e 2: principais preocupações, dificuldades e medos das pacientes, podem ser relacionados a questões relativas aos tratamentos e ao próprio adoecer por câncer de mama, em que as pacientes parecem questionar sobre o que acontecerá com elas.

3: pode indicar que as pacientes encontram em outras mulheres com a mesma doença, apoio e estímulo para enfrentar a doença. A religiosidade além dos tratamentos médicos seria um dos principais recursos para lidar com sua doença, como também ajudá-las na busca de um sentido para este momento em suas vidas.

4: traz novamente a preocupação com a saúde, evidenciando a dúvida que persistentemente as incomoda. Aponta também para temas relacionados à sexualidade, afetividade e sua relação com o adoecimento, o envelhecimento e a finitude; temas relacionados à prevenção.

5: aponta para possíveis relacionamentos de dependência, apoio entre as pacientes e seus familiares e também para o conflito gerado por tais relacionamentos.

6: relaciona as atividades desempenhadas pelas pacientes a suas limitações, a dificuldade em lidar com o câncer de mama e a busca por algo que as faça esquecer o sofrimento e o medo.

7: está ligada a questões existenciais dessas pacientes, numa tentativa de busca de sentidos para suas experiências passadas e assim, a possibilidade de revelar ao grupo quem são e sua importância.

8: revelam o questionamento das pacientes sobre a eficiência do serviço prestado pela instituição hospitalar e pelo sistema de saúde como também os prejuízos que podem causar a demora no mau atendimento.

9: fala da dificuldade em lidar com os médicos e do modo como o relacionamento paciente-médico seria estabelecido, baseado em características negativas e que poderiam estar dificultando a aceitação dos tratamentos e o enfrentamento do câncer de mama, colocando-as em uma posição impotente e de vítimas; os médicos aparecem associados ora a atitudes de sadismo ora a figuras onipotentes, próximas à divindade.

10: é relacionada a angústias diante das perdas vividas, da perda da saúde e da própria vida. A questão da finitude é evitada, pois se estão buscando tratamento este se propõe a curar, fica a impressão de que seria um contra-senso abordar tal assunto e que a morte, assim como o câncer de mama não pode ser falada de maneira direta por estas mulheres, mesmo que estes temas permaneçam presentes de maneira implícita o tempo todo.

Dificuldades: 1. relacionadas à questão da fidedignidade da linguagem que compõem tais registros, ao se combinar o vocabulário utilizado pelas pacientes e

o das estagiárias; 2. faltam informações sobre pacientes e acompanhantes que participaram dos GSE, sendo sugerida outra sistematização dos relatos.

O GSE constitui um importante espaço de escuta, troca de experiências e de atenção a essas mulheres, bem como de preparação para futuros psicólogos.

Quanto a grupos de pequena duração, Naaman et al. (2009) verificaram que foram mais eficazes que as intervenções de longo tempo ou as individuais, sendo que as intervenções mostraram efeitos moderados sobre a melhoria da qualidade de vida. Os resultados desse estudo sugerem que os tratamentos de curta duração com foco no enfrentamento podem ser mais adequados para pacientes com câncer de mama em estadiamento inicial. Pacientes com doença de mama em estágio avançado parecem obter mais benefício das intervenções mais longas, que enfatizam o suporte.

Spiegel et al. (2007) no estudo em que replicaram os próprios achados anteriores de que a terapia de grupo intensiva prolongava o tempo de sobrevida das mulheres com câncer de mama metastático, embora considerassem a possibilidade de que os efeitos psicossociais na sobrevida de pacientes com metástases de câncer de mama sejam relevantes para uma pequena subamostra de mulheres mais refratárias a tratamentos hormonais. Sugerem que futuras pesquisas são necessárias para investigar subgrupos diferentes.

Aukst-Margetić et al. (2009) encontraram a religiosidade moderada associada à percepção de pior saúde física. As participantes que acreditavam que a doença diminuía a sua fé associavam com menos bem-estar, mais dor, saúde física pobre, mais esforço para lutar, mais fadiga e menos satisfação geral, isto é, pior qualidade de vida. No caso contrário, em que a fé as ajudava em sua doença, a religiosidade foi associada a maior suporte social.

Em geral, para Carver et al. (2006), os resultados psicológicos foram previsíveis por meio de variáveis psicossociais, assim como a presença de um parceiro no momento do diagnóstico e etnia. Resultados financeiros, em contraste, foram previstos pelas variáveis médicas, que de outra forma foi pouco preditivo sobre o longo tempo de QV das pacientes que compuseram a amostra. Os autores recomendam que esta divergência entre os aspectos da QV deve receber mais atenção em trabalhos futuros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de analisarmos onze trabalhos científicos, de teses e dissertações, sobre Psico-Oncologia, publicados entre 2005 e 2009 na Rede Mundial de Computadores (Internet), percebemos que, direta ou indiretamente, todos enfocaram o deficitário funcionamento social das mulheres com câncer de mama, dificuldades psicossociais encontradas em seu cotidiano, independente do estadio da doença.

Esclarecer esses aspectos é necessário para a implementação da Psico-Oncologia, porém precisamos focar pesquisas voltadas para a assistência a essas pacientes, conforme sugerido por Sampaio (2006) e Guimarães (2006), explicitado por Sousa (2005), contribuindo para a avaliação do serviço existente, empoderamento dos assistidos e preparação de novos profissionais que venham a colaborar para a melhoria dos serviços.

Galante-Nassif (2006) e Fileti (2007) não apontam diretamente, mas nos alertam para a necessidade de se avançar em políticas de saúde, que privilegiem a pessoa humana. Aqui podemos pensar em incluir, até mesmo, o planejamento familiar e a assistência ao desenvolvimento integral do indivíduo, pois o adoecimento, como uma interface da vida, mobiliza não só aspectos orgânicos mas, também, sociais, produtivos, culturais e afetivos, enfatizando a importância de uma abordagem integrada entre áreas de conhecimento, a exemplo da medicina e da psicologia ou da psicossomática, com finalidades preventiva e educacional.

Guimarães (2006) considera que, mais que política, necessitamos de bom senso e de iniciativas criativas frente aos problemas que estão por vir. Oliveira (2009) aponta que é possível a humanização da assistência, afirmando a sua importância diante do

diagnóstico de câncer. Peres (2008) mostra as dificuldades de simbolização das pessoas com câncer de mama, que se torna mais difícil ao enfrentar a reincidência.

Alegance (2007), Bragança (2006), Fileti (2007), Galante-Nassif (2006), Guimarães (2006), Oliveira (2009), Peres (2008), Sampaio (2006), Silva (2005), Silva (2006) e Sousa (2005) concordam que uma rede de apoio e suporte é imprescindível para a melhoria dessa vivência tão ameaçadora, que é o câncer.

Confrontando a minha vivência de mulher com câncer de mama, relatada em forma de memorial, não tenho elementos para confirmar a tese de que o câncer, necessariamente, apresenta antecedentes afetivos e comportamentais que o justifiquem. Esta é uma forma moderna de culpabilização do doente, segundo alguns estudiosos contemporâneos, com os quais concordo plenamente.

Nesse devir, a culpabilização do doente trata-se, a nosso ver, de uma fuga do profissional, que desconhece o sentido e o significado de seus dados.

Em relação ao diagnóstico, a falta de habilidade dos profissionais de saúde, principalmente médicos, na comunicação da má notícia, não tive melhor sorte. O médico, conhecido, de minhas antigas relações de amizade, não me comunicou o diagnóstico diretamente, talvez por ter se sentido muito desconfortável pela nossa amizade; apenas perguntou-me se queria ir para Uberlândia, Uberaba ou Barretos.

Como tantas outras mulheres com câncer, as consultas periódicas regulares não resultaram em atenção especial, porque fui eu quem detectou o nódulo, casualmente, e insisti na sua investigação. Tal como tantas outras mulheres, talvez apenas a sensibilidade, sem qualquer treinamento, do ginecologista não tenha sido suficiente para perceber em fase inicial o câncer já instalado no meu seio.

O diagnóstico abalou a mim e a minha família, mas não conseguiu prostrar-me, porque sempre acreditei que sobreviveria. E o tratamento foi intenso, a começar pela cirurgia radical da mama e a retirada de 14 linfonodos, seguida por quimioterapia e radioterapia. Foi uma fase difícil e de muito sofrimento, mas continuei meus estudos e meu trabalho.

A mutilação, cirurgia radical de mama, traz consigo profundas alterações; incomodou-me particularmente a possibilidade de conviver com apenas uma mama, por isso insisti na reconstrução no ato da mastectomia. Não fui bem-sucedida, houve rejeição do tecido, mesmo assim, considero imprescindível esse procedimento. Alinho-me àqueles que hoje defendem essa prática; a reconstrução da mama no ato da cirurgia mutiladora promove o bem-estar físico e emocional da mulher com câncer de mama, amenizando-lhe o impacto de tão grave perda, livrando a mulher de submeter-se a uma nova intervenção cirúrgica, geralmente de complexa recuperação, o que pode inibi-la ao processo da reconstrução.

Se importante desde o diagnóstico, a presença de amigos e familiares é imprescindível após a cirurgia, durante o tratamento. Esse momento é o do acolhimento. São horas de aflição, impotência e, muitas vezes, introspecção. É a atenção dos entes queridos que mantém o nosso vínculo com a vida e acesa a chama da possibilidade de futuro. Nessa fase o acompanhamento do profissional de Psicologia, com vivência em Psico-Oncologia, é importante instrumento para redimensionar a realidade do estar doente, com câncer de mama, e elaborar formas de superação.

O tratamento, iniciado com a mastectomia em 2004 e, em 2005, sequenciado pela quimioterapia e radioterapia não me livrou do câncer. Não pude avaliar o período

pós-tratamento, porque continuo em tratamento; surgiram as metástases, primeiro na coluna, fêmur, ilíaco, depois no fígado e, mais recentemente, nos pulmões.

Fui sempre muito bem assistida no Hospital de Câncer de Barretos; sem demora encaminharam minhas consultas, meus exames e tratamentos. Talvez, decorra daí a minha postura diante da doença, um misto de evitação aos pensamentos, preenchimento do tempo ocioso, foco no presente, postura ativa, busca por informações e autocuidado.

É importante ressaltar que a minha formação em Psicologia, e convívio com profissionais da área, pode ter influenciado a minha percepção e condução de todo o processo desencadeado pela doença. Considero que pude lidar melhor com as minhas emoções e, mais importante, descobrir a Psico-Oncologia e o valor inestimável do psicólogo no acompanhamento de pacientes com câncer de mama.

Pela vivência, relativamente longa, dos mais diversos aspectos que envolvem a mulher com câncer de mama, deixo algumas sugestões para futuras pesquisas e ou trabalhos de assistência aos pacientes oncológicos e seus familiares, tais como: profunda reflexão dos profissionais de saúde na comunicação da má notícia e da necessidade de acolhimento do paciente com câncer e seus familiares, a questão das redes sociais e sua importância, a resiliência no enfrentamento da doença, a religiosidade, enquanto fator presente na vida dessas pacientes, a influência da fé, como fonte de energia que transcende as possibilidades da vida material, apresentando respostas que os profissionais de saúde, muitas vezes, não encontram embasamento científico.

5 REFERÊNCIAS

- Abreu, E. & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1), 113-131.
- Áderson, L. C. Jr. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (2), 36-43.
- Adler, D. D., Riba, M. B. & Eggly, S. (2009). Breaking bad news in the breast imaging setting. *Academic Radiology, Abstract*, 16(2), 130-135.
- Al-Azri M., Al-Awisi H. & Al-Moundhri M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, 15(6), 615-622.
- Alegance, F.C. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de mulheres com e sem linfedema após câncer de mama. *Dissertação de Mestrado*, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Almeida, A. M. (1997). Vivendo com a incerteza da doença: a experiência de mulheres com Câncer de mama. *Tese de Doutorado em Enfermagem*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S. & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.
- Amiel P., Dauchy S., Bodin J., Cerf C., Zenasni F., Pezant E., Teller A. M., André F. & DiPalma M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women

- suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer*, 17(7), 839-845.
- Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Wada, M., Yamamoto, K., Todoroki, K., Watanabe, M. & Miyaoka, H. (2009). Psychological characteristics and subjective symptoms as determinants of psychological distress in patients prior to breast cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 17(11), 1361-1370.
- Angerami-Camon, V. A. (2001). O imaginário e o adoecer: um esboço de pequenas grandes dúvidas. In Angerami-Camon, V.A (org.). *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 181-213). 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Angerami-Camon, V. A. (2003). *Psicoterapia e Subjetivação: Uma Análise de Fenomenologia, Emoção e Percepção*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Araújo, S. D. T. (2000). Mortalidade por câncer de mama com idade superior a 50 anos. Estado de São Paulo, 1979-1997. *Dissertação de mestrado*, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo.
- Aro, A. R., De Koning, H. J., Schreck, M., Henriksson, M., Anttila, A. & Pukkala, E. (2005). Cancer: a prospective Psychological risk factors of incidence of breast cohort study in Finland. *Psychology Medicine*, Abstract, 35 (10), 1515-1521.
- Atlas, S. J., Grant, R. W. , Ferris, T. G., Chang, Y. & Barry, M. J. (2009). Patient-physician connectedness and quality of primary care. *Ann Intern Med*, 150 (5), 325-335.
- Aukst -Margetić, B., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., Ljubicić, D. & Samija, M. (2009). Religiosity and quality of life in breast cancer patients. *Collegium Antropologicum*, 33(4), 1265-1271.

- Bandeira, M. F. & Barbieri, V. (2007). Personalidade e formação do câncer de mama e do aparelho digestório: um estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 295-304.
- Barbosa, R. C. M., Ximenes, L.B., & Pinheiro, A. K. B. (2004). A mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, 17(1), 18-24.
- Bergamasco, R. B. & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 277-282.
- Bergmann, A. (2000). Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. *Dissertação de mestrado*, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Bleiker, E. M. A., Hendriks, J. H. C. L., Otten, J. D. M., Verbeek, A. L. M., Van Der Ploeg, H. M. (2008). Personality factors and breast cancer risk: a 13-year follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*, 100 (3), 213-218.
- Bolaséll, A. H. T. et al. (2000). Indicadores de prognóstico em câncer de mama com axila negativa: receptor de estrógeno e expressão de P53 e de s-erb B-2. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22 (7), 449-454.
- Borghesan, D. E. P., et al. (2003). Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta Scientiarum, health sciences*, 25 (1), 103-113.
- Bosi, A. (Org) (1992). *Tempo e História*. São Paulo: Cia das Letras.
- Bosi, E. (1983). *Lembranças de velhos*. São Paulo: Queroz.

- Bragança, A. T. N. M. (2006). O acolhimento como promoção da saúde entre pacientes com câncer. *Dissertação de mestrado*, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Falando sobre o câncer de mama. Rio de Janeiro, RJ: INCA.
- Brasil. Ministério da saúde (2004). Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Consenso do Controle de Câncer de Mama. Rio de Janeiro, RJ: INCA.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Perguntas e respostas sobre a quimioterapia. Disponível em:
<<http://www.Inca.gov.br/cancer/pdf/programasqt.pdf>>. Acesso em: jul. 2006.
- Brenelli, H. B. & Kepkke, E. M. (1998). Reconstrução mamária. In Basegio, D. L. (Org). Câncer de mama: abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nova York. Mc Graw Hill.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Martín Frías, I. & Martínez Lozano, J. (2008). Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. Abstrast. *Span Journal Psychology*, 11(2), 522-530.
- Carter, B. J. (1997). Women's experiences of lymphedema. *Oncology Nursing Forum*, 24(5), 875-881.
- Carvalho, M. M. M. J. (1994). Câncer como ponto de mutação. In Carvalho, M. M. M. J. (coord). *Introdução à Psiconcologia* (pp. 279-285). Campinas. SP: Editorial Psy. II.

- Chiattonne, H. B. C. (2001). Uma vida para o câncer. In Angerami-Camon, V. A. (Org). *O doente, a psicologia e o hospital* (pp.73-109). São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Colasanti, M. (1993). *Rota de Colisão*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Costa, S. (2003). Tratamento cirúrgico do câncer de mama: Quando pensar em reconstrução? Disponível em <<http://www.sogirgs.org.br/boletiminformativo.html>>. Acesso em: jan. 2006.
- Culver, J. O., Bowen, D. J., Reynolds, S. E., Pinsky, L. E., Press, N. & Burke, W. (2009). Breast cancer risk communication: assessment of primary care physicians by standardized patients. *Genetics in Medicine, Abstract*, 11(10), 735-741.
- Domingos, N. A. M. (1999). Produção científica: análise de resumos de dissertações e teses em Psicologia (1992/1996). Tese de Doutorado em Ciências, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo.
- Ferrari, C. L. S. & Herzberg, V. (2007). *Tenho Câncer. E agora? Enfrentando o Câncer sem medos ou fantasias*. São Paulo, SP: Associação Brasileira do Câncer.
- Ferreira, C. B. (2003). Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama. *Dissertação de Mestrado*, Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Fileti, M. (2007). Análise do comportamento de eventos históricos em mulheres com câncer de mama. *Dissertação de Mestrado*, PUC Campinas, São Paulo.
- Franco, E. M. (2000). Desvendando o campo da Psicologia da Saúde: Revisão de artigos selecionados. *Dissertação de Mestrado* em Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.

- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 201-216.
- Furtado, C. M. R. (2003). Câncer de mama, grandes avanços e desafios futuros. Prática Hospitalar. Disponível em:
<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2028/paginas/indice%2028:html>>.
Acesso em: jan. 2006.
- Galante-Nassif, M. R. (2006). Estudo sobre a repercussão dos laços afetivos precoces e a resposta ao estresse na saúde bio-psíquica de pacientes com câncer de mama. *Tese de Doutorado*, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Gandini, R. C. (1995). Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas. *Tese de Doutorado em Psicologia Clínica*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gimenes, M. G. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In Carvalho, M. M. M. J. (coord). *Introdução à Psiconcologia* (pp. 35-56). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Gimenes, M. G. et al. (2002). Um pouco da história da psico-oncologia no Brasil. In Angerami-Camon, V.A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 47-52). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Guimarães, G. G. (2006). Atenção precoce do câncer de mama: um olhar sobre o cotidiano institucional de uma unidade de saúde de Natal. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN.
- Kaiser K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 67(1), 79-87.

- Kamp, C. et al. (2002). Câncer de mama: prevenção secundária. Disponível em <http://www.sbmastologia.com.br/site/conheça/projetodiretriz/projeto_diretriz.asp>. Acesso em: jul. 2005.
- Kligerman, J. (1998). A assistência oncológica no SUS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 44 (4), 235-239.
- Kligerman, J. (2002). Fundamento para uma política nacional de prevenção e combate do câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1), 3-7.
- Kovács, M. J. (1992). Paciente Terminal e a questão da morte. In Kovács, M. J. (coord.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 195-211). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macchetti, A. H. (2007). Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no sistema público de saúde de São Carlos. *Medicina*, Ribeirão Preto, 40 (3), 394-402.
- McGregor, B. A. & Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(2), 159-166.
- Makluf, A. S. D. et al. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (1), 49-58.
- McWayne, J., & Heiney, S. P. (2005) Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema. *Cancer*, 104(3), 457-466.
- Malzyner, A. et al. (2000). A metamorfose de uma angústia: o tratamento do Câncer de mama de Halsted ao BRCA-1. In Gimenes, M. G. G. & Fávero, M. H. *A mulher e o câncer*. São Paulo, SP: Livro Pleno.
- Mao, J. J., Bowman, M. A., Stricker, C. T., DeMichele, A., Jacobs, L., Chan, D. & Armstrong, K. (2009). Delivery of survivorship care by primary care physicians: the perspective of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 27(6), 933-938.

- Menke, C. H. et al. (1998). Diagnóstico clínico do câncer de mama. In Basegio, D. L. (Org). *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Michelazzo, J. C. (1999). *Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: FAPESP: Annablume.
- Montgomery, M. (2010). Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 77-83.
- Naaman S. C., Radwan K., Fergusson D. & Johnson S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*, 72(1), 50-69.
- Nunes, M. J. & Neves, M. (1997). A mulher mastectomizada: que reações? que conseqüências? *Revista Técnica de Enfermagem*, 10 (112), 18-22.
- Oliveira, L. T. P. (2009). A comunicação de uma má notícia: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada*. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais.
- Paz, W.A. et al. (2001). Biópsia de linfonodo sentinela – experiência clínica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 303-308.
- Pedrolo, F. T. et al. (2000). A imagem corporal do laringectomizado: resignação com a condição. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46 (4), 407-415.
- Pelard J., Apostolidis T., Ben Soussan P. & Gonçalves A. (2008). Psychosocial approach of the speech of women in metastatic relapse of a breast cancer: the question of temporality. *Bulletin du Cancer*, 95(9), 859-869.
- Peres, R. S. (2008). Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica. *Tese de Doutorado em Ciências Humanas*. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

- Reis, R. J. et al. (2002). Tratamento do câncer de mama: uma visão histórica. *Revista Brasileira de Mastologia*, 12 (3), 9-22.
- Rosedale, M. (2010). Confronting the unexpected: temporal, situational, and attributive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E28-33.
- Sales, C.A.C.C., Paiva, L., Scandiuzzi, D., & Anjos, A.C.Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: Funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-272.
- Sampaio, A. C. P. (2006). Mulheres com câncer de mama: Análise funcional do comportamento pós-mastectomia. *Dissertação de Mestrado*, PUC Campinas, São Paulo.
- Severino, A. J. (2001). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez.
- Silva, G. (2005). Processo de enfrentamento no período do pós-tratamento do câncer de mama. *Dissertação de mestrado*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Silva, L. C. (2006). O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica. *Tese de Doutorado*, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Soares, M. C. M. (2007). Um grito pela vida: uma reflexão sobre as políticas sociais de saúde e a atenção oncológica no Brasil. *Dissertação de mestrado em política social*, Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro.
- Sousa, A. P. (2005). Grupo de sala de espera em psico-oncologia na mastologia: estudo das falas das pacientes. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada*. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais.

- Souza et al. (2003). A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3 (1), 17-24.
- Souza, A. M. F. (2007). Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária. Mestrado em saúde da criança e da mulher, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Classen, C. C., Fobair, P., Carlson, R. W. & Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138.
- Stephan, N. de C. (2002). A vivência do tempo no paciente oncológico. In Castro, D. S. P. (Org). *Existência e saúde* (pp. 215-219). São Bernardo do Campo, SP: UMEESP.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W., Luben, R. N., Khaw, K. T. & Bingham, S. A. (2010). No evidence that social stress is associated with breast cancer incidence. Abstract. *Breast Cancer Research and Treatment*, 120(1), 169-174.
- Tavares J. S. C., Bomfim L. A. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Caderno Saúde Pública*, 21(2), 426-435.
- Tobin, M. B., Lacey, H. J., Meyer, L. & Mortimer, P. S. (1993). The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. Psychological morbidity of lymphedema. *Cancer*, 72(11), 3248-3252.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50 (1), 55-63.

- Wanderley, K. da S. (1994). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: Carvalho, M. M. M. J. (coord). *Introdução à Psiconcologia* (pp. 95-101). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Witter, G. P. (org.) (2005). *Metaciência e psicologia*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Yamaguchi, N. H. (1994). O câncer na visão da oncologia. In Carvalho, M. M. M. J. (coord). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas, SP: Editorial Psy.
- Yang H. C., Brothers B. M. & Andersen B. L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Annals of Behavioral Medicine*. Apr;35(2), 188-197. Epub 2008 Mar 7.
- Zecchin, R. N. (2004). *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo, SP: Caso do Psicólogo.

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](#)