

MULHERES MASTECTOMIZADAS: A VIDA QUE ANTECEDE O RECOMEÇO

Ana Paula Domingues Picolotto¹

Ana Patrícia A. V. Parizotto²

RESUMO

Ainda que a evolução extraordinária no tratamento tenha trazido grandes benefícios às pessoas acometidas pelo câncer, a vivência desde a descoberta, o tratamento, até possível mastectomia continua sendo uma experiência estressante e de intenso sofrimento psicológico. O presente artigo investigou as experiências afetivas de mulheres mastectomizadas, por meio de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Participaram deste estudo quatro mulheres mastectomizadas, as quais responderam a uma entrevista semiestruturada composta por perguntas fechadas e abertas; as respostas foram transcritas, analisadas e fundamentadas de acordo com a literatura científica existente sobre o tema. Os principais resultados da pesquisa apontam para a presença expressiva de eventos significativos antecedendo a doença, o que vem confirmar a literatura psicossomática, demonstrando, assim, que o bem-estar psicológico pode ter uma influência protetora no organismo.

Palavras-chave: Mastectomia. Neoplasia. Psicossomática.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é provavelmente um dos mais temidos pelas mulheres em razão dos efeitos psicológicos da possível amputação parcial ou total da mama, órgão corporal carregado de sensualidade e de significações ligadas à sexualidade e ao desempenho da maternidade. No contexto mundial, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum e o primeiro entre as mulheres; a doença é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente, alcançando seu pico na faixa etária de 65 a 70 anos.

Infelizmente, aquele que sofre sem alterações orgânicas pode passar despercebido, sendo necessária a externalização por meio de doenças para obter a atenção apropriada ao seu sofrimento. Não sendo esse fato incomum.

A grande maioria das doenças, como o câncer, infarto, insuficiência renal, hepatite, gripe, etc. não tem nenhum traumatismo específico correlacionado, pelo menos conforme os dados que se tem até hoje. Mas é provável que se descubra ainda, com o aprofundamento da investigação, traumas específicos de mais doenças que atualmente se conhece. (VIEIRA, 2010, p. 24).

Muito se é estudado no sentido de desenvolver medicamentos mais eficazes e medidas preventivas, como, por exemplo, o autoexame, que pode ser feito pela própria mulher a qual, ao suspeitar da presença de algum nódulo, deverá procurar imediatamente um especialista para averiguar; esse exame, porém, não substitui o diagnóstico médico nem o exame de mamografia. Entre tantos métodos preventivos e a busca incessante por novos tratamentos, ambos pertinentes, pouco se fala a respeito da identidade dessas mulheres que fazem parte de percentis de estudo referentes ao Câncer de Mama.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; anapaula_picolotto@hotmail.com

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Graduada em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá; Professora na Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; ana.parizotto@unoesc.edu.br

O objetivo geral que orienta este estudo é mostrar um outro modo de avaliar o adoecimento e refletir sobre algumas questões que podem ser pensadas por se encontrarem na essência do processo de adoecimento do ser humano. Volich (2000, p. 21) afirma que “a referência exclusiva à anatomia e à fisiologia ou à genética não é suficiente para compreender o sofrimento das pacientes atingidas pelo câncer de mama.” O câncer de mama não foi escolhido para o referente estudo apenas por ser mais uma forma de adoecimento, mas também pelos altos índices de crescimento que a enfermidade vem assumindo e a forte repercussão que o diagnóstico traz à vida da mulher, o que faz dela um motivo de investimento particularizado.

2 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama representa uma das maiores causas de morte em mulheres, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, sendo relativamente raro antes dos 35 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). A expectativa de vida da mulher com neoplasia maligna da mama conhecido como câncer de mama vem aumentando, e o mérito é dedicado ao avanço da medicina em sua busca constante por um tratamento mais eficaz e menos doloroso. Teoricamente qualquer célula do corpo pode se transformar e originar um tumor maligno, pois possui crescimento autônomo. Segundo o Ministério da Saúde (2000, p. 1), a formação das neoplasias desencadeia-se da seguinte forma:

As células dos diversos órgãos do nosso corpo estão constantemente se reproduzindo, isto é, uma célula adulta divide-se em duas, [...] havendo o crescimento e a renovação das células durante os anos [...] controladamente dentro das necessidades do organismo. Porém, em determinadas ocasiões e por razões ainda desconhecidas, certas células reproduzem-se com uma velocidade maior, desencadeando o aparecimento de massas celulares denominadas neoplasias ou, mais comumente, tumores [...]

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células quando maligno, que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se causando uma possível metástase para outras regiões do corpo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Essas células tendem a possuir um crescimento rápido e desordenado, ocasionando a formação de tumores, ou seja, são o acúmulo de células cancerígenas ou neoplasias malignas. Diferente da neoplasia maligna, o tumor benigno, segundo o Ministério da Saúde (2000), “[...] significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida.” Uma cirurgia para a retirada resolve a grande maioria dos casos.

São várias as modalidades de tratamento do câncer em seus aspectos tumorais, que incluem a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia, sendo esses os métodos mais utilizados. Geralmente, o tratamento do câncer requer a combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas e preserva a estética e o funcionamento dos órgãos comprometidos.

2.1 O TRATAMENTO: MASTECTOMIA

O tratamento do câncer de mama pode envolver intervenções locais ou sistêmicas, utilizadas de forma independente ou concomitante. Segundo Majewski et al. (2012), “A cirurgia e a radioterapia podem ser entendidas como formas de tratamento local e que visam à remoção ou à destruição do tumor em uma determinada área do corpo.” Ainda, os autores acrescentam que “[...] a quimioterapia, a hor-

monioterapia e a terapia biológica são técnicas utilizadas para combater a doença de forma sistêmica, buscando controlar ou destruir o câncer na extensão de todo o organismo.”

A cirurgia é a forma mais antiga de tratamento para câncer e ainda hoje é uma parte importante do tratamento; ela é geralmente combinada a outros tipos de tratamento, visando aumentar as chances de sucesso. Os processos cirúrgicos visam priorizar as demandas oncológicas essenciais para a manutenção da vida e, posteriormente, as questões estéticas objetivando a reparação de danos. De acordo com Majewski et al. (2012):

Há duas classificações: a cirurgia conservadora e a mastectomia. As cirurgias conservadoras retiram apenas parte da glândula mamária que contém o tumor e normalmente não causam prejuízo na sobrevida total, embora aumentem de forma não muito significativa a taxa de recidiva local do tumor. A mastectomia, por sua vez, é um procedimento que visa à retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência e melhorar a expectativa de vida de mulheres pertencentes a populações consideradas de alto risco, sendo quase sempre inevitável em fases adiantadas da doença.

A mulher poderá fazer a reconstrução da mama mediante a colocação de implantes de silicone logo após a retirada da mama, na mesma cirurgia, mas existem casos nos quais esse procedimento é desaconselhado, sendo necessário esperar pela liberação do médico para que a reconstrução mamária possa ser feita.

A reabilitação do paciente com câncer e o seu reajustamento social dependem, em larga medida, da formação de uma equipe multiprofissional que trabalhe de forma integrada e mantenha um relacionamento satisfatório com o paciente e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). O psicólogo exerce um papel fundamental nessa equipe, considerando o atendimento das necessidades emocionais da mulher que vivencia o diagnóstico e as instabilidades do tratamento, pois a mulher mastectomizada enfrenta a difícil realidade de conviver com a amputação da mama; embora o tratamento possa ser determinante para sua sobrevivência, gera muitos temores.

2.2 PSICO-ONCOLOGIA

O câncer trata-se de uma doença crônica de prognóstico nem sempre favorável, responsável por parcela significativa de óbitos e cujo tratamento ainda é invasivo e doloroso para a maioria dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Ao longo dos anos, as pesquisas na área oncológica apresentaram avanços consideráveis tanto na área científica quanto na profissional, inclusive da Psicologia, aprimorando estudos sobre prevenção e tratamento do câncer. A atuação do profissional Psicólogo durante o tratamento é fundamental não somente para o paciente, mas também para os familiares, pois serve para agregar ainda mais a equipe multidisciplinar construtora do processo de tratamento do paciente oncológico. Diante dessa crescente demanda, surge a psico-oncologia, como descrito por Costa Júnior, (2001, p. 87):

A Psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em uma ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

Deve-se observar, entretanto, que por se tratar de uma área relativamente recente, são muitos os fatores psicossociais vinculados a um episódio de câncer, ainda não suficientemente compreendidos por pesquisadores e profissionais da área. Porém, é devidamente propício enfatizar a importância e a influência do trabalho desses profissionais nos resultados positivos dos pacientes. Costa Júnior (2001, p. 90) acrescenta:

O compromisso social da psicologia (e de outras ciências da saúde) inclui a formação de profissionais capacitados para identificar perfis de personalidade e repertórios de comportamento de risco, intervindo no sentido de que o indivíduo atendido possa ter a oportunidade de adquirir e manter comportamentos de saúde, tais como a evitação de situações de vulnerabilidade, a prática de exames periódicos e o desenvolvimento de ambientes favoráveis ao convívio pessoal, familiar, social e profissional.

No caso da psico-oncologia, o atendimento profissional, independente da abordagem teórica do psicólogo, deve ultrapassar os limites da prática clínica, pois é necessário trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre, como na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local, incluindo a participação ativa de diferentes profissionais. O objetivo da assistência passa a ser o ser doente e não a doença em si, sendo capaz de abordar o sujeito em sua dimensão biopsicossocial; sua finalidade passa a ser a garantia da qualidade de vida do paciente, o alívio do sofrimento, o aumento da sobrevida, e não apenas a cura da sua doença em si.

Alguns estudos demonstraram redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após cinco anos (DUARTE; ANDRADE, 2003). Dessa forma, sugere-se que o cuidado psico-oncológico oferecido às pacientes seja mantido mesmo após o término do tratamento clínico.

2.3 PSICOSSOMÁTICA

Na antiguidade o processo de adoecimento era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura procurada em rituais religiosos. Segundo Capitão e Carvalho (2006), o termo foi introduzido por Heinroth, no início do século XIX, pois traduz uma concepção dualista do homem e a influência recíproca de uma parte sobre a outra. Atualmente, o estudo da Psicossomática tem como finalidade integrar a doença à dimensão psicológica, propiciando um melhor entendimento do paciente e uma ação terapêutica mais abrangente e significativa.

A psicossomática busca um entendimento da relação mente-corpo e dos processos de adoecimento. Ela parte da observação de distúrbios físicos nos quais os processos emocionais desempenham um certo papel, ou de situações clínicas nas quais uma perturbação psicológica aumenta o risco de desenvolver ou agravar determinada doença física. Na literatura existente sobre o tema ressalta-se a atuação significativa de Georg Groddeck, considerado o pai da Psicossomática, que foi determinante na construção de uma linha na psicanálise a partir das doenças. “A doença corresponde a uma solução, apesar de problemática, para os conflitos inconscientes.” (GRODDECK, 1992 p. 21).

Uma contribuição importante na medicina foi sua percepção da doença como linguagem. Decifrou a mensagem oculta da doença e conseguiu chegar às suas raízes. Descobriu que toda doença leva a pessoa ao mundo infantil com seus traumas não elaborados. Através da manifestação da doença podia chegar aos conflitos emocionais infantis e ajudar a pessoa a elaborá-los. Quando isso ocorria, os sintomas desapareciam e a saúde voltava. (FREITAS, 2010, p. 129).

A dor e a doença poderão ser usadas na função de linguagem, tendo ou não uma lesão tecidual, sendo um método utilizado pelo psiquismo inconsciente como um meio de comunicação com uma finalidade simbólica de expressar algo para o mundo em geral ou para alguém. Ou seja, estas seriam um meio de representar algo interno para o meio externo, sugerindo haver uma subjetividade expressa pelo paciente, de um meio “custoso”. Cabe pensar que o conteúdo desencadeador tem procedência anterior à doença já diagnosticada. Sobre isso Hisada (2011, p. 8) esclarece “Cada indivíduo tem um modo de viver e adoecer. O tipo de doença e a época da vida em que ela se manifesta tem relação com a sua história, com a natureza dos seus conflitos intrapsíquicos e com a forma de lidar com eles.” Segundo Volich (2000), “acredita-se também que a dinâmica familiar exerça influência importante sobre as condições de saúde do sujeito e sobre a recuperação de estados mórbidos.”

Por meio da literatura torna-se perceptível que não é possível determinar um fator único desencadeador da Neoplasia, contudo, segundo alguns autores, é possível confirmar a presença de fatores emocionais ligados à doença. Segundo Vieira (2010, p. 32), “Quando as dificuldades enfrentadas são muito intensas ou ocorrem num curto intervalo, sem que tenhamos tempo para nos recuperar, mesmo os mais equilibrados dificilmente conseguem absorver e elaborar os problemas, e o sofrimento se expressa no corpo de alguma forma.”

É possível, por meio da literatura, reconhecer alguns fatores psicológicos envolvidos na formação do câncer, como “situações de perdas significativas, dificuldades em lidar com impulsos agressivos, estresse, tendência à negação e repressão dos afetos, entre outros coexistentes com as determinações genéticas e ambientais.” (BANDEIRA; BARBIERI, 2007, p. 47). Em razão do longo tempo necessário para o desenvolvimento de uma doença maligna, suas causas somente podem ser encontradas no passado e no estilo de vida de cada paciente.

3 MÉTODO

Para a realização desta pesquisa utilizou-se uma entrevista semiestruturada, individual, com ênfase nos fatos ocorridos antes do diagnóstico da neoplasia, os quais foram devidamente analisados para a conclusão da pesquisa.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para a realização da pesquisa, utilizou-se o método qualitativo, por se tratar de diferentes percepções e pela singularidade de opiniões, características essenciais desse tipo de método. As pesquisas qualitativas, segundo Oliveira (1997, p. 117),

[...] possuem a facilidade e de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

As entrevistas semiestruturadas visaram à coleta dos dados relativos à história pessoal e familiar dos sujeitos, bem como do processo de adoecimento até o tratamento.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram da pesquisa um total de quatro mulheres com idades entre 50 e 80 anos, participantes do Grupo de Mulheres Mastectomizadas do Curso de Fisioterapia.

As mulheres participam das atividades três vezes por semana no Ambulatório Médico Universitário (AMU) localizado no Município de Joaçaba, SC.

Foram utilizados como critérios de inclusão que as participantes fizessem parte do Grupo de Mulheres Mastectomizadas e não estivessem mais em tratamento médico quimioterápico ou radioterápico.

Como critérios de exclusão foram considerados a não possibilidade ou a não aceitação de participação na pesquisa.

O município escolhido para a realização da pesquisa possui 27.500 habitantes aproximadamente e fica situado no Meio-Oeste catarinense, a 462 quilômetros da capital do Estado. Suas principais atividades econômicas estão voltadas à indústria, em especial o setor mecânico, processamento de madeira e produtos alimentícios.

3.3 CONTATO COM OS SUJEITOS

O contato com as participantes entrevistadas foi realizado em uma sala disponibilizada pelo Ambulatório Médico Universitário (AMU). Elas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, bem como da importância e necessidade da sinceridade nas respostas e consequentemente da análise da coleta de dados.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

A coleta de dados foi realizada em dias e horários devidamente agendados, para que as participantes pudessem responder às perguntas da entrevista semiestruturada realizada em uma sala disponibilizada pelo AMU.

A sala em questão foi escolhida por se tratar de um ambiente tranquilo, privativo e sem possíveis interrupções que viessem por ventura perturbar a realização da pesquisa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Aspectos de ética e sigilo em relação às informações da pesquisa foram devidamente esclarecidos às participantes, sendo solicitado que elas preenchessem e assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que deixa transparecer a seriedade e o comprometimento da pesquisa. Uma cópia do Termo foi entregue à participante e outra permaneceu sob a responsabilidade da pesquisadora. O anonimato das participantes foi preservado, e elas serão citadas com as seguintes nomenclaturas: S1, S2, S3 e S4.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a realização da entrevista para que não houvesse perda dos dados, uma vez que não foi utilizado gravador. A decisão de não realizar a gravação das entrevistas foi tomada pelo fato de se acreditar que o uso do gravador poderia inibir a espontaneidade da entrevistada.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) para apreciação e aprovação; sendo este aprovado, iniciou-se a pesquisa.

3.6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Depois de realizadas, as entrevistas foram transcritas e os dados devidamente analisados; em seguida as falas das participantes foram correlacionadas com a literatura.

Por se tratar de uma entrevista individual, as falas apresentadas por cada uma das participantes foram de fundamental importância para os resultados alcançados, os quais trouxeram conteúdos essenciais para a coleta de dados e a conclusão da pesquisa.

Os dados sociodemográficos das participantes aparecem sistematizados no Quadro 1. As participantes foram relacionadas por ordem de adesão ao estudo.

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico e ocupacional das participantes

Sujeitos	Idade	Sexo	Pais	Profissão	Religião	Estado civil	N. de filhos e/ou netos
S1	50	F	Falecidos	Manicure – afastada	Católica	Casada	1 filha
S2	75	F	Falecidos	Enfermeira – aposentada	Católica	Solteira	1 filho (adotivo)
S3	80	F	Falecidos	Do lar – aposentada	Católica	Divorciada	5 filhos 20 netos
S4	71	F	Falecidos	Vendedora – aposentada	Testemunha de Jeová	Casada	5 filhos 7 netos

Fonte: os autores.

As características clínicas das participantes do estudo aparecem sistematizadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Perfil clínico das participantes do estudo

Sujeitos	Ano do diagnóstico	Procedimentos	Casos de câncer na família
S1	2012	Cirurgia (8 sessões), quimioterapia (28 sessões) e radioterapia	Não consta
S2	2014	Cirurgia (22 sessões) e radioterapia	Pai – Câncer no fígado Irmão – Leucemia
S3	2002	Cirurgia (4 sessões) e quimioterapia	Não consta
S4	2014	Cirurgia (6 sessões), quimioterapia (36 sessões) e radioterapia	Não consta

Fonte: os autores.

3.6.1 Análise e discussão dos dados

O material colhido por meio das entrevistas evidenciou que as vivências psicológicas relatadas pelas pacientes se organizam em torno de diferentes momentos, pois, segundo dados obtidos, três das quatro entrevistadas relatam episódios negativos marcantes antes do diagnóstico. Segundo o Ministério da Saúde (2000), “as causas do câncer podem ser externas (meio-ambiente, costumes e hábitos próprios de uma sociedade ou cultura) ou internas (predisposição genética) e, na maioria das vezes, elas estão inter-relacionadas.” Assim, a formação de tumores e neoplasias malignas depende da combinação de diversos fatores causais. O que se sabe, no estágio atual do conhecimento, é que o câncer é uma doença de etiologia multicausal.

De acordo com os dados coletados, serão apresentados os principais resultados obtidos com a realização desta pesquisa. Para tanto, os dados foram analisados, discutidos e fundamentados por meio de categorias de análise que emergiram das falas mais representativas das participantes. Os resultados se-

ção apresentados de acordo com as seguintes categorias analíticas: o atendimento psicológico a mulheres mastectomizadas; a vida que antecede a doença; diagnóstico; e a busca pela reconstrução mamária.

3.6.2 O atendimento psicológico a mulheres mastectomizadas

Entre as participantes da pesquisa, nenhuma delas participou ou já buscou atendimento psicológico durante ou após o tratamento médico em decorrência do câncer. A literatura especializada mostra que pacientes submetidos ao acompanhamento psicológico durante o tratamento do câncer de mama, incluindo a mastectomia, obtêm ganhos significativos. Segundo Leal (1993, p. 23), entre os benefícios estão “[...] melhora do estado geral de saúde; melhora da qualidade de vida, melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica (quimio/ radioterapia e cirurgia) e melhor comunicação entre paciente, família e equipe.” Diante das alterações emocionais e psicológicas vivenciadas pelas mulheres submetidas à mastectomia, o psicólogo surge como um potente e benéfico recurso terapêutico, não apenas à paciente, mas também aos familiares que participam de todo o processo.

Vale acrescentar, ainda, que é imprescindível, desde a vida acadêmica até as práticas laborais aplicadas, o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar. A atuação conjunta entre os diversos profissionais, como médicos, enfermeiros e psicólogos é extremamente positiva, pois possibilita a realização de um tratamento singular, voltado para todos os aspectos da vida da paciente em questão.

Sob tais perspectivas, a contribuição potencial da psicologia para o entendimento da influência de variáveis psicossociais sobre processos de geração de neoplasias e para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem o indivíduo doente a enfrentar o processo de tratamento é inegável.

3.6.3 A vida que antecede a doença

Conforme citam Capitão e Carvalho (2006 p. 23), “Nos anos 1930, com o regime nazista da Alemanha se expandindo, muitos psicanalistas europeus radicaram-se nos Estados Unidos, entre eles Alexander, Felix Deutsch e Dunbar, fundando posteriormente a Escola de Psicossomática de Chicago.” Segundo eles, “quando os médicos não conseguiam encontrar agentes infecciosos ou outras causas diretas para uma determinada doença, Alexander levantava a hipótese de que fatores psicológicos poderiam estar envolvidos.” Posteriormente, Alexander veio a descrever um grande número de transtornos físicos possivelmente causados por conflitos psicológicos, o que ajudou a estabelecer os pilares da medicina psicossomática.

Trabalhei durante 10 anos em um salão de beleza onde sempre me estressei muito, e quando finalmente consegui pedir demissão, várias clientes vieram comigo. Mas só agravou a situação, pois minha ex-patroa me incomodou por mais uns quantos meses, pedindo pra voltar. O médico me disse que o câncer surgiu de tanta raiva que passei. Eu acredito que tenha uma ligação, foi muita raiva acumulada. (S1, informação verbal).

Ainda, Capitão e Carvalho (2006) destacam que “Alexander considerava que as alterações que ocorrem no corpo como reações a emoções intensas são de natureza passiva e que quando a emoção desaparece o processo fisiológico correspondente, choro ou riso.” Posteriormente, o corpo voltaria ao seu estado de equilíbrio.

Segundo a mesma participante “ainda naquele ano, em um acidente de carro perdi duas clientes, que eram irmãs, e minhas amigas, eu não consegui marcar ninguém no horário delas, até que parei de trabalhar porque apareceu o primeiro nódulo, e logo em seguida o tratamento.” (S1, informação verbal). “Pesquisas recentes com sujeitos afetados por câncer de mama apontam, na história das mulheres, ques-

tões associadas a acontecimentos traumáticos, lutos não elaborados, empobrecimento de representações e de capacidade associativa de idéias.” (TEIXEIRA, 2006).

Me separei a mais ou menos 30 anos, minha depressão começou ainda quando estava casada, porque eu era muito maltratada pelo meu marido. Nunca mais tive outros relacionamentos, porque eu não queria dar aos meus filhos um padrasto, por medo deles também serem maltratados como eu fui pelo marido da minha mãe. (S3, informação verbal).

As situações pelas quais passam os indivíduos podem desencadear excitações que têm que ser descarregadas ou escoadas. Tal escoamento pode ocorrer pela elaboração mental ou dos comportamentos motores, porém quando essas vias não podem ser utilizadas pelo indivíduo, por motivos diversos, as excitações se acumulam e vão atingir, de forma patológica, os aparelhos somáticos. (MARTY, 1993, p. 13).

“Meu filho se preocupava, queria me acompanhar no tratamento, mas acho que depois de 11 cirurgias a gente se acostuma. Já tirei útero, operei a tireóide, cateterismo, três infartos, nossa foi muita coisa já!” (S2, informação verbal). Marty (1993) acrescenta que “os indivíduos mal mentalizados e os de mentalização incerta, principalmente devido à dificuldade de elaborar mentalmente as excitações a que são submetidos, acabam por escoá-las predominantemente no corpo.”

S3, mesmo após seu divórcio, cuidou de sua sogra que lutava contra um câncer, pois tinham uma boa relação e a paciente aceitava somente os cuidados de S3. Comentou que teve uma vida muito triste, pois “meu marido era bom pai, mas muito ruim para mim, seguidamente penso em minha mãe que morreu com Alzheimer de quem cuidei até a morte e de minha sogra.” (S1, informação verbal). No mesmo sentido da fala da participante, Volich (2000, p. 67) salienta que “[...] constatações de diversos autores indicam a diminuição do funcionamento do sistema imunológico em pessoas enlutadas e deprimidas, bem como sua correlação com a incidência ou o risco de câncer.”

“Não se falava tanto como hoje, mas no meu tempo o *bullying* já existia.” S4 lembra com nitidez do seu período escolar no “ginásio”, quando ela e mais um menino ganharam uma bolsa de estudo em um colégio renomado de classe média alta de sua cidade. “Eu já estava casada e eu ainda lembrava daquela professora, o meu professor de Latim era um Padre, que dizia pra mim (sic) relevar, mas eu nunca esqueci [...] quando soube que ela estava acamada já idosa, senti vontade de vê-la para lhe falar, ‘se eu não fui ninguém na vida, a culpa é sua!’” (informações verbais). S4 conta que a professora fazia comentários sobre “os pobres da sala”, comparava-a com suas colegas ricas, e ela, apesar de toda a mágoa que sentia pelas duras palavras que ouvia, nunca revidou, mas nunca a perdeu. S4 abandonou a escola no segundo ano, por não aguentar mais as humilhações que sofria pela professora.

Corroborando o relato da participante, Marty (1993, grifo do autor) escreve:

Fatores da “esfera psíquica” mais freqüentemente estudados e considerados como implicados na carcinogênese podem ser reunidos em dois grupos genéricos. No primeiro estão os estados disfóricos (depressão, tristeza, infelicidade, abatimento, desânimo, desesperança, desamparo, desapontamento) e de ansiedade, juntamente com situações traumáticas envolvendo perdas e privações. No segundo, estão os fatores definidos por características de personalidade e de enfrentamento da doença, que variam segundo os pressupostos teóricos adotados.

Segundo essa perspectiva, o “candidato ideal” a desenvolver o câncer apresenta uma personalidade marcada pela passividade, pouca emotividade, regularidade dos hábitos, baixa agressividade ou negação da hostilidade, depressão e dificuldade na formação de vínculos afetivos (VOLICH, 2000, p. 71). Quanto mais avançam os meios de investigação sobre as patologias, mais se evidencia a relevância dos fatores psicológicos na etiologia e desenvolvimento de um grande número de doenças até então não consideradas como psicofisiológicas.

3.6.4 Diagnóstico

Estudos afirmam que o câncer de mama é uma experiência amedrontadora para as mulheres. Para muitas delas, a confirmação do diagnóstico evoca sentimentos de pesar, raiva e intenso medo. Esses sentimentos foram vivenciados por duas das quatro entrevistadas. Segundo S1, “foi muito difícil receber a notícia, pois sempre fiz exames regulares e minha última mamografia havia sido realizada em dezembro, três meses depois senti o nódulo, e então veio o diagnóstico, foi um choque.” (informação verbal).

A partir do diagnóstico confirmado, 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 em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social. (VENÂNCIO, 2004).

“Eu cuidei da minha sogra até a morte, vítima de um câncer, quando soube do resultado, lembrei-me de tudo que passei com ela. Senti muito medo.” (S3, informação verbal). De acordo com Hisada (2011), “o estresse e a depressão geram a diminuição de citocinas, células T e células NK, afetando a vigilância imunológica contra tumores [...] “no câncer, sob a atuação do estresse, a célula T supressora pode ter sua atividade aumentada e privar o organismo de suas defesas eficazes.” Após esse processo, além de não eliminar a célula estranha, o organismo passa a atender às necessidades metabólicas do tumor. Os mecanismos pelos quais fatores psicológicos afetam a função imune vêm sendo estudados por meio da investigação das interações entre o comportamento e as emoções, o sistema nervoso central e os sistemas endócrino e imunológico (BANDEIRA; BARBIERI, 2007, p. 47).

“Tenho quase um time de futebol de cirurgias, são 11 no total, quando soube do diagnóstico pensei, ‘Vamos lá, mais uma!’ E pela minha idade, provavelmente eu vá conseguir o juiz e o bandeirinha de cirurgias.” (S2). Os sentimentos de enfrentamento também foram experienciados pela participante S4: “meus filhos choraram muito, ficaram desesperados, eu nem queria contar para eles o diagnóstico porque sabia que iriam ter medo. Mas eu não, eu sempre acreditei em Deus, enfrentei mais essa!” (informações verbais). O modo como cada indivíduo enfrenta determinada situação é resultado de suas próprias estratégias de enfrentamento, refere-se a uma combinação de características da personalidade e contexto, as quais podem mudar ao longo do tempo de acordo com o grau de dificuldade e experiências vivenciadas.

Em relação ao tratamento, as queixas na maioria das vezes estão relacionadas aos efeitos físicos combinados da radioterapia, da quimioterapia e da cirurgia, como relata a entrevistada S4: “a radioterapia queimou toda a região, no início as pomadas e produtos dados pelo médico resolviam, mas eu senti muita dor nas últimas. Mas nada se compara à quimio, eu passei mal em todas as sessões, são muitos efeitos que aquela medicação causa.” (informação verbal).

As participantes citam sensações de desconforto em relação à estética e à queda de cabelos. Torna-se evidente que a percepção da degradação física decorrente dos procedimentos terapêuticos afeta a imagem corporal.

3.6.5 A busca pela reconstrução mamária

Infelizmente, tornou-se comum se ouvir falar sobre o aumento do índice de câncer de mama; vivenciamos uma mistura de sentimentos e emoções, principalmente, se o fato está ligado a pessoas famosas em nosso meio ou a alguém próximo de nós. A transformação causada pelo câncer pode ser dolorosa, pois além de deixar cicatrizes, corrompe valores e crenças, carregando consigo preconceito, discriminação e insatisfação pessoal na maioria das mulheres que o enfrentam. A mastectomia é um dos

tratamentos prováveis para a maioria das mulheres com câncer de mama. Ao submeter-se à retirada da mama ou parte dela, certamente a mulher estará passando por uma grande mudança, vivenciando, assim, um comprometimento físico, emocional e social.

A reconstrução da mama realizada em decorrência da mastectomia é obtida por meio de várias técnicas de cirurgia plástica que tentam restaurar a mama considerando a forma, a aparência e o tamanho após a mastectomia. A reconstrução é um procedimento físico e emocionalmente gratificante para uma mulher que perdeu a mama em decorrência do câncer ou de outra situação. Uma nova mama pode melhorar radicalmente sua autoestima, autoconfiança e qualidade de vida. É o que se percebe pelas respostas das entrevistadas, pois todas já buscaram ou buscam o procedimento de reconstrução.

Já tentei fazer a cirurgia de reconstrução por quatro vezes, a última tentativa foi há um ano. (S1).
Faz dois anos que fiz a retirada total, estou fazendo exames pra ver quando vai ser possível a nova cirurgia. (S2).
Faz dois anos que fiz a cirurgia de reconstrução, mas o organismo rejeitou. (S3).
Ainda estou em acompanhamento médico, quando ele liberar eu vou fazer. (S4) (informações verbais).

Muitas são as dificuldades enfrentadas pela mulher após a mastectomia, responsáveis, especialmente, pelo comprometimento da sua autoimagem decorrente da própria cirurgia. O preconceito social é motivo de constrangimento para as mulheres mastectomizadas, dificultando ainda mais o enfrentamento dessa vivência. Para a grande maioria, o conhecimento dos outros sobre seu diagnóstico atua como símbolo do estigma da doença (PEREIRA et al., 2006).

Entretanto, percebe-se que pouco tem sido produzido a respeito das estratégias de recuperação pós-operatória à mulher mastectomizada, as quais, sem dúvida alguma, contribuem para o sucesso do tratamento. A principal estratégia de cuidado são as atividades grupais, como a Rede Feminina de Combate ao Câncer, com as quais se busca promover a autoestima da mulher, contribuindo para sua qualidade de vida e bem-estar. Outro método utilizado pelas participantes da pesquisa é o acompanhamento fisioterapêutico, buscando não apenas a retomada dos movimentos, mas também a socialização de suas dores e angústias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura revisada permite reconhecer alguns fatores psicológicos envolvidos na formação do câncer, como situações de perdas significativas, dificuldades em lidar com impulsos agressivos, estresse, tendência à negação e repressão dos afetos, entre outros coexistentes com as determinações genéticas e ambientais. Os fatores determinantes da patologia não estão isolados, muitas vezes, mesmo com a predisposição genética pode-se observar que a doença não se manifesta, do mesmo modo que surgem novos casos sem histórico familiar. As exigências sociais e psicológicas parecem cada vez mais associadas ao desenvolvimento do câncer.

Diante dessas constatações, a presente pesquisa tencionou investigar se tais fatores seriam comuns às entrevistadas do ponto de vista psicológico. As falas das participantes em resposta ao questionário enfatizam a presença de eventos expressivos antecedendo a doença, vindo a confirmar a literatura psicossomática. Assim, a doença não é algo externo, mas um modo singular de expressar-se diante das circunstâncias, é como suas várias outras manifestações de um modo de existir, ou melhor, de coexistir.

Embora constem eventos psicologicamente significativos antecedendo a doença no conteúdo trazido nas respostas das participantes, é correto afirmar que um evento isolado não é suficiente para desencadear uma neoplasia, é necessário estar atento à singularidade do paciente, determinados traços

da sua personalidade, supressão das emoções e sua postura adaptativa frente a vivências estressoras. Pois quando não se expressa uma condição emocional negativa, seja um luto, seja a perda de uma condição social/profissional, estas poderão tornar-se fatores determinantes, porque desencadearão uma alteração no sistema imunológico, tornando o organismo mais vulnerável à formação de tumores.

Os resultados apontam, também, para a importância de uma atenção psicoterapêutica às pacientes, objetivando o fortalecimento de vínculos, a readaptação à imagem corporal e a ressignificação de vivências. Diante da diversidade de temas emergentes na coleta de dados, alguns eixos poderiam ser melhor explanados futuramente, como a resistência existente por parte das mulheres com algum tipo de neoplasia em buscar acompanhamento psicológico, considerando que os médicos devem ser capazes de identificar e estimular circunstâncias que facilitem o processo de adaptação de seus pacientes. O tratamento psicológico, em pelo menos alguma extensão, sempre é benéfico. Outro aspecto importante a ser discutido é a continuidade do tratamento pós-operatório, visando não somente à recuperação orgânica, mas também a readaptação da paciente, pois a mensuração da qualidade de vida deve ser incorporada aos estudos clínicos.

Diante das considerações feitas pelos autores citados no decorrer do artigo, entende-se que os fatores externos devem ser entendidos e avaliados em função de cada pessoa, na expressão da sua doença. Contudo, não existe apenas um fator determinante, nem uma estratégia que seja a mais eficaz, pois as formas de enfrentamento escolhidas pelos indivíduos são singulares e estão relacionadas à natureza da doença, aos sintomas, à localização, ao estágio, ao tratamento, e, além das opções de reabilitação, há as habilidades de enfrentamento e de confiança, a autoestima, o relacionamento familiar e tantas outras variáveis que envolvem o tema em questão.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, M. F.; BARBIERI, V. Personalidade e Câncer de Mama e do Aparelho Digestório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 3, n. 23, p. 295-304, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a08v23n3.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, É. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic: Revista de Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004>. Acesso em: 17 ago. 2016.

COSTA JUNIOR, Á. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 2, n. 21, p. 36-43, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N. de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Espírito Santo, v. 1, n. 8, p. 155-163, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

FREITAS, J. F. de. A linguagem simbólica das doenças: o corpo revelando os conflitos simbólicos da alma. **Centro Reichiano**, Curitiba, v. 5, n. 15, p. 1-11, 2010. Anual. Disponível em: <[http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais 2010/FREITAS, José Fernando de. A linguagem simbólica da doença. pdf](http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202010/FREITAS,%20Jos%C3%A9%20Fernando%20de.%20A%20linguagem%20simb%C3%B3lica%20da%20doen%C3%A7a.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2016.

GRODDECK, G. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HISADA, S. **Conversando sobre a psicossomática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

- LEAL, V. M. Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 39, p. 9-53, 1993.
- MAJEWSKI, J. M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 707-716, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2016.
- MARTY, P. **A psicossomática do Adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer: uma Proposta de Integração Ensino-Serviço**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 2000.
- OLIVEIRA, S. de. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.
- PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 791-795, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600013>. Acesso em: 19 out. 2016.
- TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology**, São Paulo, v. 1, p. 21-42, 2006. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v3_n1/um_corpo_que_doi.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.
- VENÂNCIO, J. L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 50, p. 55-63, 2004.
- VIEIRA, W. de C. **Estudos de Psicossomática**. São Paulo: Vetor, 2010.
- VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

