

O PÓS-DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA E ÚTERO: Possibilidades de Atuação da Psicologia

Adelise Salvagni¹
Alberto Manuel Quintana²
Daniela Trevisan Monteiro³
Valéri Pereira Camargo⁴

RESUMO

Este trabalho objetiva oferecer suporte às mulheres no momento pós-diagnóstico de câncer de mama e também no pré e pós-operatório. Para tanto, é realizada psicoterapia de apoio em um ambulatório de mastologia e ginecologia de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. Observou-se que, em relação ao diagnóstico, estas relatam levar um “choque” já que é uma notícia inesperada e assustadora. Quanto à cirurgia, aparece a dificuldade de aceitação do corpo modificado. Sobre o tratamento, relatam o medo da quimioterapia e radioterapia e suas reações. Assim, o apoio psicológico atua no sentido de legitimar o sofrimento dessas mulheres, possibilitando se expressarem e podendo, então, elaborar mais facilmente as questões relacionadas à doença.

Palavras-chave: neoplasias da mama; neoplasias do colo do útero; psicoterapia breve.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: adesalvagni@hotmail.com.

² Psicólogo, Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica), professor do Curso de Psicologia e dos Programas de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado) e Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: albertoq@ccsh.ufsm.br.

³ Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista CAPES (Demanda Social), Pós-graduada em Psicologia Clínica: escutas da infância pelo Centro Universitário Franciscano e pós-graduada em Criança e Adolescente em Situação de Risco pela mesma instituição. E-mail: dtrevisan@terra.com.br. Mestranda em Psicologia pela UFSM, pós. valericamargo@yahoo.com.br

⁴ Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista CAPES (Demanda Social). E-mail: valericamargo@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Câncer é o termo utilizado para se referir a doenças nas quais células que sofreram alterações genéticas, chamadas então de neoplásicas ou cancerígenas, se dividem sem controle, podendo invadir tecidos do organismo por meio da circulação sanguínea e do sistema linfático. A maioria dos cânceres é nomeada de acordo com o órgão atingido ou tipo de célula onde se inicia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER, 2008). A palavra tem sua origem no termo grego *karcinos* que significa caranguejo. A semelhança entre os dois está nas dores causadas pela doença que são semelhantes às ferroadas de um caranguejo e no desenho das dilatações dos vasos sanguíneos que irrigam o tumor e lembram as patas de um caranguejo (ZECCHIN, 2004).

De acordo com Valle (2001), o processo de adaptação à nova situação que é imposta pelo câncer traz consigo esforços de diferentes intensidades e extensões. Dessa forma, os sentimentos gerados podem ser temporários ou duradouros, ultrapassando os limites da doença e do tratamento.

Em relação ao câncer de mama, embora seja considerado de bom prognóstico, é a maior causa de morte entre as mulheres brasileiras, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos, com mais de 11 mil mortes por ano. Esse número deve-se ao fato de que na maioria dos casos em nosso país a doença é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos, por isso o número de mastectomias realizadas no Brasil é considerado alto (MAKLUF; DIAS & BARRA, 2006).

Segundo Ferreira & Mamede (2003) a mastectomia é um dos tratamentos possíveis para a maioria das mulheres com câncer de mama. Ao submeter-se à retirada da mama ou parte dela, a mulher passará por uma significativa mudança, vivenciando, assim, um comprometimento físico, emocional e social. Estes comprometimentos tornam-se ainda mais intensos, pois a mulher aprendeu durante toda a vida sobre a estética corporal, onde o corpo feminino é constituído por alguns caracteres secundários, como as mamas. Ao retirar a mama, a mulher percebe com estranheza seu corpo.

Nesse contexto, o presente artigo visa apresentar os resultados de um projeto de extensão, desenvolvido em um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul, no ambulatório de ginecologia e mastologia, por uma acadêmica do curso de psicologia. O projeto foca-se nos aspectos psicológicos que surgem nas mulheres com câncer de mama e com câncer de útero, bem como seus familiares. Ele proporciona um espaço onde as pacientes possam tanto tirar suas dúvidas em relação ao tratamento como também possibilitar um ambiente propício para que possam falar e expressar suas angústias e temores frente à doença que as atinge. Objetiva-se, através de uma intervenção oportuna, evitar a cristalização de mecanismos que venham a dificultar a elaboração do diagnóstico de câncer e seu tratamento.

MÉTODO

É realizado acompanhamento psicológico de apoio com pacientes com câncer de mama ou de útero, bem como os familiares das mesmas, os quais, a critério da equipe, precisem de uma intervenção psicológica. De acordo com a estratégia da Terapia Breve de Cordioli (1998), uma primeira sessão é feita após o diagnóstico e no final desta é avaliada a necessidade de haver mais encontros. Se sim, estes são previamente agendados com a paciente, porém sem ultrapassar cinco sessões, pois se configura terapia breve.

São também realizados atendimentos individuais com pacientes internadas para o pré ou pós-cirúrgico. Estes atendimentos possuem os mesmos moldes dos realizados no ambulatório, porém com enfoque na cirurgia. Todas as atividades realizadas possuem supervisão acadêmica semanal com os coorientadores do projeto.

RESULTADOS E DISSCUSÃO

A seguir, serão apresentados alguns dos resultados obtidos com a execução do trabalho. Para melhor apresentação, foram criadas categorias deno-

minadas: “o pós-diagnóstico”; “a mastectomia: mudanças e adaptações”; “sobre o tratamento para o câncer: quimioterapia e radioterapia”. Para preservar o anonimato, os nomes das pacientes foram trocados por letra nominal fictícia.

O pós-diagnóstico

Observou-se, através do contato com as pacientes, que estas levam um “choque” no momento em que recebem o diagnóstico, assim como seus familiares. As falas a seguir confirmam essa afirmação:

“Na hora que falam tu leva um choque”. (A, 67 anos).

“É um susto, a gente levou um susto”. (B, 59 anos).

“Acho que ainda não caiu a ficha. Fazer o quê, tem que aceitar, gritar não adianta [...]”. (C, 48 anos).

Esse “choque” parece estar associado à dificuldade inicial de aceitar que possui a doença, dificuldade de dar-se conta que é real, de “cair a ficha” como relata uma paciente. Como relata outra paciente:

“Ah, no início a gente não aceita [...]”. (D, 46 anos).

De acordo com Silva (2008), o diagnóstico de câncer possui, na maioria das vezes, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Sendo assim, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico.

Sobre esse assunto, Maluf, Mori e Barros (2005), relatam que a mulher diagnosticada com câncer de mama passa por diferentes lutos ao longo do processo de tratamento. Primeiro, pela possibilidade de ter câncer, segundo na hora do diagnóstico, terceiro quando acontece o tratamento cirúrgico, ou seja, a retirada da mama, com isso inicia-se o quarto luto que se relaciona a sua própria imagem corporal e um quinto luto causado pelas possíveis limitações que podem

acontecer após a mastectomia e um último luto tendo sua origem com os tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e hormonioterápicos. Pode ser percebido que a maioria dos lutos acontece devido à retirada da mama, símbolo da feminilidade da mulher.

A mastectomia: mudanças e adaptações

No que se refere à cirurgia de mastectomia, pela qual a maioria das pacientes com câncer de mama se submete, há relatos de dificuldade de aceitação do corpo após a realização da mesma.

“Eu não quero nem me olhar, eu nem me olhei ainda [...] Eu tenho medo que as pessoas fiquem me olhando e falando.” (E, 40 anos).

“Sabe, quando eu vou tomar banho, eu procuro nem me olhar, e se eu me olho, tento me ver de outro jeito. Tento ver que se eu não tenho mais a mama esquerda, eu ainda tenho a da direita.” (F, 45 anos).

De acordo com Zecchin (2004) o câncer de mama implica às mulheres lidarem com aspectos da sua identidade, sua história como mulher, como mãe e com a sua mãe, desde as primeiras interações com o mundo. A partir do seio, a ameaça de perda e a perda em si são vivenciadas como ameaças narcísicas à sua identidade; trazendo à tona outras perdas, outras feridas narcísicas. Assim, a perda do seio significa lidar com representações ligadas ao seio, em particular, e ao corpo, em geral, passando pelo processo identificatório da mulher em relação a sua mãe, seu narcisismo, sua imagem e sua sexualidade. Toda a perda implica em luto, não só do órgão, mas de experiências e fantasias que possam estar a ele associadas.

Sobre o tratamento para o câncer: quimioterapia e radioterapia

Em relação ao tratamento de quimioterapia e radioterapia, as pacientes que ainda não realizaram relatam medo. As que já realizam ou realizaram, relatam os efeitos no organismo.

“Eu tenho medo é das quimioterapias.” (G, 44 anos).

Observou-se que algumas pacientes, após um período de tratamento com a quimioterapia, começavam a sentir os efeitos do tratamento (as náuseas, “o passar mal”) em pensar que iriam novamente fazê-lo, mesmo antes de chegar ao hospital. Pode-se pensar que a ansiedade perante à ida ao hospital, já provoque os efeitos.

Considerando tais sentimentos, confirma-se a necessidade das pacientes receberem um apoio psicológico, principalmente nesse momento, que parece ser o mais angustiante para elas.

Podemos inferir que o psicólogo pode realizar sua atuação em benefício do paciente. Percebe-se que, diante de uma doença que requer a hospitalização, o indivíduo hospitalizado torna-se dependente de uma equipe de saúde que realiza os procedimentos necessários para a sua melhora. Sendo assim, é necessário que essa melhora aconteça não só no orgânico, mas também no psicológico da pessoa hospitalizada, pois a hospitalização gera diferentes sentimentos, como ansiedade, angústia e medo, causando um dano psíquico temporário ou permanente na vida do indivíduo (VALLE, 2001).

Assim, o psicólogo dentro da equipe traz a possibilidade de uma extensão do olhar demandado ao corpo físico e biológico. Envolve também os aspectos psicológicos da doença, do tratamento e do atendimento ao paciente. Portanto, Valle (2001) ressalta que o psicólogo pode proporcionar ao paciente um resgate de sua condição como ser humano, que vivencia um momento particular em sua vida e que unirá essa experiência da doença de forma única, atribuindo significados que definirão suas relações consigo mesmo e com os outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se até o momento que normalmente o sofrimento acaba sendo negado pelas pacientes, pelos familiares e até por membros da equipe médica. Por parte das pacientes, ainda notou-se a cren-

ça de que sofrer ou mostrar-se frágil poderá piorar a doença física. Acredita-se, portanto, que para que se elabore a doença e suas repercussões, é necessário que a paciente possa expressar seus sentimentos, falar deles e não calar suas angústias. Dessa forma, através desse projeto, pontua-se às pacientes a importância de se expressarem e disponibilizasse a escuta necessária para que isso se dê.

A partir disso, o espaço que vem sendo oferecido permite com que sejam elaborados alguns dos sentimentos suscitados frente ao diagnóstico e, posteriormente, frente à cirurgia de mastectomia na maioria das mulheres. As trocas que se vem possibilitando com a equipe médica, através do diálogo acerca das pacientes, trazem grandes benefícios a estas, uma vez que o diálogo se dá no sentido de unificar o tratamento com as pacientes e melhor compreendê-las.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER. Definição de Câncer. Disponível em: <http://www.abccancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=585>. Acesso em: 12 set. 2009.
- CORDIOLI, A. V. (org.). Psicoterapias: Abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 493 p.
- FERREIRA, M. L. S. & MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 11, n. 3. maio/jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2010.
- MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C. & BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 1, n. 52, p. 49-58, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em: 02 out. 2010.

MALUF, M. F.; MORI, L. J. & BARROS, A. C. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 51, n. 2. p 149-154. 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*. v. 13, n. 2. abr/jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722008000200005&script=sci_arttext&tlng=e>. Acesso em: 19 de set. 2010.

VALLE, E. M. *Psico-oncologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ZECCHIN, R. N. *A perda do seio: Um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

