

ANA CLAUDIA PARANZINI SAMPAIO

**Mulheres com Câncer de Mama: Análise Funcional do
Comportamento Pós-Mastectomia**

PUC-Campinas

2006

ANA CLAUDIA PARANZINI SAMPAIO*

**Mulheres com Câncer de Mama: Análise Funcional do
Comportamento Pós-Mastectomia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

PUC-Campinas

2006

* Bolsista do CNPq (Processo nº 130900/2004-4)

ANA CLAUDIA PARANZINI SAMPAIO

**MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE FUNCIONAL DO
COMPORTAMENTO PÓS-MASTECTOMIA**

BANCA EXAMINADORA

Vera Lúcia A. Raposo do Amaral

Presidente Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral
PPGP-CCV-PUC-CAMPINAS

Diana Tosello Laloni

Profa. Dra. Diana Tosello Laloni
PPGP-CCV-PUC-CAMPINAS

Maria Luiza Marinho

Profa. Dra. Maria Luiza Marinho
PGAC-CCB-UEL-LONDRINA

Campinas, 08 de Fevereiro de 2006.

PUC-Campinas

2006

Aos meus pequeninos
sobrinhos, Otávio e Ana Luísa,
que mesmo sem saber, tornaram
os meus dias mais felizes.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida.

Aos meus pais, Luiz Paranzini e Lairce Aparecida Sella Paranzini, que sempre me incentivaram a estudar, fazendo das suas vidas uma dedicação às nossas vidas.

Ao meu marido Ricardo Luis Sampaio, pela paciência frente a minha ausência e pelo reconhecimento de meus esforços durante mais uma etapa de minha vida profissional.

À minha orientadora, Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, que me acolheu, mesmo diante de tantas adversidades.

À ex-Professora e amiga Cynthia Borges de Moura – responsável pela minha paixão pela Análise do Comportamento – pelas suas preciosas contribuições para minha vida profissional.

À Professora Dra. Verônica Bender Haydu, por me ensinar a gostar de pesquisar e, principalmente por me ensinar a fazê-la.

À minha terapeuta, Fátima Cristina de Souza Conte que com seu jeitinho meigo e carinhoso soube me acolher como ninguém nos momentos em que as minhas emoções estavam “à flor da pele”.

Às amigas que cultivei nos anos de Mestrado, em especial Sabrina Gallo e Vera Lúcia Messias Marques que sempre, com palavras doces, me ajudaram a trilhar o meu caminho.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro recebido, que tornou possível a conclusão deste curso de Pós-Graduação e deste trabalho.

E por último, mas não menos importante, às “minhas mulheres” (como as chamo), as participantes desse estudo, que me ensinaram que a vitória final da guerra contra o câncer de mama é a somatória de muitas batalhas vitoriosas, conquistadas dia após dia.

Sampaio, A. C. P. (2005). Mulheres com Câncer de Mama: Análise Funcional do Comportamento Pós-Mastectomia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica – PUC-Campinas). Campinas.

RESUMO

O câncer é uma doença que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade destas células desorganizadas invadirem outras estruturas orgânicas. Nas mulheres brasileiras, o câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais causa mortes, porém se detectado precocemente, há alta chances de cura. Muitas vezes, ele é descoberto tardiamente, gerando tratamento mutilantes à mulher, como a retirada parcial ou total da mama e a realização da quimioterapia e/ou radioterapia. Extirpar a mama em decorrência de uma enfermidade crônica possui uma conotação extremamente complexa para a mulher, pois o símbolo de feminilidade, sedução e maternidade foi amputado. As mudanças na vida desta mulher englobam as esferas pessoal, profissional e familiar. Assim, é de extrema importância que pesquisas sejam feitas, visando conhecer os comportamentos que contribuem com a promoção do bem-estar psicológico. Para tanto, esta pesquisa teve por objetivo realizar uma análise funcional dos comportamentos de mulheres após a cirurgia de mastectomia. Foram entrevistadas quatro mulheres que passaram pela mastectomia, com idades variando de 34 a 49 anos, encaminhadas por um mastologista. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra. As mulheres mantiveram também um registro escrito, durante quinze dias, em que especificaram o contexto, as ações, sentimentos e pensamentos correspondentes à situação, bem como suas conseqüências, das vivências relacionadas ao câncer. Categorias de comportamentos foram identificadas e analisadas em suas funções. As categorias mais citadas por essa amostra foram: crenças (místicas e otimistas), receber apoio social e familiar e busca pelo auto-conhecimento. Para cada categoria de comportamento foi realizada uma análise funcional bem como foram dados alguns exemplos de verbalizações das participantes que demonstram os antecedentes, os comportamentos e as conseqüências destes. Verificou-se que acreditar em um ser superior que possa trazer a cura são comportamentos que desencadeiam conseqüências positivas que podem contribuir para o enfrentamento da enfermidade. Os comportamentos otimistas aumentam a probabilidade de ocorrência dos comportamentos de adesão ao tratamento (como tomar medicações, ir ao médico, por exemplo). Nas verbalizações das participantes observa-se que o apoio social e familiar recebido é considerado de extrema importância no contexto vivenciado. O contexto ao qual encontram-se as mulheres com câncer de mama também proporcionaram reflexões à respeito da própria vida, contribuindo com o auto-conhecimento. O diagnóstico do câncer, seu tratamento e suas conseqüências são considerados estímulos antecedentes, que evocam os comportamentos englobados pelas categorias citadas. Esses comportamentos, por sua vez, geram conseqüências diversificadas, como reforço positivo e negativo. Desta maneira, com esse procedimento foi possível conhecer algumas variáveis que atuam no ambiente pós-mastectomia, o que contribui para elaboração de programas de intervenção analítico-comportamentais que poderiam beneficiar as mulheres acometidas por câncer de mama.

Palavras-chaves: Análise Funcional do Comportamento; mulheres mastectomizadas; câncer de mama.

Sampaio, A. C. P. (2005). Women with breast cancer: Functional Analysis of behavior after mastectomy. Master Thesis (Master in Clinical Psychology – PUC-Campinas). Campinas. v + 87p.

ABSTRACT

Cancer is a disease characterized by the loss of the control of the cellular division and by the capacity of these disorganized cells to invade others organic structures. In Brazilian women, the breast cancer is the type of cancer that causes more deaths, but if it is detected early, there are large chances of cure. Many times it is discovered late which leads to mutilation treatment to the woman, as surgical removal of one or both breasts, partially or completely (mastectomy) followed by chemotherapy and/or radiotherapy. Undergoing a mastectomy because of a chronic disease has a very complex connotation to the women because their symbol of femininity, seduction and maternity has been removed. The changes in these women lives are in the personal, familiar and professional field. Therefore, it is extremely important that researches are made, seeking to know about the behaviors that contribute to the promotion of the psychological well-being of these women. This research had for objective to accomplish a functional analysis of the women's behaviors after the mastectomy surgery. Were interviewed four women that went by the mastectomy, with ages varying among 34 and 49 years old, leaded by a mastologist. The interviews were recorded and completely transcribed. The women also maintained a written registration, during fifteen days, in which they specified the context, the actions, feelings and thoughts corresponding to the situation, as well as their consequences of the existences related to the cancer. Categories of behaviors were identified and analyzed in their functions. The categories more mentioned by that sample were: believes (faith and faith in God and behaviors optimists), received social and family support and reflections regarding the own life. For each category of behavior, a functional analysis was accomplished as well as some were given examples of the participants' verbalizations that demonstrate the antecedents, the behaviors and the consequences of these. It was verified that having faith and believing in God were behaviors that evoke positive consequences that can contribute to face the cancer. Optimistic behaviors increase the occurrence probability of the adhesion behaviors to the treatment (as taking medications, to going to the doctor, for instance). In the participants' verbalization, we can observe that the social and familiar support is considered extremely important to the women. The context which women with breast cancer are involved also provides reflections about their own lives, contributing to self-knowledge. The diagnosis of the cancer, its treatment and its consequences are considered antecedent stimulus that evoke the behaviors included by the mentioned categories. Those behaviors generate diversified consequences, as positive and negative reinforcement. With this procedure it was possible to know some variables that act in the post-mastectomy atmosphere, which contributes to the elaboration of analytical-behavior intervention programs that could benefit women with breast cancer.

Key words: Functional Analyses of Behavior; mastectomy; breast cancer.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização das participantes	27
Tabela 2: Caracterização da enfermidade e tratamento das participantes	35
Tabela 3: Análise funcional de alguns comportamentos apresentados pelas participantes 2 e 4	39
Tabela 4: Análise funcional dos comportamentos otimistas da participante 4	42
Tabela 5: Análise funcional de alguns comportamentos apresentados pelos membros do convívio social da participante 2, pertencentes à categoria Apoio Social Familiar.....	45
Tabela 6: Exemplos de antecedentes, comportamentos e conseqüências que compõem a categoria suporte familiar	46

Lista de Anexos

Anexo 1: Termo de Compromisso para Utilização dos Dados de Prontuário (para pesquisadora)	60
Anexo 2: Carta de Ciência e Autorização	61
Anexo 3 Termo de Consentimento (para pacientes)	62
Anexo 4: Ficha de Identificação	64
Anexo 5: Roteiro de Entrevista	65
Anexo 6: Informações contidas na primeira página do Diário	66
Anexo 7: Exemplo de Entrevista Realizada	67
Anexo 8: Exemplo de Diário	75

Sumário

Resumo	v
Abstractvi
Apresentação	01
Introdução	03
Câncer de mama e seu tratamento: aspectos biológicos	04
Câncer de mama e seu tratamento: aspectos psicológicos	07
Análise aplicada do comportamento à saúde	19
Objetivo Geral	25
Objetivos Específicos	25
Método	26
Participantes	26
Materiais e Instrumentos.....	28
Procedimento	29
Resultados e Discussão	31
Conclusões e Considerações Finais	51
Referências	54
Anexos	60
Mensagem das “minhas mulheres”	82

APRESENTAÇÃO

Nos dias atuais, o câncer é uma das doenças que mais mata pessoas no mundo inteiro. Os meios de comunicação publicam com frequência reportagens que demonstram o interesse dos cientistas em encontrar a cura contra esse mal. Algumas estratégias importantes de ataque contra a doença e a favor da qualidade de vida dos pacientes já foram encontradas, o que sugere que o alcance da cura talvez esteja próximo. Isso é um passo importante, mas não se pode deixar de salientar que a medida em que a expectativa de vida da população como um todo aumenta, aumenta-se também o número de indivíduos acometidos por essa doença, e vê-se a crescente demanda pela melhoria na qualidade de vida desses pacientes (Franks, 1990; Thomaz, Cutrim & Lopes, 2000; Costa Jr., 2001).

A ciência, em se tratando dos aspectos orgânicos, tem feito a sua parte, descobrindo novos fármacos e desenvolvendo sua tecnologia em favor da detecção precoce do câncer, imprescindível para sua cura (Malzyner, Caponero & Donato, 2000). A sociedade, por seu lado, tenta contribuir com medidas de prevenção, veiculando, em meios de comunicação de massa, os diferentes tipos de câncer, maneiras de detecção, tratamentos existentes e motiva a população a manter medidas preventivas e saudáveis que ajudem a preveni-lo (INCA – Instituto Nacional do Câncer, 2005).

O aspecto psicológico, campo de atuação dos psicólogos, é aquele que ainda merece mais disposição e preparação dos profissionais. É recente a atuação da Psicologia no campo da saúde, pois durante muito tempo, os cursos de graduação formaram profissionais somente capacitados para atuar nas clínicas particulares e essa era a forma prática de psicologia conhecida pela população em geral (Costa Jr, 2001) e pelos profissionais de outras áreas.

Profissionais preocupados com a inexistência de procedimentos sistemáticos de avaliação e intervenção em Psicologia da Saúde alertam a classe para a necessidade de empreender esforços em pesquisas científicas que visem suprir essa lacuna. Conhecer os aspectos comportamentais de pacientes com câncer é uma medida imprescindível e antecedente às ações interventivas (Amaral, 1999; Costa Jr., 1999; Kerbauy, 1999; Starling, 1999; Amaral, 2001; Costa Jr., 2001; Starling, 2001; Miyazaki, Domingos, Valério, Santos & Bernardes da Rosa, 2002).

A idéia de trabalhar junto a pacientes com câncer e em especial com mulheres com câncer de mama recaem sobre três razões.

A primeira delas é a frequência com que se tem observado o relato da equipe médica da Clínica de Ginecologia e Mastologia GinecoMed, da cidade de Londrina-Pr., acerca da dificuldade em iniciar e manter o tratamento de mulheres que não aceitam sua enfermidade. A literatura especializada aponta que um suporte psicológico viabilizaria a aceitação da doença e enfrentamento do problema (Spiegel, 1990; Leal, 1993; Meyer & Mark, 1995), e, por conseguinte, facilitaria a adesão ao tratamento, importante para o seguimento de instruções médicas e imprescindível para aumentar o tempo de sobrevivência destas mulheres (Carvalho, 1996).

A segunda razão é o elevado índice de câncer de mama entre as mulheres brasileiras. Dados estatísticos publicados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2005 apontam que o câncer de mama é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, chegando próximo a 10.000 mortes por ano, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos.

Finalmente, como psicóloga recém-apresentada à Psicologia da Saúde, deparei-me com a dificuldade de esquematizar e propor modelos adequados de intervenção, uma vez que há uma escassez de registros de trabalhos científicos sobre a análise funcional dos comportamentos característicos das mulheres acometidas por câncer de mama, seu tratamento e reabilitação. A literatura encontrada aponta os comportamentos apresentados, geralmente de forma superficial e as variáveis descritas não são suficientes para propor intervenções analítico-comportamentais. Assim, analisar as variáveis presentes no contexto de mulheres com câncer de mama, alguns comportamentos típicos dessa população (pensamentos e sentimentos) bem como descrever a funcionalidade desses, contribuiria para elaboração de programas de intervenções em um futuro próximo.

Diante do exposto, este trabalho discorrerá sobre os aspectos biológicos do câncer, em especial do câncer de mama, incluindo suas causas e tratamentos mais utilizados. Ao analisar a visão da Psicologia sobre essa doença, é importante situar a inserção da Psicologia no contexto de saúde, o modelo teórico de análise que sustenta esta pesquisa e também, exemplificações de estudos que foram realizados com mulheres após a cirurgia de mastectomia.

Espera-se que esse estudo subsidie pesquisas que visem contribuir também, com o delineamento de práticas de intervenção psicológica junto às mulheres com câncer de mama. Programas de intervenção embasados na Análise do Comportamento são diretivos, funcionais e contextuais, beneficiando não só os profissionais, mas também às mulheres acometidas por câncer de mama, que usufruiriam de um programa de intervenção psicológica específico às suas demandas.

INTRODUÇÃO

No passado, o câncer era visto, pela população leiga, como uma enfermidade associada à dor, sofrimento e certeza de morte. Hoje em dia, apesar do que é feito e do sofrimento real envolvido, muita gente ainda associa o câncer com a morte (Gazzi, Kajika & Rodrigues, 1991; Arán, Zahar, Delgado, Viegas, Cabral & Souza, 1996). Dados históricos apresentados pela literatura observam que o câncer sempre foi associado a uma doença de caráter sujo, contagioso e sem cura, em que a sociedade discriminava seus portadores (Sant'Anna, 2000).

Receber um diagnóstico de câncer é uma notícia inicialmente devastadora e um evento de impacto importante na vida da pessoa, pois o paciente com câncer e sua família são acometidos por momentos carregados de emoções – sofrimento, dor, raiva, angústia e ansiedade – desde o momento de seu diagnóstico e durante o seu tratamento. Além de estigmatizante, essa doença acarreta prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro em decorrência do tratamento, que, geralmente, é longo (Bergamasco & Ângelo, 2001; Scott, 2004).

Além das preocupações acima descritas, o câncer de mama produz efeitos negativos na auto-estima e auto-imagem da paciente, pois o foco de atenção é um órgão repleto de simbolismo para a mulher – feminilidade, sexualidade e maternidade. Assim, sendo, o anúncio desse diagnóstico, seguido pelos tratamentos, pode ocasionar abalos significativos na vida pessoal e profissional da paciente.

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna com maior incidência entre as mulheres brasileiras, assim como uma causa relevante de mortes por câncer no Brasil. Afirma-se que é considerada uma patologia que está entre os maiores problemas de saúde pública associado ao câncer feminino no país (INCA, 2005). Se detectado em estágios iniciais, o câncer de mama é passível de tratamento e cura, aumentando o tempo de vida das mulheres.

A medicina avança com os meios tecnológicos de detecção precoce e seus tratamentos (que tornam-se mais eficientes), contribuindo para o aumento de expectativa de vida das mulheres com câncer de mama. Frente a esse panorama, o câncer abandona seu status de doença frequentemente fatal e assume características de uma doença crônica (Ferreira, 1997).

Sabe-se que o paciente com câncer passa por um difícil processo de adaptação ao tratamento e aos procedimentos médicos, necessitando, portanto, do acompanhamento de uma

equipe interdisciplinar que vise promover condições para que sua reabilitação seja mais rápida e menos dolorosa. Para tanto, a área médica deve conhecer as tecnologias de tratamento mais apropriadas a cada caso. Na área psicológica, os profissionais devem ser capazes de identificar os comportamentos mais adaptativos ao contexto do câncer e proporcionar ao doente, condições para que ele se comporte de forma mais funcional, de modo que traga benefícios à sua saúde e garanta sua qualidade de vida (Costa Jr, 2001).

Câncer de mama e seu tratamento: aspectos biológicos

Na década de trinta, o câncer era considerado como uma doença que se desenvolvia em pessoas que haviam cometido algum mal e que deveriam pagar por isso com uma doença sem cura. Segundo Sant'Anna (2000), com o início das observações médicas, fez-se uma correlação do câncer com a falta de higiene da pessoa e do lugar em que vive. Assim, pessoas acometidas por esse mal se calavam e o silêncio era a única condição admissível socialmente, já que o câncer era visto como uma enfermidade maligna. Não compartilhar esse segredo garantia a participação em sociedade, pois homens e mulheres com câncer não eram aceitos em hospitais devido à crença de que se tratava de uma patologia contagiosa e também por estar associado à corrosão, a aspectos desumanizantes e fétidos. Nesta época seu tratamento consistia de visitas a benzedadeiras, uso de feitiços, promessas, porte de amuletos e remédios caseiros, como ervas, pedras e ossos.

Nos anos quarenta, o câncer passa a ser relacionado mais aos hábitos de vida (como fumar e ingerir álcool, por exemplo) do que aos hábitos de higiene. Esforços incontáveis são feitos para descobrir os agentes propiciadores do câncer, vulnerabilidades associadas, bem como sua evolução, diagnóstico, tratamento e prevenção da recidiva (Malzyner, Caponero & Donato, 2000).

Especialmente em se tratando do câncer de mama, o quadro é ainda mais agravante, pois a doença “maligna” ataca o símbolo de feminilidade e sedução da mulher e não restava outra solução senão esperar pela morte lenta e implacável.

À medida que os estudos sobre o câncer avançavam, definiu-se o câncer dentro de um grupo de doenças que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (Franks, 1990). O crescimento descontrolado e mais rápido do que as células normais resultam em uma invasão dessas, gerando novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão as atividades de crescimento

descontrolado. As células cancerosas substituem as normais e os tecidos invadidos perdem suas funções. A este processo dá-se o nome de metástase (INCA, 2005).

Assim como muitas outras doenças, o câncer pode ter causas internas ou externas ao organismo. De acordo com Love (1994) as causas internas englobam as mutações nos genes das células e a capacidade do organismo de se defender das agressões do meio. As causas externas são aquelas em que o organismo é exposto à agentes químicos, radioativos e virais, ou seja, fatores ligados ao meio ambiente (fumaça de indústrias e radiação solar), aos hábitos e costumes próprios de um ambiente social e cultural (como o tabagismo, alcoolismo e hábitos sexuais, por exemplo) e às condições adversas do meio ambiente que geram stress, depressão e demais doenças, ou seja, estados emocionais que influenciam na ocorrência de doenças.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) previu para o ano de 2005 o diagnóstico de mais de 460.000 novos casos de câncer, sendo 240.000 em mulheres. Nos homens, os tipos de câncer mais comum estão localizados na pele, próstata e pulmões e nas mulheres, o câncer de pele, de mama e de colo de útero são os mais freqüentes. É fato que o câncer de mama é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina brasileira. Estima-se para esse ano que 50.000 mulheres serão diagnosticadas com câncer de mama, vindo a óbito em torno de 10.000 delas. Segundo informações do INCA (2005), um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença é descoberta. Cerca de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados, gerando tratamentos muitas vezes mais mutilantes, o que causa maior sofrimento à mulher.

Há que se observar que os meios de comunicação têm sido o veículo usado para divulgar campanhas de prevenção ao câncer de mama de maneira objetiva, conscientizando a população sobre a importância da prevenção e de um diagnóstico precoce. As associações de apoio enfatizam que o diagnóstico pode ser simples e rápido e que deve começar dentro de casa, com o auto-exame das mamas. O auto-exame deve ser feito mensalmente após a menstruação e consiste na inspeção e palpação das mamas com o intuito de verificar a existência de nódulos, dor e alterações na pele (Sasaki, 2000). Outras formas de diagnosticar o câncer de mama podem ser feitas através do Exame Clínico das Mamas (ECM), da mamografia, da ultra-sonografia e da biópsia aspirativa.

O ECM é realizado por um médico ou enfermeira treinados e é possível detectar nódulos de até um centímetro de tamanho, se superficial. A mamografia é atualmente o exame de imagem radiográfica que consegue diagnosticar com precisão e precocemente as malignidades, revelando neoplasias com poucos milímetros e ainda não palpáveis. A ultra-

sonografia é um exame que complementa a mamografia, auxiliando na caracterização dos tumores. E, finalmente, como descreveu Sasaki (2000), a biópsia aspirativa é indicada nos casos de lesões palpáveis e é realizada por meio de um instrumento composto por uma cânula, mola e agulha, que uma vez acionado determina a retirada do fragmento da lesão, que será posteriormente submetido ao exame histopatológico.

Para Sasaki (2000), esses exames fornecem dados suficientes para avaliar o grau de estadiamento clínico do câncer, ou seja, a extensão anatômica da doença e dos órgãos acometidos, e a opção entre os tratamentos radical ou conservador. Dentre as cirurgias conservadoras encontram-se a tumorectomia e a quadrantectomia. A primeira consiste na remoção somente do tumor, já a segunda é a extirpação de um quadrante da glândula mamária onde está localizado o tumor e sua pele circundante. Esses procedimentos somente são usados para excluir nódulos de pequeno diâmetro.

Para tumores com mais de três centímetros de diâmetro é recomendado a mastectomia radical modificada, onde a mama é totalmente extirpada e há um esvaziamento radical, no entanto, preserva-se o músculo peitoral. No caso de existir infiltração extensa da musculatura peitoral (em casos de câncer localmente avançados) é utilizada a cirurgia de mastectomia radical, a qual além da retirada total da mama, são extraídos os músculos peitorais e há um esvaziamento axilar radical (Sasaki, 2000).

Seguido a essas cirurgias mutiladoras, a mulher pode optar pela cirurgia de reconstrução mamária, durante ou após a cirurgia para retirada do tumor. De acordo com Camargo, Marx e Sasaki (2000) a reconstrução mamária tem por objetivo restabelecer a imagem corporal e melhorar a auto-imagem, além de restaurar uma parte do corpo da mulher.

Depois de passado esse processo cirúrgico, há probabilidade de recidiva e/ou metástase. Com o intuito de minimizar as chances dessas ocorrências, a mulher é submetida a outros tratamentos. A radioterapia é um tratamento no qual utilizam-se radiações para destruir um tumor ou minimizar as chances de recorrência na área da cirurgia por destruir eventuais células residuais e interromper seu crescimento. Na quimioterapia utilizam-se medicamentos para combater o câncer. Ao cair na corrente sanguínea, eles são levados a todas partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo também, que elas se espalhem pelo corpo. A hormonoterapia consiste na manipulação dos hormônios corporais, já que se sabe que alguns tipos de câncer de mama são dependentes dos hormônios femininos. Esses tratamentos podem ser realizados isoladamente ou em combinações e é de extrema importância seu seguimento até o fim para evitar a recidiva da doença (INCA, 2005; Malzyner, Caponero & Donato, 2000).

Como pode ser visto, o câncer de mama é uma doença crônica grave, mas que se detectado em seus estágios iniciais e tratado adequadamente tem cura, permitindo que a paciente tenha uma vida normal. Para isso, é importante que se criem políticas sérias e constantes de prevenção e combate ao câncer de mama. Aliado a esta postura, a medicina empreende esforços contínuos na descoberta de tratamentos menos dolorosos e técnicas cirúrgicas menos mutiladoras.

Extirpar a mama possui uma conotação extremamente complexa para as mulheres. O símbolo de feminilidade, sedução e maternidade foi amputado. A auto-imagem, a auto-estima e o relacionamento com o parceiro ficam abalados. Aos profissionais da área da saúde cabe a tarefa de organizarem-se em equipes multiprofissionais para o atendimento integral a esta clientela, em que o aspecto biopsicossocial de ser humano prevaleça.

Câncer de mama e seu tratamento: aspectos psicológicos

Historicamente, a Psicologia da Saúde começou com um grupo de trabalho no ano de 1970, formado pelos associados da American Psychological Association (APA) que observaram a necessidade de organizarem-se para definir as diretrizes de ações dos psicólogos no contexto da saúde. Nessa década também os psicólogos brasileiros iniciaram seus trabalhos nas instituições hospitalares (Gorayeb, 2001; Kerbauy, 2001; Miyazaki & Amaral, 2001; Kerbauy, 2002).

Deste tempo até hoje, essa prática já foi denominada de diversas maneiras, como Psicologia Médica, Psicossomática, Psicologia Hospitalar e Medicina Comportamental, mas a denominação mais freqüentemente utilizada é Psicologia da Saúde, principalmente por profissionais de orientação cognitivo-comportamental (Starling, 2001). Esse termo é usado, pois segundo alguns autores (como Kerbauy, 2001; Miyazaki & Amaral, 2001; Kerbauy, 2002) é o único que engloba a área em que realmente o psicólogo atua: o contexto da saúde, seja dentro ou fora de um hospital, enfocando os comportamentos interligados às doenças. Esse modelo de atuação rompe com o modelo médico tradicional, no qual o paciente não tem papel ativo.

Por muito tempo, o papel do psicólogo em instituições de saúde esteve ligado ao ensino e à pesquisa em escolas médicas, entretanto, nos dias atuais, o profissional da Psicologia é chamado também para atuar junto a equipes interdisciplinares e multiprofissionais, como o objetivo de contribuir para a prevenção, tratamento e reabilitação

de doenças biológicas que exigem intervenções comportamentais (Miyazaki & Amaral, 2001).

Matarazzo (1980) definiu a Psicologia da Saúde como:

Um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas a Psicologia, à promoção e a manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças, à identificação da etiologia e ao diagnóstico relacionados à saúde, à doença e às funções relacionadas, e a análise do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde (p. 815).

Aos profissionais que se engajaram nesta nova área de atuação coube a tarefa de realizarem pesquisas e proporem técnicas de intervenção cientificamente apoiadas e adequadas ao contexto de enfermidade (Miyazaki e cols, 2002). A necessidade cada vez mais crescente da área de saúde a respeito do trabalho do psicólogo fez com que seu papel fosse definido (Venâncio, 2004).

O psicólogo como agente de mudança comportamental no contexto da saúde é responsável por lidar com os comportamentos que mantêm a doença e promovam a saúde (Amaral, 1999; Miyazaki & Amaral, 2001). De acordo com Amaral (2001a) o foco de análise são as variáveis de controle imediatas, que ao serem alteradas podem alterar o comportamento. A curto prazo, este tipo de manejo comportamental pode auxiliar na intervenção de outros profissionais e facilitar o trabalho interdisciplinar como um todo. Já a médio e longo prazo, a Psicologia deve contribuir para que o paciente desenvolva padrões de comportamentos de adesão ao tratamento, prevenção de problemas de saúde e comportamentos de risco. Desta forma, a intervenção psicológica pode atuar na prevenção, tratamento e reabilitação (Guimarães, 1999; Miyazaki & Amaral, 2001), na coesão da equipe interdisciplinar (Angerami-Camon, 1995) e nas orientações às famílias dos pacientes (Laloni, 2001; Venâncio, 2004).

Essa área se distingue da Psicologia Clínica por compreender o comportamento no contexto da saúde e doença (Kerbaui, 2001) e por descrever especificamente o papel dos fatores psicológicos na regulação do estado de saúde (Miyazaki & Amaral, 2001; Starling, 2001).

Dentro do contexto hospitalar, a Psicologia da Saúde ramifica-se entre os diversos setores de atuação médica. A oncologia recorre aos psicólogos para auxiliá-los no momento

de fornecer o diagnóstico do câncer para o paciente e sua família (Carvalho, 2002). Nasce então, uma ramificação da Psicologia da Saúde: a Psiconcologia.

Segundo Gimenes (2003)

A Psiconcologia começa a surgir como área sistematizada de conhecimento a partir do momento em que a comunidade científica passa a reconhecer que tanto o aparecimento quanto a manutenção e a remissão do câncer são intermediados por uma série de fatores cuja natureza extrapola condições apenas de natureza biomédica. (p.42).

De acordo com a autora, a Psiconcologia é considerada como uma interface entre a Psicologia e a Oncologia, pois os conhecimentos adquiridos foram gerados nessas duas áreas. Desta forma, a Psiconcologia dá assistência na prevenção, no tratamento, na reabilitação e na fase terminal junto aos pacientes oncológicos, sua família e os profissionais de Saúde envolvidos. Essa área engloba também a pesquisa e o estudo das variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer. E, finalmente, a Psiconcologia pode contribuir na organização dos serviços de oncologia que visem ao atendimento integral do paciente (físico e psicológico), dando suporte à formação e o aprimoramento dos profissionais de Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (Gimenes, 2003).

Com os avanços na área médica, aumenta-se o tempo de sobrevivência de um paciente oncológico sendo importante um acompanhamento psicológico que garanta qualidade de vida aos enfermos.

O diagnóstico e o tratamento do câncer tem efeitos importantes na vida do paciente, o que gera sentimentos de raiva, tristeza e insegurança e também reestruturação das atividades diárias (Costa Jr, 2001). Cabe ao psicólogo a função de auxiliar o paciente oncológico a organizar suas atividades, verificar quando as reações emocionais interferem no tratamento e auxiliar a equipe no manejo comportamental do enfermo, facilitando o seguimento das orientações médicas, ou seja, obtêm-se uma participação mais ativa e positiva do paciente durante o tratamento, resultando numa melhor adesão, evitando assim, o abandono do mesmo (Carvalho, 1996).

Pesquisas (Spiegel, 1990; Leal, 1993) mostram que as mulheres com câncer de mama submetidas ao acompanhamento psicológico obtêm ganhos significativos, tais como: melhora no estado geral de saúde; melhora na qualidade de vida; melhor tolerância aos efeitos

adversos da terapêutica oncológica (cirurgia, quimio/radioterapia) e melhor comunicação entre paciente, família e equipe. Dessa forma, observa-se que as intervenções psicológicas podem ter conseqüências positivas tanto no aspecto emocional – depressão e ansiedade – quanto nos sintomas físicos – náuseas, vômitos e fadiga (Spiegel, 1990).

De acordo com Meyer e Mark (1995) e Owen, Klapow, Hicken e Tucker (2001) as intervenções psicossociais influenciam positivamente o ajustamento emocional e funcional da paciente e aliviam os sintomas adversos decorrentes do câncer e do seu tratamento. Outros autores (Spiegel, 1990; Leal, 1993) até relatam o aumento de tempo de sobrevivência das mulheres com câncer como efeito adicional da atuação do psicólogo. Porém, é uma constatação que exige cautela ao ser anunciada, pois trata-se de uma variável de difícil precisão na mensuração.

Sabe-se que o estado emocional de um indivíduo prejudica o bom funcionamento do sistema imunológico causando alterações bioquímicas que podem ser consideradas como um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento das doenças (Guntert, 1995; Carvalho, 1996). No entanto, essa vulnerabilidade não pode ser considerada isoladamente diante do desenvolvimento de uma enfermidade e muitas questões precisam ainda ser esclarecidas e comprovadas (Glaser & Glaser, 1989).

O câncer de mama e a mastectomia carregam estigmas de sofrimento, morte e mutilação. O diagnóstico de câncer de mama gera sentimentos variados a respeito da feminilidade e auto-imagem. A cirurgia de mastectomia, que em muitos casos consiste na amputação total do membro, deixam as mulheres envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas (Wanderley, 2003). As atitudes e os sentimentos modificam-se com o decorrer do estágio da doença: inicial, avançado e final.

Gimenes e Queiroz (2000) com o objetivo de investigar as situações vivenciadas pelas mulheres mastectomizadas nas diferentes fases da doença, fizeram um estudo longitudinal, durante um ano, com 36 mulheres mastectomizadas, com idades entre 28 e 65 anos. Essa pesquisa foi composta por três fases: a coleta de dados era realizada 48 horas, 3 meses e um ano após a mastectomia. Os resultados indicaram que após a mastectomia, a mulher sente-se culpada, com raiva, envergonhada e tem medo da morte. Depois de passado três meses da cirurgia, os relatos apresentam a família como uma forte rede de apoio para o enfrentamento da doença e há uma retomada das atividades cotidianas. Passado um ano do diagnóstico, a mulher convive com o medo da recidiva do câncer.

Ao investigar as repercussões psicológicas associadas ao câncer de mama em mulheres que já foram submetidas a mastectomia, Rossi e Santos (2003) também observaram,

assim como Gimenes e Queiroz (2000), que as reações psicológicas diferem em cada etapa do tratamento. No pré-diagnóstico, as dez mulheres entrevistadas (com idades entre 41 e 50 anos) disseram que mesmo percebendo algo diferente com as mamas, postergaram a procura ao médico, como uma maneira de ocultar a realidade. Assim, quando receberam o diagnóstico, os sentimentos mais comuns foram a raiva, culpa, tristeza, insegurança, incerteza em relação ao tratamento e sobrevivência e consciência da possibilidade de morte iminente. Durante o tratamento, as mulheres relataram que se sentiram inseguras em relação ao tratamento adotado e se esse realmente traria os benefícios devidos. Após o tratamento, há medo de que o câncer retorne, mas por outro lado, as mulheres passaram a sentir-se mais confiantes e retomaram as atividades da vida diária.

Dados parecidos foram encontrados por Souza (1997). Esta autora queria verificar a compreensão do diagnóstico de câncer das mulheres portadoras de câncer de mama antes da explicação médica e entrevistou oito mulheres, com idades variando entre 35 e 55 anos. A análise e discussão das entrevistas foi realizado segundo a visão fenomenológica existencial e mostraram que o diagnóstico gera ansiedade, insegurança, desesperança, além do medo da doença, do tratamento e da morte. As mulheres relataram ainda que o diagnóstico abala seus projetos de vida, mas que contribuíram para que elas tentassem vivenciar os acontecimentos importantes na vida de maneira saudável.

Em se tratando de relacionamento sexual com o parceiro, Duarte e Andrade (2003) fizeram um estudo com vistas a compreender como as mulheres mastectomizadas percebem a própria sexualidade. Sabe-se que a mama é o símbolo de feminilidade, contribuindo com a sedução e o erotismo em um relacionamento sexual e que sua ausência pode contribuir com o aparecimento de dificuldades nesta esfera da vida. Apesar de não ser um estudo extremamente centrado nesse aspecto (mesmo sendo esse o objetivo), os autores encontram dados interessantes. Os resultados se assemelham aos dos estudos já citados em relação aos aspectos gerais da vida da paciente, e, no que concerne à sexualidade, eles verificaram que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela torna-se mais receptiva, o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento torna-se melhor. Esses resultados corroboram com os encontrados por Rossi e Santos (2003) em que o relacionamento sexual dependeu muito de como era antes da doença. Aquelas com bom relacionamento com o parceiro continuaram da mesma forma, mas aquelas que o relacionamento não era bom, relataram piora.

Sabe-se que a mastectomia causa prejuízos de ordem física, emocional e social. De ordem física porque pode ocorrer infecção após a cirurgia e há uma limitação nos

movimentos dos braços e ombros e, conseqüentemente, limitações nas atividades diárias da vida normal. O emocional fica abalado, circundado de sentimentos negativos em relação à doença. No campo social, causa dificuldades, pois as mulheres sentem vergonha e escondem a mutilação (Camargo, Marx & Sasaki, 2000).

Com o objetivo de compreender o significado da mastectomia para mulheres no pós-operatório por câncer de mama, Ferreira, Franco e Queiroz (2002) entrevistaram 24 mulheres mastectomizadas e encontraram características em comum. São elas: medo da morte e da metástase; mutilação associada a modificação do corpo; tristeza, estranhez da amputação; medo de ficar incapacitada das atividades profissionais; preocupação com a queda do cabelo decorrente do tratamento quimioterápico; demonstraram interesse em fazer reconstrução mamária; uso de disfarces no peito ao freqüentarem lugares públicos; dificuldades com o parceiro por sentirem-se envergonhadas; e relatam mudanças de comportamentos, no estilo de vida e na forma de pensamento como uma maneira de enfrentar o pós-operatório e a convivência com a doença.

Arán e colaboradores (1996) entrevistaram 52 mulheres com câncer de mama e, ao analisarem o conteúdo das entrevistas, verificaram que muitas delas (provavelmente por falta de informações), associaram o câncer a uma doença incurável e demoravam em procurar atendimento por medo da confirmação do diagnóstico. Essa pesquisa sinaliza a importância da divulgação e campanhas informativas do governo federal a respeito de informações, pois diversas participantes desse estudo relataram demora em procurar atendimento médico, pois não sentiam dores, mesmo percebendo a presença de nódulos na mama. Esses dados corroboram com o estudo de Neme e Kato (2003).

Para averiguar as crenças e os temores diante do tratamento em mulheres com diagnóstico positivo de câncer de mama, na fase inicial do tratamento, Neme e Kato (2003) entrevistaram 20 mulheres, entre 30 e 65 anos de idade, com câncer de mama – com níveis de estadiamento entre I a III, sem metástase. Ao conduzir uma entrevista semi-estruturada, as pesquisadoras observaram que a maioria das mulheres vêem o câncer de forma muito negativa, mesmo quando diante de prognósticos positivos e possibilidade de cura. Desse modo, as mulheres relataram temores quanto à quimioterapia e radioterapia, indicando a falta de informação à respeito dos tratamentos (e isso poderia explicar os temores). Esse estudo gerou informações além dos objetivos ora propostos. Através dos relatos das participantes, os autores extraíram variáveis que ajudam a lidar melhor com a doença e os tratamentos, são elas: a vontade de viver, a fé divina, a presença e o apoio dos familiares, amigos e equipe de saúde.

Com o objetivo de verificar o papel da fé no enfrentamento do câncer e nos tratamentos oncológicos, Horta, Neme, Capote e Gibran (2003) entrevistaram 24 pacientes com câncer, entre 35 e 65 anos e constataram que após o diagnóstico da doença, 87,5% das entrevistadas relataram aumento da fé, justificando que essa era uma estratégia essencial para ajuda-los a enfrentar a doença e seus tratamentos. Esses autores concluíram que a fé facilita a superação de uma enfermidade e estimula a emergência de atitudes positivas, não só diante da doença e do tratamento, como também diante de outros problemas do cotidiano. Os resultados encontrados nesse estudo, corroboram com os encontrados por Neme e Kato (2003) no que diz respeito ao papel da fé como maneira de lidar melhor com a enfermidade. Infelizmente, Horta, Neme, Capote e Gibran (2003) não conseguiram operacionalizar os comportamentos dos entrevistados associados à religiosidade, pois, conforme apontam, não há clareza no discurso dos participantes. A explicação dessa ocorrência dá-se pelo fato de que os entrevistadores foram instruídos a deixar fluir o discurso do entrevistado, com pouco direcionamento durante a entrevista.

Na literatura especializada da área de câncer, há relatos de pesquisas que geram dados indicativos de que pacientes com câncer relatam experienciar mudanças positivas em suas vidas desde o diagnóstico. Para averiguar esse fato, Tomich e Helgeson (2004) desenvolveram um estudo com 364 mulheres com câncer de mama, nos diferentes estágios da doença e que foram submetidas à cirurgia e à quimioterapia como tratamento. Elas foram divididas em quatro grupos: o Grupo 1 (n=74) participou de discussões em grupo a respeito do câncer, seu tratamento e emoções associadas; o Grupo 2 (n=79) participou do grupo educacional, que, através de palestras com profissionais da área da saúde, proporcionou informações a respeito do câncer de mama; o Grupo 3 (n=82) consistiu da combinação dos Grupos 1 e 2; e o Grupo 4 (n=77) foi considerado grupo controle por não receber nenhum tipo de intervenção. As características demográficas e da doença foram coletadas no primeiro encontro, já os outros instrumentos foram aplicados antes da intervenção, quatro meses após o diagnóstico (T1), três meses após T1 (T2) e seis meses após T2 (T3).

Como parte integrante da análise dos dados, Tomich e Helgeson (2004) utilizaram os resultados obtidos de dois instrumentos. O primeiro consistia de uma Escala Likert de quatro pontos (1-nunca e 4-muito), com itens adaptados do Behr's Positive Contributions Scale. Esse instrumento avaliou as atitudes e os comportamentos que tiveram mudanças como resultado de ter câncer de mama nos aspectos: prioridades pessoais, atividades diárias, família, visão do mundo, relacionamentos, carreira, religião e aumento do contato social como resultado da participação na intervenção em grupo. O segundo instrumento, o SF-36, é uma

Escala Likert de cinco pontos (1-nunca e 5-extremamente) que avalia a qualidade de vida nos seguintes aspectos: funcionamento físico, função física (limitações por problemas físicos), dor corporal, saúde em geral, função emocional (limitações por problemas emocionais), função social, vitalidade e saúde mental.

Os resultados deste estudo indicaram que mulheres de baixa renda são mais propensas a perceber os benefícios advindos com o câncer, provavelmente porque sua rotina diária é árdua e elas possuem mais experiências em tentar construir alguma coisa positiva diante de um fato negativo. Assim, buscam o significado da doença e seus benefícios na religião. Os dados também indicaram que mulheres diagnosticadas com doença mais severa percebem mais benefícios do que mulheres diagnosticadas em estágios menos severo. Como os próprios autores apontam, esse resultado está de acordo com a literatura que aponta que indivíduos que experienciam eventos mais traumáticos na vida relatam mais benefícios do que aqueles que experienciam menos traumas. No estudo em questão, mulheres diagnosticadas com doença mais severa podem ter encontrado mais benefícios em sua experiência porque elas examinaram mais criticamente sua situação, comparadas com aquelas diagnosticadas com doença menos severa. No entanto, perceber benefícios após o câncer de mama está associado com conseqüências negativas na qualidade de vida da mulher. Encontrar algo de positivo pode ser uma forma de amenizar as informações negativas, principalmente entre as mulheres dos estágios mais avançados da doença. Porém, esse estudo de Tomich e Helgeson (2004) apresenta um problema metodológico, pois somente são questionados benefícios e não malefícios, o que induz que sejam encontrados dados que apontam mais benefícios.

Com o intuito de verificar o distress² entre mulheres com problemas iniciais na mama e mulheres saudáveis e sem história de câncer, Cunningham, Andrykowski, Wilson, McGrath, Sloan e Kenady (1998) recrutaram, em um centro de diagnóstico de câncer de mama, 66 mulheres com problema iniciais na mama e que passaram por biópsia ou por algum exame diagnóstico na mama (Grupo 1) e 66 mulheres saudáveis e sem história prévia de câncer (Grupo 2). Os dados foram coletados a partir dos seguintes instrumentos: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – que mede sintomas depressivos independentes de sintomas somáticos; The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-2, que mede a ansiedade; The Profile Mood States (forma resumida), que permite o acesso a distúrbios de humor; Symptom Experience Report – Past week, usado para avaliar a qualidade de vida; e

² Se traduzido para a língua portuguesa, encontra-se “sofrimento” e “angústia”, porém optou-se por deixar o termo sem tradução.

questões sobre preocupações com o câncer de mama, percepção de riscos e de controle compuseram um questionário à parte.

Os resultados indicaram que as mulheres do Grupo 1 relataram (significativamente) mais distress específico ao câncer de mama do que as mulheres do Grupo 2. Observou-se que as mulheres mais jovens e com mais sintomas mamários relatam uma maior preocupação com o câncer de mama. O número de sintomas mamários relatados por mulheres que perceberam um alto grau de controle no prognóstico de câncer de mama (eficácia nas formas de diagnóstico, como a mamografia), não estavam relacionados à preocupação com câncer de mama. Ao contrário, para mulheres com baixa percepção de controle, as preocupações com câncer de mama variaram em função do número de sintomas mamários, com mais sintomas associados com o aumento de distress.

Para identificar estratégias de enfrentamento associadas com ajuste psicológico no câncer de mama avançado, usando o distress emocional como medida de ajustamento, Classen, Koopman, Angell e Spiegel (1996) utilizaram os dados coletados em linha de base de um outro estudo ao qual as mesmas mulheres participavam (esse estudo tinha como objetivo verificar o efeito da psicoterapia de grupo no ajustamento e no tempo de sobrevivência de mulheres com câncer avançado na mama). Foram avaliados os dados de 101 mulheres diagnosticadas com metástase ou recidiva de câncer de mama. Para avaliar distúrbios do humor usou-se The Profile of Mood States. Dados a respeito do grau de controle emocional e das estratégias de enfrentamento relacionadas ao câncer foram acessados através do The Courtlauld Emotional Control Scale e do The Mental Adjustment to Cancer Scale. Esse segundo instrumento mede cognições dos pacientes e respostas comportamentais diante do diagnóstico de câncer e seu tratamento. Variáveis médicas e demográficas também foram coletadas.

Perante os dados, os pesquisadores puderam concluir que o distress emocional foi negativamente associado com a adoção de espírito de luta e positivamente associado com controle emocional, indicando que o controle emocional em mulheres com câncer avançado na mama produz mais distress. Não foi encontrada nenhuma associação entre distress com negação e pensamento fatalístico. Como os próprios autores apontam, por se tratar de um estudo vertical não se pode concluir que a expressão emocional ou adoção do espírito de luta resulta em menos distress emocional.

Spencer, Lehman, Wynings, Arena, Carver, Antoni, Derhagopian, Ironson e Love (1999) coletaram dos dados de sua pesquisa com 223 mulheres no estágio inicial do câncer de mama. A pesquisa tinha por objetivo obter informações a respeito das preocupações de

pacientes no estágio inicial do câncer de mama durante o primeiro ano após o tratamento. As mulheres, com idades entre 27 e 87 anos, responderam instrumentos sobre o diagnóstico e tratamento do câncer (especialmente elaborado para a pesquisa), a respeito do impacto emocional (The Profile of Mood States, forma resumida, que avalia o grau de ansiedade, raiva e depressão; The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale, que avalia o nível cognitivo, afetivo, motivacional e sintomas somáticos; e um questionário a respeito da qualidade de vida em geral); a respeito do impacto psicosexual (a subescala The Sexual Relations do The Psychosocial Adjustment of Illness Scale – que mede a interferência da doença no interesse sexual, atividades e habilidades – e itens que focam a atratividade física, desejo sexual e feminilidade). Para avaliar a quebra nas atividades sociais e de lazer, usou-se a subescala Social Activities and Recreational Pastimes do Sickness Impact Profile.

Os resultados obtidos no estudo Spencer e cols (1999) demonstraram que a população estudada apresentou preocupações com a possibilidade de recorrência do câncer de mama, com a doença, com o perigo das terapias usadas no tratamento, de morte prematura, de dor, preocupações a respeito do aspecto financeiro. As que eram casadas tinham a preocupação de ter a vida curta com os parceiros. As que tinham filhos, demonstraram o medo de não os ver crescer. Em relação a quimioterapia, as mulheres apresentaram medo em relação aos efeitos colaterais do tratamento e de morte. Os pesquisadores encontraram um dado interessante: as pacientes com mais idade relatam menos preocupações sobre os assuntos sexuais e a respeito do parceiro do que as mais jovens, no entanto, eles não souberam explicar porque esse fato se deu.

Alguns autores consideram que algumas doenças graves podem ser incluídas no rol de eventos traumáticos e por isso gerariam sintomas pós-traumáticos. Cordova, Cunningham, Carlson e Andrykowski (2001) são alguns desses. A pesquisa desenvolvida por eles mostrou que as mulheres com câncer de mama apresentaram melhor adaptação ao meio ambiente gerado pela enfermidade maior que seus pares saudáveis. Os autores hipotetizaram que um alto crescimento pós traumático está relacionado com câncer de mama, pois trata-se de uma situação em que as mulheres precisaram empreender estratégias para enfrentá-lo. A amostra foi composta por 70 mulheres com câncer de mama e 70 mulheres saudáveis.

Outro estudo encontrado na literatura diz respeito aos sentimentos gerados nas fases do tratamento. Sabe-se que a quimioterapia é um tratamento doloroso e que implica em efeitos colaterais fortes e danosos ao corpo. Ao mesmo tempo em que essa química atinge as células cancerígenas, ela também atinge as células saudáveis, por não conseguir distinguir uma das outras. Como toda e qualquer situação nova na vida de indivíduo, a quimioterapia

também pode gerar ansiedade e efeitos associados à ansiedade. Com o objetivo de verificar a ansiedade gerada antes e após a primeira infusão de quimioterapia e nas demais infusões, Jacobsen, Bovbjerg e Redd (1993) aplicaram em 53 mulheres, de 29 a 78 anos, o State-Trait Anxiety Inventory, que é uma medida de auto-relato da ansiedade, com notas de 1 a 5. Elas responderam também o VAS measures onde constam cem situações em que possam ter sentido ansiedade. Esses dados foram coletados em sala de espera, antes da primeira infusão de quimioterapia. Vinte e quatro horas após a quimioterapia, as mulheres eram novamente procuradas, por telefone, e questionadas a respeito do aparecimento de efeitos colaterais (náusea, vômito, mudança de apetite, cansaço, queda de cabelo, dor, alergia, diarreia, fraqueza, nervosismo e calafrio).

Os resultados dos inventários acima descritos sugerem que a ansiedade mais intensa na primeira infusão está associada a traços ansiosos e à pacientes mais jovens, pois as participantes que experienciaram nervosismo e um grande número de efeitos colaterais após a primeira infusão, estavam mais propensas a sentirem-se mais ansiosas perante a segunda infusão de quimioterapia (isso pode ser explicado através do condicionamento operante, em que um estímulo inicialmente neutro quando emparelhado com o estímulo aversivo, torna-se um estímulo aversivo, evocando respostas condicionadas de ansiedade; e também em relação à expectativa diante os efeitos colaterais).

Os autores (Jacobsen, Bovbjerg & Redd, 1993) hipotetizam que pacientes mais jovens apresentaram nível maior de ansiedade pois as mesmas não passaram por muitas situações “estressoras” por serem jovens. Eles concluíram que mais participantes ficaram ansiosas e essa ansiedade foi mais intensa na primeira infusão de quimioterapia do que nas demais. Como há uma alta prevalência de ansiedade antes da primeira infusão de quimioterapia, os autores sugerem que os pacientes no começo dos ciclos de quimioterapia poderiam se beneficiar de informações a respeito do curso desse tratamento bem como de um suporte psicológico, que vise introduzir métodos para reduzir a ansiedade antes da primeira sessão de quimioterapia. No entanto, os resultados dessa pesquisa podem estar enviesados pois as mulheres foram contactadas via telefone um dia depois da quimioterapia, a fim de verificar a presença de efeitos colaterais, no entanto, segundo Sasaki (2000) muitos desses efeitos aparecem somente 2 ou 3 dias após a infusão (como náusea, vômito) e outros aparecem depois de vários dias (como a queda de cabelo). Portanto, esse dado não foi corretamente acessado.

Na literatura, também encontram-se pesquisas que avaliam a efetividade de programas de intervenção com a população portadora de câncer de mama. Helgeson, Cohen,

Schulz e Yasko (2001) verificaram o efeito de diferentes intervenções em grupo na qualidade de vida das participantes e se os efeitos conseguidos a curto prazo, seriam mantidos através dos anos de seguimento. Para isso, participaram da pesquisa, 312 mulheres com diagnóstico de câncer de mama nos Estágios I e II, que foram submetidas à cirurgia e a quimioterapia como formas de tratamento. Essas mulheres tinham idades variando de 27 a 75 anos e foram recrutadas após o diagnóstico. A amostra foi dividida da seguinte maneira: Com 79 participantes, o Grupo 1 participou de oito encontros, com duração de 45 minutos cada e em cada encontro, um profissional diferente da área de saúde dava explicações a respeito do câncer de mama, tratamentos e medidas saudáveis relacionadas à recuperação. O Grupo 2, com 74 participantes, se encontram por oito vezes, com duração de 60 minutos cada vez. Nessa condição, as discussões geraram em torno da expressão (positiva e negativa) de sentimentos e a auto-exposição era incentivada por um facilitador. Os encontros do Grupo 3 correspondiam à somatória de atividades dos Grupos 1 e 2. Oitenta e duas mulheres participaram desse grupo. O Grupo 4, considerado controle por não ser submetido a nenhuma intervenção, contou a participação de 77 mulheres. Todos os grupos eram compostos por 8 a 12 mulheres.

Vários foram os instrumentos utilizados por Helgeson, Cohen, Schulz e Yasko (2001) para avaliação da eficácia das intervenções, bem como estas foram avaliadas em diferentes períodos de tempo. Contrariando a hipótese dos autores (de que o Grupo 3 ofereceria melhores benefícios às mulheres) a intervenção ao qual foi submetido o Grupo 1 foi a que apresentou melhores resultados. As participantes desse grupo apresentaram maiores níveis de vitalidade, níveis menores de dores no corpo e maiores níveis de funcionamento quando comparadas ao grupo controle (Grupo 4). Esse fato pode ser devido às informações recebidas nos encontros e que as instrumentam nas atividades do dia-a-dia (demonstrando ser uma aprendizagem ao longo do tempo). Não foram detectados benefícios ao longo do tempo para o Grupo 2, talvez porque a expressão emocional necessite de um tempo maior para gerar benefícios e talvez porque somente a expressão emocional não seja forte o suficiente para afetar o funcionamento físico e psicológico. Como o Grupo 1 apresentou os melhores resultados e o Grupo 2 também apresentou bons resultados, os pesquisadores hipotetizam que a intervenção proposta no Grupo 3 também não tenha dado bons resultados porque uma intervenção pode ter anulado os efeitos positivos da outra.

Como pode ser visto, várias são as tentativas para compreender o universo das mulheres mastectomizadas. Estudos procuram trazer informações importantes acerca das vivências por elas experimentadas. Por outro lado, nenhum deles clarifica os pontos em que

há dificuldades específicas, pois apontam somente aspectos gerais após a mastectomia. Não foram encontradas pesquisas que descrevessem funcionalmente as variáveis envolvidas. Alguns estudos levantam hipóteses da relação entre os eventos ambientais, a doença e os comportamentos decorrentes, mas essa relação não é demonstrada como se pretende apresentar neste estudo.

Análise aplicada do comportamento à saúde

Existem muitas correntes filosóficas e teóricas adotada pelos diversos profissionais da Psicologia que lidam com a saúde, mas é importante, para o crescimento e fortalecimento de uma área de atuação, que se tenha um modelo teórico capaz de descrever especificamente o papel dos fatores psicológicos na regulação do estado de saúde (Miyazaki & Amaral, 2001).

O modelo psicológico de saúde adotado neste estudo é a visão biopsicossocial de ser humano proposto por Iñesta (1990). Esse modelo afirma que o biológico, o psicológico e o social influenciam o paciente em sua enfermidade. Este autor descreve que a saúde/enfermidade age sobre um corpo orgânico que está inserido em um contexto sócio-cultural de costumes e valores próprios e que se comporta. A manifestação ou não de uma enfermidade têm relação estreita com a vulnerabilidade biológica do organismo e com os comportamentos dos indivíduos que diminuem ou aumentam a probabilidade de que contraíam uma enfermidade. Nessa visão, todas doenças têm componentes comportamentais, seja na prevenção ou no tratamento. Ela (a doença) só pode ser compreendida através da atividade do indivíduo em relação a um sistema biológico e inserido em um ambiente sócio-cultural.

Em seu modelo psicológico da saúde, Iñesta (1990) propôs alguns pressupostos:

- (1) a descrição psicológica do continuum saúde-doença corresponde á dimensão individual das variáveis que ocorrem na interação entre os fatores biológicos do organismo e aqueles que constituem a ação funcional das relações socioculturais; (2) quando se analisam em um modelo psicológico, os fatores biológicos e socioculturais não possuem representação na forma de categorias correspondentes a de suas disciplinas originais; (3) os fatores biológicos se apresentam como a principal condição de existência do indivíduo e das reações biológicas integradas a sua atividade; (4) os fatores

socioculturais se apresentam como as formas particulares que caracterizam um indivíduo em sua inter-relação com as situações de seu meio, com base em sua história pessoal (p.18-19).

Esses pressupostos acima afirmam que a saúde é um contexto que integra duas dimensões diferentes: a social e a biológica. A primeira dimensão refere-se ao bem estar do indivíduo e a segunda, é a ausência da doença, mas que somente é compreendida, na prática, vinculada ao comportamento humano em relação a um sistema biológico inserido em um ambiente de natureza sócio-cultural (Iñesta, 1990).

Iñesta (1990) apontou três fatores fundamentais de um modelo psicológico de saúde. São eles: 1) a forma na qual o comportamento é responsável pela regulação dos estados biológicos, na medida em que regula a interação do organismo com as variáveis funcionais do meio ambiente; 2) as competências que definem a efetividade do indivíduo para interagir com a diversidade de situações que direta ou indiretamente afetam a saúde; 3) como os indivíduos se comportam em seu contato inicial com situações que podem afetar potencialmente sua condição biológica.

Isso implica em condições complexas nas quais os indivíduos podem prevenir doenças, provocá-las, tratá-las ou reabilitar-se (Amaral, 1999; Miyazaki & Amaral, 2001). Prevenir ou provocar doenças engloba o contato do indivíduo com variáveis ambientais que podem desencadear enfermidades. No caso da prevenção, a adoção de exames ginecológicos regulares, por exemplo, previne doenças relacionada ao trato genital. Ao dizer que um indivíduo provoca uma doença, entende-se como a adoção de condutas que aumentem a probabilidade do desenvolvimento de uma patologia, como fumar, por exemplo, aumenta a probabilidade do desencadeamento de um câncer pulmonar. Um indivíduo, quando interage com a diversidade de situações que afetam sua saúde, seja direta ou indiretamente, e apresenta comportamento de seguimento de instruções médicas e, conseqüentemente, adesão ao tratamento, está contribuindo com a solução de sua doença. E, por fim, contribui com sua reabilitação quando adota comportamentos mais adaptativos em situações que podem afetar potencialmente sua condição biológica (o indivíduo aprende a evitar expor-se a situações que podem afetar sua saúde, como por exemplo, indivíduo diabético que controla a dieta para evitar crises de hiperglicemia que podem ser danosas a saúde).

Sobre isto, Iñesta (1990) volta a ressaltar que um modelo psicológico da saúde não pode deixar de fora da análise, os modelos biológicos e sócio-culturais, mas sim deve constituir-se um modelo de interface, indispensável para relacionar variáveis de níveis

extremamente complexas. O autor ainda acrescenta que o modelo psicológico visa descrever modalidades e momentos em que é possível afetar o continuum saúde-doença por meio do comportamento do indivíduo.

A fim de facilitar o entendimento do modelo comportamental de saúde, Iñesta (1990) propôs uma representação esquemática, com duas categorias de análise: de um lado localizam-se os processos e de outro os resultados e a interação entre os primeiros e os segundos.

(...) No lado esquerdo contempla-se as categorias referentes aos processos psicológicos que vinculam condições do organismo com determinadas ações do indivíduo em um meio sociocultural. No lado direito da figura descrevem-se os resultados ou conseqüências destes ditos processos, em termo das características funcionais do comportamento, da vulnerabilidade do organismo e seus efeitos na produção-prevenção da enfermidade, e comportamentos associados a alteração biológica. (Iñesta, 1990, p.22).

Para Miyazaki e Amaral (2001) características funcionais do comportamento estão relacionadas a história de interações do indivíduo, isto é, contingências passadas na vida dos indivíduos podem determinar a forma de resposta no futuro em condições similares. A vulnerabilidade biológica engloba uma série de condições orgânicas que aumentam o risco do indivíduo desenvolver uma doença crônica ou aguda, na presença de certos fatores desencadeantes ou de contágio direto. Comportamentos de risco e prevenção podem aumentar ou diminuir a probabilidade de um indivíduo contrair uma doença.

A associação de comportamentos instrumentais de risco e elevado grau de vulnerabilidade biológica conduz inevitavelmente a patologias biológicas. Mesmo quando se trata de patologias puramente biológicas, os aspectos relacionados ao comportamento individual são de extrema importância no que se refere, por exemplo, a fatores de seguimento e adesão ao tratamento, comportamentos necessários à reabilitação nos casos de patologias congênitas ou crônico-degenerativas. (Miyazaki & Amaral, 2001, p.239).

Por fim, ainda é importante considerar os aspectos comportamentais que aparecem associados às diversas patologias e que constituem problemas em si mesmos. Iñesta (1990) identificou três fatores psicológicos fundamentais relacionados à doença biológica. O

primeiro refere-se à predisposição comportamental, derivada de contingências biológicas. O segundo fator são os comportamentos normalmente associados às condições biológicas que ocorrem na ausência de doença, e que são conseqüências da vida em sociedade. Já o último fator engloba os comportamentos que surgem em reação e como conseqüência de uma doença biológica.

É imprescindível que se conheça os problemas psicológicos relacionados às doenças orgânicas para que seja realizada uma intervenção comportamental efetiva e que sejam propostas condições adequadas de mudança comportamental, que visem diminuir a probabilidade de ocorrência de enfermidades a eles associados, por isso a importância de aliar a pesquisa à prática (Amaral, 2001b). A análise funcional do comportamento, portanto, é uma ferramenta de estudo e intervenção do analista do comportamento, que deve ser muito útil em pesquisas na área da saúde.

Para a Análise do Comportamento todos os comportamentos são multideterminados e resultam de um processo de seleção pelas conseqüências. Não existe um agente iniciador ou causa única que explique a ocorrência de um determinado comportamento. De acordo com Matos (1999) há muitas e diferentes variáveis atuando em conjunto, de maneira que não se pode falar em várias causas ou causação múltipla, pois, o que se encontram são relações entre eventos ou, por melhor dizer, entre variáveis.

Fazer análise funcional implica em descrever as contingências que produzem mudanças nos comportamentos (Meyer, 1997), ou seja, identificar a relação de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais (Souza, 1999).

Uma análise funcional nada mais é pois do que uma ‘explicação’ de um evento pela descrição de suas relações com outros eventos (Matos, 1999, p.13).

As relações funcionais, ou seja, a relação entre eventos, explicam quais são as funções de um determinado comportamento para um indivíduo. Para Costa e Marinho (2002) “(...) as funções dizem respeito à obtenção de estímulos apetitivos (ou prazerosos) ou à evitação de estímulos aversivos” (p.45). Portanto, é a análise funcional que explica e prevê o tipo de interações que um indivíduo estabelece e mantém com seu ambiente (Matos, 1999).

A análise funcional foi proposta primeiramente por Skinner (1953/1998), como método de estudo do comportamento humano.

As variáveis externas, das quais o comportamento é função, dão margem ao que se pode ser chamado de análise causal ou funcional. Tentamos prever e controlar o comportamento de um organismo individual. Esta é a nossa “variável dependente” – o efeito para o qual procuramos a causa. Nossas “variáveis independentes” – as causas do comportamento – são as condições externas das quais o comportamento é função (Skinner, 1953/1998, p.38).

Como pode ser visto, o fundador do Behaviorismo – ciência que sustenta a prática da Análise do Comportamento – descreveu que todo comportamento é selecionado por suas conseqüências dentro de contextos específicos e que, portanto, cientistas que subsidiam sua prática nesta filosofia, devem atentar para as variáveis de contexto em que os comportamentos ocorrem. Em outra passagem de seu texto, Skinner (1953/1998) foi mais explícito em relação a esse modelo, quando escreve que a interação de um organismo com o seu meio ambiente deve especificar três coisas: a ocasião em que o comportamento ocorre – o contexto antecedente; o comportamento propriamente dito; e as suas conseqüências.

Assim como Skinner (1953/1998), Sturmey (1996) também apontou que a análise funcional é constituída pelos possíveis antecedentes, comportamentos e conseqüências e que não se pode deixar de lado o papel da aprendizagem no desenvolvimento do problema.

Galvéz, Prieto e Nieto (1991) ensinam análise funcional através de um modelo explicativo. Para eles, a análise funcional é um modelo aberto uma vez que propõe o levantamento das variáveis que parecem relevantes serem detectadas e medidas para a explicação do comportamento. É um modelo geral, pois não se tem que preenchê-lo em todos os casos, forçando a presença de variáveis que não tem porque serem relevantes, nem sequer tem que estar presentes. O que deve guiar a análise é a fidelidade aos dados que se possui de cada caso e não apriorismos de modelos e, muito menos, rótulos.

Diversos métodos podem e devem ser empregados para a coleta de informações, como entrevistas, questionários, role-playing, no entanto, a observação direta deve ser a mais empregada. De acordo com Galvéz, Prieto e Nieto (1991) o modelo de análise é aplicável a qualquer seqüência comportamental ou interação. Isto significa que a seleção de umas seqüências e não outras para análise depende do interesse e da riqueza de dados que as seqüências selecionadas podem fornecer para análise. Ainda vale lembrar que a formulação de uma hipótese explicativa e preditiva é feita somente a posteriori, pois até este momento, os dados são simplesmente comportamentos sem rótulos, nem qualificações valorativas.

Os autores enfatizam que a aplicação desse modelo não leva necessariamente a uma única hipótese, mas sim em uma variedade de hipóteses. E, por fim, dados biográficos devem ser citados na análise para complementar a explicação, no entanto, efetuando-se as mudanças necessárias para manter oculto a pessoa em foco (Galvéz, Prieto & Nieto, 1991).

Como instrumento básico de qualquer analista do comportamento, a análise funcional é imprescindível para que ocorram mudanças nos comportamentos, pois estas só ocorrem quando ocorrem mudanças nas contingências (Meyer, 1997).

O psicólogo que trabalha no contexto da saúde também tem como instrumento principal de trabalho a análise funcional (Amaral, 2001a; Amaral, 2001b).

Embora a análise funcional seja um modelo de pesquisa para os analistas do comportamento, a Psicologia da Saúde tem disponibilizado inúmeras pesquisas utilizando-se de diferentes metodologias e enfocadas em diferentes modelos teóricos. Devido à esta diversidade, muitas vezes não se encontra nas pesquisas suporte científico suficiente para embasar atuações profissionais como programas de atenção, acompanhamento e prevenção de problemas em pessoas com diferentes tipos de doenças, incluindo o câncer e mais particularmente o câncer de mama

Uma intervenção baseada nos princípios da Análise do Comportamento, além de ser funcional também tem a vantagem de ser diretiva e contextual. E, ela somente pode ser configurada mediante a análise das variáveis que mantém os comportamentos apresentados por mulheres no contexto da cirurgia de retirada da mama. Assim, conhecer essas variáveis e os comportamentos com suas relações funcionais, bem como repertórios adequados para o manejo das novas contingências que se configuram após a mastectomia, são anteriormente necessárias às intervenções comportamentais.

OBJETIVO GERAL

Realizar análise funcional dos comportamentos de mulheres após a cirurgia de mastectomia.

Objetivos Específicos

1. Descrever os comportamentos em categorias de respostas em relação às mudanças ocorridas no contexto pós-mastectomia;
2. Explicar os comportamentos sob a perspectiva da Análise do Comportamento.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo quatro mulheres, com idades variando entre 34 e 49 anos (a média de idade foi de 40 anos), todas casadas. Com exceção de uma participante, todas moravam com o marido. As quatro participantes têm filhos (em média 2,25 filhos cada) e são de nível sócio-econômico médio. Três participantes possuíam grau de escolaridade superior completo e uma delas havia feito até o magistério (ensino médio). Duas trabalhavam na mesma função em que se graduaram – como professoras, uma como atendente de telemarketing e a outra não trabalhava fora de casa.

O número de entrevistas com cada participante variou de uma a três. As entrevistas aconteceram após a cirurgia de retirada da mama, porém com lacuna temporal diferenciada para cada participante (em média 78,75 dias após a cirurgia). A fase do tratamento do câncer em que as participantes estavam quando foi realizada a primeira entrevista também foi diversificada. Essa caracterização encontra-se na Tabela 1.

As participantes deste estudo foram encaminhadas por um médico mastologista da Clínica de Ginecologia e Mastologia GinecoMed da cidade de Londrina-Pr. As entrevistas foram todas realizadas em uma sala de atendimento psicológico.

Como critérios de exclusão da amostra selecionada, as participantes não poderiam ser analfabetas, pois o procedimento de coleta de dados exigia o registro escrito das situações vivenciadas. E também, as mulheres não poderiam apresentar história prévia e/ou atual de tratamento psiquiátrico, para que os resultados desta pesquisa não fossem influenciados por esse fator e por se tratarem de pacientes que necessitam de intervenção específica para suas patologias.

Tabela 1: Caracterização das participantes.

Participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação Atual	Família Atual	Entrevistas realizadas	Fase do tratamento na primeira entrevista	Tempo decorrido entre a cirurgia e a primeira entrevista
P1	49 anos	Casada	Superior completo	Professora	Mora com o marido, com a filha (27 anos) e o filho (24 anos)	Duas	Após 3º ciclo de quimioterapia	83 dias
P2	36 anos	Casada	Ensino médio (magistério)	Do lar	Mora com o marido e os três filhos (10, 8 e 4 anos)	Três	Após cirurgia	41 dias
P3	34 anos	Casada	Superior completo	Professora	Mora com o marido e duas filhas (6 e 2 anos)	Duas	Após 3º ciclo de quimioterapia	112 dias
P4	41 anos	Casada	Superior completo	Atendente de telemarketing	Mora com os dois filhos (14 e 11 anos)	Uma	Após 2º ciclo de quimioterapia	79 dias

MATERIAIS E INSTRUMENTOS

Foram utilizadas fitas cassete e um gravador de áudio durante as entrevistas com as participantes para a gravação das informações. As participantes também recebiam um caderno onde foram colocadas as situações vivenciadas por elas durante quinze dias. Esse “Diário” complementa os dados coletados nas entrevistas.

Utilizou-se um Termo de Compromisso para Utilização dos Dados dos Prontuários (Anexo 1). Este termo foi assinado pela pesquisadora, em que a mesma se comprometia a manter em sigilo as informações coletadas através dos dados dos prontuários, conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC de Campinas. As informações obtidas pelos prontuários referem-se ao diagnóstico da enfermidade. Outras informações relevantes foram obtidas diretamente com as participantes.

O médico responsável pela instituição onde foi realizada a pesquisa assinou a Carta de Ciência e Autorização (Anexo 2). Esta carta contém informações sobre a pesquisa, bem como o pedido de autorização para o acesso às informações dos prontuários das pacientes participantes.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento (Anexo 3). Neste instrumento, estão as informações relativas à pesquisa e as definições de sua participação. Nele também estavam assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisa com seres humanos: conhecimento de que as entrevistas eram gravadas; sigilo a respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados; possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ao participante; e possibilidade de obter tratamento gratuito posterior ao estudo, caso desejassem.

Desenvolvida pela pesquisadora, a Ficha de Identificação (Anexo 4) foi utilizada para obter dados pessoais das participantes, como: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, data e tipo de cirurgia realizada, tratamento após a cirurgia e história de câncer na família.

Especialmente elaborado para o presente trabalho, o Roteiro de Entrevista (Anexo 5) é composto por perguntas “disparadoras” para a entrevista, bem como lembretes para a pesquisadora durante a condução das entrevistas. As participantes eram questionadas a respeito de quais mudanças enfrentou ou está enfrentando após a cirurgia de mastectomia, o que ela tem feito para solucionar esses problemas e era encorajada a dar exemplos das situações vivenciadas.

As primeiras páginas do “Diário” que as participantes receberam contêm a explicação das informações que as elas deveriam tentar descrever. Foi colocado um exemplo,

formulado pela pesquisadora, da descrição de um dia no “Diário”. Esse exemplo pode ser visto no Anexo 6 – Informações contidas na primeira página do Diário.

E, por fim, com intuito de exemplificar a maneira como os dados foram coletados, é apresentado um Exemplo de Entrevista Realizada (Anexo 7), através da transcrição de áudio e um Exemplo de Diário (Anexo 8) de uma das participantes.

PROCEDIMENTO

1ª Etapa: Composição da amostra

O médico responsável pela clínica de ginecologia e mastologia foi contatado. Foram explicados os objetivos e procedimento da pesquisa, solicitando que o mesmo fizesse o encaminhamento das pacientes. Ele assinou a Carta de Ciência e Autorização (Anexo2).

2ª Etapa: Entrevistas

A pesquisadora entrou em contato com as pacientes encaminhadas e agendou a primeira entrevista (individual). Nesse primeiro encontro, as participantes foram informadas sobre a pesquisa e puderam tirar suas dúvidas. Então, assinaram o Termo de Consentimento (Anexo 3), que era lido e explicado pela pesquisadora, autorizando sua participação na pesquisa. Depois, as participantes respondiam à Ficha de Identificação (Anexo 4), que também era lida em voz alta pela pesquisadora que ia registrando suas respostas. Seguiu-se então, para a entrevista, de acordo com o Roteiro de Entrevista (Anexo 5). Assim, coletou-se informações relacionadas aos comportamentos das mulheres após a cirurgia de mastectomia. Mais de uma entrevista foram realizadas com algumas participantes, de acordo com a disponibilidade de tempo das mesmas e de acordo com a necessidade, em cada caso, de se coletar dados complementares.

3ª Etapa: Registro no “Diário”

Ao final da primeira entrevista, as participantes receberam um caderno – “Diário” – em que foram instruídas a registrar, durante quinze dias, as situações que vivenciariam, bem como fazer uma descrição do contexto, comportamentos (sentimentos, pensamentos e reações fisiológicas) e suas conseqüências. Nas entrevistas que se seguiram, a pesquisadora

fazia a leitura dos “Diários”, coletando informações adicionais ou mesmo direcionando as participantes a incluírem detalhes das descrições feitas.

Após os registros dos relatos em fitas cassete, todas as entrevistas foram transcritas em sua íntegra. Então, foi realizada uma análise funcional dos comportamentos verbalizados pelas participantes, ou seja, a classes de estímulos antecedentes, conseqüentes e a classe de respostas a estas relacionadas foram identificadas. Com o “Diário”, essa análise foi complementada. Toda a análise dos dados foi baseada nos princípios da Análise do Comportamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme foi apontando em diferentes seguimentos deste texto, a proposta deste trabalho difere dos demais estudos já realizados sobre aspectos psicológicos do câncer de mama. O diferencial consiste em uma análise funcional dos comportamentos das mulheres com câncer de mama após a cirurgia da mastectomia. Descrever os sentimentos, emoções e comportamentos apresentados nessa situação foi foco de diversos artigos publicados (como Arán & Cols, 1996; Gimenes & Queiroz, 2000; Ferreira, Franco & Queiroz, 2002; Rossi & Santos, 2003), no entanto, por mais que essas descrições sejam importantes, elas não subsidiam o trabalho de um analista do comportamento, que tem como cerne de sua intervenção a análise das relações entre eventos – a análise funcional do comportamento. Para desenvolver uma intervenção nos moldes analítico-comportamental, não se pode abrir mão dessa ferramenta imprescindível que é a análise funcional. Portanto, nesta seção, é apresentada a análise funcional de alguns comportamentos encontrados nos relatos das participantes, que possam subsidiar intervenções futuras com essa população.

Primeiramente, será apresentado, resumidamente, o momento de descoberta do câncer de mama pelas participantes e seu desenrolar até o momento presente, ou seja, o contexto atual em que cada participante está inserida. Isso contribuirá para o entendimento da segunda etapa dessa seção, em que serão apresentadas categorias de comportamentos e exemplo dos comportamentos verbalizados pelas participantes. Adotou-se categorias de comportamentos pois elas englobam os comportamentos que possuem a mesma função. Assim, será possível realizar a análise funcional, ou seja, será demonstrada a relação entre as classes de estímulos antecedentes, conseqüentes e as classes de respostas, baseada nos princípios da Análise do Comportamento.

Resumo da História das Participantes

P1:

A participante 1 é uma senhora de 49 anos de idade, casada e tem dois filhos (uma filha de 27 anos e um filho de 24 anos de idade). Mora com o marido e com os filhos. É professora e no início do tratamento foi transferida da sala de aula para um cargo administrativo, porém, com as reações da quimioterapia não conseguia trabalhar, permanecendo em licença médica.

Descobriu um nódulo na mama esquerda em exames de rotina. A partir de então, sentia sua mama com aspecto diferente e reações estranhas, como tremores. Foi retirada toda

sua mama e indicadas seis sessões de quimioterapia, com 21 dias de intervalo e 25 sessões de radioterapia – uma sessão por dia. Atualmente já concluiu o tratamento.

A família nuclear é presente e a acompanhou durante todo o processo. Tem uma rede bem fortalecida de amigas que se visitam constantemente. Em suas horas livres, procurar ler e fazer trabalhos manuais. É católica praticante, participa da missa e de grupos de oração. Acredita que sua doença não é coincidência, mas sim providência de Deus (*sic*), porque já acompanhou várias pessoas com câncer, como o pai, a sogra e uma amiga. Acredita que o câncer tem tratamento avançado, que está seguindo as orientações médicas e que, portanto, obterá sucesso.

Sente-se um pouco desestimulada com a reação de algumas pessoas, que a olham com discriminação e com pena (*sic*) e que acreditam que quem tem câncer irá morrer (*sic*).

P2:

A participante 2 tem 36 anos de idade, é casada e tem três filhos de 10, 8 e 4 anos. Mora com o marido e filhos. É graduada, mas não trabalha fora.

Ao fazer check-up de rotina, a participante descobriu que estava com um nódulo na mama direita e foi encaminhada para a cirurgia para a retirada do nódulo e exames complementares. Diagnosticado o câncer de mama, foi retirada toda a mama da paciente e, na mesma cirurgia, realizou-se a reconstrução. Como tratamento, foram indicadas quatro sessões de quimioterapia, com intervalo de 21 dias e 28 sessões de radioterapia – uma sessão por dia. No momento atual, a participante já concluiu o tratamento. Em função da radioterapia, sua prótese mamária terá que ser substituída.

Tem uma rede de apoio familiar fortificada, tanto da família nuclear quanto dos demais parentes, que a visitam com frequência. O marido a acompanhou em todas as fases do tratamento e é com ele que ela compartilha a maior parte de seus sentimentos. Seu círculo de amizades são casais, que participam de jantares e festas. Quando se sente bem, procura sair na companhia deles. Foi educada nos preceitos da religião evangélica e acredita que o momento que está passando é uma chance dada por Deus para que viva a vida de uma maneira melhor, aproveitando e curtindo o marido e os filhos (*sic*).

P3:

A participante 3 tem 34 anos de idade, é casada e mora com o marido e duas filhas, de 6 e 2 anos de idade. É professora do Ensino Fundamental, porém está em licença médica.

Após o nascimento da segunda filha, percebeu um caroço na mama esquerda, mas acreditava que pudesse ser em decorrência do leite, pois ainda amamentava. No entanto, passou a observar que o caroço continuava no local mesmo após as mamadas, em que a mama esvaziava. Realizados os exames, detectou-se um nódulo e foi indicada biopsia, que constatou o carcinoma e necessitaria de cirurgia. Em face disto, a participante precisou “desmamar” a filha e relata que isso foi o mais difícil, pois foi diferente do que havia planejado (*sic*).

De tratamento foram indicadas oito sessões de quimioterapia, com intervalo de 21 dias e 30 sessões de radioterapia. A participante possui histórico familiar de câncer com um número elevado de diagnósticos, desde mãe, avó e tia materna, até primos e tios. Atualmente está no sexto ciclo da quimioterapia.

Tem uma rede de apoio familiar participativa, especialmente do marido, que tirou a licença que tinha direito no emprego e a acompanha sempre, assumindo, também, a responsabilidade pela casa e pelas crianças. Os amigos e irmãos os visitam nos finais de semana, em que promovem festas e churrascos. Tem, pelo menos, três casais de amigos bem próximos.

É católica, vai à missa quando pode e participa do movimento de casais.

Faz planos de fazer Pós-Graduação assim que terminar o tratamento.

P4:

A participante 4 tem 41 anos de idade, casada, mora com os dois filhos, de 14 e 11 anos. O marido mora em outra casa, porém na mesma cidade. Tem escolaridade superior. Trabalha meio período como atendente de telemarketing. No momento está em licença médica.

Percebeu um caroço na mama esquerda, que foi retirada após ter sido constatado câncer por meio de biopsia. Realizou a cirurgia de reconstrução mamária na mesma cirurgia de retirada. Foram indicadas seis sessões de quimioterapia, com 21 dias de intervalo. Atualmente está na quarta sessão. A irmã também teve câncer (útero), assim como cinco tias maternas.

A família está presente em todas as fases do tratamento, dispensando atenção e ajuda ou mesmo requisitando a ajuda da participante. O marido, mesmo não morando junto, tem a acompanhado em todo tratamento. Ela é evangélica e relata que desde o momento do diagnóstico sentiu-se carregada por Deus (*sic*) e que aprendeu que na vida há muitas tribulações, mas que Deus estará do lado (*sic*). Lida com as conseqüências do tratamento de

forma descontraída, fazendo brincadeiras e piadas a respeito da queda de cabelos e de seu estado atual.

Considera-se uma pessoa que nunca entrega os pontos (*sic*), ou seja, busca sempre o caminho para resolver seus problemas, lutando. Faz planos de voltar a estudar e dedicar-se à área em que é graduada.

Informações adicionais coletadas através dos prontuários médicos e através da Ficha de Identificação, estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização da enfermidade e tratamento das participantes.

Participantes	Diagnóstico	Tipo de cirurgia realizada	Reconstrução de mama	Tratamento após a cirurgia	História de câncer na família
P1	Nódulo de mama (esquerda) com carcinoma ductal invasivo	Mastectomia radical e esvaziamento axilar	Não. Será realizada após a conclusão do tratamento	Seis ciclos de quimioterapia (com intervalo de 21 dias), 25 sessões de radioterapia (sessões diárias) e hormonoterapia durante cinco anos. Quatro ciclos de quimioterapia (com intervalo de 21 dias), 28 sessões de radioterapia (sessões diárias) e hormonoterapia durante cinco anos.	Pai – câncer de próstata
P2	Nódulo de mama (direita) com carcinoma ductal invasivo	Mastectomia radical	Realizada na mesma cirurgia de retirada da mama	Oito ciclos de quimioterapia (com intervalo de 21 dias) e 30 sessões de radioterapia (sessões diárias).	Avó materna – não sabe relatar Prima de 1º grau – câncer no pâncreas
P3	Nódulo de mama (esquerda) com carcinoma ductal invasivo	Mastectomia radical e esvaziamento axilar	Não. Será realizada após a conclusão do tratamento	Seis ciclos de quimioterapia (com intervalo de 21 dias).	Mãe – câncer de fígado e pâncreas Avó materna – câncer de mama Tia paterna – câncer de mama Outros casos de tios e primos
P4	Nódulo de mama (esquerda) com carcinoma ductal invasivo	Mastectomia radical e esvaziamento axilar	Realizada na mesma cirurgia de retirada da mama	Seis ciclos de quimioterapia (com intervalo de 21 dias).	Irmã – câncer de útero Tias maternas – câncer em diversos locais Outros casos na família

Análise Funcional das Categorias de Comportamentos

A partir daqui, os comportamentos que possuem a mesma função foram englobados em categorias para facilitar a análise funcional dos mesmos. Serão apresentadas as categorias, far-se-á uma descrição dos comportamentos englobados nessas e por conseguinte, a análise funcional, identificando as situações antecedentes e as conseqüências desses comportamentos. As categorias de comportamentos foram definidas *a posteriori*, baseando-se na alta freqüência das verbalizações das participantes.

Embora se saiba que o resultado encontrado possa não demonstrar os aspectos vividos por todas as mulheres acometidas por câncer de mama, em função de um número pequeno de participantes, esse resultado pode ser generalizado para as situações semelhantes, uma vez que os dados aqui apresentados, referem-se aos dados encontrados nas entrevistas com todas as mulheres participantes deste estudo.

Crenças

Esse tópico será dividido em crenças místicas, aquelas relacionadas a existência de um ser supremo que trará a cura e crenças otimistas, ou seja, a esperança no futuro.

Diante de um problema importante como uma doença grave, a maioria das pessoas tende a buscar na espiritualidade o conforto e a esperança de recuperação. Conforme demonstrou a pesquisa realizada por Horta, Neme, Capote e Gibran (2003) a fé parece contribuir para a superação de uma enfermidade e estimula a emergência de atitudes positivas.

Ter fé e acreditar em Deus é uma categoria que engloba os seguintes comportamentos: ir à igreja, assistir a cultos, participar de atividades religiosas, conversar com padre e pastor e discutir com família e amigos a respeito da religião (comportamentos abertos) e orar, rezar, ler a Bíblia, pensar em Deus e solicitar a benção de Deus (comportamentos encobertos).

As seguintes verbalizações representam os comportamentos que compõem essa categoria.

(...) fui a uma tarde de louvor (...) (P1)

Eu e o F. (marido) estamos participando da Pastoral do Dízimo. (P3)

(...) fomos fazer nossa devocional (cada um lê um livro de mensagem diária). (P4)

Quando eu estava na igreja, ouvi uma mensagem que foi muito especial para mim. (P2)

(...) o pessoal da Igreja onde eu congrego, todos eles fizeram campanhas de oração, né... (P2)

MEU DEUS me dê força... (P4)

Geralmente, observa-se que uma situação difícil é a desencadeadora de comportamentos religiosos. Aqui, o câncer por si só já representa um fato que pode evocar os comportamentos acima descritos, no entanto, outras situações, como as conseqüências do tratamento, por exemplo, podem ser as responsáveis pela fé e crença em Deus.

Uma pessoa que nem me conhece, me manda uma mensagem, me manda pra ler um Salmo... não é pra você ter fé diante de uma situação dessa? Tanta gente pensando bem, pensando positivamente pela tua recuperação e eu vou me deixar derrubar? Não vou. Não posso fazer isso. Não posso decepcionar essas pessoas. (P3)

(...) em um primeiro momento eu não esperava que seria câncer, agora na hora que ele me falou foi uma coisa assim tão de... me senti carregada no colo por Deus. Essa é a expressão exata do momento. (P4).

Você sabe que quando fiz a cirurgia, eu me olhava no espelho e eu me sentia amada por Deus, muito amada por Deus, pela oportunidade que ele me deu de ter reconstruído a minha mama. Por ter descoberto o câncer em tempo, então assim, eu me senti muito amada por Deus. (P4)

Sabe-se que os comportamentos são frutos de uma história de aprendizagem (Skinner, 1953/1998). Para conhecer a origem desses comportamentos, é importante olhar para a história de aprendizagem das pessoas e essa é a que compõe a história de vida de cada indivíduo.

(...) Deus preparou-me para que eu acompanhando meu pai, minha sogra e a minha grande amiga que todos passaram pelo que estou passando agora, fosse mais aceito e mais tranquilo. Papai é o único que já mora no Céu, por 1 ano. E é de lá que vem toda essa força, a alegria e a certeza de que também serei uma vitoriosa, com certeza! (P1)

Eu acho que não é coincidência... eu acho que é providência de Deus.

(P1)

(...) “desafios” em cima de “desafios”, mas sei que não estou sozinha, tenho ao Meu Deus que renova minhas forças a cada manhã. (P2)

(...) mesmo nos momentos de grande tribulação que agente passa, eu nasci em lar evangélico, então agente já tem assim, sabe que agente vai passar por tribulação, mas que Deus vai estar com agente. Então... (...)

(P4)

A espiritualidade, os comportamentos relacionados à religião desencadeiam uma série de conseqüências, e conforme o relato das participantes, somente conseqüências positivas. Seja por trazer algo de positivo (reforço positivo), ou eliminando/minimizando um contexto aversivo (reforço negativo). As conseqüências podem ser: bem-estar e sensação de aumento de “forças” para lutar. Falar sobre conseqüências positivas é um comportamento verbal fortalecido pela cultura, pois há uma aprendizagem de que buscar Deus diante da algo negativo poderá trazer benefícios para a saúde.

Me sinto muito bem quando estou trabalhando a minha espiritualidade.

(P1)

E é a esse mesmo Deus, que agradeço por me dar forças para vencer, sem ter essa fé, eu acho que não suportaria as provações que tenho vivido. (P2)

Confesso que não é fácil sentir alegria quando sofremos uma dor, uma perda ou uma doença que possa ser incurável aos nossos olhos, mas posso dizer que esta alegria vai além do que podemos imaginar, é buscar dentro do nosso mais profundo ser o toque das mãos divinas e deixar o espírito de Deus controlar a situação. Assim teremos convicção que nosso problema não é tão grande assim e que podemos vencê-lo com alegria. (P2)

(...) porque por mais que passamos por provas difíceis nesta vida, temos que ter coragem para enfrentá-la e nunca se esquecer que Deus está no controle de todas as coisas. Ele não nos abandona nunca. Esta é a certeza da minha vitória, esta é a verdade que creio. (P2)

Tenho lido bastante, tenho orado muito, muita força de Deus para eu realmente conseguir passar por isso. Acho que isso foi a principal causa que me fez com que eu superasse esse problema... (P2)

Então eu creio que realmente foi a mão de Deus também pra eu poder estar da maneira que eu estou hoje, não é só pela minha força, mas eu tenho plena certeza também que é uma força também divina, uma força de Deus. (P2)

Acho que Deus está aqui, pertinho de mim, acalmando o meu coração, me deixando nessa paz, nesse sossego. Que bom estar assim! (P3)

Para exemplificar o elo da cadeia comportamental, elegeu-se as verbalizações das participantes 2 e 4 que demonstram a análise funcional dos comportamentos dessa categoria. Veja na Tabela 3.

Tabela 3: Análise funcional de alguns comportamentos apresentados pelas participantes 2 e 4

	História de aprendizagem	Antecedentes	Comportamentos	Conseqüências
	Ensino da religião na família	A própria doença e as conseqüências do tratamento	Relacionados à religiosidade	Geralmente associadas à sentimentos
Participante 2	É, sou evangélica (...) você já tem uma certa fé, uma certa comunhão forte com Deus (...)	(...) quando eu me vi passando por esse problema ... (câncer)	(...) me ajoelhei diante da minha cama e comecei a pedir a Deus que me desse forças (...) Ao chegarmos na Igreja fui convidada para falar sobre algumas experiências que tenho tido no decorrer das lutas que tenho vivido. Tenho lido bastante, tenho orado muito (...)	(...) senti a esperança brotar dentro de mim novamente. Foi edificante para mim e para a Igreja.
Participante 4	(...) eu nasci em lar evangélico, então agente já tem assim, sabe que agente vai passar por tribulação, mas que Deus vai estar com agente. Já desde pequena agente via mãe passando por luta, pai, então sempre via eles, sempre em direção à Deus.	Meu Deus me dê força... saiu tanta afta que eu não consigo nem falar direito (...) (...) quando fiz a cirurgia eu me olhava no espelho e me sentia amada por Deus (...)	(...) fomos fazer nossa devocional (...) (...) oramos. (...) pedi à Deus que me desse força (...)	(...) me senti carregada no colo por Deus. (...) me senti amada por Deus. É um conforto que não tem explicação (...)

Observa-se que as participantes adotaram o apego à religião como um comportamento que facilita o enfrentamento do câncer. Muitas delas relataram acreditar que esse seja o principal motivo que ainda as mantém no caminho da busca pela cura. A figura poderosa de Deus, como aquele que dá a vida, é a mesma figura que as pode salvar. A crença em algo ou alguém que as pode curar aumenta a probabilidade da ocorrência de

comportamentos compatíveis com o tratamento. Através das verbalizações, é possível verificar que ter fé e crença em Deus e acreditar que a cura é alcançável é a “mola propulsora” para continuar lutando, pois além dos reforçadores positivos imediatos (superação de cada fase do tratamento) almeja-se por um reforçador a longo prazo e de alto valor – a cura.

Em muitos momentos, a fé e crença em Deus fazem crescer nas mulheres o otimismo. O otimismo pode ser considerado uma consequência importante do comportamento de ter fé, mas, por sua vez, produz suas próprias consequências.

De acordo com o dicionário Houaiss (2001) otimismo é a “disposição para sempre ver o lado bom das situações mais difíceis, portanto, ser otimista significa que(m) mostra otimismo”. Para a Análise do Comportamento, otimismo pode ser entendido como uma resposta encoberta, que é acessada pelo observador via comportamento verbal. Geralmente, o otimismo aparece em contextos em que fica evidente o reforço positivo para comportamentos de enfrentamento de situações difíceis.

Seligman (2005) aponta que as pessoas otimistas, quando confrontadas com uma situação adversa, não abalam sua estrutura, mas sim enfrentam-na como um desafio a ser vencido com redobrado empenho.

No contexto do câncer de mama, o antecedente é a doença e as consequências do tratamento, que são tratadas como eventos desencadeantes (juntamente com a história de aprendizagem da vida). O otimismo é demonstrado através das sensações de luta, força, esperança, determinação, coragem, religião, que pode ser representado por comportamentos de busca pela cura, como ir ao médico, seguir as orientações médicas, tomar medicações, realizar o tratamento, fazer exames, entre outros. Os comportamentos que sinalizam adesão ao tratamento podem ser considerados comportamentos otimistas, muito embora suas consequências não sejam mensuráveis. Por outro lado, as consequências podem ser descritas em termos de evocação de outros comportamentos, ditos de comportamentos de enfrentamento. Um exemplo seria a seguinte verbalização: *Não desanimar é o meu lema.* (P2). Assim, comportamentos que demonstrem desânimo provavelmente serão substituídos por outros incompatíveis.

O desenvolvimento do otimismo na história de vida pode ser exemplificado através da seguinte frase de uma participante, que demonstra que o otimismo contribui para a adesão ao tratamento:

A gente tem que lutar. E eu sempre fui assim... nunca deixei a peteca cair. Acho que isso já é da minha personalidade. É assim... eu tenho um

problema, eu quero saber um caminho para resolver o problema. Porque eu ficar chorando em casa, isso não vai resolver. Sempre foi assim. Tá, tô com câncer, e aí? Qual o procedimento que eu vou adotar? Operar? Tirar o seio? Como vai ser então? Assim, pra ontem, né? Esse negócio de ficar enrolando não, vamos fazer, tem que fazer e vamos lutar. Acho que a garra da pessoa é importante, a postura que a pessoa toma, né? A postura. (P4)

As seguintes verbalizações foram mantidas em sua íntegra para facilitar a análise do conteúdo geral das frases. Portanto, antecedente, comportamento e conseqüente muitas vezes aparecem na mesma frase.

Eu sei que... faz parte do tratamento. Cada fase é uma fase que agente passa, né? É muito difícil... mas tem que encarar, não é fácil encarar assim, não mas agente tem que encarar (chorando)... (P2)

(...) eu tenho dentro de mim alguma coisa que diz assim: Eu vou lutar, eu vou vencer. Isso é uma determinação que ajuda muito (...) (P1)

Vc é guerreira e vai vencer + essa!!!..... Aquelas palavras não saíram da minha cabeça, pois eu sei que elas vieram para confirmar a minha cura. (P4)

Agente tem que procurar tirar as coisas positivas, mesmo através de sofrimento, através de dor, você tem que procurar tirar algo de bom que aquilo está te trazendo. É o que eu tenho feito! (P2)

Eu nunca mais vou esquecer o que minha querida mãe me falou no início do tratamento – Você é forte e corajosa – então toda vez que fico desanimada com vontade de parar com tudo eu me lembro do que ela me disse, e me encho de coragem. (P4)

Eu acho que esse astral, essa minha conduta de vida, meu estilo de vida tem me ajudado bastante. (P4)

(...) e com a certeza que sairei dessa como uma vencedora, que lutou! (P1)

É só uma ventania que passa na vida da gente, mas que já já essa ventania vai passar. (P4)

Podem ser considerados comportamentos: *Eu vou lutar, eu vou vencer (...) (P1); Vc é guerreira e vai vencer + essa!!!..... Aquelas palavras não saíram da minha cabeça (...) (P4); (...) essa minha conduta de vida,*

meu estilo de vida tem me ajudado bastante (...) (P4) e como conseqüências: Isso é uma determinação que ajuda muito (...) (P1); eu me lembro do que ela me disse, e me encho de coragem. (P4).

Verifica-se que em muitos momentos fica difícil discernir quais ações podem ser consideradas os comportamentos em si e quais são os comportamentos como conseqüência do otimismo:

É bom sentir tudo isso e ver o quanto vale a pena viver. É por isso que sigo firme, vivendo um dia de cada vez, cada momento a seu tempo, experimentando e saboreando os momentos bons, os momentos difíceis com a plena certeza de que viver é um “barato”. (P3)

Então, é preciso fazer alguma coisa, o que é que tem que ser feito? Tudo que tiver que ser feito, vai ter que ser feito (...) (P1)

Como aponta Seligman (2005), o otimismo “pode protegê-lo contra a depressão; aumentar sua capacidade de realizar; melhorar seu bem-estar físico (...)” p. 40. O incentivo de comportamentos inseridos na classe otimismo, é tanto fruto de uma história de aprendizagem de vida da própria pessoa, como pode ser incentivado via comportamento verbal de outros.

No exemplo abaixo, observa-se que o comportamento verbal de uma pessoa significativa, aqui a mãe, é o que mantém os comportamentos de continuação do tratamento.

Tabela 4: Análise funcional dos comportamentos otimistas da participante 4

Antecedentes	Comportamentos	Conseqüências
Desistir do tratamento, desânimo	Lembrar do comportamento verbal da mãe	Otimismo
(...) então toda vez que fico desanimada, com vontade de parar tudo (...)	(...) eu me lembro do que ela (a mãe) me disse (...) Você é forte e corajosa!	(...) e me encho de coragem.

O otimismo pode ser conseqüência de um comportamento, mas também pode funcionar como antecedente de uma cadeia comportamental. A sensação nomeada como “coragem” pode desencadear comportamentos de alimentar-se bem, tomar medicações, seguir orientações médicas, comparecer ao tratamento, entre outras. Esses comportamentos, por seu lado, são negativamente reforçados, pois reduzem a probabilidade de morte por câncer.

Assim, ensinar as mulheres com câncer de mama comportamentos de adesão ao tratamento é uma medida interventiva importante para mantê-las ativas em seu processo de recuperação.

Diversas pesquisas já haviam demonstrado que o câncer de mama traz consigo, além de mudanças negativas na vida, processos comportamentais positivos. Classen, Koopman, Angell e Spiegel (1996) encontraram que a adoção de espírito de luta está positivamente associada com controle emocional. O estudo de Tomich e Helgeson (2004) demonstrou que muitas mulheres, especialmente aquelas com doença mais severa, percebem mais benefícios advindos com sua enfermidade. Supõe-se portanto, que encontrar algo de positivo que as faça comportar-se de maneira otimista pode ser uma forma de amenizar as situações aversivas.

Ainda como parte dessa categoria, mas que merece atenção especial, a brincadeira com as situações vivenciadas pelas mulheres também fizeram parte do relato. Acredita-se que essa forma de enfrentar as difíceis situações por elas vivenciadas encaixa-se nessa categoria, pois contribui para amenizar o impacto do diagnóstico e seu tratamento. Esse tipo de comportamento pode ser entendido também como esquiva das conseqüências aversivas produzidas pelo diagnóstico e seu tratamento. Essas situações foram mais comuns no comportamento verbal da participante 4, aparecendo, porém com menos freqüência, nas falas das participantes 2 e 3.

Confira algumas delas:

Eu até brinco com a minha filha: Tem o couro cabeludo, não o meu é couro carecudo. (P3)

Fiquei com o L. (meu filho mais novo (11)), assistindo TV e brincando com ele... fiz a proposta de brincar de puxar o cabelo... demos risada... pois eu careca... Imagine!! (P4)

As 14:00 hs o W. (marido) veio me buscar, para tomar as vitaminas, como ele me fala!! (químio). (P4)

Agora não, agora eles já me abraçam – essa é a carequinha mais bonita da cidade, já me beija, entendeu? Já é uma coisa assim... porque acho que eles vêem também o meu humor, eu sempre tô brincando, tô rindo, minha careca, então isso ajuda eles também a encarar. (P4)

Ainda eu brinco: agora eu tô poderosa – peituda e de peruca, virei uma peruca perfeita! (risos) Virei uma peruca, minha filha, agora me agüenta. (P4)

(...) mas... até uma amiga minha me ligou esses dias, eu lembrei disso agora: Ah, P4. eu vou aí ver você carequinha. Aí eu falei: Ué, virei artista de circo agora? Vou cobrar para entrar na minha casa! Tudo na brincadeira, né. Até acho que isso ajuda agente a sair dos problemas. Eu

acabo fazendo piadinha da minha própria careca, sabe, então... fica, assim, engraçado. (P4)

Receber Apoio Social e Familiar

Considerou-se receber apoio social e o apoio familiar como pertencentes a mesma categoria pois os comportamentos englobados por elas são semelhantes, diferindo apenas em quem o provém. O apoio social é oferecido por amigos, vizinhos, parentes distantes, já o apoio familiar é dado pela família nuclear (marido e filhos) e pela família de origem (pai, mãe e irmãos).

Essa categoria engloba: receber atenção, cuidar, conversar, chorar junto, orar, acompanhar ao médico, assumir as atividades da esposa (ajudar na limpeza da casa e cuidado com as crianças, por exemplo), demonstrar afeto e carinho.

Skinner (1953/1998) aponta que “o comportamento social surge quando um organismo é importante para outro como parte de seu ambiente” (p. 326). A relação estabelecida entre as mulheres com câncer de mama e seus entes queridos estão permeadas por reforço social, ou seja, os comportamentos são reforçados através da mediação de outras pessoas, e como toda consequência do reforçamento, aumenta-se a probabilidade da emissão do comportamento que foi reforçado.

Para melhor compreensão do exposto, selecionou-se o comportamento da participante 2 como exemplo. Confira na tabela abaixo.

Tabela 5: Análise funcional de alguns comportamentos apresentados pelos membros do convívio social da participante 2, pertencentes à Categoria Apoio Social e Familiar

História de aprendizagem	Antecedentes	Comportamentos	Conseqüências
História prévia de suporte frente à enfermidade	A própria doença e as conseqüências do tratamento	Que caracterizam suporte/apoio	Reforço Social
A família sempre foi unida. Principalmente no que se refere à saúde, à doença. Quando tá tudo bem, né, cada um leva a sua vida, tá junto mas não tá tanto. Mas quando acontece de alguém estar com um problema de enfermidade, nós estamos prontos ali, pra socorrer o outro. A família é bem... e eu vi muito, principalmente do meu marido, né.	Nos dias que sucedem a quimioterapia, por exemplo, em que a mulher fica bem debilitada.	Meu marido que estava ao meu lado procurou também me dar ânimo e forças... (continua 1) Meu querido marido chorou junto comigo, me abraçou e disse coisas maravilhosas para mim, ele orou por mim e junto pedimos restauração das nossas vidas e... (continua 2)	1. (...) isso tem sido fundamental para que eu consiga superar minha insegurança. 2. (...) realmente sentimos uma paz invadir os nossos corações, como é bom!!!

Outros trechos das falas das participantes foram selecionados e que demonstram os comportamentos de suporte/apoio social e familiar. É bom lembrar que aqui está considerando como fato desencadeante a própria doença, a cirurgia, o tratamento e suas conseqüências. Optou-se por não separar os comportamentos e as conseqüências para que a essência das verbalizações não fosse perdida. Em muitos trechos, o antecedente não é explícito.

Mas eu me emocionei, pois ela (sogra) também passou pelos mesmos problemas meus, operação, quimio e nos dá muita força e coragem; tenho que certeza que as palavras dela me emocionaram (P1).

Só que agora é mais atenção pelo fato de eu estou fazendo quimioterapia e não passo bem no primeiro, no segundo, já no terceiro tenho umas reações de alergia, então eles ficam com mais cuidado de saber se eu tô bem, se preciso de alguma coisa, uma preocupação em relação ao que eu vou comer. (P1)

(...) é bom sentir amada, esse amor nos impulsiona a viver e a ser feliz. (P2)

(...) de passar um grande amor assim por mim, não agente te ama, você é importante pra nós, nós estamos junto com você, e nós vamos né.....nós vamos batalhar, nós vamos vencer, nós vamos vencer juntos (P2)

Que se não fosse a minha família... principalmente a família que está mais junto no dia-a-dia, né? Os meus amigos, assim... as pessoas conhecidas, parentes que gostam de mim... eu considero que eles estão junto comigo nessa batalha. Que eles tem vivenciado tudo... sempre ta ali junto, falando uma palavra amiga, tentando encorajar, sabe. (P2)

Ele tem sido tão presente, tão companheiro. É ele que faz comida todos os dias... (P3)

(...) nos dias em que não estou bem, por causa da QT é ele quem assume a casa: é pai, mãe, faxineiro, enfermeiro, etc. (P3)

Só posso me sentir assim: tranqüila, amada, acarinhada. Isso é bom. Me sinto bem. (P3)

O marido está comigo em todos os lugares, faz tudo pra mim. Tá sendo um super companheiro. Tá me acompanhando (P3)

Então naquele domingo, de repente, tinha mais de 30 pessoas na minha casa, todo mundo me visitar. Eu sou a mãe da família, foi meu pai, meus irmãos, todas as minha cunhadas, sobrinhos, foi todo mundo pra casa. Então a família tem me acolhido muito, tem me dado um suporte muito bom. (P3)

(...) fico o dia todo sendo paparicada por todos. (P4)

Eu sei que parte da minha recuperação eles tem sido peça principal. (P4)

(...) é um maridão, um paizão. Não me deixou em nenhum momento sozinha, até para fazer um exame de sangue ele vai comigo. (P4)

A Tabela 6 condensa as verbalizações das participantes, em que fica mais fácil visualizar o elo da cadeia comportamental.

Tabela 6: Exemplos de antecedentes, comportamentos e conseqüências que compõem a categoria suporte familiar

Antecedentes	Comportamentos das pessoas do meio social	Conseqüências
Quimioterapia e seus efeitos colaterais	Família fica perto, dá atenção, cuida da alimentação, realiza atividades domésticas pela mulher.	Sentir-se amada, importante, e com tranqüilidade, amor incondicional.

As conseqüências produzidas pelo apoio familiar são conseqüências positivas, que provavelmente estão com seu valor aumentado devido à alta freqüência de contato com estímulos aversivos.

Seguindo os mesmos padrões acima descritos, o apoio social também é imprescindível para a mulher nas circunstâncias que se encontram.

As verbalizações a seguir exemplificam o suporte social recebido pelas participantes.

(...) foi muito bom a ida na casa dela, pois pudemos conversar sobre muitas coisas (Deus, fé, perseverança e outras) o que me fez com muito alívio no coração (P1)

(...) todas as pessoas tem uma palavra de carinho, conforto e de esperança para dar, e este sentimentos fortalecem os sentimentos (P1)

E assim terminei o meu dia participando de uma festa na casa de um casal amigo nosso. Foi jóia, rimos bastante, conversei muito sobre minha vida e todos estão felizes com meu restabelecimento. (P2)

No caminho encontrei muitas pessoas conhecidas e todas me falavam coisas boas, sempre com uma palavra de estímulo e coragem, como é bom saber que sou muito amada. (P2)

Nos reunimos praticamente todos os finais de semana. Nos últimos meses, depois que diagnostiquei minha doença, normalmente são eles que vêm à nossa casa. Mas nós também vamos à casa deles (...) (P3)

(...) estou cercada justamente disso: pessoas me dando força, rezando por mim, só me fortalecendo. Graças à Deus, a doença me trouxe esta certeza: estou cercada de bons e verdadeiros amigo, porque pessoas que se fazem tão presentes nas adversidades só podem ser amigos verdadeiros, disso não tenho dúvidas. (P3).

O contato com semelhantes e, principalmente por pessoas que a querem bem, diminui a probabilidade que uma condição psicológica, como a depressão, por exemplo, se desenvolva.

Através dos relatos das participantes do estudo de Neme e Kato (2003), os autores puderam extrair variáveis que ajudam a mulher com câncer de mama a lidar melhor com a doença, com o tratamento e suas conseqüências. Além da vontade de viver (aqui podendo ser vista como integrante da categoria otimismo) e da fé divina, os autores também concluíram que o apoio dos familiares, amigos e equipe de saúde são fundamentais para a recuperação das mulheres. Esse fato também pode ser observado nos resultados do presente estudo em que mostra as conseqüências positivas advindas do suporte familiar e social.

“Muitas vezes uma outra pessoa é fonte importante de estimulação”. (Skinner, 1953/1998, p.329).

Busca de Auto-conhecimento

O diagnóstico e o tratamento do câncer têm efeitos importantes na vida das mulheres acometidas por câncer de mama. Os efeitos negativos foram exaustivamente descritos pela literatura da área (Souza, 1997; Gimenes e Queiroz, 2000; Ferreira, Franco e Queiroz, 2002; Rossi e Santos, 2003; Neme e Kato, 2003; Wanderely, 2003). No entanto, no presente estudo, os efeitos positivos sobressaíram-se aos efeitos negativos. Alguns autores (Spiegel, 1990; Leal, 1993; Meyer e Mark, 1995; Owen, Klapow, Hicken e Tucker, 2001) estudaram os ganhos advindos com a intervenção psicológica e observaram que há uma melhora na qualidade de vida da mulher com câncer de mama quando acompanhada por profissionais da Psicologia e/ou Psiquiatria.

Embora a pesquisa em questão não se trata de intervenção psicológica pode-se supor que o fato de ter contato com um profissional da área, desencadeou observações positivas a respeito da situação vivenciada. Mas, não se pode deixar de lado que o câncer é um evento bem mais significativo e que a postura atual das mulheres também foi influenciada pelas outras categorias comportamentais explicadas nos itens anteriores.

Algumas falas das participantes mostram conteúdos que puderam ser englobados em reflexões a respeito da própria vida. Essa categoria inclui tanto pensamentos a respeito de mudanças comportamentais bem como as mudanças propriamente ditas. Aborda-se essa categoria como uma consequência da doença e do tratamento e também como subproduto evocado por comportamentos mais adaptativos ao contexto.

Para a Análise do Comportamento, refletir sobre a própria vida pode ser entendido como se tornar consciente. Diz-se que uma pessoa está consciente quando ela é capaz de discriminar seus próprios comportamentos. Saber a respeito desses comportamentos é conhecido como autoconhecimento (Baum, 1999).

De acordo com Baum (1999) o autoconhecimento é produzido pela comunidade verbal que descreve as contingências. Com isso, é possível discriminar e descrever as contingências que controlaram os comportamentos de um indivíduo ao longo da sua história de vida e que atualmente são responsáveis pelo seu repertório em situações similares. As verbalizações selecionadas exemplificam essa categoria:

Escuto muita música, muita fita, tem muito CD que agente queria escutar e não tinha tempo, agora tem. Tudo que agente não tinha tempo, esse período tá sendo um tempo bom pra gente fazer tudo aquilo que não dava agora agente tá tendo tempo. (P1)

No meio disto tudo que tenho vivido, tenho procurado viver da melhor maneira possível. Ouço belas músicas, leio, converso, passeio, faço de tudo para não deixar a depressão me pegar, porque tenho certeza que para obter uma cura seja ela de qual doença for é necessário começar da alma. Porque só assim nosso corpo terá forças para corresponder o que sentimos, isso tem sido uma realidade na minha vida. (P2)

(...) acrescentou muita coisa...valores. Valores no sentido, valorizar mais a si próprio. (P2)

Valorizar também mais a vida, a viver a vida com mais alegria, a parar de reclamar por coisas que às vezes não tem importância. Como coisas corriqueiras, reclamar...às vezes certos problemas são tão fáceis de resolver. (P2)

(...) que passou na minha vida, vi que a vida é mais importante, a família é mais importante, né. A gente tem que aproveitar os momentos o máximo que puder. Assim....com os filhos, com o marido...relacionamento conjugal...eu acho que tudo mudou na minha vida. É...é...assim...eu também pude perceber...é....quem são os seus amigos, valorizar as amizades verdadeiras. (P2)

Descobri como é bom estar perto de todos, meus valores mudaram, meus sonhos também mudaram. Será que amadureci? (P4)

Deitei e dormi um pouco estava um pouco chateada, as vezes acho que estou sendo reconstruída (não sei se é a palavra certa!) acho que renascendo é a palavra certa!! (P4)

Uma coisa que tenho pensado muito nos últimos dias e até já registrei neste “diário” é sobre a importância que o carinho e cuidados da família e dos amigos têm desempenhado na minha vida. Creio que, seja qual for a circunstância, ser cuidada com carinho é fundamental para qualquer pessoa. Ainda mais quando a gente passa pela experiência da doença. A doença, a cirurgia, o tratamento tão difícil me fizeram enxergar uma grande verdade: a importância de ser humilde. Não importa o que se possua, o sucesso que se alcance, nós não somos “grande coisa”. Não somos NADA. Qualquer vento nos derruba. O medo, a insegurança, os problemas e dificuldades estão sempre à nossa espreita, à espera de

qualquer descuido para nos jogar no chão. Quantas vezes a gente não se acha “grande coisa” quando na verdade não passamos de poeira. É essa a grande lição que estes dias têm me dado: “seja humilde!”. É o que pretendo ser, embora tenha consciência que isto demanda muita aprendizagem. É o que pretendo fazer. Aprender um pouco a cada dia.

(P3)

Os resultados em questão dizem respeito ao contexto específico de quatro mulheres portadoras de câncer de mama que apresentaram algumas similaridades em seus relatos e, portanto, puderam ser agrupados para análise. Embora os dados a partir de quatro participantes não possam ser generalizados, pode-se supor que muitos dos comportamentos apresentados por essa amostra também são apresentados por outras mulheres em contexto semelhante.

As mudanças comportamentais positivas advindas com o contexto vivenciado atualmente pelas mulheres são freqüentemente mais discriminadas e mencionadas do que as mudanças negativas. Mesmo que discriminadas em menor freqüência, elas não deixam de ser alvo importante de análise. No entanto, optou-se por deixá-las de fora da análise do estudo em questão.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme aponta a literatura a respeito dos aspectos psicológicos de mulheres com câncer de mama (como Gimenes & Queiroz, 2000; Ferreira, Franco & Queiroz, 2002; Rossi & Santos, 2003), várias são as esferas da vida citadas como importantes, ora apontando dificuldades, ora demonstrando as estratégias comportamentais utilizadas com o objetivo de minimizar as mudanças advindas com a cirurgia, o tratamento e suas conseqüências.

As verbalizações das participantes puderam ser agrupadas, pois foram semelhantes entre si e as esferas escolhidas para análise são aquelas que foram citadas por todas e em uma freqüência bem alta. As categorias são: crenças (místicas e otimismo), receber apoio social e familiar e busca auto-conhecimento.

Observa-se que acreditar em um ser superior e seus comportamentos associados desencadeiam uma série de conseqüências positivas, pois se entende que acreditar na possibilidade de cura aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos compatíveis com o tratamento. Esses comportamentos positivos de enfrentamento são reforçados pelo apoio social e familiar, que foi apontando por essa amostra como sendo de extrema importância para o enfrentamento da doença.

Os comportamentos otimistas podem ser considerados aqueles que sinalizam adesão ao tratamento. Em relação ao tratamento, pode-se dizer que as mulheres se comportam por esquiva, ou seja, os comportamentos apresentados por elas terão como conseqüência a evitação de estímulos aversivos: a curto prazo evita-se que o câncer se espalhe e a longo prazo, evita-se a morte, que é considerada como extremamente aversiva.

O câncer, seu tratamento e suas conseqüências desencadearam reflexões das participantes a respeito de suas próprias vidas, ou seja, tornaram-se conscientes a respeito das contingências descritas pela comunidade verbal.

Os resultados do estudo em questão exemplificam o que Amaral (1999) e Miyazaki e Amaral (2001) discutem sobre a possibilidade dos indivíduos apresentarem comportamentos que possam tratá-los e reabilitá-los. Esses comportamentos foram modelados ao longo da história de vida de um indivíduo, no entanto, na história atual, ele é mantido por uma rede de apoio social e familiar através do reforço positivo.

As mulheres participantes deste estudo também se mostraram bastante otimistas. Hipotetiza-se que os comportamentos englobados nessa categoria são incompatíveis com comportamentos depressivos, pois elas comportam-se mais a favor do tratamento e da reabilitação.

Buscou-se identificar, através do relato das participantes, as relações funcionais dos comportamentos apresentados após a cirurgia de retirada da mama por câncer de mama. Quando um estudo desta natureza é projetado, tenta-se eliminar algumas “falhas” hipotetizadas que possam surgir. No entanto, nem sempre isso é possível, uma vez que as limitações de uma pesquisa vêm à tona somente na fase de análise dos dados.

Com este estudo não foi diferente, ele apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, os dados coletados basearam-se apenas no relato das participantes, limitando a análise funcional. Complementaria a coleta de dados se houvesse a possibilidade de observações direta dos comportamentos, se fossem realizadas entrevistas com familiares (marido e filhos) e se, o número de entrevistas com as mulheres fosse maior. Esse último fato não foi possível devido ao tempo limitado para o desenvolvimento da pesquisa e também porque as participantes ainda estavam em tratamento – quimioterapia – na fase de coleta de dados. Os efeitos colaterais desta terapêutica muitas vezes as impediam de comparecer as entrevistas.

Em segundo lugar, não se teve a pretensão de englobar todos os aspectos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas e, muito menos que as análises feitas aqui possam ser ampliadas para essa população de um modo geral. Por mais que se verificou similaridade entre os relatos da amostra estudada, sabe-se que outras mulheres podem deparar-se com situações diferenciadas, tanto em função de sua história de aprendizagem como em função do próprio contexto de vida perante o diagnóstico de câncer de mama e seu tratamento.

Um número maior de participantes na amostra 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.

No entanto, seria importante desenvolver estratégias para trazer para participação àquelas mulheres que realmente necessitem de auxílio da Psicologia.

Com a amostra estudada, foi possível observar que as participantes já tinham em seu repertório comportamental, comportamentos de enfrentamento das enfermidades e esses ainda continuam sendo reforçados pela família e amigos. Isso pode ser constatado pelo fato de que somente uma participante quis realizar as sessões gratuitas de psicoterapia oferecida pela pesquisadora e mesmo assim, considerou suficientes três sessões.

Então, é importante desenvolver estratégias para trazer as mulheres deprimidas para participação em um estudo dessa natureza e, principalmente, para participação em intervenções psicológicas. As mulheres que se recusaram participar da pesquisa provavelmente sejam aquelas que mais necessitem de acompanhamento. As redes de apoio

familiares e sociais dessas mulheres também precisam ser conhecidas. Portanto, a amostra desse estudo pode estar viciada pelas razões acima descritas.

Entretanto, espera-se que as variáveis levantadas no presente estudo subsidiem o delineamento de intervenções analítico-comportamentais com essa população. As esferas da vida dessas pacientes que merecem atenção foram citadas no presente estudo. Assim, as intervenções devem ser focadas nestas esferas, que parecem ser aquelas que mais contribuem com a adaptação comportamental da mulher no contexto do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

- Amaral, V. L. A. R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. Em: R. R. Kerbauy (Org.) *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André: ESETec, p. 03-09.
- Amaral, V. L. A. R. (2001a). Análise contingencial como modelo de intervenção breve em Psicologia da Saúde. Em: M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL; Granada: APICSA, p. 279-293.
- Amaral, V. L. A. R. (2001b). Análise funcional no contexto terapêutico da instituição. Em: D. R. Zamignani (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (Vol. 3). Santo André: ESETec, p. 12-18.
- Angerami-Camon, V. A. (1995) O psicólogo no hospital. Em: V. A. Angerami-Camon; F. A. R. Trucharte; R. B. Knyunik e R. W. Sebastiani (Orgs). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira, p. 15-28.
- Arán, M. R.; Zahar, S.; Delgado, P. G.; Viegas, M.; Cabral, C. P. & Souza, C. M. (1996). Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (11): 533-539.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Bergamasco, R. & 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): 227-282.
- Camargo, M. C.; Max, A. G. & Sasaki, T. (2000). Reconstrução mamária. Em: M. C. Camargo & A. G. Marx (Orgs). *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca, p. 147-167.
- Carvalho, V. (1996). Aspectos psicológicos ligados ao paciente com câncer e a relação médico-paciente. Em: F. R. Coelho (Org). *Curso básico de oncologia*. São Paulo: Medsi, p. 165-176.

- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1): 151-166.
- Clasen, C.; Koopman, C.; Angell, K. & Spiegel, D. (1996) Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15 (6): 434-437.
- Cordova, M. J.; Cunningham, L. L. C.; Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20 (3): 176-185.
- Costa, S. E. G. C. & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 19 (3): 43-54.
- Costa Jr., A. L. (1999). Psico-oncologia e manejo de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1): 107-118.
- Costa Jr., A. L. (2001). O desenvolvimento da Psico-oncologia: implicações para a Pesquisa e Intervenção Profissional em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21 (2): 36-43.
- Cunningham, L. L. C.; Andrykowski, M. A.; Wilson, J. F.; McGrath, P. C.; Sloan, D. A. & Kenady, D. E. (1998). Physical Symptoms, distress, and breast cancer risk perceptions in women with benign breast problems. *Health Psychology*, 17 (4): 371-375.
- Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1): 155-163.
- Ferreira, P. E. (1997). Alguns pacientes especiais no hospital geral: o paciente oncológico. *Caderno IPUB*, 6, p. 143-154.
- Ferreira, M. L. S. M.; Franco, C. B. & Queiroz, F. C. (2002). Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. *Revista Ciência Médica*, 11(1): 47-54.
- Franks, L. M. (1990). O que é câncer? Em: L. M. Franks & N. M. Teich (Orgs). *Introdução à biologia celular e molecular do câncer*. Tradução de M. M. Brentani e R. Chammas. São Paulo: Roca, p. 01-24.

Galvéz, M. S.; Prieto, P. S. e Nieto, P. B. (1991). *Análisis Funcional de la Conducta: un modelo explicativo*. Granada: Universidade de Granada.

Gazzi, G.; Kajika, M. & Rodrigues, C. (1991). O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença. *Acta Oncológica Brasileira*, 11 (1/3): 123-126.

Gimenes, M. G. G. (2003) Definição, foco de estudo e intervenção. Em: M. M. M. J. de Carvalho (Org). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Livro Pleno, p. 35-56.

Gimenes, M. G. G. & Queiroz, E. (2000). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em: M. G. G. Gimenes e M. H. Fávero (orgs.). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Livro Pleno, p. 173-196.

Glaser, J. & Glaser, R. (1989). Psychoneuroimmunology: past, presente and future. *Health Psychology*, 8 (6): 677-682.

Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. Em: M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL; Granada: APICSA, p. 263-278.

Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. Em: R. R. Kerbauy (Org). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. Santo André: ARBytes.

Guntert, A. E. (1995). Contribuições da psicologia para o tratamento e reabilitação do paciente com câncer. *Acta Oncológica Brasileira*, 15 (2): 84-88.

Helgeson, V. S.; Cohen, S.; Schulz, R. & Yasko, J. (2001). Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 20 (5): 387-392.

Horta, C. R.; Neme, C. M. B.; Capote, P; S. O. & Gibran, V. M. (2003). O papel da fé no enfrentamento do câncer. Em: C. M. B. Neme e O. M. P. R. Rodrigues (Orgs). *Psicologia da Saúde – perspectivas interdisciplinares*. São Paulo: Rima. p. 149-172.

INCA (2005). Disponível na Internet via URS. www: <http://www.inca.gov.br>. Arquivo capturado em 10/01/2005.

Iñesta , E. R. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

- Jacobsen, P. B.; Bovbjerg, D. H. & Redd, W. H. (1993). Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*, 12 (6): 469-475.
- Kerbaux, R. R. (1999). *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André: ARBytes.
- Kerbaux, R. R. (2001). Medicina Comportamental. Em: B. Rangé (Org). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. 2.ed. vol I. Campinas: Livro Pleno, p. 209-219.
- Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e Saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, 13(1): 11-28.
- Laloni, D. T. (2001). Práticas psicológicas na enfermagem de moléstias infecciosas. Em: D. R Zamignani (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETEC, p. 25-32.
- Leal, V. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 39 (2): 53-59.
- Love, R. R. (1994). Biologia molecular e celular do câncer. Em: Love, R. R. (Org). *Manual de oncologia clínica*. 6. ed. Alemanha: Springer-Verlag, p. 03-17.
- Malzyner, A.; Caponero, R. & Donato, E. M. O. D. (2000). A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1. Em: M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Livro Pleno, p. 71-107.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers from a new health psychology. *American Psychologist*, 35:807-817.
- Matos, M. A. (1999). Análise Funcional do Comportamento. *Revista Estudos de Psicologia*, 16(3): 8-18.
- Meyer, T. & Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14 (2): 101-108.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. Em: M. Delitti (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. Santo André: ARBytes, p. 31-36.

- Miyazaki, M. C. O. S. & Amaral, V. L. A. R. (2001). Instituições de saúde. Em: B. Rangé (Org). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. 2.ed. vol I. Campinas: Livro Pleno, p. 235-244.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Valerio, N. I; Santos, A. R. R. & Bernardes da Rosa, L. T. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13 (1): 29-53.
- Neme, C. M. B. & Kato, S. (2003). Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. Em: C. M. B. Neme & O. M. P. R. Rodrigues (Orgs). *Psicologia da Saúde – perspectivas interdisciplinares*. São Paulo: Rima, p. 125-147.
- Owen, J.; Klapow, J.; Hicken, B. & Tucker, D. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10, p. 218-230.
- Rossi, L. & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4): 32-41.
- Sant’Anna, D. B. (2000). A mulher e o câncer na história. Em: M. G. G. Gimenes e M. H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Livro Pleno, p. 43-70.
- Sasaki, T. (2000). Câncer de mama. Em: M. C. Camargo & A. G. Marx (Orgs). *Reabilitação física na câncer de mama*. São Paulo: Roca, p. 17-34.
- Scott, J. (1994). Pacientes com câncer. Em: A. T. Beck (Org) *Terapia Cognitiva na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Seligman, M. E. P. (2005). *Aprenda a ser otimista*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Skinner, B. F. (1953/1998). *Science and Human Behavior*. Nova York: Macmillan.
- Souza, C. B. (1997). Compreendendo o próprio diagnóstico: análise do relato de mulheres portadoras de câncer de mama. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 7 (2): 34-43.
- Souza, D. G. (1999). O que é contingência? Em: R. A. Banaco (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. 2.ed. Santo André: ARBytes, p. 82-87.

- Spencer, S. M.; Lehman, J. M.; Wynings, C.; Arena, P.; Carver, C. S.; Antoni, M. H.; Derhagopian, R. P.; Ironson, G. & Love, N. (1999). Concerns about breast cancer and relations to Psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18 (2): 159-168.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66 (15): 1422-1426.
- Starling, R. R. (1999). Observação direta e medidas do comportamento verbal nas investigações da enfermidade: um estudo piloto. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (2): 107-124.
- Starling, R. R. (2001). Análise funcional da enfermidade: um quadro conceitual analítico-comportamental para orientar a intervenção psicológica em contextos médicos. Em: H. J. Guilhardi e cols (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade*. (Vol. 8). Santo André: ESETec, p. 262-296.
- Sturmey, P. (1996). *Functional Analysis in Clinical Psychology*. New York: Wiley.
- Thomaz, E. B. A. F.; Cutrim, M. C. F. N. & Lopes, F. F. (2000). A importância da educação como estratégia para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta Oncológica Brasileira*, 20 (4).
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23 (1): 16-23.
- 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. S. (2003). Aspectos psicológicos do câncer de mama. Em: M. M. M. J. de Carvalho (Org). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Livro Pleno, p. 95-102.

Anexo 1

Termo de Compromisso para Utilização dos Dados de Prontuário

(para pesquisadora)

A presente pesquisa consiste na investigação das mudanças ocorridas na vida das mulheres após a cirurgia de mastectomia. Ela será conduzida por mim, Ana Claudia Paranzini Sampaio, abaixo assinada, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

O procedimento constará da realização de entrevistas com pacientes mastectomizadas e elas também farão um registro diário das situações vivenciadas, durante quinze dias. Se houver necessidade de informações sobre procedimentos médicos, os prontuários das pacientes participantes serão consultados, exclusivamente para fins de pesquisa. Está afirmado o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a identidade dos participantes.

A divulgação dos resultados da pesquisa poderá ocorrer em congressos e periódicos científicos, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre aspectos psicológicos da mulher mastectomizada, mas sempre sem mencionar o nome e evitando qualquer informação que as identifique.

Eu _____, RG no _____, estou ciente dos critérios de ética e sigilo profissional requeridos para o acesso aos prontuários médicos das participantes desta pesquisa, assim como para a publicação dos resultados obtidos.

Assinatura

Londrina, ____ de _____ de _____.

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCCampinas: (19) 3729-8303

ANEXO 2

Carta de Ciência e Autorização

Eu, abaixo assinado e responsável pela Clínica GinecoMed – Ginecologia, Obstetricia e Mastologia, estou ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada “*Mulheres com Câncer de Mama: Análise Funcional do Comportamento Pós-Mastectomia*”, que será desenvolvida pela Psicóloga e Mestranda da PUCCampinas Ana Claudia Paranzini Sampaio (CRP 08/09142). Sei que trata-se de uma pesquisa que tem por objetivo realizar uma análise funcional dos comportamentos de mulheres após a cirurgia de mastectomia. Estou ciente também que terei que disponibilizar o nome e telefone de cinco pacientes mastectomizadas de minha instituição e que será salvaguardado os dados pessoais que as identifiquem, conforme determina o sigilo ético e profissional. Caso a pesquisadora necessite, autorizo o acesso aos prontuários das pacientes participantes, exclusivamente para fins de pesquisa.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Londrina, _____ de _____ de 2005.

Assinatura

Número do CRM

Anexo 3
Termo de Consentimento
(para pacientes)

A pesquisa que você irá participar busca investigar as mudanças ocorridas na vida das mulheres após a cirurgia de mastectomia. Ela será conduzida pela Psicóloga Ana Claudia Paranzini Sampaio, fone: (43) 9975-6363, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Sua participação consiste em três momentos. No primeiro, você irá responder uma ficha de identificação que aborda questões relativas a idade, escolaridade, estado civil, tipo de cirurgia e tratamento realizado, entre outras. No segundo momento, você participará de entrevistas com a pesquisadora onde serão investigadas as mudanças ocorridas em sua vida após a cirurgia de mastectomia. No terceiro momento, você deverá registrar, durante quinze dias, as situações vivenciadas e terá novamente, outros encontros com a pesquisadora, conforme o calendário que ela disponibilizará a você.

As entrevistas serão gravadas na íntegra, para posterior transcrição. No entanto, esteja segura de que qualquer dado que possa lhe identificar será omitido pela pesquisadora. Todos os dados serão publicados em conjunto com os dados de outros participantes.

As fitas gravadas, assim como seus dados de identificação e formulários escritos serão preservados. Sua participação é de fundamental importância para que possam ser descritas as variáveis envolvidas no contexto pós mastectomia. A divulgação dos resultados da pesquisa poderá ocorrer em congressos e periódicos científicos, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre aspectos psicológicos da mulher mastectomizada, mas sempre sem mencionar seu nome e evitando qualquer informação que identifique você. A sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, não oferecendo nenhum prejuízo a você.

Caso você sinta necessidade de trabalhar as questões levantadas, após o término do estudo, será oferecido gratuitamente um atendimento psicológico de 10 sessões com a pesquisadora. Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se quiser. Agradeço imensamente sua colaboração. Por favor, preencha o campo abaixo:

Eu _____, RG no _____,
declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação
dos resultados.

Assinatura

Londrina, ____ de _____ de _____.

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCCampinas: (19) 3729-8303

Anexo 4
Ficha de Identificação

<p><i>Iniciais:</i></p> <p><i>Idade:</i></p> <p>Estado civil:</p>

<p><i>Escolaridade:</i></p> <p><i>Profissão / Ocupação:</i></p>
<p>Data da cirurgia:</p> <p>Tipo de cirurgia realizada:</p> <p>Tratamentos realizados pós-cirurgia:</p> <p>Uso de medicações:</p> <p>História de câncer de mama na família:</p> <p>Estado clínico geral:</p> <p>Outras informações importantes:</p>

Data:

Anexo 5
Roteiro de Entrevista

1. Quais são as maiores mudanças que enfrentou/enfrenta após a cirurgia de mastectomia?
2. O que você tem feito para tentar solucionar esses problemas?
3. Dê exemplos.

Lembretes ao pesquisador:

- Explorar cada mudança, especificando/detalhando as condições de ocorrência;
- Procurar investigar os antecedentes, o comportamento e as conseqüências advindas;
- Operacionalizar as situações utilizando perguntas como: Qual o contexto que surgiu a dificuldade? Quando? O que contribuiu para que essa dificuldade aparecesse? O que fez/pensou/sentiu? O que aconteceu em seguida? Há relação entre o que fez com a conseqüência gerada?

Anexo 6

Informações contidas na primeira página do Diário

Esse é o “Diário” que faz parte do procedimento da pesquisa que você está participando. Durante quinze dias você deverá descrever suas ações, pensamentos e reações fisiológicas, tentando identificar como está o ambiente a sua volta (pessoas presentes, horário, fatos desencadeantes, entre outros). Procure anotar também o que acontece após suas ações, sentimentos etc. Segue abaixo um exemplo de um relato diário que poderá ajudá-la.

Quarta-feira (04 de Maio de 2005)

“Hoje acordei com uma sensação muito boa. Tive uma boa noite de sono, consegui dormir a noite inteira. Creio que uma noite bem dormida ajuda a ter um dia tranquilo. Tranquilidade é isso que senti. Cantarolei a manhã toda no trabalho. As pessoas perceberam isso e me elogiaram bastante, dizendo que eu estava com um semblante muito bom, alegre, risonha.

Próximo ao almoço, recebi um telefonema de minha prima, dizendo que a saúde de meu tio no estava nada boa. Senti um aperto muito forte no coração e comecei a suar frio, meu coração acelerou os batimentos e minhas mãos ficaram trêmulas. Toda minha história de amizade com meu tio passou ‘diante dos meus olhos’. Meu marido veio me buscar no trabalho e parece que percebeu como eu estava me sentindo, pois me deu um longo e forte abraço. Percebi que isso me deu força, esperança. Essa foi a melhor coisa que poderia ter me acontecido.

Tenho recebido muito apoio de minha família nesses dias, principalmente nos dias da quimioterapia, em que eles percebem que fico mais calada, sem vontade de fazer as coisas. A paciência deles me ajuda muito e no outro dia já sou outra pessoa, percebo que fica um pouco mais animada.

Mas, ao fim do dia, assisti uma reportagem sobre pessoas que ficam na fila de espera por atendimento médico. Vi pessoas chorando de dor, com expressão facial que pareciam angustiadas, vi a situação caótica de alguns hospitais. Senti uma tristeza profunda. Resolvi ligar para minha irmã para que eu pudesse me distrair. E não é eu deu certo! Minha irmã me disse coisas maravilhosas, como: viva um dia de cada vez. É isso que quero fazer a partir de agora!”

Anexo 7

Exemplo de Entrevista Realizada

Primeira Entrevista concedida pela Participante 2

P – Quais foram as maiores mudanças que aconteceram na sua vida após a cirurgia da mastectomia?

J – Foi uma mudança brusca....primeiramente foi o lado psicológico...foi assim....uma surpresa muito grande para mim, eu não esperava nunca na minha vida que eu teria câncer de mama. E muito menos que um dia eu precisasse extrair uma das minhas mamas. Mas assim, só que eu tive um apoio muito grande da família, então eu não senti esse problema tão sério, né? Eu me senti muito segura, até o médico me passou muita segurança, a família, os amigos me deram muito apoio. Pelo fato de eu ter feito a reconstrução logo em seguida, então não me trouxe aquele impacto da falta da mama, psicologicamente sim, porque quando eu me olhava no espelho, eu sabia que aquela mama que eu via não era a minha, então isso dentro da gente...até você se conformar assim....machuca um pouco. Mas mudou muita coisa...até a própria reconstrução muda toda a anatomia do corpo da gente, hoje eu faço a fisioterapia, vou ter que fazer várias vezes ainda até voltar os movimentos normais...então a minha vida....tive que dar uma brecada ali. Eu tenho três filhos e...tiveram que ficar por conta de outras pessoas que ficaram cuidando...foi uma virada muito grande na minha vida.

P – Você estava falando que teve esse impacto da notícia. Como foi, quem estava por perto?

J – Quando eu ...eu não imaginava que o problema que eu tinha era sério, eu já fazia exames, já a dois anos venho fazendo exames e aí nos exames não dava nada....então eu achava....para mim eu achava que não era nada. De repente quando eu resolvo fazer um check-up no mastologista, que estava chegando o prazo da minha nova ultra-som, que eu estava sempre acompanhando, aí que veio, que deu que era um nódulo, só que o médico foi assim tão....como eu vou explicar pra você...ele foi conduzindo as coisas de tal maneira que não me deixou assim tão apavorada. Ele me explicou tudo que poderia acontecer se fosse câncer, o que ia acontecer, que provavelmente eu ia ter que tirar toda a mama. Na hora, eu estava com o meu marido, como você perguntou, na hora foi difícil, mas eu ainda tinha uma esperança que não era, só no momento da cirurgia eu fui ficar sabendo realmente que era um câncer e que eu teria que fazer a mastectomia, então...na hora eu chorei bastante....Foi difícil porque eu fiquei imaginando assim, o pior né, mas eu sinto que eu dei a volta por cima, pelo menos assim até

essa primeira fase que eu to passando, tem sido difícil mas eu to sabendo como conduzir essa situação.

P – Como que você tem feito isso? O que você faz quando está pensativa em relação a isso? Tem alguma coisa que você faz para se distrair?

J – Eu leio. Eu ouço mensagens, né. Eu recebi muitas mensagens de amigos. Tenho lido bastante, tenho orado muito, muita força de Deus para eu realmente conseguir passar por isso. Acho que isso foi a principal causa que me fez com que eu superasse esse problema...foi realmente assim a força que vem de Deus e a consciência de que hoje em dia tem tratamento e médico nenhum disse que eu teria uma sentença de morte....pelo contrário, falou assim: olha ta tudo sob controle, você vai passar por esse e por esse tratamento e isso dá aquela tranquilidade de saber que eu não to sozinha e eu sei que isso vai chegar o momento que vai acabar e eu vou fazer tudo o que tiver que ser feito. Essa é a minha segurança. Até então eu tinha medo, no começo me deu muito medo. Eu tava me preparando para um problema que...quando você ouve falar de câncer...você tem medo dessa palavra: câncer, eu tinha muito medo dessa palavra, principalmente porque passamos na família, eu vi o sofrimento das pessoas, mas...quando aquilo veio pra, eu falei Meu Deus, né. O que vai ser? Mas eu tive uma surpresa...que eu...eu sinto assim que eu...estou encarando bem, não estou assim revoltada...não to....To encarando com realidade, aconteceu comigo, vamos procurar fazer tudo que deve ser feito pra gente sair dessa.

P – Você atribui essa sua vontade de encarar..encarar tudo..pra lutar, você atribui a alguma coisa específica que aconteceu?

J – Eu atribuo a duas coisas. Primeiramente, o propósito de Deus na minha vida. E segundo, assim, a minha família.

P – Você está me falando que sua família dá bastante apoio. O que eles faziam, o que eles fazem?

J – A minha família, primeiramente, assim...olhando na minha família que eu constitui, né, meu marido, meus filhos, de ver, de vê-los assim, eu vejo realmente que eu tenho que sarar, porque eles precisam de mim, né. Principalmente meu marido e meus filhos. Mas a minha, ela me apoiou, me apoiou no sentido de levantar minha auto-estima, de, como vou te explicar assim, de passar um grande amor assim por mim, não agente te ama, você é importante pra nós, nós estamos junto com você, e nós vamos né.....nós vamos batalhar, nós vamos vencer,

nós vamos vencer juntos. Então isso foi muito...até mesmo outras pessoas que tem passado por isso, que às vezes vem conversar comigo, elas saem, é...assim...fortalecida...porque eu falo assim: É muito importante o apoio familiar, o apoio dos amigos, nessas horas é muito importante. Senão uma pessoa pode realmente cair numa depressão, porque dá vontade de chorar, dá vontade de ficar num canto, ficar trancada num quarto, não saí. Porque você está passando por um momento diferente da sua vida, né? Bate aquele medo de morrer, será que vai voltar, será que vai acontecer isso, então né, a família foi muito importante pra mim.

P – Além de falar tudo isso, te dar um certo conforto, eles também faziam algumas coisas? Por exemplo, ajudar você com alguma coisa de casa...crianças...

J – Sim...nossa! Foi uma reviravolta na minha casa. A minha sogra veio morar, praticamente morar na minha casa durante todo esse tempo, já faz....ta fazendo 41 dias mais ou menos da cirurgia, ela com a minha cunhada vieram pra minha casa, pra ajudar a tomar conta das crianças, né e minha mãe junto. Minha mãe vem tal período, minha sogra tal período, se revezaram. Os outros amigos, os outros conhecidos também ofereciam ajudar pra ta junto. Sempre chegando com uma coisinha ou outro, docinho, uma coisa assim sabe...pra...se nem vê passa...nem vi...foi difícil, né a recuperação da cirurgia, mas...eu tenho sido muito fortalecida.

P – Você falou também que sua vida parece que parou nesse momento. Por exemplo, você antes trabalhava ou não. Como era?

J – Sim. Parou. Parou porque...no sentido assim...eu tenho três filhinhos, todos pequenos, né, com 10, 8 e 4 anos. Então aquela correria de mãe de estar atendendo os afazeres de casa, médico ali, orientando a ajudante, preparando as coisas para os filhos, para o marido, ajudando no auxílio das tarefas, resolvendo as coisas para os filhos, levando em médico e né, as coisas corriqueiras e de repente parou por completo, ta parado.

P – Você não trabalhava fora?

J – Não, não trabalhava fora. Só cuidando deles e praticamente trabalhava em dobro.

P – E em relação a dificuldades mais específicas suas. Além desse impacto inicial, você teve alguma dificuldade, mudança em relação a alguma área mais pessoal sua?

J – Sim, teve a reconstrução da mama, os movimentos do meu braço direito, eles ficaram totalmente limitados, então aí a dificuldade para tomar banho, para lavar o cabelo, para se

vestir, então isso me entristecia. Porque tudo você tinha que pedir auxílio, ajuda pra tentar ir no banheiro, tinha que ficar pedindo ajuda, então isso, no meu caso que eu era acostumada sempre a eu fazer tudo isso sozinha, e de repente você se vê totalmente dependente de alguém, né. Então isso aí, eu senti muita dificuldade nessa área, né.

P – E o que você fez para mudar isso? Para enfrentar essa dificuldade?

J – No começo eu ficava muito assim...chateada. “Aí eu preciso trocar de roupa, você me ajuda? Aí eu preciso tomar um banho”. Porque eu não conseguia levantar a mão, né, o braço. Às vezes isso dava a impressão de que eu estava incomodando as pessoas.

P – Você pede para quem?

J – Mais para o meu marido, quando ele estava em casa e teve uma cunhada que também me auxiliou nos curativos durante o dia, então, mas...a gente se sente constrangida de ficar pedindo essa ajuda, né. Mas...a gente tem que ter consciência de que você está passando por um momento de que está precisando da pessoa, né, então, era difícil, eu não queria ficar pedindo, mas eu sozinha não estava conseguindo fazer. Depois com o trabalho de fisioterapia eu fui tentando, eu mesma, dentro do meu limite, do que eu posso fazer, eu já vou começar a me virar sozinha, né. E é o que eu tenho feito. Até em termos de fazer o curativo na mama que foi reconstruída, eu estou tentando, eu mesma, já fazer sozinha. Meu marido chega e diz: “Nossa você já fez!” Eu estou tentando. Eu acho que a gente...não pode ficar assim, só na dependência e não tentar...tentar fazer alguma coisa sozinha e não...a gente começa a se sentir mal...eu acho importante pra gente ir tentando fazer as coisas, para você perceber que você está se recuperando também, né.

P – E você tem alguma coisa que você acrescentou na sua vida depois da cirurgia? Alguma coisa que antes não acontecia, tanto para positivo quanto para negativo...

J – Depois da cirurgia, acrescentou muita coisa...valores. Valores no sentido, valorizar mais a si próprio, né, por às vezes a gente....quando a gente, não tem, não vive um problema, de repente você não aprende a valorizar certas coisas pequenas que está a sua volta, a gente não valoriza. É...é...são tantas coisas. Valores assim...valorizar o próprio corpo, é. Que eu achava que eu tinha mama pequena e depois que eu me vi perdendo uma mama, falei: Nossa, puxa vida! Antes a minha mama pequena sadia do que ter passado por tudo que eu passei. Valorizar também mais a vida, a viver a vida com mais alegria, a parar de reclamar por coisas que às vezes não tem importância. Como coisas corriqueiras, reclamar...às vezes certos problemas

são tão fáceis de resolver e às você...igual ao problema que passei é muito mais extenso, muito mais difícil, e às vezes reclamar por algum probleminha assim...coisas de casa, coisas que não tem importância, então depois dessa cirurgia que passou na minha vida, vi que a vida é mais importante, a família é mais importante, né. A gente tem que aproveitar os momentos o máximo que puder. Assim....com os filhos, com o marido...relacionamento conjugal...eu acho que tudo mudou na minha vida. É...é...assim...eu também pude perceber...é....quem são os seus amigos, valorizar as amizades verdadeiras. Entendeu? É isso aí....

P – Apoio de amigo mais próximos você também teve?

J – Tive. Tive muito apoio.

P – E no relacionamento conjugal? Teve mudanças?

J – Teve mudanças pra melhor. Porque aí você vê realmente o tamanho do amor que seu marido tem por você, da paciência, do cuidado, né, então isso aí eu acho assim...que realmente mudou tudo pra melhor, né. A mastectomia eu considero assim que são marcas no meu corpo, mas marcas pra eu lembrar, sempre lembrar...passei por um problema, eu to conseguindo superar esse problema, eu to conseguindo vencer, né e lembrar o que é mais importante na minha vida, né. Realmente a família, o relacionamento com meu esposo, a gente....eu percebo que mudo mais, bem mais.

P – E na questão da sexualidade?

J – Então, aí. Nessa questão, é...sei lá, eu acho que depois agora da reconstrução da mama, é...agora eu vou ter que mexer na outra, né...pra ficar igual...então eu acho assim que pra mim vai favorecer....vai servir de ser mais assim...como eu vou te explicar...eu acho que eu vou me sentir melhor. Eu acho que a mama vai ficar mais bonita, né...vai ficar mais firminha, né...e....acho até que vai ser melhor para mim. Eu não queria que tivesse acontecido isso, mas já que aconteceu, vou tentando já trazer um lado bom disso tudo.

P – Você consegue se olhar no espelho? Você se olha no espelho?

J – Me olho. Procuro ver bem tudo que está se passando...ver como ficou. A reconstrução...eu olho, cortaram atrás, nas costas, então eu me olho...eu procuro me olhar bastante no espelho pra ver bem tudo que ta....a cada passo que estou passando. Às vezes eu olho, fico imaginando...lembrando da outra mama que eu tinha, né. Comparando com a outra, é diferente, né, então...

P – E como que você se sente?

J – Aí...às vezes no fundinho....na verdade eu não queria que tivesse acontecido, então eu fico assim, né....eu não quero saber o porque mas eu não queria que tivesse acontecido, só que eu olho...fico: puxa vida até um tempo atrás eu olhava tava tudo normal, né eu não queria, mas...é uma coisa que quando você tem que passar por determinadas coisas você...não tem como você mudar essa situação.

P – Os filhos sabem disso ou são muito novinhos para saber?

J – Os filhos sabem que a mãe teve uma doença, uma...eles sabem disso, inclusive já viram a minha mama com curativo e agora eu vou explicar a questão da quimioterapia, eles sabem que eu passei por uma cirurgia. Eu acho que por eles serem pequenos, os dois menores não sentiram a gravidade do que foi, não é mesmo. Porque nós como família, eu como família e toda a minha família, nós procuramos não passar aquela coisa assim....pesada pra eles. Nossa, a mãe teve um câncer, nossa a mãe aconteceu isso, isso....a gente procura passar assim...a mãe fez uma cirurgia....havia uma doença na mama da sua mãe e ela teve que tirar aquela mama, foi feito uma outra mama, então eles encaram numa boa...Agora a gente vai explicar pra eles o processo da quimioterapia. Porque a quimioterapia, quer queira quer não é um tratamento muito agressivo, de repente pode acontecer de eu perder os cabelos, então aquilo vai...então eu vou ter que explicar todo esse processo, como que vai ser, o que pode acontecer, né. É o que a gente tem tentado fazer com filhos...para não causar assim...um impacto grande neles.

P – Você percebe que eles se aproximaram mais ou não? Falam...perguntam...

J – Eles ficaram mais dengosos comigo. Porque no começo eu estava com um dreno e aí eles ficaram muito cuidadosos tentando me ajudar....até o pequenininho de quatro anos quando eu estava mais recente da cirurgia, eu precisava de apoio para levantar da cama, aí o pequenininho vinha oferecer ajuda, com muito cuidado para não deixar ninguém bater no meu braço, ninguém bater na parte da cirurgia. Então eles são muitos carinhosos. Já eram, ficaram mais ainda, né.

P – E o seu dia-a-dia, como tem sido? O que você tem pensando, sentido ao longo do dia? Tem às vezes algum fato que desencadeia algum tipo de sentimento...

J – No meu dia-a-dia eu procuro não ficar muito sozinha...porque quando você está sozinha, às vezes, mesmo que você não queira de repente...pode bater aquela tristeza, né. Eu fico sempre com minha mãe, né ou uma amiga, nunca estou sozinha...e...eu procuro não ficar por

causa disso, pra não ficar...evitar de ficar assim, né..pensando no que aconteceu, então eu procuro seguir minha vida normal.

P – Você tem saído?

J – Tenho saído. Tenho tentando....agora que eu estou melhorando, me recuperando, tenho tentado sair mais ainda, tenho procurado sair, tenho procurado ir em....pizzaria...viver a vida normal!

P – No começo a cirurgia debilita um pouco....

J – É devido a dor, né...então, no começo foi difícil, não queria nem, nem pensar em sair, mas agora....to procurando voltar a minha vida normal. Sair daquela rotina só de cama...

P – E tem alguns momentos que você sente dor...

J – Tem, porque a reconstrução mexe muito com os músculos...foi retirado um músculo do grande dorsal das costas, então quando faço a fisioterapia que força bastante a abertura dos braços, então aí dói, aí dói....incomoda, né, incomoda para deitar, dá uma certa diferença. Então esses são os momentos que eu mais sinto dor.

P – O que você faz para amenizar a dor?

J – Procuro...às vezes eu vou....como eu tomei muito remédio, tenho tentando não ficar tomando muitos remédios, analgésicos, né. Às vezes vou, tomo um banho quente pra relaxar e se precisar eu tomo um analgésico...eu tenho tentado fazer dessa maneira...

P – Tem alguma outra mudança que você se recorde?

J – Acho que não.

P – Pelo que você está falando...você está tentando encarar da forma mais positiva possível, né? De enfrentar para poder passar por cima desse problema. Você disse que se agarrou a religião. Você já era, já tinha uma religião?

J – É, sou evangélica. Então eu..quando eu me vi passando por esse problema...aí você já tem uma certa fé, uma certa comunhão forte com Deus....então aí eu procurei ficar muito mais firme ainda e....o pessoal da Igreja onde eu congrego, todos eles fizeram campanhas de oração, né....porque eu sou muito conhecida em minha Igreja...então aí todos meio que se uniram pra valer e....pedindo a Deus em interceção pela minha vida, pelo que eu estava

passando, para me ajudar, me fortalecer, né. Então eu creio que realmente foi a mão de Deus também pra eu poder estar da maneira que eu estou hoje, não é só pela minha força, mas eu tenho plena certeza também que é uma força também divina, uma força de Deus.

P – Você acha que essa força você foi conquistando com o que? Que tipo de acontecimento, de coisa você consegue identificar que te fortaleceu? O que te ajudou a te fortalecer? Além desse apego a religião e das pessoas religiosas.

J – O que me ajudou foi...como eu falei para você...leitura, leitura bíblica...é...ouvir mensagens de ...bíblicas mesmo , cds de música gospel que eu gosto muito, eu ouço bastante...

Anexo 8

Exemplo de Diário

Diário da Participante 2

Dia 31 de Maio de 2005 (terça-feira)

Hoje não foi um dia muito fácil para mim, pois tive que enfrentar a mais um desafio a saber sobre o tratamento de quimioterapia que terei que fazer. Após conversar com o médico a quantidade que eu iria fazer e o que poderia acontecer no decorrer do tratamento, na hora que eu estava ouvindo o médico, muitas coisas passaram pela minha cabeça, confesso que me deu uma vontade de sair correndo daquele lugar, mas procurei encarar da melhor maneira possível, porque sei que tudo será para o meu benefício. Meu marido que estava ao meu lado procurou também me dar ânimo e forças, isso tem sido fundamental para que eu consiga superar minha insegurança.

Tem algo que também não posso deixar de registrar. É sobre as outras pessoas que estão ao meu lado minha mãe, meu pai, minha sogra, minha cunhada e todas as minhas amigas, todos tem demonstrado um carinho muito grande por mim, isso é muito bom.

Há uma frase que cada um deles sempre tem falado para mim “P2, logo tudo isso vai passar...” e é o que mais quero, que tudo passe, tenho pedido a Deus que me ajude a vencer, pois sozinha não consigo, mas com o fortalecimento “Dele” e de todos que me cercam terei vitória.

E assim terminei o meu dia participando de uma festa na casa de um casal amigo nosso. Foi jóia, rimos bastante, conversei muito sobre minha vida e todos estão felizes com meu restabelecimento.

Dia 01 de Junho de 2005 (quarta-feira)

Hoje, quando acordei senti uma certa tristeza, tive algumas dores na local da cirurgia e isso fez sentir muito estressada da situação que tenho vivido. Comecei também imaginar como será o dia em que farei a 1ª sessão de quimioterapia, mas mesmo assim levantei e fui tomar o café da manhã, enquanto eu bebia o leite, um filme passou em minha mente e algumas lágrimas começaram a descer dos meus olhos, rapidamente voltei para meu quarto me ajoelhei diante da minha cama e comecei a pedir a Deus que me desse forças e tirasse toda preocupação, todo medo, toda ansiedade e toda aquela angústia que eu estava sentindo. *Graças a Deus, senti a esperança brotar dentro de mim novamente, principalmente quando*

meu filhinho caçula de 4 anos o G., veio segurando o se travesseirinho e me deu um forte abraço. Ah!! Que gostoso ... meus filhos são jóias para mim e quero me recuperar o mais rápido possível para continuar tomando conta deles.

Mesmo ainda me sentindo com vontade de chorar comecei arrumar o meu quarto e dar instruções para minha ajudante, mais uma vez enquanto eu a orientava nos afazeres domésticos me deu um nó na garganta e não agüentei, chorei como criança, ela vendo aquela cena me abraçou e disse “P2, você tem sido tão forte, não é agora que você vai desanimar. Não gosto de te ver assim ...”, mas foi ótimo aquele desabafo, porque depois retornei meu posto de mãe, verificando se meus filhos tinham feito as tarefas da escola. Logo em seguida já estávamos a mesa para almoçarmos e tudo voltou ao normal.

Ao final da tarde procurei tomar um banho bem quentinho para relaxar, coloquei uma roupa bem legal e fui para a fisioterapia e todos da clínica me receberam dizendo “como você está bonita”, “nossa P2, você esta muito bem”. É assim que devemos estar não importa os problemas, temos que ser mais fortes do que eles e procurarmos caminhar olhando sempre para o nosso alvo que é Vencer e essa vitória só podemos obtê-la através do poder de Deus e do nosso esforço e força de vontade.

“A alegria do Senhor é a nossa Força”. Neemias 8: 10

Dia 02 de Junho de 2005 (quinta-feira)

Hoje quando acordei, já sabia que teria um dia bem agitado nem pude fazer as minhas meditações diárias, porque teria que estar as 9:00 hs na clínica para tomar um remédio na veia, na qual terei que me submeter a mais um exame antes de começar o tratamento da quimioterapia.

Puxa!!! Como estou cansada de fazer tantos exames é um verdadeiro estresse. Mas se tenho que fazer, não tenho como fugir, vamos encarar de novo. E assim vai a minha vida, “desafios” em cima de “desafios”, mas sei que não estou sozinha, tenho ao Meu Deus que renova minhas forças a cada manhã e tenho também minha família que estão comigo em tudo.

Após o almoço fui fazer o exame dos ossos, durante o tempo que estava sendo realizado o exame, senti muito medo, porque não quero me deparar com nenhuma surpresa desagradável. Enfrentar o câncer não é brincadeira, é preciso ter muita fé, muitas forças, muita vontade de viver e muita esperança de obter a cura. Por isso anseio muito para saber o resultado desse exame, mas tenho certeza que dará certo. Não desanimar é o meu lema.

Ao sair da clínica fui conversar com a psicóloga, tem sido jóia as conversas que tenho tido com ela, porque tenho procurado expor tudo que tem acontecido comigo. Saindo de lá,

voltamos para casa, onde todos esperávamos ansiosos para saber como fora os exames, mas não pude passar muitas coisas positivas a eles, pois estava estampado no meu rosto uma certa preocupação e assim foi até irmos dormir e é aí que parece tudo difícil para mim. Por que no silêncio da noite, até o sono chegar penso muitas coisas e não dá para conter, as lágrimas chegam mesmo eu não querendo, elas saem sem permissão é um desabafo da minha alma. Meu querido marido chorou junto comigo, me abraçou e disse coisas maravilhosas para mim, ele orou por mim e junto pedimos restauração das nossas vidas e realmente sentimos uma paz invadir os nossos corações, como é bom!!!

“Meu marido é verdadeiramente uma bênção em minha vida, eu o amo muito”.

Dia 03 de Junho de 2005 (sexta-feira)

Hoje apesar de termos acordado várias vezes durante a noite para atendermos meu filhinho caçula que não passou bem. Tirando o cansaço físico, posso dizer que estou bem, recebi um telefonema da minha prima de estímulos e de fortalecimento. Graças a Deus que existem pessoas maravilhosas a minha volta.

Meditei na Palavra de Deus e fui atender aos meus filhos e assim foi o decorrer do dia procurando manter a alegria e a paz de espírito.

Quando meu marido chegou para almoçar, me deu vários beijos e me disse: “Como você está? Assim que quero te ver, sem tristeza no seu olhar”. Mas uma vez repito, é bom sentir amada, esse amor nos impulsiona a viver e a ser feliz.

No meio disto tudo que tenho vivido, tenho procurado viver da melhor maneira possível. Ouço belas músicas, leio, converso, passeio, faço de tudo para não deixar a depressão me pegar, porque tenho certeza que para obter uma cura seja ela de qual doença for é necessário começar da alma. Porque só assim nosso corpo terá forças para corresponder o que sentimos, isso tem sido uma realidade na minha vida.

Dia 04 de Junho de 2005 (sábado)

No dia anterior, a noite, não passei muito bem, devido aos efeitos colaterais do contraste aplicado na minha veia para efetuar o exame dos ossos que tive que fazer. Devido este acontecido amanheci meio indisposta, no qual cancelei os afazeres que teria na parte da manhã.

Recebi um convite para almoçar com meus pais, a comida da minha mãe estava uma delícia, foi ótimo esses momentos que passamos juntos, sempre ouço da minha mãezinha: “Fica firme

minha filha, logo tudo voltara ao normal. Sou grata a Deus, por ele colocar pessoas na minha vida tão especiais.

E é a esse mesmo Deus, que agradeço por me dar forças para vencer, sem ter essa fé, eu acho que não suportaria as provações que tenho vivido.

A noite eu, meu marido e meus filhos, fomos a uma festa de aniversário de uma amigo nosso. Lá me descontraí bastante, conversando com as minhas, era só risadas, elas são bem divertidas. E assim posso dizer que foi mais um dia vencido.

“As misericórdias do Senhor se renova a cada manhã”.

Dia 05 de Junho de 2005 (domingo)

Esse é o dia em que passeamos bastante, eu minha família vamos a igreja, levamos as crianças para almoçar fora, depois procuramos descansar para enfrentar a nova semana.

Quando eu estava na igreja, ouvi uma mensagem que foi muito especial para mim, o foco principal desta mensagem foi ter alegria em meio a qualquer tipo de situação que podemos estar vivendo. Confesso que não é fácil sentir alegria quando sofremos uma dor, uma perda ou uma doença que possa ser incurável aos nossos olhos, mas posso dizer que esta alegria vai além do que podemos imaginar, é buscar dentro do nosso mais profundo ser o toque das mãos divina e deixar o espírito de Deus controlar a situação. Assim teremos convicção que nosso problema não é tão grande assim e que podemos vencê-lo com alegria.

Dia 06 de Junho de 2005 (segunda-feira)

Acordei bem cedo, tomei meu café da manhã e fui fazer fisioterapia, ao sair de lá, procurei vir caminhando para descontrair minha cabeça, passei por algumas lojas para ver as vitrines e logo cheguei em casa. Meus filhinhos me receberam com muita alegria, cada um com um brilho no olhar, eles são lindos não me canso de dizer o quanto eu os amo, eles são tudo de bom na minha vida.

Após o almoço tive que enfrentar mais uma vez o centro cirúrgico para fazer uma pequena reparação cirúrgica na minha mama, mas graças a Deus foi tudo tranqüilo, logo já estava em casa e recebi muitas visitas maravilhosas que me trouxeram muito otimismo e ânimo.

Para finalizar, quero deixar bem enfatizado que para uma pessoa enfrentar qualquer problema, além da ajuda de Deus é necessário ter uma família unida e amorosa dando apoio e demonstrando que somos importantes para eles.

Não há palavras para explicar o quanto isso nos faz bem.

Do dia 7 a 17 de junho, foram os dias mais difíceis que passei, devido a expectativas do dia da quimioterapia e das reações que ela causou. Foi difícil chorei muito me senti muito fraca e um certo desespero bateu meu coração. Mas tentei me levantar e buscar forças em Deus e nas palavras fortalecedoras do meu marido e das outras pessoas que estão sempre ao meu lado. Graças a Deus venci a 1ª fase do tratamento.

Dia 23 de Junho de 2005 (quinta-feira)

Hoje foi um dia que acordei bem disposta, procurei levar o dia o mais normal possível, dei atenção aos meus filhos ajudando nas tarefas escolares e outras coisas que precisassem dos meus cuidados. No almoço meu filhinho caçula quis que eu desse a comida na boquinha dele, ele tem feito de tudo para querer minha atenção, isso tem sido até bom para mim, por que enquanto cuido dos meus filhos esqueço dos problemas que tenho enfrentado.

Após o almoço fui visitar uma cunhada que não estava muito bem, conversamos um bom tempo, tomamos o café juntas e depois fui dar umas voltas nas lojas da cidade para comprar um presente para o meu marido. No caminho encontrei muitas pessoas conhecidas e todas me falavam coisas boas, sempre com uma palavra de estímulo e coragem, como é bom saber que sou muito amada.

A noite chegou, jantamos com a família toda reunida, depois fomos passear na casa de uns amigos.

Quero que todos sejam para sempre meus amigos, porque tem sido maravilhosa a força a força que eles tem me dado. Desejo que Deus os recompense por tudo.

Dia 24 de Junho de 2005 (sexta-feira)

Há!! Como gosto deste dia, não tem como acordar desanimada, sempre tenho surpresas agradáveis e momentos felizes na sexta-feira.

Hoje a noite por exemplo estou planejando com alguns amigos uma festa surpresa para o meu marido. A hora da festa chegou, meu marido ficou muito feliz com tudo, principalmente das palavras que eu disse a ele em agradecimento do apoio que ele tem me dado e do companheiro amável que ele tem sido para mim. Nosso amor se fortaleceu muito através da tribulação que temos passado. Meu marido é uma benção em minha vida.

Dia 25 de Junho de 2005 (sábado)

Neste dia não tenho muito que escrever porque a maior parte do dia passei fora de casa, fui almoçar na casa da minha mãe, visitei uma cunhada que passou por uma cirurgia e a noite fomos a uma festa muito linda de 15 anos de uma mocinha que conhecemos muito.

Este dia passou que nem vi, a descontração é ótima para fazermos esquecer de certas coisas que não queremos lembrar.

Dia 26 de Junho de 2005 (domingo)

Hoje que é o dia do aniversário do meu marido, apesar de já termos dado uma festinha na sexta-feira, levamos ele para almoçar fora. Foi jóia rimos bastante.

Depois fomos para casa descansarmos um pouco, antes de irmos para igreja.

Ao chegarmos na igreja, fui convidada para falar sobre algumas experiências que tenho tido no decorrer das lutas que tenho vivido. Foi edificante para mim e para a igreja, porque por mais que passamos por provas difíceis nesta vida, temos que ter coragem para enfrentá-la e nunca se esquecer que Deus está no controle de todas as coisas. Ele não nos abandona nunca. Esta é a certeza da minha vitória, esta é verdade que creio.

Por isso mesmo sendo difícil saber que ainda tenho algumas sessões de quimioterapia para fazer, sei que tudo vai passar e que não estou sozinha.

Dia 27 de Junho de 2005 (segunda-feira)

Hoje é véspera do meu tratamento, confesso que estou um pouco nervosa, mas estou procurando não pensar muito, fui fazer tudo que tinha planejado para este dia, para que tudo passasse logo.

Dia 28 de Junho (terça-feira)

Não acordei muito legal, tomei um remédio para o estômago, ele me deixou muito indisposta, talvez fosse também pelo fato de estar também ansiosa para o tratamento que faria hoje, mas não vejo a hora de fazer logo, porque sei que é mais um que vou vencer.

Após fazer a sessão de quimio, agora é lutar contra os efeitos que ela causa, espero que desta vez eu passe bem melhor que da 1ª vez que fiz.

Cheguei em casa bem, quem dera se eu permanecer assim até o final de semana.

Durante a noite recebi visitas de pessoas que tem me dado muito apoio, sempre me incentivando para superar os sintomas chatos que sentimos no decorrer do tratamento.

Dia 29 de Junho de 2005 (quarta-feira)

Comecei a sentir meio fraca, os estômago enjoado, mas estava dando para levar, consegui comer e assim foi durante o dia todo, sem muitas novidades.

Dia 30 de Junho de 2005 (quinta-feira)

Não vai dar para relatar, passei muito mal com os sintomas da quimioterapia. Não foi fácil, preferi nem escrever o que senti.

Só fui começar a melhorar no sábado dia 02/07, procurei mesmo sem ter vontade me alimentar de qualquer maneira para que meu corpo se fortalecesse o mais rápido possível.

Graças a Deus passei por mais uma fase e consegui vencer.

Quero deixar algo escrito neste diário que um dia possa ajudar alguém a superar as dificuldades que as mulheres passam após saber que é portadora do câncer de mama e que tenha que fazer tudo que fiz.

Quero dizer, realmente não é fácil, vem tristeza, vem dores, vem angústia, vem o medo de morrer e outras coisas terríveis que passa pela cabeça, mas temos que te fé é o 1º passo, a importância que Deus está no controle é primordial para encarar de frente o problema, ele não pode ser maior do que a nossa esperança de vencer.

Não devemos também fugir da realidade, tudo o que for necessário fazer é importante que façamos com o pensamento positivo que vai passar.

É assim que tenho procurado fazer, estou encarando cada coisa que me aconteceu como um desafio de vida, e tenho certeza que em breve estará tudo normal de novo, só com uma diferença, quero viver melhor a vida, mais do que eu vivia antes. Quero curtir com muito amor e alegria meu marido e meus filhos, eu os amo muito.

Também quero que Deus abençoe todas as mulheres que foram vítimas do câncer de mama, que elas recebam a cura completa em suas vidas.

E a você Ana Cláudia que está empenhada nesta pesquisa, tenho certeza que as mulheres que participaram, serão beneficiadas com a sua ajuda, você está de parabéns.

Que o Senhor Deus esteja com você, te iluminando todos os seus caminhos.

P2

MENSAGENS DAS “MINHAS MULHERES”

Como parte dessa pesquisa, as participantes tinham um “Diário”, e como “efeito colateral” pude observar que ele também funcionou como um desabafo diante das situações difíceis. Percebi que algumas sentiram-se muito à vontade para registrar seus mais profundos sentimentos, ora para a pesquisadora e o desenvolvimento de seu estudo, ora em mensagens para outras mulheres acometidas pelo mesmo mal. Mensagens essas que muitas vezes me emocionaram. Seria egoísmo de minha parte guardá-las para mim. Algumas delas podem ser usadas como lição de vida, não só para os “enfermos”, mas para todos nós. Existem situações em que nossas feridas ficam expostas e nada melhor do que uma palavra reconfortante para ajudar-nos a enfrentar os obstáculos.

Essas mulheres realmente conseguiram me sensibilizar e desta pesquisa está nascendo uma Organização Não-Governamental de apoio à mulheres com câncer de mama na cidade de Londrina-Pr.

Volto novamente a agradecer imensamente à TODAS as mulheres que contribuíram para que esse estudo fosse realizado. Meu muito obrigado!

Ana Claudia

*“Ana Claudia que Deus, abençoe a sua vida, seus estudos e sua família/futuro!”
Gostaria de deixar registrado nesse 1º dia do diário, da alegria que sinto no meu coração, por ter sido procurada, para fazer parte dessa pesquisa, que Jesus abençoe à todos que estão por trás dessa pesquisa e principalmente por ter tido essa iniciativa” (P1)*

“Para finalizar, quero deixar bem enfatizado que para uma pessoa enfrentar qualquer problema, além da ajuda de Deus é necessário ter uma família unida e amorosa dando apoio e demonstrando que somos importantes para eles. Não há palavras para explicar o quanto isso nos faz bem”. (P2)

“Eu acho que curtir mais ainda a vida em si, os filhos, curtir mais o marido, entendeu? Eu aprendi que parece que agente tá aqui realmente, esse mundo... a passagem da gente pode ser tão curta e às vezes agente deixa passar muitas coisas boas que eu poderia ter vivido, então com essa doença que aconteceu comigo, que Deus tá me dando essa nova chance de viver mais tempo ainda, então eu quero procurar viver de uma maneira melhor, melhor ainda do que eu vivia. Aproveitar mais, curtir mais mesmo, curtir mais meus filhos, mais do que eu curti. Sempre eu dei muita atenção aos meus filhos, mas agora eu quero curtir eles de maneira diferente, cada passo da vida deles assim eu quero realmente estar mais

presente ainda. E curtir o marido, né? Porque às vezes agente deixa tantas coisas acontecer e às vezes sabe, aquele namorinho gostoso agente deixa passar, aí que você vai ver que é importante para um casal, você viver mais junto, se amar mais. Então foi uma das coisas que eu aprendi muito, foi isso. Agente tem que procurar tirar as coisas positivas, mesmo através de sofrimento, através de dor, você tem que procurar tirar algo de bom que aquilo está te trazendo. É o que eu tenho feito!” (P2)

“Confesso que não é fácil sentir alegria quando sofremos uma dor, uma perda ou uma doença que possa ser incurável aos nossos olhos, mas posso dizer que esta alegria vai além do que podemos imaginar, é buscar dentro do nosso mais profundo ser o toque das mãos divina e deixar o espírito de Deus controlar a situação. Assim teremos convicção que nosso problema não é tão grande assim e que podemos vencê-lo com alegria.” (P2)

“Quero deixar algo escrito neste diário que uma dia possa ajudar alguém a superar as dificuldades que as mulheres passam após saber que é portadora do câncer de mama e que tenha que fazer tudo que fiz.

Quero dizer, realmente não é fácil, vem tristeza, vem dores, vem angústia, vem o medo de morrer e outras coisas terríveis que passa pela cabeça, mas temos que ter fé é o 1º passo, a importância que Deus está no controle é primordial para encarar de frente o problema, ele não pode ser maior do que a nossa esperança de vencer.

Não devemos também fugir da realidade, tudo o que for necessário fazer é importante que façamos com o pensamento positivo que vai passar.

É assim que tenho procurado fazer, estou encarando cada coisa que me aconteceu como um desafio de vida, e tenho certeza que em breve estará tudo normal de novo, só com uma diferença, quero viver melhor a vida, mais do que eu vivia antes. Quero curtir com muito amor e alegria meu marido e meus filhos, eu os amo muito.

Também quero que deus abençoe todas as mulheres que foram vítimas do câncer de mama, que elas recebam a cura completa em suas vidas.

E a você Ana Claudia que está empenhada nesta pesquisa, tenho certeza que as mulheres que participaram, serão beneficiadas com a sua ajuda, você está de parabéns.

Que o Senhor Deus esteja com você, te iluminando todos os seus caminhos.

J.” (P2)

“Por que a vida tem que ser feita de grandes acontecimentos? Senão parece que não tem graça. Mas por outro lado são as pequenas coisas que dão leveza à vida. É o sorriso da A.C. (filha) que se diverte com minhas caretas. A alegria da G. (filha) quando vê que me surpreende com suas descobertas. São os pequenos carinhos diários do F. (marido),

cuidando de todos nós. Tudo isto mostra o quanto a vida vale a pena. Eu pensei que era um paradoxo: pequenos momentos versus grandes acontecimentos. Mas não é nada disso. É a somatória de todos esses pequenos e surpreendentes momentos que fazem a vida da gente ser o “grande acontecimento.

Nossa experiência de vida só vale a pena quando juntamos todos esses momentos, às vezes aparentemente insignificantes, mas que quando olhamos para trás é o que nos trazem alegria, conforto, paz e serenidade. É bom sentir tudo isso e ver o quanto vale a pena viver. É por isso que sigo firme, vivendo um dia de cada vez, cada momento a seu tempo, experimentando e saboreando os momentos bons, os momentos difíceis com a plena certeza de que viver é um ‘barato’”.(P3)

“A vida tem sido generosa comigo: um pai querido, irmãos presentes, um bom marido, filhas lindas e saudáveis e grandes amigos. O que mais posso querer? Só relaxar e aproveitar. E pedir a Deus que abençoe continuamente pessoas tão especiais com quem eu tenho o privilégio de compartilhar a minha vida”. (P3)

“Uma coisa que tenho pensado muito nos últimos dias e até já registrei neste ‘diário’ é sobre a importância que o carinho e cuidados da família e dos amigos têm desempenhado na minha vida. Creio que, seja qual for a circunstância, ser cuidada com carinho é fundamental para qualquer pessoa. Ainda mais quando a gente passa pela experiência da doença. A doença, a cirurgia, o tratamento tão difícil me fizeram enxergar uma grande verdade: a importância de ser humilde. Não importa o que se possua, o sucesso que se alcance, nós não somos ‘grande coisa’. Não somos NADA. Qualquer vento nos derruba. O medo, a insegurança, os problemas e dificuldades estão sempre à nossa espreita, à espera de qualquer descuido para nos jogar no chão. Quantas vezes a gente não se acha ‘grande coisa’ quando na verdade não passamos de poeira. É essa a grande lição que estes dias têm me dado: ‘seja humilde!’. É o que pretendo ser, embora tenha consciência que isto demanda muita aprendizagem. É o que pretendo fazer. Aprender um pouco a cada dia.” (P3)

“Te desejo sucesso na sua vida profissional.

Você é uma gracinha!!!

Obrigada pela oportunidade de te conhecer.

Deus te abençoe e te proteja.

Felicidades, L.” (P4)