

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

**ASPECTOS EMOCIONAIS DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS FRENTE AOS EXAMES DE ROTINA:
um estudo fenomenológico**

TAUBATÉ

2014

GISLENE LUCILA DA COSTA

**ASPECTOS EMOCIONAIS DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS FRENTE AOS EXAMES DE ROTINA:
Um Estudo Fenomenológico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para o título de Bacharel em Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientador: Professora Ma. Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo.

TAUBATÉ

2014

GISLENE LUCILA DA COSTA

**ASPECTOS EMOCIONAIS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS FRENTE AOS
EXAMES DE ROTINA: um estudo fenomenológico**

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo
Universidade de Taubaté

Profa. Ma. Ana Angélica Roncolato
Universidade de Taubaté

Profa. Ma. Débora Inacia Ribeiro
Universidade de Taubaté

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me iluminar e abençoar minha trajetória.

Aos meus pais, Sania e João Carlos pela força e incentivo em lutar por meus ideais.

Aos amigos, que sempre incentivaram meus sonhos e estiveram sempre ao meu lado.

Em especial a minha primeira orientadora Professora Dra. Rosângela Maria que sempre acreditou nesta pesquisa se dedicando e acreditando em meu potencial.

À Professora Ma. Ana Maria, que me acompanhou, transmitindo-me tranquilidade, sabedoria e por mostrar que conseguiria concluir esta etapa de minha vida.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi buscar compreender as vivências dos pacientes oncológicos frente aos exames periódicos pós cirúrgicos, em fase de tratamento, em vista da possibilidade de recidiva da doença, os fatores Psicológicos observados nesta fase e o quanto esses fatores influenciam no controle da doença. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, buscando a compreensão subjetiva das pessoas a respeito da doença, de modo que, foram realizadas entrevistas com quatro mulheres com idade entre 49 a 63 anos, em fase de controle e manutenção da doença. As questões buscavam identificar as unidades de significados, essências contidas nas descrições dos participantes, revelando a estrutura do fenômeno Psicológico, desse modo, foi realizada uma entrevista semi-estruturada. A pesquisa possibilitou identificar como a mulher acometida pelo câncer enfrenta à condição de ser-no-mundo. Levantou-se ainda os aspectos emocionais envolvidos nesta fase do tratamento, o apego à fé para superação da doença e a importância da família do paciente envolvida neste momento na qual o paciente se submete aos exames de rotina e lida com a possibilidade de recidiva da doença. Desse modo, a partir dos resultados obtidos, considerou-se necessário o acompanhamento do Psicólogo neste processo de enfrentamento e controle da doença, pois é necessário acompanhar os medos, sentimentos, fantasias presentes neste processo, para que o paciente saiba lidar com este enfrentamento não existindo fatores que impeçam o processo de controle da doença e a realização dos exames de rotina.

Palavras-chaves: Aspectos emocionais. Pacientes oncológicos. Exames de rotina. Estudo Fenomenológico.

ABSTRACT

Emotional Aspects of Cancer Patients Forward Routine Tests - A Phenomenological Study

The aim of this study was to try to understand the experiences of cancer patients compared to the periodic examination after surgical phase of treatment, in view of the possibility of recurrence, which Psychological factors observed at this stage and how these factors influence the control of the disease. We performed a qualitative study , aiming subjective understanding of the people about the disease , so that , interviews were conducted with four women with ages ranging from 49 to 63 years , under the control and maintenance of the disease . The questions sought to identify the units of meanings , essences contained in the descriptions of the participants , revealing the structure of the psychological phenomenon thus conducted a semi structured interview. The research allowed to identify as a woman affected by cancer faces the condition of being in the world. Rose further the emotional aspects involved at this point , clinging to faith to overcome the disease and the importance of the patient's family involved in this phase in which the patient is subjected to routine tests and deals with the possibility of recurrence of the disease . In this way, from the results obtained, it is necessary to monitor the Psychologist in the process of coping and disease control, it is necessary to follow all fears, feelings, fantasies present in this process, so that the patient knows how to deal with this confrontation does not exist factors that impede the process control of the disease and the routine tests.

Keywords: Emotional Aspects. Cancer Patients. Routine Tests. Phenomenological Study.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da população	30
Quadro 2 – Tipo de câncer das participantes	30
Quadro 3 – Tempo do diagnóstico	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Câncer	11
2.2 Aspectos Psicológicos da morte na Visão Análise Existencial	16
2.3 Breve histórico do Existencialismo	23
3 MÉTODO	25
3.1 Delineamento	25
3.2 Participantes	25
3.3 Local	26
3.4 Instrumento	27
3.5 Procedimento	27
3.6 Análise de Dados	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	30
4.1 Caracterização da População	30
4.2 Análises dos Relatos	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	46
APÊNDICE B –Entrevistas	47
ANEXOS.....	55
ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética	55
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da civilização, o homem se vê entre incertezas e medos. Em meio a estes medos, a doença e a morte são, sem dúvida, as mais relevantes dentre as fobias existenciais. A finitude sempre esteve presente na vida do homem, pois afinal somos todos mortais e as doenças, por sua vez, têm ação direta na vida homem e da sociedade em diversos níveis (FERNANDES, 2000).

Dentre uma infinidade de doenças existentes, o câncer certamente é uma das mais temidas pela humanidade. No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer. Historicamente, o câncer é visto como uma doença que leva fatalmente à morte. Embora seja expressivo o progresso da medicina nos últimos anos em relação ao tratamento do câncer, com procedimentos cirúrgicos, farmacológicos e o advento da radioterapia, ainda assim, o câncer carrega o estigma de doença fatal (BORGES, 2006).

O câncer é, tanto nos países desenvolvidos, como nos subdesenvolvidos, um problema de saúde pública. Nos EUA estima-se que haverá 1,6 milhões de novos diagnósticos de câncer e 577.190 mortes por câncer, segundo as projeções de relatórios (FERNANDES, 2000).

Segundo o mesmo autor, no início do século, no Brasil, a expectativa de vida girava em torno de 33 anos de idade e atualmente a média é de 70 anos de idade. Isso se deve ao implemento de políticas sanitárias, os avanços nos cuidados intensivos e neonatais, o avanço da farmacologia, medicina, assim como o maior conhecimento da fisiopatologia e história natural das doenças, possibilitando ao homem atuar mais ativamente na sua própria morbimortalidade.

Muitos são os recursos disponíveis no combate ao câncer e os tratamentos estão cada vez mais eficazes, desta forma aumentando as chances de cura e qualidade de vida dos pacientes portadores dessa doença. Portanto para que ocorra êxito no processo terapêutico, o diagnóstico precoce e tratamento adequado são fatores primordiais. Após o diagnóstico, o estadiamento é a próxima etapa que é responsável por avaliar o prognóstico do paciente frente à patologia, e definir uma melhor abordagem terapêutica (FERNANDES, 2000). Tão importante quanto ao diagnóstico precoce e tratamento, o acompanhamento pós-tratamento é de extrema relevância. Neste sentido, os exames periódicos são essenciais para diagnosticar

possíveis recidivas, e a falta de acompanhamento pode levar ao adiamento da descoberta do retorno e possível agravamento da doença.

Muito se tem pesquisado em torno da doença, tratamento e cuidados paliativos. Porém, pouco se tem pesquisado sobre a fase pós-tratamento e a vida de um indivíduo que convive com o risco de morte iminente. Assim, reconhecemos que todos os seres humanos são seres mortais, e que a finitude é a maior certeza que existe para o indivíduo portador de uma doença crônica, esta experiência é vivenciada com maior intensidade, pois, neste caso, a morte está anunciada.

O temor frente à possibilidade de morte que o câncer traz nos faz refletir quanto o ser humano, na cultura ocidental, não está preparado para enfrentar seu fim, quando percebemos a negação e o encurtamento dos ritos de morte. Os exames de rotina de acompanhamento pós-cirúrgicos colocam os pacientes oncológicos constantemente em contato com esta única certeza da vida: somos seres mortais.

É relevante o desenvolvimento de pesquisas que levantem os aspectos envolvidos durante a fase pós-tratamento, possibilitando compreender os sentimentos dos pacientes, suas dificuldades em aderência ao tratamento e possíveis mudanças na vida particular, familiar, profissional e social.

É necessário compreender quais os sentimentos que existem nos pacientes ao realizarem os exames periódicos pós-cirúrgicos, em período de tratamento, sabendo da possibilidade da descoberta da recidiva, sendo este o objetivo geral da pesquisa.

É relevante comparar a época em que os exames foram indicados até a realização dos mesmos, verificar o tempo de acompanhamento e controle pós tratamento, verificar qual o conhecimento do paciente diante do exame que terá que realizar. Descrever os sentimentos do paciente diante da marcação e execução do exame, como também o retorno nas consultas médicas, para obtenção dos resultados dos exames realizados. E ainda levantar as fantasias dos pacientes acerca dos resultados e expectativa de vida.

Diante disso, surgiu a motivação em pesquisar como o indivíduo portador de câncer lida com esta situação de acompanhamento pós-tratamento da doença, quais são os fenômenos psicológicos que estão presentes nesta fase, os sentimentos envolvidos nesta etapa e o quanto estes influenciam na aderência ao tratamento. Tendo em vista, conhecer melhor o indivíduo, portador desta doença crônica, que acomete grande parte da população e assim contribuir para uma atuação mais eficaz do Psicólogo.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para que diversas áreas trabalhem de forma multidisciplinar atendendo as necessidades do seu paciente. Além disso, o conhecimento mais profundo dos aspectos subjetivos dos pacientes alertam os profissionais envolvidos no período da manutenção do tratamento à estarem mais atentos aos sinais, que podem, de alguma maneira, interferir na resposta positiva do tratamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER

A origem do câncer é concomitante à do próprio ser humano, sua relação com hábitos cotidianos, cultura, exposição temporal e fatores ambientais, são intensas. Há cerca de 400aC na Grécia, Hipócrates foi o primeiro a descrever a palavra “carcinoma” e “carcinoma”, nesta época definiu o câncer como uma doença de mau prognóstico (COELHO, 2003).

O termo Câncer é utilizado para representar um conjunto de mais de cem doenças, que tem como característica o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA, 2010). Pode-se dizer, de forma geral, que o câncer é consequência de mutações moleculares que resultam do rompimento da integridade funcional do ciclo celular. Estas alterações moleculares conferem à célula habilidades adquiridas capazes de determinar modificações em seu comportamento, e estas habilidades adquiridas resultam em modificações na fisiologia celular, que por sua vez, são responsáveis pela biologia do câncer (FERREIRA; CASTRO, 2005).

Independentemente do tipo de câncer, nota-se que as células cancerosas, apresentam algum tipo de descontrole proliferativo, e este pode ser resultante de um aumento de sensibilidade ao estímulo provindo do meio ambiente. De fato, vários fatores de crescimento, receptores de fatores de crescimento e elementos nas vias de sinalização desses receptores foram historicamente identificados como oncogenes ou genes supressores de tumor (COELHO, 2003).

Para que haja a mutação de uma célula normal para uma célula cancerosa é necessário a ocorrência de múltiplas alterações no material genético dessa célula. A mutação nas células somáticas é considerada a mais freqüente no processo de carcinogênese que afeta, principalmente, a expressão de genes responsáveis pela proliferação e desenvolvimento celular, os oncogenes e genes supressores de tumor. Desta maneira, altera-se a regulação

celular normal e as células começam a se dividir de forma autônoma, o crescimento passa a ser desordenado e acumular células alteradas que formarão o tumor (BRENTANI, 2003).

O processo de carcinogênese ocorre em três estágios, estágio de iniciação, estágio de promoção, estágio de progressão. No primeiro estágio as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos ou carcinógenos, que provocam modificações em alguns de seus genes. A fase de iniciação é o período em que as células estão geneticamente alteradas, mas ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente, elas encontram-se "preparadas", ou seja, "iniciadas" para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio. No segundo estágio da carcinogênese, as células que estão geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas", sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas. No terceiro e último estágio, o de progressão, caracteriza-se pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença (INCA, 2013).

Ainda segundo o INCA (2013), os efeitos cumulativos de diferentes agentes são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. Porém a carcinogênese é determinada pela exposição e interação destes agentes, em uma dada frequência e período de tempo.

Devem ser consideradas, também, as características individuais, que podem facilitar ou dificultar a instalação do dano celular. Quanto ao período de latência pode variar de acordo com a intensidade do estímulo carcinogênico, com a presença ou ausência dos agentes oncoiniciadores, oncopromotores e oncoaceleradores, e com o tipo e localização primária do câncer.

Desta forma, a presença dos agentes cancerígenos, por si só, não pode ser responsável pelo desenvolvimento dos tumores, no entanto há casos em que isto ocorre, como por exemplo, o carcinoma de bexiga, que se desenvolve em 100% dos destiladores de benzidina por se expor a esta substância de forma intensa e contínua, e o câncer de pulmão, que é uma das consequência do tabagismo crônico, ocorrendo entre fumantes, em mais de 90% dos

casos. Define-se como oncoiniciador o agente que é capaz de provocar diretamente o dano genético das células, iniciando o processo de carcinogênese. Temos como exemplo de iniciador o benzopireno, um dos componentes da fumaça do cigarro e alguns vírus oncogênicos entre outros. O agente oncopromotor atua sobre as células iniciadas, transformando-as em malignas e o oncoacelerador, caracteriza-se pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Atua no estágio final do processo.

De acordo com levantamento do INCA no ano de 2010, cerca de 140 mil pessoas morrem todos os anos no Brasil vítimas da doença, e a situação do Câncer no Brasil se divide em três partes: Causalidade, Ocorrência e Ações e Controle. No que se refere à Causalidade associa-se a exposição da população aos fatores de risco ao desenvolvimento do câncer. Em parte significativa dos casos, a doença, está associada a hábitos como consumo regular de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, má alimentação e obesidade. O surgimento da doença pode também estar ligado à exposição ao sol ou ao contato por maior tempo com agentes cancerígenos presentes em produtos como o amianto e o alumínio. Estudo revela que nas mulheres, no ano de 2012 a incidência no Brasil seria de 52.684 novos casos de câncer de mama, um risco estimado de 52 casos a cada 100 mulheres. Este levantamento aponta que no Brasil, geralmente os tumores são diagnosticados em estágio avançado. As conseqüências do diagnóstico tardio são significativas, pois além de comprometer o tratamento, diminui as chances de cura dos pacientes (INCA, 2013).

O câncer é uma doença temida (no mundo todo) e grande parte deste temor deve-se ao fato da ausência de tratamento efetivo para a maioria dos tumores metastáticos inoperáveis. Ao longo dos últimos quarenta anos, houve um progresso em relação à terapia, avanços nas técnicas cirúrgicas, na radioterapia e na quimioterapia aumentaram os índices de sobrevivência a partir de meados do século XX (LIU; ROBINS, 2006).

Embora se reconheça o progresso nos tratamentos resultando no aumento da taxa de sobrevivência, outro fator importante é a prevenção através de exames de detecção precoce, com o objetivo de identificar o câncer antes da produção de sintomas. É importante ressaltar que o diagnóstico de câncer deve ser estabelecido com absoluta certeza, por isso, quando um exame de detecção precoce é positivo, serão necessários outros exames para a confirmação do diagnóstico, o que normalmente é realizado pela biopsia (MERCK, 2008).

Segundo o mesmo autor a atitude de investigação mais apurada busca evitar falsos resultados obtidos na detecção precoce. Esses geralmente produzem uma quantidade relativamente alta de resultados falso-positivos que sugerem a presença de um câncer,

quando, na realidade, ele não existe, assim como podem produzir resultados falso-negativos, os quais não revelam qualquer indício de um câncer que, na realidade, está presente. Resultados falso-positivos podem criar um estresse psicológico indevido e podem levar à realização de outros exames caros e arriscados. Resultados falso-negativos podem criar nos indivíduos uma falsa sensação de segurança. Por essas razões, o médico deve refletir cuidadosamente em relação à realização ou não desses exames, pois, além de preservar a vida, a preocupação com a condição psicológica do paciente deve ser levada em consideração.

O diagnóstico definitivo do câncer se dá quando é realizada uma análise minuciosa das células e do tecido alterado. Estima-se que grande parte dos casos de câncer são diagnosticados por médicos não especialistas. Portanto, é necessário que todos os médicos especialistas ou não estejam atentos a todas as queixas de seus pacientes e manter seus conhecimentos sobre câncer minimamente atualizados. As neoplasias malignas quando avançadas, são em sua maioria de prognóstico pobre, e muitas consideradas como incuráveis (FERNANDES, 2000).

Existem muitos tipos de câncer e seus tratamentos são diversificados, o que faz com que o diagnóstico e a determinação do tipo específico sejam absolutamente essenciais. Para isso, pode ser necessária a realização de vários exames para se caracterizar o câncer de um modo mais acurado, esta maior precisão auxilia o médico na determinação dos exames que serão solicitados, pois cada câncer tende a seguir um padrão próprio de crescimento e de disseminação (MERCK, 2008).

No processo de tratamento do câncer o paciente deve ser avaliado constantemente para verificar se o câncer está respondendo à terapia. O tratamento mais eficaz é aquele que produz a cura. A cura é definida como uma remissão completa, na qual desaparece toda evidência de câncer (resposta completa). Algumas vezes, os pesquisadores estimam as curas em termos de taxas de sobrevida de 5 a 10 anos sem a doença, nos quais o câncer desaparece completamente e não recorrem. Em uma resposta parcial, o tamanho de um ou mais tumores reduz mais de 50%. Esta resposta pode reduzir os sintomas e pode prolongar a vida, embora o câncer acabe crescendo novamente. O tratamento menos eficaz é aquele que não produz qualquer resposta (MERCK, 2008).

A sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos, de acordo com a literatura existente. No Brasil, ainda carecemos de estudos que avaliem a sobrevida de pacientes com câncer de forma mais rotineira e continuada por longos períodos de tempo, como já acontece em alguns países (INCA, 2013).

Algumas vezes, um câncer desaparece completamente, mas reaparece posteriormente. O intervalo entre esses dois eventos é denominado tempo de sobrevida livre da doença. O tempo entre a resposta completa até o momento da morte é o tempo total de sobrevida. Nos indivíduos com uma resposta parcial, a duração da resposta é medida a partir do momento da resposta parcial até o momento em que o câncer volta a crescer ou a disseminar (MERCK, 2008).

O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade. Alguns cânceres respondem bem à quimioterapia, outros apresentam melhoras, porém não são curados. Os cânceres de melanoma, células renais, e câncer de cérebro, respondem muito pouco à quimioterapia e, por essa razão, são denominados resistentes. Outros tipos como o de mama, células pequenas do pulmão e leucemia podem ter uma resposta inicial excelente à quimioterapia, mas, após tratamentos repetidos, eles podem desenvolver resistência às drogas (MERCK, 2008).

Grande parte dos pacientes que se submetem à quimioterapia ou à radioterapia enfrenta os efeitos colaterais provenientes ao tratamento, dentre estes os mais comuns são: a náusea, o vômito, fraqueza, diarreia, queda de cabelos, aumento ou diminuição de peso, feridas na boca, sendo estes os sintomas mais comuns. O tratamento do câncer pode ser tão prejudicial como a doença em si, neste sentido os aspectos psicológicos e sociais acarretados pelo diagnóstico acarretam interesses de profissionais da área de Psicologia (MERCK, 2008).

Há intensas modificações na vida da pessoa que recebe o diagnóstico de câncer, além dos efeitos colaterais, muitas vezes, se submetem a consecutivas internações em hospitais, podendo ocorrer a “despersonalização”. Nesta realidade, recebe como identificação um número e a moléstia a ser tratada. Sem contar com as alterações de sua vida diária, levando a se abdicar de atividades relacionadas a diversas áreas de sua vida como trabalho, estudo, vida pessoal. Desta forma, submetendo-se a transição, de ser humano “ativo e produtivo” para uma “pessoa doente”, “incapaz”, sem perspectiva de vida (HART, 2008).

Numa pesquisa realizada nos EUA, constatou-se que uma parcela significativa de portadores de doenças graves procurou tratamentos alternativos, mesmo sendo um país altamente desenvolvido, pois nos tratamentos alternativos os pacientes tinham espaços para conversar e serem ouvidos como pessoas e não como números estatísticos de uma medicina impessoal e formal. O ato de tratar uma pessoa portadora de uma doença crônica difere-se ao fato de tratar somente a doença (PAZOTTO, 2000).

O câncer gera repercussões que vão além da esfera pessoal. É uma doença que traz impactos sociais e econômicos de grande relevância. Na maioria dos casos, é uma doença crônica de prognóstico desfavorável, o que exige tratamentos demorados e difíceis de serem tolerados pelo doente. Neste sentido, nota-se uma mobilização científica e profissional, nas últimas décadas, com objetivo de buscar novas abordagens para o problema do câncer, seja no tratamento, na prevenção, na organização dos serviços ou na organização de entidades que lutam pelos direitos dos portadores da doença (SILVA, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, há pouco tempo, os portadores desta doença eram estudados em termos de quantos sobreviviam e de quanto sobreviviam em relação aos tratamentos disponíveis. Atualmente, os avanços na oncologia permitem emergir um significativo interesse pela investigação de aspectos que extrapolam as condições físicas, tais como as relações existentes entre os fatores psicossociais, a incidência, a evolução, o tratamento e a remissão da doença.

2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA MORTE NA VISÃO ANÁLISE EXISTENCIAL

O tema morte é evitado e negado numa cultura que valoriza a juventude e se volta para o futuro, para o progresso, e nesse contexto a morte é o que se convencionou chamar um problema, sendo este o mais antigo. O nascimento é um ponto entre o que vem antes e o que se segue, desta forma, pode-se falar na ausência do nascimento, o mesmo se aplica à morte e à ausência da morte. Na vida não existe nada mais que a vida, e na morte nada mais que a morte, estamos nascendo e morrendo a todo instante (LISBOA, 1992).

Existe uma ambigüidade que permeia o tema morte e desde a antiguidade este tema por um lado fascina e por outro aterroriza a humanidade. A morte é um lugar inacessível aos que estão vivos, e sobre ela, tanto doutrinas religiosas quanto filosóficas vem desenvolvendo reflexões, com o objetivo de explicar, clarear, e entender seu objetivo. Morte e nascimento representam assuntos primordiais e fundamentais para a formação da identidade de cada grupo social. Desta forma diversos tipos de rituais fúnebres apresentam, em cada cultura,

representações simbólicas que buscam auxiliar o processo de elaboração do luto pela perda do sujeito (MENDES, 2009).

A Sociedade contemporânea lida mal com a morte, considerando como um tabu, um assunto proibido, ao mesmo tempo a morte se torna algo público, invadindo a todo tipo de contexto. Para educadores torna-se um incômodo que causa transtorno no ambiente escolar, para profissionais da saúde, pode ser visualizada como um fracasso, que desafia sua potência, para profissionais de saúde mental as perdas e processo de luto são assuntos muito freqüentes (KOVÁCS, 2008).

Segundo Kovács (2008) o processo de luto por muito tempo foi visto como uma doença, pelos sintomas que ocorrem. Atualmente é visto como uma crise de grandes dimensões, sendo imprescindível saber lidar com a dor, conduzindo à elaboração dos sentimentos e reintegração na vida cotidiana.

A humanidade desde o início dos tempos se preocupou com o fim da existência e diversos questionamentos são feitos a partir desta preocupação. A dúvida sobre a finitude do homem e o questionamento sobre sua origem e destino, são comuns em seu cotidiano, e principalmente, se a morte é o fim de sua existência ou somente uma transição para outra realidade. Por outro lado, durante a vida também são freqüentes os questionamentos acerca de quanto tempo se tem de vida, como percorrerá a vida e que controle se tem sobre o existir (KOVÁCS,2004).A morte é definida cientificamente como a cessação completa e irreversível da vida em um organismo. Ela pode ser vista simbolicamente como uma mulher sedutora, e ao mesmo tempo, aterrorizante, com vestes negras, pronta para resgatar aqueles que exalam o último suspiro, como para outros a morte pode ser vista como uma forma de libertação dos sofrimentos terrenos e a esperança de uma vida melhor (AMBROSIO, 1992).

Desde a mais tenra idade a morte faz parte do desenvolvimento humano. Desde os primeiros anos de vida a ausência da mãe é vivenciada como morte, a criança percebe-se solitária e desamparada. Esta primeira impressão fica marcada, gerando uma das representações mais fortes de todos os tempos que é a morte como ausência, perda, separação e a conseqüente vivência de aniquilação e desamparo (KOVÁCS, 1992). Cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido dependendo da etapa em que se encontre no processo de desenvolvimento vital. Esta visão depende também da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural. Em qualquer fase do desenvolvimento humano a idéia da morte está presente e tem uma

representação característica, trazendo um entrelaçamento entre todos os aspectos presentes no decorrer da própria vida (BORGES, 2006).

Segundo Kovács (2008) o medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam, e, numa visão espiritual, medo do julgamento de seus atos em vida. Cada pessoa teme mais de um aspecto da morte, e isso depende de aspectos intrínsecos ao indivíduo que a enfrenta, seja ele quem esteja morrendo ou uma pessoa querida. Segundo Kübler-Ross (1997) nota-se as mudanças ocorridas nas últimas décadas, tais mudanças são responsáveis pelo crescente medo existente da morte, pelos problemas emocionais, e pela necessidade de compreender e lidar com os problemas sobre a morte e o morrer.

A negação e o isolamento caracterizam o primeiro estágio da morte, é muito comum em pacientes que são informados por pessoas que não conhecem ou por quem os informa levemente. A negação é usada nos primeiros estágios da doença, logo após a verificação, ou ainda em outros estágios da doença. Ela funciona como uma defesa depois de notícias inesperadas e chocantes, na qual o paciente irá se recuperar com o tempo, mobilizando aos poucos outras medidas radicais. Ela pode ser considerada como uma defesa temporária, podendo ser substituída por uma aceitação parcial. (KÜBLER-ROSS, 1997). Nota-se que a maioria dos pacientes não utiliza a negação por muito tempo. Podem em um momento conversar sobre a realidade de seu estado, mas de repente, demonstrar incapacidade em continuar o assunto, e enfrentar a realidade. Pode falar sobre assuntos de sua vida, sobre algumas idéias antes ou após sua morte, mas pode mudar de assunto minutos depois, quase se contradizendo com o que dissera antes. Assim só muito mais tarde que o paciente demonstra mais o isolamento do que uma negação. É quando encara a morte, sem perder as esperanças, falando de sua morte, sua doença, relacionando-a sua mortalidade e imortalidade.

Segundo Kübler-Ross (1997), vale ressaltar a importância da equipe hospitalar neste momento com os pacientes, sendo necessário ficar lado a lado, sempre ouvindo, retornando muitas vezes, mesmo que o paciente em alguns momentos não possua vontade de falar, para que se logo desenvolva um sentimento de confiança, pois ali se encontra alguém disponível para ouvir.

O segundo estágio é caracterizado pela raiva, que após o estágio da negação, é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Este estágio é muito difícil para a família, como para toda a equipe hospitalar, deve-se isso ao fato de esta

raiva se difundir e por muitas vezes sem razão alguma se projetar no ambiente (KÜBLER-ROSS, 1997).

Neste estágio muitas vezes as enfermeiras são alvos constantes da raiva dos pacientes. Elas são chamadas o tempo todo, ou são queixadas muitas vezes por atitudes que tomam. Os familiares quando vão as visitas são recebidos com pouco entusiasmo e sem algumas expectativas, por esse motivo muitas vezes a reação dos parentes é de choro, culpa ou humilhação, ou então evitam as próximas visitas, aumentando no paciente a mágoa e a raiva (KÜBLER-ROSS, 1997).

Ainda segundo Kübler-Ross (1997), nesta fase muitos não se coloca no lugar do paciente, que por muitos motivos ficam com raiva por interromperem as atividades de sua vida, ou por muitas vezes se queixarem das atitudes que precisam obedecer, este é o momento em que o paciente só se queixa. Pode ligar a televisão e ver um grupo de jovens, ou assistir a um filme que pessoas estejam felizes ou mortas, que as compara com seus familiares ou com as pessoas do hospital. Quando que para não se achar esquecido, levanta a voz, grita, faz exigências e reclama atenção, afirmando que ainda não estão mortos.

Neste momento aqueles pacientes que são respeitados e compreendidos, a quem são dispensados tempo e atenção, logo abaixam as vozes, e diminuem suas exigências, sendo tratados como pacientes que necessitam de cuidados, que são ouvidos sem algumas necessidades de explosões temperamentais, que receberão visitas com prazer, e não apenas por alguma obrigação (KÜBLER-ROSS, 1997).

O terceiro estágio é o da barganha, é considerado de extrema utilidade ao paciente, mas por um curto tempo. Esse estágio é caracterizado quando o paciente de acordo com suas experiências anteriores sabe que existe possibilidade de ser recompensado por agir com bons comportamentos e receber algum prêmio por serviços especiais (KÜBLER-ROSS, 1997).

Na barganha, além de retribuírem a algum bom comportamento do paciente, é estabelecida também alguma meta, auto-imposta, que inclui alguma promessa implícita do paciente, que não pedirá outro até o momento em que o primeiro for concedido (KÜBLER-ROSS, 1997).

Segundo Kübler-Ross (1997), muitas vezes as barganhas são feitas com Deus, mantidas a segredos, ou com algum sacerdote. Nota-se que tais promessas podem estar associadas a alguma culpa oculta, sendo que ao considerar essa atitude, toda equipe hospitalar não deve menosprezar as mesmas, se fazendo necessária a observação do porquê do paciente estar se sentindo com culpa.

É oportuno ressaltar a importância da utilização de uma abordagem interdisciplinar com o paciente, oferecendo um conjunto de cuidados estendido inclusive no pós-tratamento, de forma que o paciente possa se sentir mais aliviado de seus temores, ou de alguns desejos de punição causados por alguma culpa excessiva, em que novas barganhas e promessas não cumpridas haviam sido impostas quando a meta estabelecida já fora superada (KÜBLER-ROSS, 1997).

Chega a um ponto que o paciente não pode mais negar sua doença, pois pode ser forçado a realizar alguma cirurgia ou hospitalização, ou mesmo seu corpo se transforma e começa aparecer mais magro. Não há mais como esconder a doença de si mesmo, começa o quarto estágio é caracterizado pela depressão, quando sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda (KÜBLER-ROSS, 1997).

É importante ressaltar a aflição inicial que o paciente que o paciente terminal se submete ao ter que se preparar para quando tiver que deixar este mundo. Desta forma, ao distinguir estes dois tipos de depressão, considera-se a primeira como reativa e a segunda como depressão preparatória, sendo assim, cada tipo com sua peculiaridade, devendo ser tratadas de maneiras distintas (KÜBLER-ROSS, 1997).

Uma pessoa compreensiva terá mais facilidade em detectar a justa causa da depressão e em aliviar um pouco da culpa ou vergonha irrealis que acompanham a depressão. Nota-se a importância dos familiares, da equipe hospitalar neste momento nos cuidados do paciente.

Já o segundo tipo de depressão é caracterizado por perdas iminentes. Quando as pessoas estão tristes, a primeira tentativa é fazer com que fiquem animadas novamente, isto é consequência de nossas próprias necessidades, mas de suma importância com pacientes em fase terminal. Por exemplo, o que ajuda uma mãe é saber que seu filho continua rindo, brincando no jardim, quando precisa trabalhar (KÜBLER-ROSS, 1997).

Segundo Kübler-Ross (1997), neste estágio a depressão é um instrumento que, na perda de todos os objetos amados, há uma preparação da perda iminente diante desses objetos, que são utilizados para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança que não tem razão de ser. Se no primeiro tipo se exige mais diálogo, conversa com o paciente, em contrapartida neste segundo tipo, a depressão é mais silenciosa, e caracterizada por pequenos gestos, ou apenas alguma companhia.

O último estágio se caracteriza pela aceitação do paciente, que teve tempo e ajuda para superar todas as fases anteriores, externalizou seus sentimentos, mesmo o de inveja e raiva pelas pessoas sadias de seu convívio. É uma fase de lamentações pela perda iminente de

pessoas e lugares queridos e contemplará seu fim próximo, porém, com uma considerável grau de tranqüila expectativa.

A família também carece de ajuda, compreensão e apoio, pois neste momento o paciente prefere ficar só, ou pelo menos, que não seja incomodado por notícias, ou problemas externos. Geralmente as visitas são mais curtas, e com o número menor de pessoas, o paciente prefere ficar mais em silêncio, e passa a utilizar de gestos com suas mãos. Aqueles pacientes que lutam até o fim, que quanto mais tentam driblar a morte e tentam negá-la, mais difícil será alcançar o estágio final de aceitação com paz e dignidade. (KÜBLER-ROSS, 1997).

O paciente portador de uma doença crônica grave, como o câncer, coloca a prova a própria existência e atribui um significado para sua doença e seu tratamento. Desta forma, o câncer, traz, inevitavelmente, a idéia do fim da vida e de todas as suas possibilidades. Faz-se presente então o medo seja pela sua própria morte ou a de um companheiro de tratamento. O fato de pensar na morte nos remete a vida e em como estamos vivendo. Contudo, o paciente necessita ser ouvido e acolhido em seu sofrimento, para auxiliar no enfrentamento do medo da própria morte deflagrada pela doença e/ou terminalidade (BORGES, 2006).

Na visão fenomenológica-existencial, o homem é aquilo que escolhe ser, e sua existência caracteriza-se pelo conhecimento de si mesmo, pelo descobrir-se e compreender-se dando sentido a sua existência. Ele escolhe seus próprios valores responsabilizando-se por si próprio, e tornando-se único em sua totalidade e singularidade real (HOSSU, 2009).

Segundo Silva (2006), existir no modo autêntico de ser significa manter-se presente a morte, como algo pelo qual a existência se define antes de tudo e qualquer coisa. E assim, assumir-se como ser no mundo com câncer, não diminui o caminho escolhido com dificuldades. Desse modo, investir no projeto de uma existência com câncer é colocar-se em estado de fragilidade, sujeito a carências e incertezas.

O câncer é vivenciado como algo que degenera o lugar onde se instala e reflete uma degeneração de todo o organismo. Sendo responsável por dores que impedem um mínimo de qualidade de vida para seus portadores. De modo que, iniciar o tratamento também não é fácil, pois os procedimentos cirúrgicos vivenciados são experienciados como mutiladores não só do corpo, mas também do próprio existir. E passar pela experiência da doença e do tratamento, é vivenciar sentimentos de pequenez, de impotência diante da escolha feita, sentindo que tudo parece extrapolar a capacidade de suportar. Devido aos efeitos colaterais, o tratamento é vivenciado como tortura, castigo, que lesiona não só o físico, mas também a

própria vontade de seguir adiante, de viver. Desse modo, a pessoa se fragiliza, se enfraquece, sente que não vai agüentar(SILVA, 2006).

É necessário que a pessoa adoecida busque encontrar um sentido, uma direção para sua vida, precisa estar sempre se lembrando de motivos pelos quais vale a pena viver. Estabelecer metas a alcançar, é vivenciar uma força que revigora sua existência (SILVA, 2006).

Além dos efeitos do tratamento, a rotina da pessoa com câncer muda radicalmente e ela passa a conviver com outros aspectos que não faziam parte de seu repertório de convivência, exigindo assim uma adaptação nem sempre fácil. O novo cotidiano passa a ser vivenciado de forma desgastante, pois na maioria das vezes não sobra tempo, nem disposição para que outras atividades enriqueçam o viver (SILVA, 2006).

Silva (2006), enfatiza a importância de se estabelecer um vínculo com os profissionais envolvidos, principalmente ao que se refere à confiança e ao diálogo franco, sendo importante que os profissionais sejam claros e eficientes na comunicação. Caso contrário, o paciente se vê com inúmeras dúvidas, adquirindo uma atitude receosa e desconfiada, sentimentos que fazem lhe pesar o caminhar do novo espaço circunstanciado pela doença.

Além dos cuidados dos profissionais de saúde, a pessoa doente necessita também dos cuidados de seus familiares. Diante dos sentimentos de fragilidade que a doença desperta no doente, a pessoa com câncer vê-se carente de cuidados especiais em seu domicílio, do modo que, suas limitações procuram ser superadas com o auxílio daqueles que convivem com o doente. Os familiares se preocupam com a dor, a alimentação, a higiene, com a administração dos medicamentos, e a presença dos mesmos, como seres co-participantes do novo cotidiano é importante contribuição para a segurança, tranquilidade e auto-estima da pessoa doente (SILVA, 2006).

Os doentes também se preocupam com o impacto de sua doença a seus familiares, e gostariam de não estar sendo objeto de trabalho e preocupação. A palavra do outro e a sua própria aparece como possibilidade autêntica de cuidado, pois os doentes expressam necessidade de falar e de serem ouvidos, sendo assim, através da palavra expressam o seu ser no mundo e através da palavra do outro recebem o consolo, o ânimo e o encorajamento que necessitam para continuarem a jornada do câncer (SILVA,2006).

Segundo Silva (2005), o câncer de mama em específico, no período pós-tratamento evidencia que ainda há uma ampla gama de seqüelas possíveis, tanto no campo físico, como no psicossocial. Pois as mulheres acometidas por este câncer enfrentam a perda parcial, ou

total de uma parte do seu corpo, que há séculos é considerada como símbolo de feminilidade, sensualidade, sexualidade e maternidade. Desse modo, o câncer de mama, gera alterações permanentes em sua imagem corporal e identidade feminina.

Silva (2006) ressalta que o doente oncológico descobre que certas atividades lhe proporcionam prazer, alívio, servem de apoio, resgatam a esperança, a dignidade e o sentimento de autonomia e de utilidade para com os outros. Ainda para se sentirem mais íntegros e fortes, recorrem à fé a um ente superior e às orações. Desse modo, encontram um sentido íntimo de sustentação, de segurança e proteção. O apego a fé é um recurso para enfrentar a situação de se ver lançado no mundo do câncer, possibilitando ao ser escapar momentaneamente da angústia, da antecipação da finitude, podendo se revelar em aceitação da realidade pessoal.

Pois, ainda segundo o mesmo autor, tudo o que é humano, como os recursos técnicos e terapêuticos, a solidariedade de amigos e familiares, a dedicação dos profissionais de saúde, não podem mudar o fato de que o ser humano é ser destinado para a morte, destino este que o câncer insiste em lembrar. Assim, compreendendo-se como ser no mundo, o doente, inclui em seu mundo com câncer, um “Cuidador Supremo”, que não o desampara, e nem o abandona a própria sorte, fornecendo-lhe confiança e a coragem necessária para prosseguir, esperando pelo melhor.

Como enriquecimento e crescimento pessoal à experiência de existir no mundo com câncer, faz com o doente se abra a novos aprendizados, a um contato maior com o mundo interno, o que favorece o redimensionamento das experiências e de valores. Este redimensionamento prevê a possibilidade de um futuro mais tranquilo, mais sereno, mais autêntico (SILVA, 2006).

2.3 BREVE HISTÓRICO DO EXISTENCIALISMO

A origem da fenomenologia esta diretamente ligada ao conceito de intencionalidade, de modo que seja considerada que toda consciência é intencional, ou seja, existe algo de

dentro para fora. Segundo Aranha; Martins (2001), não há consciência separada do mundo, toda consciência é consciência de algo.

Em contrapartida, este conceito se contrapõe à Filosofia Positivista do século XIX, diretamente ligada à visão objetiva do mundo, à crença ao conhecimento científico estando cada vez mais neutro, assim a fenomenologia retoma à uma nova relação entre sujeito e objeto, homem e o mundo. Sua característica central é a descrição da realidade, sendo o ponto de partida a reflexão do próprio homem, do modo que, encontre o que realmente é dado na experiência, descrevendo o que realmente acontece, do ponto de vista daquele que realmente vive determinada situação. (ARANHA; MARTINS, 2001).

Segundo Heidegger (1989 apud ARANHA; MARTINS, 2001), tudo se inicia da análise do ser do homem, que denomina como *Dasein*. Esta expressão significa o "ser-ai", ou seja, o ser no mundo, não existindo consciência separada do mundo. Desse modo, a partir do "ser-ai", há a especificidade de ser do homem, que é a existência. A iniciativa de descobrir o sentido da existência e orientar suas ações em direções mais adversas, é chamado de transcendência, pois o homem ao tentar compreender o seu ser, dá sentido ao passado e projeta seu futuro.

Cunha (1997) revela que o sentido precisa ser buscado, e se inicia sobre o reconhecimento de algo que é estranho, visando descobrir algo familiar, ou seja, apesar da independência do mundo real em relação à nós, é fato que nos familiarizamos com ele, aprendemos a identificar objetos desse mundo, modificando sua realidade, manipulando e alternando seu modo de existência natural, como: a ordem do seu funcionamento, sua forma e sua utilidade.

Para Aranha, Martins (2001), do sentido que o homem imprime aos seus atos, decorre de autenticidade ou de inautenticidade da sua vida. O homem inautêntico vive de acordo com suas verdades e normas dadas, sem qualquer originalidade. Diferente do homem autêntico que se projeta no tempo, sempre se direcionando ao futuro, buscando novas possibilidades sempre renovadas.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

Para o presente estudo escolheu-se a pesquisa qualitativa por examinar a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária. Os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde (POPE, 2009).

O método de pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, desta forma, buscando corresponder uma maior profundidade das relações, dos processos e dos fenômenos que não possibilitam reduções à operacionalização de variáveis(DESLANDES, 2003).

Foi realizado pelo delineamento do estudo de caso, que se trata de uma análise mais detalhada de um caso particular, explicando a dinâmica e a patologia de uma doença dada. Com este procedimento acredita-se que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa do caso.

3.2 Participantes

Os participantes foram pacientes oncológicos, do sexo feminino, com idade entre 25 a 70 anos, que se submeteram aos exames periódicos de controle da doença. A faixa etária a partir de adultos jovens foi escolhida por terem maior probabilidade de conhecimento e conscientização da doença. A escolha dos entrevistados foi realizada por acessibilidade, seguindo os critérios de inclusão:

1. Idade entre 25 a 70 anos, totalizando quatro participantes nesta pesquisa;

2. Pacientes pós-tratamentos do câncer, na fase de controle e manutenção do tratamento (cirúrgicos e/ ou clínicos);

3. Considerando o período entre o término do tratamento para o início dos exames periódicos.

De modo que, o tempo mais crítico para a recidiva é até o quinto ano pós-cirúrgico, sendo que em média, o tratamento é realizado durante o primeiro ano.

Os pacientes entrevistados foram informados sobre os critérios para a inclusão na Pesquisa e que a escolha de participação é voluntária. O termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) foi lido e explicado, e após a aceitação do termo e condições da pesquisa, o participante assinou o termo.

Não foi possível entrevistar o número de cinco participantes previstos tendo em vista a indisponibilidade do paciente.

3.3 Local

Anteriormente a pretensão deste trabalho era apresentar ao Grupo de Estudos do Hospital Regional para que fosse encaminhado ao Comitê de Ética da Instituição, para receber o aval para que a pesquisa fosse realizada no setor de oncologia. Porém, a Instituição estava naquele momento passando por uma reestruturação, o que impossibilitou a análise da presente pesquisa pelo seu comitê de ética. Desse modo, os sujeitos participantes desta pesquisa, foram sujeitos da comunidade, sem vínculo com a Instituição. Sujeitos identificados pela própria pesquisadora, através do contato com pessoas conhecidas, buscando o contato com pessoas que possuíam a doença, atendendo aos critérios de inclusão. Após o agendamento das entrevistas, as mesmas, foram realizadas de forma individual na residência de cada participante.

3.4 Instrumento

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada que é conduzida com base em uma estrutura flexível, constituída de questões abertas (APÊNDICE A) que definem a área a ser explorada, ao menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou resposta em maiores detalhes. As entrevistas constituem a técnica qualitativa mais comumente utilizada nos estabelecimentos de atenção à saúde (POPE, 2009). Segundo Deslandes (2003) a entrevista é um procedimento muito utilizado no trabalho de campo, por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos dos atores sociais, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Segundo o mesmo autor, os entrevistadores qualitativos tentam ser interativos e sensíveis à linguagem e aos conceitos usados pelo entrevistado e tentam manter a agenda flexível. Objetivam ir além da superfície do tópico que está sendo discutido, explorar o que as pessoas dizem de forma tão detalhada quanto possível e revelar novas áreas ou idéias não previstas no início da pesquisa. Para tanto é imprescindível que os entrevistadores confirmem o entendimento sobre o significado das respostas dos entrevistados, para que não corra o risco de se basear em suas próprias suposições.

3.5 Procedimento

Após o recebimento da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Taubaté (ANEXO A), os participantes da pesquisa foram selecionados por acessibilidade seguindo os critérios de inclusão. Estes foram convidados a participar da pesquisa com as devidas explicações sobre todo o procedimento. Após a aceitação, houve a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura do mesmo (ANEXO B).

A entrevista foi realizada na residência dos participantes, de forma individual, em local reservado, garantindo a privacidade e sigilo. Tiveram como tempo médio uma hora e seguiram o roteiro previamente organizado. Foi realizada uma coleta de dados baseada no referencial teórico sobre o tema pesquisado, através da obtenção e leitura do material bibliográfico, buscando em várias fontes para que se obtivesse conhecimento sobre o tema a ser registrado.

Os registros das entrevistas foram realizados através de uma gravação de áudio mediante autorização prévia do participante. Após o término das entrevistas foram literalmente transcritas, e posteriormente, ficará sob a guarda da orientadora do trabalho durante os próximos cinco anos quando então serão apagadas, com o intuito de preservar a identidade dos participantes.

3.6 Análise de Dados

A análise dos dados da entrevista foi realizada através do método fenomenológico de Giorgi, que é um dos mais conhecidos e utilizados no campo da Psicologia Fenomenológica. (MOREIRA, 2002). O objetivo é a obtenção de unidades de significado, ou seja, temas ou essências, contidas nas descrições e reveladoras da estrutura do fenômeno.

O método é composto de quatro passos:

Leitura geral da descrição para ter um senso geral de tudo o que foi colocado;

Tendo o sentido do todo, o pesquisador volta ao início do texto e lê novamente, com o objetivo de discriminar unidades de sentido dentro da perspectiva que lhe interessa, no caso psicológico;

Uma vez delineadas as unidades de sentido, o pesquisador corre por todas as unidades de sentido e expressa o que elas contem de uma forma mais direta; isso vale principalmente para as unidades de sentido mais reveladoras do fenômeno sob consideração;

Por último, o pesquisador sintetiza todas as unidades de sentido transformadas em uma declaração consistente com relação à experiência do sujeito. Essa declaração vai se chamar: estrutura da experiência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Apresentação da População

Segue abaixo quadro representando o perfil dos participantes deste estudo:

Quadro 1: Caracterização da população.

	NPF	SMN	DSM	VMISA
IDADE	62 anos	49 anos	61 anos	63 anos
ESCOLARIDADE	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Segundo Grau Incompleto	Superior Completo - Direito
ESTADO CIVIL	Divorciada	Casada	Casada	Viúva
PROFISSÃO	Do lar	Do lar	Do lar	Do lar

Foi questionado o tipo de câncer dos participantes e se contatou as seguintes respostas, conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Tipo de câncer das participantes.

QUESTÃO	Que tipo de câncer?
NOME	RESPOSTAS
N. P. F	Carcinoma evasivo grau dois
S. M. M	Mama direita
D. S. M	Foi na mama, nas calcificações
V. M. S. A	Micro calcificação, tumor maligno, carcinoma ductalenvasivo

Segundo Merck (2008), existem muitos tipos de câncer e os tratamentos são diversificados o que faz com o que o diagnóstico e a determinação do tipo específico sejam absolutamente essenciais. Desse modo, é necessária a realização de vários exames para se

caracterizar o câncer de um modo mais acurado, pois cada câncer tende a seguir um padrão próprio de crescimento e de disseminação.

Quadro 3: Tempo do diagnóstico.

QUESTÃO	Há quanto tempo foi diagnosticado?
NOME	RESPOSTAS
N. P. F	Seis anos, foi em 2005
S. M. M	Já fazem quatro anos
D. S. M	Foi em fevereiro né, dia 11 de fevereiro, vai fazer três anos né, agora em 2012.
V. M. S. A	Foi em 2004. Foi diagnosticado esse tipo de câncer de micro calcificação, aí depois de cinco anos, eu fiquei fazendo de três em três meses, depois de seis em seis meses fazendo o preventivo né, prevenção, prevenção não controle.

De acordo com Fernandes (2000), o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fatores primordiais para que ocorra êxito no processo terapêutico, desse modo, após o diagnóstico o estadiamento é a próxima etapa que é responsável por avaliar o prognóstico do paciente, definindo qual a melhor abordagem terapêutica.

4.2 DISCUSSÃO E ANÁLISE

Na busca de compreender os aspectos emocionais dos pacientes oncológicos, frente aos exames de rotina, algumas facetas foram se revelando ao longo das entrevistas. Esses aspectos foram analisados a partir das fases vivenciadas no contexto de cada entrevistado.

As análises tiveram como embasamento as categorias estruturadas de acordo com os estágios da morte colocados por Kubler-Ross (1997). O mesmo salienta a necessidade de compreender e lidar com os problemas sobre a morte e o morrer. Apresenta os estágios como forma de enfrentamento da doença e o modo em como lidar com a forma em que a doença se manifesta. Isso ocorreu devido à mudança de décadas e o crescente aumento do medo da

morte, desse modo, aumento o número de problemas emocionais.

A seguir, foi apresentado as análises caracterizadas por cada estágio segundo Kubler Ross.

I. Negação e isolamento

A negação e o isolamento caracterizam o primeiro estágio da morte, é usada nos primeiros estágios da doença, logo após a verificação ou ainda em outros estágios da doença. A negação funciona como uma defesa depois de notícias inesperadas e chocantes, na qual o paciente irá se recuperar com o tempo, mobilizando aos poucos outras medidas radicais (Kubler-Ross, 1997).

É possível visualizar a negação nas falas a seguir:

[...] a gente nasce com o corpo limpo, e a partir do momento (eu penso assim), que eu vi que estava com aquilo, na mesma hora eu passei para o meu subconsciente que aquilo não era meu, que eu iria retirar e que não iria me fazer mal, então eu não tive problema algum com isso, eu fui até o médico, quando ele diagnosticou, foi exatamente o que eu falei para o médico, tira porque não é meu. (S)

[...] não tenho nada que filtre, nada que me dê a segurança que eu tenho com o outro braço, então não posso pegar peso, eu não posso passar roupa, vapor, coisas muito quente eu não posso ficar colocando esse braço muito no forno por exemplo, não posso torcer pano, virei uma dondoca sem saber e eu amo isso (risos) e ganhei lipo, porque eu fiz a reconstrução no mesmo dia, eles tiraram o tecido do abdômen e construíram a mama [...] (S)

No começo a primeira vez eu achei que ia morrer, o estado emocional abalou muito, porque eu já vinha com o estado emocional abalado, porque eu tinha descoberto um câncer do meu marido [...] (V)

[...] a primeira reação normal da gente é querer fugir, é querer ficar quieto no canto, aquela auto piedade achando que não vale mais a pena lutar, não sei se vale a pena tratar, é essa primeira reação mais de repente você tem que lutar contra essas idéias, essa emoções que não faz bem só prejudica. (V)

Fiquei perdida né, totalmente perdida, não conseguia cair à ficha né, achava que era impossível aquilo, custou pra aquilo entrar na minha cabeça, eu falava: eu não tenho isso não, falava pra doutora, eu não tenho, fiquei desesperada, mas através de Deus eu conseguia me controlar, tomava calmante na época eu tomava, porque eu não suportava, porque se eu não tomasse eu não ia dormir [...] (N)

[...] eu me apeguei foi com Deus mesmo pra eu conseguir superar essa fase, eu também sou uma pessoa muito fechada, fugia das pessoas porque eu não queria falar do problema pra qualquer pessoa né, falava só pra pessoa que ou era da minha igreja ou pra enfermeira, médicos, eu não queria falar sobre aquilo então foi difícil pra mim, muito

difícil, eu passei muito mal, tinha muito mal estar, é emagreci muito, chorava muito, tive que tomar vários remédios pra poder suportar né porque eu não conseguia [...] (N)

[...] fiquei com o emocional muito abalado, eu não me aceitei assim sem mama, de jeito nenhum, ate hoje não me aceito so que eu tenho um pouco de medo, de me arriscar e fazer a cirurgia de reconstrução porque é muito sofrida, é muito demorada né. [...] (N)

[...] fiz mamografia de rotina e deu umas calcificações, eu demorei pra ir procurar o médico, eu achei que não era nada né, na época eu demorei [...] (D)

[...] eu fiquei até assustada porque não tinha dado nada e de repente ter que tirar toda mama tal daí eu fiz a cirurgia que foi tirada da mama tudo e depois ela me passou pra outra médica né pra ver que tipo de tratamento eu teria que fazer [...] (D)

[...] quando eu fiz a biópsia que realmente era um câncer eu não me assustei, sinceridade pra você não me assustei não, no fundo eu já tava preparada, eu fui me preparando pra aquilo, entendeu? No meu íntimo assim eu já estava me preparando, então assim, eu pensava eu sei que eu to com essa doença, eu sei que eu to com esse problema, mas eu tenho que preparar os meus filhos e meu marido, não a mim entendeu? [...] (D)

Segundo Kubler-Ross a maioria dos pacientes não utiliza a negação por muito tempo. Podem em alguns momentos conversar sobre a realidade de seu estado, mas de repente, demonstrar incapacidade em continuar o assunto e enfrentar a realidade, como se nota nos recortes abaixo:

[...] quando eu voltei da anestesia, a minha mama estava aqui, então eu acho assim, esse trauma de se olhar no espelho e não enxergar, ver o buraco, eu não posso dizer porque eu não tive, então pra mim foi super tranquilo, eu sempre falo, eu acho que não teria problema nenhum porque eu encaro isso como uma coisa muito natural, mas eu não tive esse impacto de me olhar, eu olhei, assim, ficou estranho porque eu estava toda costurada, então a sensação era, passava pela minha cabeça assim, eu ia sentir muita dor quando fosse tirar os pontos, era essa a minha preocupação [...] (S)

[...] tinha pessoas que eu até confortava, sabe eu comecei a perceber que ali no meu estado que eu estava, eu via gente muito, com problema mais simples que o meu e muito cheio de, com a cabeça muito pior, muito mais nervosa que eu, muito mais nervosa, então daí eu tentava passar um pouquinho pra aquela pessoa, o como eu tava superando, de que forma, isso ajuda, quando você passa a pensar no outro, a sentir útil de poder ajudar alguém, a coisa da gente ameniza, melhora sabe, então seja qual for o problema, seja qual for a situação seja qual for o ambiente você não pode fugir, você tem que ir você vá, mas vá com essa intenção, de buscar ajuda e dar ajuda, porque ninguém é tão pobre que não tenha nada pra dar e nem tão rico que não tenha nada pra receber [...] (V)

Então quando eu fiz a biópsia que deu que era realmente, eu fiquei assim, eu chorei no momento, vendo meu marido chorar, ele tava

comigo, ele chorou muito e os meus filhos ficaram todos apavorados, querendo saber o que era e que não era né ligando pra mim, então eu pensava neles, nem em mim, eu ficava pensando neles né, ai meu Deus, quando eles souberem que é maligno, eu não sei qual vai ser a reação deles , então eu ficava preocupada com eles [...] (D)

Desse modo, foi apresentado durante as falas o momento de negação dos pacientes, o modo em que enfrentam esse primeiro momento a doença.

II. Raiva

O segundo estágio é caracterizado pela raiva, que após o estágio da negação, é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e ressentimento (Kubler-Ross, 1997). Pode ser observado nas falas a seguir:

[...] não tive ânsia, não tive absolutamente nada, porque a todo momento eu falava pra mim, não é meu, eu não quero, então, que essa medicação entre somente pra fazer aquilo que precisa ser feito, e o restante eu não vou absorver porque não é meu, foi um trabalho muito comigo mesmo [...] (S)

[...] eu culpo muito essa medica porque na minha família não tem isso, e apesar de os médicos falam que não é só problemas genéticos pode ser também problema emocional, uma serie de coisas né, então, mas eu continuo culpando a medica sabe, continuo falando que a medica, porque ela viu e não pediu um exame mais aprofundado, ela podia ter pedido e eu pagava e fazia [...] (N)

[...] acho assim ela foi uma pessoa que ficou muito a desejar né, tanto que a minha vontade era ir la falar poucas e boas pra ela, mas depois eu falei, vou ficar mais nervosa ainda e não vai resolver nada, a ir pra la, ela ia ter uma desculpa né, lógico, eu cheguei ate falar com a outra medica, mas a medica também protegeu ela, falou que não é bem assim, sabe como é que é né, um protege o outro. (N)

Pode-se notar a raiva e revolta dos pacientes nessas falas apresentadas, caracterizam a não aceitação da doença e o direcionamento da culpa sobre o fato de estar doente.

III. Barganha

O terceiro estágio é o da barganha, considerado de extrema utilidade ao paciente, mas por um curto tempo. É caracterizado quando o paciente de acordo com suas experiências anteriores sabe que existe possibilidade de ser recompensado por agir com bons

comportamentos e receber algum prêmio por serviços especiais. Muitas vezes as barganhas são feitas com Deus, mantidas a segredos, ou com algum sacerdote (Kubler-Ross, 1997).

Os recortes seguintes enfatizam os aspectos citados acima:

[...] o câncer entrou na minha vida pra eu fazer assim uma reavaliação da minha vida e ver o que eu poderia estar melhorando, aonde eu poderia estar ajudando mais as pessoas, porque nossa tem gente assim que começaram a tomar a medicação e acho que na hora que batia no sangue já começavam a passar mal, desmaiavam, vomitavam muito e eu só assistindo aquilo, então eu fui assim muito premiada por Deus mesmo, porque eu consegui ainda assim fazendo o tratamento estar ajudando as pessoas dentro do hospital, levando essa minha filosofia de vida, essa minha fé [...] (S).

[...] agora to naquela fase e eu sinto assim, se a gente precisar de ajuda e não pedir é um meio que a pessoa tem também de morrer logo. De não se curar, porque nós temos que ter essa humildade de pedir, não consigo mais, eu preciso de ajuda, agora se a pessoa também não pode, também não pode ficar culpando a pessoa, aí é que é o problema “ah tá vendo, ó, pedi, não fez” não é assim. Pode ter certeza diante da fé que a gente tem Deus provê. Ele provê pessoas, na minha vida ele proveu tanta coisa que você nem imagina.(V)

Silva (2006) caracteriza o apego à fé como um recurso para enfrentar situações de se ver lançado no mundo do câncer, possibilitando ao ser escapar momentaneamente da angústia, da antecipação da finitude, podendo se revelar em aceitação da realidade pessoal:

Mas em nenhum momento eu me desesperei não, porque eu tenho assim uma filosofia de vida, fé, crença, não sei, cada um dá um nome, que a gente nasce com o corpo limpo [...] (S)

[...] eu fui assim muito premiada por Deus mesmo, porque eu consegui ainda assim fazendo o tratamento estar ajudando as pessoas dentro do hospital, levando essa minha filosofia de vida, essa minha fé, os médicos vieram conversar comigo para eu estar tentando ajudar as pessoas que não estavam encarando isso de uma forma natural, pois tem gente que não tem estrutura, não estou me colocando como ninguém melhor, mas me colocando como uma pessoa que foi escolhida a dedo por Deus e para estar ajudando as pessoas. (S)

[...] hoje como pessoa, eu me vejo uma pessoa muito mais assim da vida, muito mais crente, que se você não acreditar que tem um ser lá em cima que te olha, que te protege, é melhor você largar a mão porque daí não precisa mais. (S)

[...] a primeira reação da gente é isso, querer se isolar, é querer ficar aqueles pensamentos assim, já pensando, poxa o que será da minha filha, da minha família, sabe umas coisas assim que você tem que lutar contra isso, aí é a hora que você precisa de uma ajuda de Deus, uma ajuda espiritual e um profissional competente pra poder te ajudar, porque se não você não sai sozinha [...] (V)

[...] você dê graças a Deus de ter eu viva ainda pra você pensar bem nas coisas que você faz porque eu não sou eterna, único eterno ó tá lá

no céu que é Jesus, então se você não ser amiga Dele, Ele respeita sua liberdade, Ele respeita. Deus é maravilhoso, Ele nos deu de presente a vida e a liberdade, agora você escolhe o que você quiser [...] (V)

Agora depois, a hora de levar o exame aí sim, aí é duro, aí é muito difícil, mas aí é a hora que entra a fé e entra o profissional de Jesus. (V)

[...] eu me apeguei foi com Deus mesmo pra eu conseguir superar essa fase [...] (N)

[...] eu sempre entrego tudo nas mãos de Deus, que não vai ter nada, ter muita fé em Deus e falar assim não vai dar nada [...] (N)

[...] eu sentia uma força muito grande, creio que essa força veio de Deus, eu creio muito nele né, então consegui. Até hoje eu paro pra pensar às vezes e não acredito que passei tudo isso [...] (D)

Nota-se que a barganha foi apresentada por todas as falas, demonstrando assim o apego a fé como modo de enfrentamento da doença.

IV. Depressão

Segundo Kubler-Ross (1997) o quarto estágio é caracterizado pela depressão, quando a revolta e a raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda. O primeiro tipo é caracterizado como reativa e a segunda como depressão preparatória, ou seja, há uma preparação da perda iminente diante dos objetos, que são utilizados para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança que não tem razão de ser.

Podendo ser observadas nas falas à seguir:

Até costumo dizer que a fase que eu fiquei careca foi a melhor fase da minha vida, porque assim eu consegui brincar, porque eu não consegui usar perucas de jeito nenhum, porque não seria eu entendeu? Então eu usei muito lenço, aqueles lenços coloridos, cumpridos ou pequenos, e eu me diverti muito nessa época através disso, então eu comprava lenço, ganhava dos filhos, ganhava dos amigos, pra fazer jogo, pra arrumar junto com roupas, então foi uma coisa que eu levei como uma diversão mesmo, foi um negócio assim, muito legal que eu me diverti muito nessa época, então às vezes eu coloco o lenço e falo que foi a melhor época da minha vida, a que eu fiquei careca, me diverti com as cores, coisa que jamais se eu tivesse cabelo, ou se tivesse passado por isso eu pensar assim. (S)

[...] a parte que foi mais frágil, acho que a parte assim de companhia, porque... é... né... meu marido sempre presente, minha filha... né... sempre tava presente, agora tem a vida dela de viajar... viajar ela viaja muito [...] (V)

[...] eu fico as vezes pensando... eu não gosto de ficar sozinha... né, eu moro aqui nesse apartamento, eu tinha meu cachorrinho também morreu. Meu cachorrinho era companhia de tempos meu, e eu sou daqueles tipo de gente que gosta que o pessoal vem na minha casa, gosta de receber as pessoas, sou bem assim mesmo... bem hospitaleira, graças a Deus é um dom que Deus me deu. Mas eu não sou muito de ir pra casa dos outros muito não [...] (V)

[...] a depressão em mim ela não é só assim um negocio de chorar é o físico que me judia mais sabe, porque é dor, quem tem depressão tudo tem mais, mais dor, mais dor de cabeça, dor mais forte e também é o mal humor horrível que a gente fica, é não dorme tem muita coisa física não é só ficar nervosa, tomar um chazinho que acalma não é isso, o problema é que se a gente não se tratar no meu caso que eu não queria me tratar desenvolveu o síndrome do pânico né, porque eu queria achava que eu mesma ia me curar sem medico sem nada. (N)

[...] eu comia só aquelas coisas não comia carne ai depois não sei se foi ate por não comer carne a muito tempo desenvolveu a depressão, eu não tinha depressão mas eu tinha tristeza eu tinha, ate pelo acho que o jeito que eu fui criada tudo, eu sempre tive esse sentimento de tristeza dentro de mim, eu não podia ver gente morto, que aquilo me abalava muito, ate um filme me abalava as vezes que a gente sabe que não é verdade me abalava, qualquer coisa assim já me abalava, com o remédio eu posso ver tudo isso que não me abala porque o remédio parece que ele bloqueia meu cérebro [...] (N)

Nos relatos acima, é possível notar a caracterização da depressão em cada relato. Cada participante descreve os momentos em que a depressão foi ressaltada.

V. ACEITAÇÃO

O último estágio se caracteriza pela aceitação do paciente, que externalizou seus sentimentos, mesmo o de inveja e raiva pelas pessoas sadias de seu convívio (Kubler-Ross, 1997). E pode ser observada nas frases:

[...] eu sempre me cuidei, sempre fiz exame de sangue, periódicos, mas o que é da gente é da gente, não adianta, então pensar assim que existe um futuro lá na frente, em que a gente tem que se cuidar, mas não deixar de viver nenhum segundo do seu hoje [...] (S)

[...] o que passou, passou, deixa para trás, porque se você fica trazendo as energias de lá de trás, não vai sobrar pra você completar o seu presente, e nem pra chegar no seu futuro, é mais ou menos assim que eu penso, então eu só quero viver, viver, cuidar dos meus filhos, esperar meus netos, curtir meu marido, ser feliz. [...] (S)

[...] quando a gente fala em ajuda, as vezes a gente pensa, nossa não tenho dinheiro, não tenho tempo, não tenho, não tenho, mas quando você cai lá dentro que você avalia, as pessoas que fazem trabalho voluntário, as pessoas que se dedicam, até mesmo os profissionais

remunerados, se não tiverem amor no coração, nada vai resolver, nem pra quem está fazendo tratamento, nem pra quem está dando tratamento, então acho que tem que ser uma troca muito grande [...] (S) [...]

Tinha, tinha pessoas que eu até confortava, sabe eu comecei a perceber que ali no meu estado que eu estava, eu via gente muito, com problema mais simples que o meu e muito cheio de, com a cabeça muito pior, muito mais nervosa que eu, muito mais nervosa [...] (V)

[...] seja qual for a situação seja qual for o ambiente você não pode fugir, você tem que ir você vá, mas vá com essa intenção, de buscar ajuda e dar ajuda, porque ninguém é tão pobre que não tenha nada pra dar e nem tão rico que não tenha nada pra receber [...] (V)

[...] eu não fico pensando nisso embora eu tenha dor pra todo lado, eu tenho dor aqui né, tenho esses mal estar no estomago, mas eu penso sempre não é nada [...] (N)

[...] eu não penso em nada e nunca penso que vou ter alguma complicação, eu acho que eu to curada só isso, curada e bola pra frente e gosto de fazer as coisas né, como eu to fazendo agora [...] (N)

[...] tinham pessoas piores do que eu, que não conseguem aceitar o problema, mas também eu acho que aceitei e não foi assim no desespero, tem gente que quando descobre entra em pânico, a família toda, e eu aceitei, olha não sei, foi uma força divina mesmo, porque hoje eu paro pra pensar, e nem eu acredito que consegui né, aceitar tudo, então tem hora que eu saio e volto, porque eu saio muito né, gosto de sair, gosto de comer, gosto de passear, e tem hora que eu falo, nossa eu, será que eu tenho mesmo? Será que eu tive mesmo? [...] (D)

Desse modo, observou-se a aceitação da doença e modo em que a pessoa se encontra com a doença, e como se relaciona com o mundo.

Silva (2006) salienta, a necessidade da pessoa adoecida encontrar um sentido, na qual precisa estar sempre se lembrando de motivos pelos quais vale a pena viver. Estabelecer metas a alcançar, é vivenciar uma força que revigora sua existência.

O mesmo autor enfatiza a importância de se estabelecer um vínculo aos profissionais envolvidos, principalmente no que se refere à confiança e ao diálogo franco. A pessoa doente necessita também dos cuidados dos familiares, pois a presença dos mesmos é uma importante contribuição para a segurança, tranquilidade e auto-estima da pessoa portadora do câncer.

Alguns relatos dos participantes se referindo aos seus familiares:

[...] o médico me explica, que quem tem câncer de mama, a chance de ter no pulmão e nas partes de útero, ovário, é muito mais rápido, então são os exames que eu faço sempre [...] (S)

Ela (filha) sempre me ajudou, estava com sete anos na época eu acho, ela falava que era minha enfermeira, sempre cuidou, mas quando eu fiz cirurgia, o meu filho mais velho veio do Japão e ficou comigo também, aí no caso fiquei com os dois, o mais velho e a caçula, depois se passaram três meses quando eu comecei a fazer o tratamento de quimioterapia, o meu filho L. E. veio, o filho do meio, mas o mais velho V. H. ficou o tempo inteiro. (S)

A ajuda da profissional foi muito bom. Um profissional competente na vida da gente é uma benção, nossa é muito bom. E não porque você não tem problema, eu graças a Deus posso pagar, posso cuidar [...] (V)

Eu, eu não acredito que possa ter um profissional que vê que a pessoa tá precisando de ajuda e não ajuda, não existe, certo? É claro que tem muitos que visa muito o lado financeiro, lado, o lado material, tem muitos desses assim, mas eu encontrei muito na minha vida os que são bem humano sabe. (V)

[...] meu filho sempre foi assim esquisito, rara as vezes que ele foi comigo lá, ele reclamava de ficar lá, tinha medo daquela gente, porque lá tem muita coisa feia, tem mesmo, porque até eu me assusto quando eu vou lá, porque agora já faz muito tempo que eu não, graças a Deus, primeiro praticamente toda semana eu tava lá, toda semana era uma coisa, era outra, tinha que consultar a enfermeira porque tava com isso, com aquilo, então agora eu vou lá visitar as pessoas [...] (N)

[...] a cirurgia a gente recebe visita no começo né, os parentes foram me visitar, levam as coisas né, então a gente fica meio assim mimada até, telefona, depois vão afastando, afastando, depois não liga mais, não procura mais nada e aí quando vem a quimio já ninguém mais, um mês depois né, ninguém mais liga, você se sente bem abandonada, e a gente, eu não me sentia bem nada [...] (N)

[...] a união né, eu acho que assim né, quando descobriram que eu estava com esse problema, eles ficaram mais unidos, assim os irmãos, assim eles sentiram muito sabe, e eles ficaram assim achando que iam me perder, então assim nesse momento eles ficaram preocupados, “pô, minha mãe” [...] (D)

Família é mais importante pra mim, penso o que seria deles se eu morrer né. Eles que me fazem viver, que me fazer tocar pra frente. (D)

Desse modo, através da análise de dados, buscou-se compreender as unidades dos significados, ou seja, através das essências e da singularidade de cada participante contida nas descrições buscar os aspectos reveladores da estrutura do fenômeno Psicológico.

As entrevistadas enfatizam os sentimentos de angústia, insegurança, ansiedade pelos resultados dos exames e também medo, principalmente da morte. Por outro lado, precisam ser disciplinadas com consultas, exames e adaptando ao estilo de vida.

Nota-se que, em um primeiro momento, a negação é apresentada por todas as entrevistadas, é o momento em que se choca com aquela realidade, e procuram formas de

relatar sobre o que estão vivenciando. Algumas conseguem falar sobre aquela realidade, mas momento depois procura formas para lidar da melhor maneira possível.

Posteriormente, após o estágio da negação, é relatado o momento de raiva e não aceitação da doença. Nota-se o momento em que culpam outras pessoas pelo fato de estar doente, como também o relato de que aquela doença não as pertence.

A barganha caracteriza o terceiro estágio apresentado por Kubler Ross, e é a mais relatada pelas entrevistadas. Nota-se o apego muito forte a fé e a Deus, como modo de enfrentamento da doença.

No terceiro estágio, caracterizado pela depressão, nota-se a importância da família e da equipe hospitalar nesta fase. É o momento em que já externalizaram o sentimento de raiva e negação e começam a distinguir a realidade em que estão vivendo.

Por fim, o último estágio é caracterizado pelo momento em que já passaram pelos estágios anteriores e aceitam a doença. Pensam na possibilidade da morte, mas aceitam e aprendem a lidar com o momento em que estão vivendo, buscando formas e recursos para levarem a vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi realizado com quatro mulheres que submetidas aos exames de tratamento da doença do câncer e que estavam em fase de controle e manutenção. Foi possível constatar aspectos relevantes para compreender a vivência destas frente aos exames periódicos. Tais considerações, como o modo individual em que cada pessoa enfrenta a doença, os recursos que utilizados durante esta fase foram importantes para compreender como o indivíduo portador da doença do câncer encara a morte, o morrer, relacionando com os estágios da morte de acordo com a abordagem/teoria existencialista.

Durante o desenvolvimento deste trabalho foi possível compreender as fases em que o paciente oncológico é submetido desde o momento da descoberta da doença, a realização do tratamento para recuperação e a possibilidade da recidiva do câncer através dos exames periódicos.

Foram analisadas cinco etapas desse processo, que de acordo com o estudo realizado e a abordagem teórica, foi possível constatar os seguintes aspectos:

A fase de negação e isolamento é caracterizada como o primeiro estágio da morte e usada nos primeiros estágios da doença, a negação é utilizada como uma defesa na qual o paciente irá se recuperando com o tempo. Neste estágio, vale ressaltar a não aceitação da doença, aspecto visto nas falas dos participantes ressaltando a fuga, ao sentimento de se sentir perdido diante da situação do enfrentamento.

A raiva aparece após a negação, o paciente é tomado por sentimentos de revolta, de inveja, de ressentimento, vale ressaltar aqui o momento de dificuldade da própria família, como também para a equipe hospitalar. Nesta fase muitos são os familiares que se colocam no lugar do paciente, mas divergem de outros familiares que se queixam da interrupção das suas atividades diárias e das atividades que devem obedecer, para o melhor auxílio ao tratamento do paciente.

A barganha foi a mais pronunciada nas falas das participantes. As barganhas são caracterizadas quando o paciente sabe que através de suas experiências anteriores sabe que existe a possibilidade de ser recompensado por agir com bom comportamento e serem

compensadas de algum modo, essas barganhas são feitas com Deus e diversas vezes mantidas em segredo.

O apego a Deus e a fé foi de extrema importância durante todo o tratamento e foi apresentado como item em comum a todas as participantes, isso foi constatado nas falas das mesmas.

No estágio da depressão, nota-se que a pessoa que mais compreendeu a doença apresentou mais facilidade em detectar a causa e o momento da depressão, aliviando um pouco mais a culpa que acompanham todo este processo. É de suma importância aqui, revelar o envolvimento e apoio da família e de toda a equipe multidisciplinar neste momento, existindo também uma preparação para a aceitação.

Na aceitação o paciente já externalizou os sentimentos de raiva, inveja, e superou as fases anteriores. Neste trabalho foi constatado que na aceitação o paciente cria um grau de tranqüila expectativa, podendo fazer planos para sua vida, e também encontrando um sentido para viver.

Este trabalho é de extrema importância para contribuição do Psicólogo buscando identificar e compreender quais os fenômenos Psicológicos existentes nestes participantes portadores da doença do câncer, de modo que se possa trabalhar o enfrentamento dos mesmos diante dos exames periódicos, para que, consigam lidar com todo este processo sem que deixem de realizar os exames necessários para que lidem com a possibilidade de recidiva a qualquer momento desta doença.

Também de extrema importância para minha formação como Psicóloga, buscando compreender o sentido do Ser, pela busca do conhecimento de si mesmo e do sentido a própria existência. Além disso, pode ser utilizado por outros profissionais, de modo que trabalhem de forma multidisciplinar podendo atender da melhor forma as necessidades do paciente portador desta doença.

REFERÊNCIAS

AMBROSIO, O. D. **A clave da morte**. São Paulo: Maltese, 1992.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H.P. **Filosofando**: introdução à filosofia. 2 edição. Editora moderna. São Paulo, 2001.

BORGES, A. D. V. S. *et al.* **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, agosto. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 15 ago 2010.

COELHO, F. R. G. O controle do câncer. *In*: BRENTANI, M.M.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar, 2003.

CUNHA, J. A. **Filosofia**: Iniciação à investigação filosófica. Atual editora Ltda., São Paulo, 1997.

DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FERNANDES, H. J. Jr. Introdução ao estudo das neoplasias. *In*: BARACAT, F. F; SILVA, M. J. **Cancerologia Atual**: Um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Roca, 2000.

FERREIRA, C. Biologia da célula tumoral. *In*: LOPES, A. *et al.* **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmed, 2005.

HART, C. F. M. **Câncer** – Uma abordagem Psicológica. Porto Alegre: AGE, 2008.

HOSSU, E. M. **A Espiritualidade Como Significação da Condição de Morrer**: A Escuta Existencial de Pacientes Terminais no Contexto Hospitalar. Encontro – Revista de Psicologia – UniA – Centro Universitário de Santo André. v. X, 2009. Acesso em 10 abr 2010.

INCA–**Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 10 abr 2010.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: FAPESP/ Casa do Psicólogo, 2004.

_____. Prefácio *In*: RANGEL, A. P. F. N. **Amor Infinito**. São Paulo: Vetor, 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

LISBOA, L. C. Introdução. *In*: AMBROSIO, O. D'. **A clave da morte**. São Paulo: Maltese, 1992.

LUI, R. A História Natural e a Biologia do Câncer. *In*: POLLOCK, Raphael E. **UICC manual de oncologia clínica**. 8. ed. São Paulo: John Willey & Sons, 2006.

LOPES, A. *et al.* **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmed, 2005.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. **Paciente terminal, família e equipe de saúde**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em 24 ago 2010.

MERCK. **Câncer**, cap 15, 2008. Disponível em <http://mmspf.msonline.com.br/pacientes/manual_merck/secao_sumario.html>. Acesso em 01 jun 2010.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Thomson – Pioneira, 2002.

PAZOTTO, M.; CYRILLO, P. I. O papel do psicólogo no tratamento oncológico. *In*: BARACAT, F. F.; FERNANDES, H. J. Jr.; SILVA, M. J. **Cancerologia Atual**: Um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Roca, 2000.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SILVA, L. C. da. **Vozes que contam a experiência de viver com câncer**. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 3, n. 1 jul 2005. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em 10 abr 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: (iniciais)

Nº

Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade.....Profissão.....

.

Data do início do tratamento.....

Data do término do tratamento.....

Quantas consultas de controle.....

Tipos de exames de controle.....

.....

Que tipo de câncer?

Há quanto tempo foi diagnosticado?

O que sentiu após o diagnóstico?

Como foi o tratamento (cirurgia/ quimioterapia/ radioterapia)?

Como se sentiu durante o tratamento?(emoções, relacionamento familiar e social, etc.)

Como foi após o tratamento? (consequências físicas, emocionais, familiares e sociais)

Quais exames fazem parte do controle? O que você sabe dos resultados?

Como se sente quando precisa se submeter aos exames de controle da doença?

Na época dos exames há alteração no humor? Quais são os sentimentos envolvidos neste período?

Já pensou alguma vez em desistir do tratamento?

Já deixou de fazer (ou adiou) os exames de controle?

Como está sua vida hoje? (comparar com a fase anterior a doença)

Quais são seus projetos de vida? (verificar se houve mudanças após a descoberta da doença)

APÊNDICE B –Entrevistas

Entrevista S.M.M

Data de nascimento: 10/03/1964

Escolaridade: 2º grau completo

Profissão: Do lar (formada professora)

Data de início:

Consultas de controle: Durante um ano, de mês em mês, em seguida de três em três meses, e atualmente de seis a nove meses.

G:O tratamento começou logo que foi diagnosticado?

S: Não eu diagnostiquei, logo em seguida já fiz a cirurgia, depois da cirurgia que fiz quimioterapia e radioterapia. É que têm muitos pacientes que fazem primeiro o tratamento para depois fazerem à cirurgia, é de caso a caso, no meu caso teve que tirar primeiro o nódulo, e depois que eu tirei tudo que comecei a fazer o tratamento.

G:Foi então um câncer de mama?

S: Sim, na mama direita.

G: E quando aconteceu? Há quanto tempo?

S: Já fazem quatro anos.

G: O que você sentiu após o diagnóstico? Qual foi seus pensamentos e sentimentos nesta fase de descoberta do diagnóstico?

S: Estranho né, porque todo mundo faz essa pergunta e quando eu respondo ninguém acredita, o primeiro passo assim eu tinha certeza de quando eu senti um nódulo, quando apalpei a mama e senti o nódulo eu tinha certeza que era câncer, não comuniquei e eu mesma fui procurar saber, e só depois que eu tinha o diagnóstico real é que eu comuniquei os meus filhos, comuniquei os meus pais, porque assim, eu trabalhei muito tempo no hospital, minha mãe eu perdi de câncer então era uma coisa meio que óbvia para mim o que estava acontecendo. Mas em nenhum momento eu me desesperei não, porque eu tenho assim uma filosofia de vida, fé, crença, não sei, cada um dá um nome, que a gente nasce com o corpo limpo, e a partir do momento (eu penso assim), que eu vi que estava com aquilo, na mesma hora eu passei para o meu subconsciente que aquilo não era meu, que eu iria retirar e que não

iria me fazer mal, então eu não tive problema algum com isso, eu fui até o médico, quando ele diagnosticou, foi exatamente o que eu falei para o médico, tira porque não é meu.

G: Então de início você procurou sozinha o médico?

S: Sim, sozinha, porque de repente não são todas as pessoas que encaram da forma como eu encarei, e meus filhos não estavam aqui n Brasil, estavam morando no Japão, e eu estava só com a minha pequena, e fazia pouquíssimo tempo que eu havia perdido minha mãe, faziam só dois anos, e ela (filha) já havia passado um trauma muito grande com a perda da avó, então eu não quis alarmar ninguém antes de ter certeza do que estava acontecendo, e eu só fui avisar meus filhos também quando fui marcar a cirurgia, porque eles estavam muito longe e eu sei que o amor e o afeto por mim é muito grande então por eles estarem lá no Japão, a preocupação deles ia ser muito grande, então foi uma opção minha só falar pra eles quando já estava certa a cirurgia.

G: A cirurgia aconteceu a quando tempo depois do diagnóstico?

S: Eu acho que foi há um cinco, seis meses, porque depois você tem que fazer todos os exames, eu fiz punção para ter certeza mesmo, pra saber a profundidade do câncer, pra saber o diâmetro, pra saber se tinha alguma ramificação, nisso são vários os exames que a gente tem que fazer, tomografia computadorizada, computadura óssea, pra ver se já não tem nada nos ossos, e o controle que a gente faz constantemente, raio-x de tórax, que são regiões muito próximas da mama, então é o que eu sempre faço, raio-x de tórax, ultra som de abdômen, ovário, porque são as ramificações mais próximas e segundo o que eu estudei, nas coisas em que o médico me explica, que quem tem câncer de mama, a chance de ter no pulmão e nas partes de útero, ovário, é muito mais rápido, então são os exames que eu faço sempre, esses geralmente de três em três meses que eu faço o controle, porque eu tinha assim um câncer grande, que cresceu muito rápido, e teve oito lindofomos (linfonodos) que eles chamavam, que são oito pontos, então para o meu caso foi muita coisa né, uma vez porque eles tiveram que tirar todos os linfos, tirar tudo, porque tinha muita ramificação.

G: E a cirurgia pegou toda essa região, por isso que você tem grandes dores no braço?

S: Eu não tenho mais os lindofomos,(linfonodos) acho que é este o nome eu não sei direito, então é onde filtra, eles tiraram todos, porque eu tirei toda a mama, então eles tiveram que tirar tudo, então eu não tenho nada que filtre, nada que me dê a segurança que eu tenho com o outro braço, então não posso pegar peso, eu não posso passar roupa, vapor, coisas muito quente eu não posso ficar colocando esse braço muito no forno por exemplo, não posso torcer pano, virei uma dondoca sem saber e eu amo isso (risos) e ganhei lipo, porque eu fiz a

reconstrução no mesmo dia, eles tiraram o tecido do abdômen e construíram a mama, por isso que minha cirurgia demorou muito, foram doze horas e meia.

G: E após a cirurgia como você se sentiu, após aquele momento?

S: Eu não tive esse momento porque eu não fiquei sem a mama, então quando eu voltei da anestesia, a minha mama estava aqui, então eu acho assim, esse trauma de se olhar no espelho e não enxergar, ver o buraco, eu não posso dizer porque eu não tive, então pra mim foi supertranquilo, eu sempre falo, eu acho que não teria problema nenhum porque eu encaro isso como uma coisa muito natural, mas eu não tive esse impacto de me olhar, eu olhei, assim, ficou estranho porque eu estava toda costurada, então a sensação era, passava pela minha cabeça assim, eu ia sentir muita dor quando fosse tirar os pontos, era essa a minha preocupação, mas eu não tive dor nenhuma, nenhuma, nenhuma, em nenhum momento eu tive que tomar algum analgésico, desde a cirurgia até então.

G: Em seguida você fez a quimioterapia? Mas foi logo após a cirurgia?

S: Não acho que foi após dois meses ou três meses, é você tem que esperar um pouco por causa da quantidade de anestésico que você toma pra cirurgia e como a minha cirurgia foi maior, por causa da reconstrução, então tem que dar um tempo para o organismo se refazer para conseguir começar a quimioterapia.

G: E a quimioterapia você fez por quanto tempo?

S: Eu fiz oito sessões, de 21 a 21 dias, no qual as quatro primeiras sessões eu tomei a quimioterapia mais forte que tem, que é a chama quimioterapia vermelha, e depois foram mais quatro quimioterapia branca, que é bem mais fraca e não dá reação nenhuma.

G: Na vermelha você teve reações?

S: Nenhuma, nenhuma, não tive ansia, não tive absolutamente nada, porque a todo momento eu falava pra mim, não é meu, eu não quero, então, que essa medicação entre somente pra fazer aquilo que precisa ser feito, e o restante eu não vou absorver porque não é meu, foi um trabalho muito comigo mesmo, então eu não tive absolutamente nada, e da terceira para a quarta sessão começou a cair meu cabelo.

G: Uma questão importante sobre o que te ajudou no enfrentamento você já disse até no início, sobre sua filosofia de vida, sua fé, encarando como algo que não te pertence.

S: É a partir do momento que você entra em uma sala de quimioterapia, você vê que você não é a única entendeu? Então independe de você ter dinheiro, independe de você ser pobre, você ser rica, ser branca, ser preta, sabe? Está aí sujeito a qualquer um, que estamos sujeitos a estar retendo isso, eu não coloco como doença isso, eu sempre coloquei na minha vida para as

peessoas que me perguntam, que isso foi uma lição pra mim, que as vezes a gente não consegue resgatar uma série de coisas mínimas da vida da gente e que a gente só vai valorizar depois que estamos lá sentados, que a gente reclama muito e tem gente que passa por situações muito piores, então eu sempre digo que o câncer entrou na minha vida pra eu fazer assim uma reavaliação da minha vida e ver o que eu poderia estar melhorando, aonde eu poderia estar ajudando mais as pessoas, porque nossa tem gente assim que começaram a tomar a medicação e acho que na hora que batia no sangue já começavam a passar mal, desmaiavam, vomitavam muito e eu só assistindo aquilo, então eu fui assim muito premiada por Deus mesmo, porque eu consegui ainda assim fazendo o tratamento estar ajudando as pessoas dentro do hospital, levando essa minha filosofia de vida, essa minha fé, os médicos vieram conversar comigo para eu estar tentando ajudar as pessoas que não estavam encarando isso de uma forma natural, pois tem gente que não tem estrutura, não estou me colocando como ninguém melhor, mas me colocando como uma pessoa que foi escolhida a dedo por Deus e para estar ajudando as pessoas.

G: Então os médicos te procuraram para ajudar as outras pessoas?

S: Sim, foi por causa de umas quatro, cinco pessoas, que o meu médico me ligou e falou: estou precisando da sua ajuda, posso passar seu número, porque ela (paciente) não aceita de jeito nenhum, tem gente que entra mesmo em desespero, mas que com toda essa sua força, sua alegria, que você pode estar ajudando, nisso eu me coloquei a disposição do hospital, no setor de quimioterapia, então acho que foram quatro, cinco pessoas que me procuraram na época e eu acredito que devo ter ajudado alguém, pelo menos eu tentei.

G: E você estava em tratamento também nesta época?

S: Sim, eu estava em tratamento, e mesmo assim ajudando os outros.

G: O que você sentiu durante o seu tratamento? Com relação a sua vida social, familiar, pessoal, se houve alguma alteração.

S: Eu nunca tive nenhum preconceito né, então eu uso roupas assim, normal, não tenho vergonha nenhuma de mostrar, as pessoas as vezes olham e perguntam, e eu nunca tive problema. Até costumo dizer que a fase que eu fiquei careca foi a melhor fase da minha vida, porque assim eu consegui brincar, porque eu não consegui usar pirucas de jeito nenhum, porque não seria eu entendeu? Então eu usei muito lenço, aqueles lenços coloridos, cumpridos ou pequenos, e eu me diverti muito nessa época através disso, então eu comprava lenço, ganhava dos filhos, ganhava dos amigos, pra fazer jogo, pra arrumar junto com roupas, então foi uma coisa que eu levei como uma diversão mesmo, foi um negócio assim, muito legal que

eu me diverti muito nessa época, então as vezes eu coloco o lenço e falo que foi a melhor época da minha vida, a que eu fiquei careca, me diverti com as cores, coisa que jamais se eu tivesse cabelo, ou se tivesse passado por isso eu pensar assim.

G: Essa mudança para você veio como algo positivo?

S: Acho que tudo na vida a gente tem um lado positivo e um lado negativo, e se a gente der sempre valor para o negativo, a tendência é ficar cada vez mais triste, mais depressiva, atrair pra perto de você pessoas com esse tipo de energia, então eu devo trabalhar o tempo inteiro na minha vida, o lado positivo, que é o que vai me levar pra frente, que é as coisas que vão me trazer prosperidade, pessoas com a mesma energia, e assim a gente consegue ser feliz, é muito mais fácil, é vi que é o que é mais leve, do que se basear somente nas pesadas.

G: Nesta época você trabalhava?

S: Não, eu estava em casa, eu havia saído a pouco tempo da loja estava em casa. Eu estava fazendo curso de cabeleireiro inclusive, mas eu tive que parar o curso por causa da cirurgia e depois eu não consegui retomar por causa da limitação que eu fiquei com o braço, porque o que ‘pega mais’ no salão é a escova e para eu fazer isso, pra mim não dava certo, nisso optei por parar.

G: E morava você e sua filha?

S: Eu e minha filha. Ela sempre me ajudou, estava com sete anos na época eu acho, ela falava que era minha enfermeira, sempre cuidou, mas quando eu fiz cirurgia, o meu filho mais velho veio do Japão e ficou comigo também, aí no caso fiquei com os dois, o mais velho e a caçula, depois se passaram três meses quando eu comecei a fazer o tratamento de quimioterapia, o meu filho Luiz Eduardo veio, o filho do meio, mas ele veio, ficou dois meses e voltou para o Japão, mas o mais velho Vitor Henrique ficou o tempo inteiro.

G: E após o tratamento, além da consequência física que você já contou houve outra?

S: Não foi a única.

G: Sociais, familiares, emocionais, o que modificou? Quais foram as consequências após o tratamento? Ou se realmente não existiu?

S: Eu acho que não tem muito preconceito enquanto a isso, eu acho assim que o preconceito está na cabeça de cada paciente, então se você se mostra que você se aceita tudo em torno de você vai proporcionar uma outra atitude, se você se coloca como vítima, como um coitado, as pessoas vão te tratar assim, então eu não tive muito problema enquanto a isso, eu ia para a praia, eu coloca biquíni, aparecia a cicatriz, as pessoas perguntavam e eu sempre falei de boa

as coisas que sempre me aconteceram, então eu não tive nenhum tipo de problema com relação a isso não.

G: Quais são os exames de controle que você faz atualmente?

S: Raio-x de tórax, raio-x de abdômen, e ultrassom de abdômen, útero, essas coisas, exame de sangue também para controlar, saber se não estou com anemia, exames de laboratório no geral.

G: E sobre os resultados, você está sempre acompanhando? Você costuma ver antes? Ou você espera para saber somente no consultório?

S: Não, eu sempre abro o exame e vejo antes, porque eu tenho certeza absoluta que não tem nada, então eu saio do laboratório e já abro e quando chego ao médico ele olha pra mim e fala: já viu né? Eu respondo que sim, então não tenho nada, a gente ri, mas geralmente eu abro antes.

G: E quais os sentimentos que você tem na hora de ir fazer seus exames? Gera alguma ansiedade em você nas vésperas do exame?

S: Eu acho que sim, mas assim, eu tenho certeza de que não vai dar nada, mas como somos humanos, não dá pra ser perfeito em tudo e as vezes eu fico um pouco preocupada, porque por ter tirado toda a mama, tem época que eu tenho dor, é uma coisa estranha, porque eu não sinto, não tenho sensibilidade, mas é uma dor lá dentro, que as vezes dá umas pontadas e isso as vezes me ‘encuca’ eu penso no que está acontecendo, quando chega a época de fazer a mamografia eu fico meio preocupada. E essa dor o médico fala que é natural, porque ainda que embora a gente fale que já faz quatro anos, mas para o organismo é pouco tempo, então é um acerto ainda de ponto, de alguma coisa que ainda vai se manifestar mesmo, mas não é nada do câncer, é mais cirúrgico.

G: Nessa época em que você faz os exames, há alguma alteração do humor?

S: Não, o que eu acho que muda um pouco é a medicação que eu tomo, isso me dá alterações, as vezes eu fico irritada, porque eu precisei trocar, eu comecei com uma medicação, tomei durante dois anos e meio, e começou a aparecer um problema na minha visão, nisso eu fui no oculista (oftalmologista), aumentou muito o grau e eu notei que foi depois que eu comecei esse tratamento, depois eu conversei com o médico e ele disse era um componente da medicação que poderia até vir a me causar um distúrbio mais sério em que eu passe a não enxergar nada, então de óculos ou sem óculos eu não enxergo absolutamente mais nada, então assim fica tudo muito estranho, e eu tinha muita dor no lobo ocular, me dava umas pontadas, tipo uma pressão, nisso trocamos a medicação, mas não volta mais o quadro é irreversível,

mas também não piora mais porque eu tirei a medicação e hoje tomo a medicação que é muito mais forte, mas não tem aquele componente que tinha, só que sai tem outras coisas, eu sinto muita dor nas articulações, então tem dia que eu não ando, eu fico me arrastando assim o dia inteiro porque dó demais, nas articulações mesmo, mão, junta, é problema de junta mesmo, porque vai doendo tudo.

G: E o que você tem que fazer para melhorar?

S: Apenas esperar porque amanhã vai ser melhor, não tem o que fazer, porque é uma medicação forte, o que o médico me sugeriu é fazer uma nova cirurgia, eu estar retirando meus ovários, porque é o ovário que faz a ovulação e eu não posso ter essa ovulação, por isso que a medicação corta a ovulação, e o ovário ta trabalhando normal, então ele não pode tirar a medicação ainda porque não fazem cinco anos que eu operei.

G: O ovário trabalha pra fazer e esse remédio corta? Por isso essas reações?

S: Corta, o medicou falou assim: olha a única coisa que dá pra gente fazer pra tentar tirar a medicação antes de completar os cinco anos, é você fazer a cirurgia para a retirada dos ovários, porque nisso eu tiro a medicação, e fico menos preocupada de não correr o risco do câncer não voltar, então estou fazendo os exames pré-operatórios. Então vou fazer a cirurgia para tirar os ovários, acredito que com o SUS, por volta de Junho ou Julho eu consiga fazer, é uma cirurgia simples de quarenta minutos, no outro dia já estou em casa, aí vou ter uma qualidade melhor de vida porque vou poder tirar a medicação, na qual eu tenho muita dor.

G: Então vai fazer cinco anos que você faz esse controle?

S: Faz quatro anos que eu fiz a cirurgia, que eu tomo a medicação tem três anos, por isso a cirurgia vai me ajudar, a princípio eu não quis fazer, não queria mexer com cirurgia, mesmo por causa da minha filha Carolina, que ficou muito assustada, eu quis poupar, mas depois eu sentei e conversei com ela, porque eu sempre lido as coisas muito obertamente, conversei com os meus filhos, hoje estou casada, conversei com meu marido, e ele me dá a maior força, porque ele diz que se é para melhorar a sua qualidade de vida não tem que pensar muito, pois pra quem agüentou uma cirurgia de doze horas e meia, essa que não demora muito não significa muita coisa, então eu fiz a opção de fazer essa cirurgia, passei por um cirurgião, que já é outro cirurgião no caso, ele me deu os exames, e eu to fazendo os exames pré-operatórios.

G: Você pensou na época em desistir do tratamento? Em algum momento passou isso pela sua cabeça?

S: Não

G: Você já deixou de fazer ou adiou algum exame de controle?

S: Não, sempre segui a data certa.

G: Como está a sua vida hoje? Em comparação a fase anterior, da descoberta da doença, você observa as alterações?

S: Eu me vejo com alteração como pessoa, hoje sou uma pessoa muito mais solidária, eu tento não olhar só para o meu umbigo, porque quando a gente se depara com uma série de outras situações, quando estamos em tratamento, e que a gente vê que reclamamos de barriga cheia, então me vejo assim uma pessoa verdadeiramente feliz, apesar de ter tido câncer, ter feito tratamento, eu sou uma pessoa assim abençoada, porque eu me sinto curada, e assim pronta para estar ajudando qualquer pessoa que chegue em minha porta, pois quando a gente fala em ajuda, as vezes a gente pensa, nossa não tenho dinheiro, não tenho tempo, não tenho, não tenho, mas quando você cai lá dentro que você avalia, as pessoas que fazem trabalho voluntário, as pessoas que se dedicam, até mesmo os profissionais remunerados, se não tiverem amor no coração, nada vai resolver, nem pra quem está fazendo tratamento, nem pra quem está dando tratamento, então acho que tem que ser uma troca muito grande, então hoje como pessoa, eu me vejo uma pessoa muito mais assim da vida, muito mais crente, que se você não acreditar que tem um ser lá em cima que te olha, que te protege, é melhor você largar a mão porque daí não precisa mais.

G: E quais são os seus projetos de vida?

S: Viver, viver, viver e viver muito. (risos) Eu falei que fiz um pacto com Deus assim até os oitenta anos ele tem me garantir vida, depois dois oitenta a gente vai ficando mais velha, mas viver e viver intensamente, e aprendi assim que a gente tem pensar no futuro sim, porque eu sempre me cuidei, sempre fiz exame de sangue, periódicos, mas o que é da gente é da gente, não adianta, então pensar assim que existe um futuro lá na frente, em que a gente tem que se cuidar, mas não deixar de viver nenhum segundo do seu hoje, e o que passou, passou, deixa para trás, porque se você fica trazendo as energias de lá de trás, não vai sobrar pra você completar o seu presente, e nem pra chegar no seu futuro, é mais ou menos assim que eu penso, então eu só quero viver, viver, cuidar dos meus filhos, esperar meus netos, curtir meu marido, ser feliz.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética



Universidade de Taubaté

Autorquia Municipal de Regime Especial
Reconhecida pelo Deo. Fed. nº 78.924/76
Reconhecida pela Portaria CEE/OP nº 20/03
CNPJ 45.175.153/0001-22

Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa
Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Cidade Taubaté – SP – CEP 12020-040
Telefones 3825-4143 3835-1233
cep@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 552/10

Protocolo CEP/UNITAU nº 581/10 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Aspectos emocionais dos pacientes oncológicos frente aos exames de rotina - um estudo fenomenológico*

Pesquisador(a) Responsável: Rosângela Maria de Carli Bueri Mattos

Pesquisadores(a) Alunos(a): Gislene Lucila da Costa, Grazielle de Oliveira

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **10/12/2010**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **Aprovado**.

Taubaté, 10 de dezembro de 2010

Prof. Dra. Maria Dolores Alves Cocco

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) à participar, como voluntário(a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Tema da pesquisa: Aspectos emocionais dos pacientes oncológicos frente aos exames de rotina - um estudo fenomenológico.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Dra. Rosângela Maria De CarliBueri Mattos

Telefone para contato: (12)3625-4283

Pesquisadora participante: Gislene Lucila da Costa Telefone para contato: (12) 9224 6232

Sua participação:

O presente trabalho procura compreender os sentimentos existentes frente aos exames periódicos pós-cirúrgico/tratamento em vista da possibilidade da descoberta de recidiva. Pretende-se identificar as questões que talvez possibilite o cuidado mais humanizado para com o paciente.

Será desenvolvida uma pesquisa de tipo descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta das informações será feita por uma entrevista semi-estruturada, a qual deverá ser gravada para manter a fidedignidade das informações.

Esta pesquisa não causará riscos, prejuízos, ou lesões, entretanto poderá causar desconforto ao tratar da questão referente ao seu estado de saúde. Caso venha ocorrer tal incomodo a pesquisadora responsável estará disposta a dar suporte e assistência aos indivíduos participantes

Acredita-se que o conhecimento a ser construído será relevante para os profissionais de saúde na medida em que cause uma reflexão sobre sua prática cotidiana no cuidar dos pacientes.

Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, a qualquer momento, como forma de acompanhamento e assistência, fica como responsável a Prof^ªDra Rosângela Maria De CarliBueri, assim como a aluna e pesquisadora participante Gislene Lucila da Costa.

Durante o período de participação, do início até o término da pesquisa, os participantes tem o direito e a liberdade de se recusar a participar, ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Este termo de consentimento livre e esclarecido é particularmente garantido.

É garantido o sigilo que assegura a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, sem qualquer tipo de identificação.

Agradeço sua participação e colaboração que será muito importante para este trabalho. Após a conclusão da pesquisa, prevista para agosto de 2013, um relatório final contendo todos os dados sigilosos e conclusões estarão à disposição para consulta na Biblioteca do Centro de Biociências da Universidade de Taubaté (Av. Tiradentes, 500).

ProfªDra Rosângela Mª de CarliBueri Mattos

Pesquisadora Orientadora

Gislene Lucila da Costa

RG 29 136 685-5

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, Eu, _____, abaixo assinado portador (a) do RG nº _____, fui devidamente informado sobre a pesquisa os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis incômodos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Autorizo a utilização nesta pesquisa, dos dados por mim fornecidos.

Taubaté, ____ de _____ 2013