



Tayná Freitas DIANA*

 <https://orcid.org/0000-0002-6755-4337>

Dalva Alice Rocha MÓL**

 <https://orcid.org/0000-0002-2183-9513>

Recebido em: 18 de outubro de 2019

Aprovado em: 14 de agosto de 2020

O ATUAL CENÁRIO DA MULHER NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: RELATO DE CASO

RESUMO

A terapia cognitivo-comportamental é um processo de aprendizagem em que terapeuta e cliente se propõem a analisar a função dos pensamentos e comportamentos inadequados, com o intuito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras. A intervenção psicoterápica em mulheres com câncer de mama na abordagem cognitivo-comportamental se destaca por ser breve, estruturada, educativa e orientada para problemas atuais de vida do usuário. O presente estudo teve como objetivo identificar sentimentos existentes durante o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Trata-se de um relato de caso de uma paciente com diagnóstico de câncer de mama, em tratamento quimioterápico e radioterápico. Os dados foram coletados e interpretados durante o processo terapêutico, apoiado no referencial da terapia cognitivo-comportamental. Os resultados obtidos no processo terapêutico mostraram sentimentos como: medo, insegurança e a expectativa de enfrentamento do câncer de mama. Concluiu-se que uma das possibilidades de intervenção psicológica é o fortalecimento da autoestima da paciente, uma vez que, durante a terapia cognitivo-comportamental, foram propostas tarefas à paciente para desenvolver estratégias de enfrentamento após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. O apoio psicoterápico possibilitou o enfrentamento de situações de incertezas relacionadas ao tratamento e do medo da recidiva da doença.

Descritores: Câncer de mama. Terapia cognitivo-comportamental. Relato de caso.

THE CURRENT SCENARIO FOR WOMAN UNDER BREAST CANCER TREATMENT: CASE REPORT

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapy is a learning process in which the therapist and patient agree with analyzing inappropriate thoughts and behavioral functions; it aims at promoting long-term emotional and behavioral changes. The physiotherapeutic intervention by using a cognitive-behavioral approach for women with breast cancer draws attention because it is brief, framed, educational, and guided to current issues from the customer's life. The present paper aims to identify feelings that are present during the diagnosis and treatment of breast cancer. It is a case report from a patient diagnosed with breast cancer, under chemotherapy and radiotherapy. Data was collected and interpreted during the therapeutic process, and supported by cognitive-behavioral framework therapy. The results of the therapeutic treatment revealed feelings such as fear, uncertainty, and expectation for tackling breast cancer. It was concluded that one of the possibilities for psychological intervention is to strengthen the patient's self-esteem, to the extent that during behavioral cognitive therapy, the patient was told to complete some tasks in order to develop confronting strategies after breast cancer diagnosis and treatment. The psychotherapeutic support enabled the patient to deal with uncertainty conditions regarding the treatment as well as the fear of the disease recurrence.

Descriptors: Breast Cancer, Cognitive-behavioral Therapy. Case Report.

* Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP – Unifunec, e-mail: tayna19diana@gmail.com

** Doutora, Docente do Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP - Unifunec, e-mail: molrangel@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças em que as células anormais do corpo se multiplicam de forma descontrolada, formando uma massa tissular chamada de tumor. Nem todos os tumores são cancerígenos, existem tumores benignos que, geralmente, têm tendência a ficar localizados e não oferecem ameaça grave à saúde. Por outro lado, os tumores malignos se resumem em células renegadas que não respondem aos controles genéticos do corpo em relação ao seu crescimento e sua divisão. As células malignas, normalmente, possuem a capacidade de atacar outro local sem ser o de origem, a que se denomina metástase, logo, se não interrompidas, os órgãos e os sistemas do corpo podem ser lesionados causando a morte do indivíduo. Mesmo que não se espalhem, as células malignas ainda representam uma ameaça à saúde do indivíduo e devem ser removidas por meio de cirurgia¹.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer 2018 (INCA)², a estimativa de novos casos de câncer no ano de 2018 é de 600 mil, os mais frequentes são o câncer de próstata (68.220 novos casos), em homens, e o câncer de mama (59.700 novos casos), em mulheres. Além desses, os outros mais incidentes serão cólon e reto, pulmão, estômago, colo do útero, cavidade oral, sistema nervoso central, leucemias e esôfago.

A principal causa de morte por câncer em mulheres brasileiras é o de mama e representa um problema de saúde pública. A incidência e a mortalidade em outros países estão com taxas altas, porém podemos observar que as medidas de prevenção necessárias ao diagnóstico e controle da doença não têm sofrido o mesmo aumento. O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, pois seus efeitos psicológicos são altos, tais como: alterações da imagem corporal, ansiedade, dor e baixa autoestima³.

O diagnóstico do câncer de mama é vivido pela mulher e pela sua família também, já que esse é um momento de angústia e os pensamentos sobre morte e mutilação se fazem presentes o tempo todo. Os sentimentos mais comuns apresentados em mulheres acometidas pelo câncer de mama são: raiva, tristeza, ansiedade, inquietação, angústia, medo e luto. Cada indivíduo interpreta a doença de uma forma pessoal e pode utilizar a negação como um perigoso mecanismo de defesa⁴.

A qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia não só piora a imagem corporal como afeta também a vida sexual, limitações no trabalho e mudanças nos hábitos e atividades do cotidiano. Mesmo quando há a preservação da mama, quando só é retirado o tumor, as mulheres apresentam menos interesse sexual em função da menopausa precoce que

ocorre por conta dos efeitos secundários do tratamento, o que diminui a excitação e inibe o orgasmo, tornando assim o ato sexual doloroso⁵.

Para as mulheres acometidas pelo câncer de mama, torna-se fundamental encontrar a causa da doença a fim de favorecer o desenvolvimento de estratégias utilizadas pelas mulheres para facilitar o ajustamento a um novo estilo de vida⁶.

A esperança é um ponto de grande importância porque assegura à mulher uma imagem positiva das mudanças que ocorreram em seu corpo^{6, 7}. Por isso, é considerado essencial compartilhar com outras pessoas as vivências experimentadas, problemas com o diagnóstico, tratamento ou outros problemas diferentes.

Desse modo, a psicoterapia permite ao paciente externar suas emoções e vivências experimentadas e, nesse sentido, a terapia cognitiva, por meio de várias técnicas cognitivas, como a reestruturação cognitiva, distração, entre outras, visa à mudança de crenças disfuncionais que se encontram latentes a pensamentos distorcidos. Já a terapia comportamental utiliza princípios de aprendizagem para enfraquecer e eliminar comportamentos inapropriados com técnicas de dessensibilização sistemática, exposição e prevenção de resposta etc.

A expressão terapia cognitivo-comportamental (TCC) vem da junção da terapia cognitiva e da terapia comportamental, que atua sobre os pensamentos e sentimentos que geram a relação do indivíduo com o ambiente em que vive⁸.

A partir do exposto, formulou-se a seguinte indagação: Quais são as emoções presentes em mulheres com diagnóstico e em tratamento do câncer de mama? Assim, com base na teoria cognitivo-comportamental, inicia-se a psicoterapia com a usuária acometida pela doença. Foram utilizadas técnicas, escalas e inventários para que fosse possível verificar a presença ou não de ansiedade, depressão, estresse, entre outros fatores que atingem mulheres com câncer de mama.

Desse modo, o objetivo deste estudo é identificar as emoções presentes durante o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, por meio de um relato de caso.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Para preservar a identidade e garantir o sigilo, todos os nomes citados neste relato são fictícios.

Joana, 46 anos, gênero feminino, reside há dois anos em uma cidade do interior do Estado de São Paulo com seu marido Eduardo, 47 anos. Procurou a clínica-escola do curso de Psicologia em decorrência de um câncer de mama, doença que foi diagnosticada no ano de 2017. Após o diagnóstico, a usuária tem sido submetida a um tratamento rigoroso.

Durante a primeira sessão, foi relatada a identificação de um nódulo em sua mama esquerda enquanto realizava exames rotineiros de toque. Assim que percebeu o nódulo, logo procurou ajuda médica, que lhe afirmou serem glândulas mamárias inflamadas, receitando-lhe um único medicamento, um multivitamínico, e pediu que retornasse após três meses, caso não tivesse melhora. A usuária, percebendo que a medicação não estava surtindo efeito, então retornou ao médico que, de modo grosseiro, lhe disse que não era nada e que deveria terminar de tomar a medicação prescrita.

Logo após o episódio com o médico, chegou à cidade em que Joana reside a carreta do Hospital do Câncer que realiza mutirão de mamografia. Joana logo se propôs a fazer o exame, pois sentia que o nódulo que havia encontrado não eram apenas glândulas inflamadas. Quinze dias após a realização do exame, obteve o resultado, que constava uma alteração. Foi encaminhada a um hospital-escola, em consulta agendada juntamente com a realização de novos exames para o diagnóstico do quadro apresentado.

Em consulta, foi refeita a mamografia e vários outros exames. O diagnóstico foi confirmado, carcinoma ductal invasivo – grau 2 e a cirurgia foi agendada para o dia 23 de agosto de 2017.

Mesmo antes da confirmação do diagnóstico, Joana teve medo de que pudesse vir a falecer, já que seu pensamento mais frequente foi o de morte. Ela relatou também que não consegue aceitar a doença muito bem porque sempre se precaveu e fez exames, o que a deixa frustrada.

No dia 23 de agosto, foi submetida à cirurgia em que o tumor e os gânglios de seu braço esquerdo foram retirados. Após quarenta e cinco dias, ao retornar ao médico, a usuária foi surpreendida sobre a necessidade de nova cirurgia, para atingir a margem de segurança, uma maneira de prevenir o retorno da doença. Após a segunda cirurgia, foram estabelecidas as sessões de quimioterapia, sendo quatro vermelhas e doze brancas e, ao término, foram indicadas trinta sessões de radioterapia.

Na primeira sessão de quimioterapia, as enfermeiras responsáveis avisaram Joana sobre os efeitos colaterais e sobre a queda dos cabelos. Alertaram-na também sobre episódios

depressivos e ainda buscaram restaurar sua esperança pedindo para que ela não ficasse triste, pois logo tudo isso passaria e ficaria tudo bem.

No dia 31 de dezembro de 2017, a usuária raspou sua cabeça, “estava em casa, e fui tomar banho, lavava meus cabelos com todo o cuidado para não ter que raspar porque ele já estava bem ralo, mas não teve jeito, quando sai do banho e fui pentear começaram a cair mechas inteiras, então decidi raspar” (sic). Em seguida, ligou para sua mãe pedindo para que sua cunhada fosse até sua casa raspar sua cabeça. Joana relatou ainda “eu fui forte, não chorei, minha mãe estava chorando, mas eu disse que não era para ela chorar, pois nem eu estava chorando” (sic) e, no final, acabou gostando do resultado.

Joana assinalou várias vezes que obteve muito apoio de sua família, amigos e, principalmente, de seu esposo, que a acompanha a todos os lugares.

3 MATERIAL E PROCEDIMENTO

3.1 Instrumentos

Durante o processo psicoterápico, foram utilizados instrumentos para a coleta de dados, tais como: triagem tradicional, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)⁹ e Escala de HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)¹⁰.

A triagem tradicional tem como base três objetivos principais: coletar dados pessoais do usuário, identificar sua demanda e realizar breve diagnóstico ou hipótese diagnóstica. Utilizaram-se também entrevistas, geralmente semiabertas, sem instrumentos mais estruturados, como anamnese, questionários, entre outros. É de suma importância que haja compreensão da necessidade do atendimento e das possibilidades de encaminhamento, além da atenção às expectativas do usuário e fantasias sobre o atendimento, a fim de informar-lhe o que realmente pode ser oferecido¹¹.

Foram utilizados testes como o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)⁹, baseado em um modelo trifásico desenvolvido por Hans Selye e que se divide em três resultados: alerta, considerada a fase positiva do estresse, em que é energizado por meio da produção de adrenalina; resistência, a pessoa tenta lidar com os estressores para manter sua homeostase interna; exaustão, quando há quebra da resistência da pessoa, as doenças passam a ocorrer nos órgãos mais vulneráveis¹².

Durante o processo psicoterápico, aplicou-se a Escala de Avaliação do nível de Ansiedade e Depressão (HAD). Essa escala constitui-se em quatorze perguntas, tendo cada

uma delas quatro alternativas com suas respectivas pontuações. Dessas quatorze perguntas, sete são sobre ansiedade e sete sobre depressão e o escore para a avaliação se encaixa em: 0-7 pontos: improvável; 8-11 pontos: possível (questionável ou duvidosa); e 12-21 pontos: provável. A escala pode ser preenchida rapidamente, pois se solicita ao paciente responder as questões com base nos sentimentos da última semana¹⁰.

3.2 Procedimentos

A) Triagem

O processo da Joana iniciou-se com uma entrevista de triagem na clínica-escola de Psicologia, em que a demanda inicial da usuária foi a rejeição do seu diagnóstico do câncer de mama. Durante a triagem, foram coletadas informações acerca da história de vida da usuária, assim como dados de identificação. Foi preenchida a ficha de triagem utilizada na clínica-escola.

B) Contrato terapêutico e termo de livre consentimento

No primeiro contato com a usuária, foi realizado o contrato terapêutico na abordagem TCC, com orientação acerca do funcionamento da clínica-escola de psicologia e também técnicas da terapia. Foi esclarecida a questão sobre o sigilo, mesmo sabendo que seu caso seria utilizado para fins de uma pesquisa, um relato de caso, em que não seriam expostos nomes e nem dados pessoais que a pudessem identificar. Assim, foi feito o aceite do tratamento.

C) Psicoterapia

Após a triagem, a usuária foi encaminhada ao atendimento psicoterápico apoiado no aporte teórico da terapia cognitivo-comportamental. As sessões de psicoterapia foram semanais, com a duração de cinquenta minutos. O quadro 1 apresenta a organização das sessões de psicoterapia:

Quadro1 - Estruturação da Psicoterapia

Data	Horário	Procedimento Realizado
21/03/2018	16h às 17h	Contrato terapêutico
28/03/2018	16h às 17h	1º sessão de psicoterapia
11/04/2018	16h às 17h	2º sessão de psicoterapia
18/04/2018	16h às 17h	3º sessão de psicoterapia
25/04/2018	16h às 17h	4º sessão de psicoterapia
02/05/2018	16h às 17h	5º sessão de psicoterapia
16/05/2018	16h às 17h	6º sessão psicoterápica
07/06/2016	16h às 17h	7º sessão psicoterápica
01/08/2018	16h às 17h	8º sessão psicoterápica

Fonte: Dos próprios autores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer de mama gera efeitos biopsicossociais, afetando profundamente a mulher acometida pela doença. Comumente, a mulher diagnosticada apresenta crises de instabilidade de humor, medo, frustrações, conflitos e inseguranças, visto que esse sofrimento se associa à representação social do câncer de ser uma doença incurável¹³.

Joana chegou à clínica-escola de psicologia por demanda espontânea. Quanto ao motivo da procura, a usuária relatou que, em meados de junho de 2017, fora diagnosticada com câncer de mama e, por isso, sentia grande dificuldade para lidar com esse diagnóstico e tratamento. Em todo momento, a usuária manteve-se emotiva, disse não aceitar o câncer de mama, pois sempre se cuidou realizando exames rotineiros de toque e acompanhamento com mamografia.

Portando, fica claro que a mulher que vivencia o diagnóstico de câncer de mama adquire expectativas de futuro incerto, imensa dificuldade de enfrentamento da patologia permeada pelo medo da morte e da mutilação e, conseqüentemente, convive com sentimentos intensos e contraditórios, como a raiva, a incerteza e até a aceitação, que acabam fazendo parte do seu cotidiano¹³.

Durante a entrevista, Joana relatou mudanças em seu modo de ser, tais como: intolerância, incivildades, hostilidades, perda da alegria de viver, circunspeção, além da dificuldade de afetividade com seu esposo.

Nesse sentido, estudos da década de 70 delinearam mulheres com desconforto psicológico, como ansiedade, depressão, raiva, mudanças no padrão de vida, sobretudo aquelas relacionadas ao casamento, à vida sexual e às atividades laborais, juntamente com medos e preocupações relacionadas à mastectomia, à recidiva da doença e à morte¹⁴⁻⁵.

A propósito do processo de diagnóstico e tratamento, a usuária foi submetida a dois procedimentos cirúrgicos: no primeiro, foi retirado um quadrante da mama e os gânglios do braço esquerdo e, na segunda cirurgia, num intervalo de quarenta e cinco dias, buscou-se atingir a margem de segurança, uma maneira de evitar a reincidência da doença. Após as cirurgias, a usuária foi submetida ao tratamento quimioterápico e radioterápico.

A intervenção cirúrgica, normalmente, é o tratamento primário que pode ser restrito à localização do tumor e de seus tecidos circundantes ou há a retirada completa da mama, juntamente com os linfonodos da região axilar. Geralmente, a mastectomia radical modificada é a mais frequente, pois remove toda a mama e os linfonodos axilares. Os tratamentos complementares são recomendados, como radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia⁵.

Durante a triagem, Joana manifestou sentimento de frustração por não conseguir continuar a exercer sua profissão na fisioterapia em razão da retirada dos gânglios, “quero ser o que eu gosto, quero ser fisioterapeuta!” (sic). Notou-se, também, que a usuária denomina o seu câncer de mama como “a minha doença” (sic).

A decorrência da retirada dos linfonodos axilares é o linfedema, uma das principais sequelas do tratamento do câncer de mama, que está associado a alterações funcionais e psicológicas, uma vez que limita a paciente das suas atividades diárias antes exercidas. Isso influencia, negativamente, na qualidade de vida dela¹⁵.

Após o término da triagem, procedeu-se o encaminhamento à intervenção psicoterápica, cujo aporte teórico, neste caso, foi ancorado na terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Na primeira sessão psicoterápica, Joana relatou sua demanda, que já fora citada anteriormente e descreveu os pensamentos automáticos sobre morte e manifestação da recidiva do câncer. Entende-se que pensamentos automáticos são pensamentos involuntários que surgem na pessoa. Após a realização de exames, cirurgias e tratamento, Joana notou mudanças afetivas, como o aumento do estresse e menos tolerância a afetos de seu cônjuge, fato que a incomoda muito.

Em sessão posterior, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)⁹, com o seguinte resultado: presença de estresse, na fase de resistência, em que o indivíduo tenta lidar com seus estressores de maneira que mantém sua homeostase interna, com a sintomatologia predominante nos aspectos psicológicos. As demais fases e sintomas não atingiram a nota mínima de corte.

Em outro momento, Joana relatou ter sido detectada quantidade grande de progesterona em seu tumor. Após essa informação, associou a seu diagnóstico um tratamento para fertilidade. Durante esse período, a usuária foi submetida à administração de elevadas doses de progesterona. O tratamento por progesterona se prolongou por seis meses, com intervalo de um mês a cada trimestre. No entanto, o tratamento para engravidar não foi bem-sucedido. Ao relatar ao médico oncologista, ele disse que não havia relação direta entre o tratamento para engravidar e o desenvolvimento do tumor.

Quando indagada sobre as dificuldades encontradas com relação às tentativas de gravidez, Joana disse: “hoje em dia acho que foi até melhor, porque eu não teria condições financeiras boas para ter um filho, mas quando a gente vê uma criança sempre dá aquela vontade de ter, mas fazer o que né, Deus sabe o que faz” (sic). O marido de Joana tem dois filhos com outra mulher, com os quais mantém relacionamento satisfatório.

Diante da perda da mama, ou de parte dela, as mulheres podem passar por outras perdas, como a física, por exemplo, a perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade. Tais perdas podem trazer mais vulnerabilidade e causar a baixa autoestima¹⁶. A usuária passou pela quimioterapia após o tratamento para fertilidade, então não se sabe se essa questão da fertilidade se agravou ou não.

Dessa forma, é possível notar constrangimento diante do corpo alterado. O envolvimento social acaba sendo afetado por conta do medo da rejeição ou da reação das pessoas. O comprometimento da doença associado ao estigma ligado a ela pode propiciar privação social e levar a hábitos rotineiros diferentes dos que eram vivenciados antes. Assim, a doença expõe uma fragilidade que pode levar à “exclusão social”, uma vez que a sociedade exclui os mais vulneráveis¹⁷.

Joana se queixa com frequência das brigas que tem com seu marido e, segundo relato, o marido mostra-se afetuoso, fato que a deixa incomodada, sentindo-se “sufocada”, irritada. Disse notar semelhança nesse sentimento quando era mais nova quando seu pai tentava mostrar afeto por ela. Ao relatar esse episódio, lembrou-se de um fato acontecido quando tinha por volta dos doze ou treze anos de idade: quando o pai de uma amiga agarrou-a e deu-

lhe um beijo. Ela ressaltou que até hoje sente repulsa ao ver esse indivíduo na rua. Depois de um tempo do acontecido, Joana chegou a contar para seus irmãos e sua mãe, no entanto, na época do acontecimento, não contou a ninguém.

Ao aproximar-se do término das sessões de quimioterapia, Joana mostrou-se animada. Relatou estar pensando em atuar na área de fisioterapia urológica, pois, nessa atividade, não teria que fazer muita força com seu braço esquerdo, onde foram retirados os gânglios. Nessa narração, foi possível observar euforia e ansiedade diante da possibilidade de atuar dentro da sua área profissional e também porque o inchaço começara a diminuir e assim a melhora de seu humor voltou ao “normal”, o que ocasionou o fim das brigas com o esposo: “Não tenho o que reclamar dele, pois desde dezembro estamos sem ter relação e agora já é maio né, ele me entende e me respeita” (sic).

O apoio do cônjuge à esposa no momento da doença e tratamento mostra-se essencial para que não seja uma experiência tão traumática para ela. A mulher que encontra esse apoio no marido passa a tê-lo como um ponto de equilíbrio e, quando a situação se torna diferente, a mulher, então, encontra-se mais fragilizada. Comumente, os parceiros dão apoio as suas mulheres, como também não demonstram desconforto com a falta da mama¹⁶.

Joana acredita que assim que puder voltar a exercer sua profissão, ficará mais entusiasmada, “não sei se volto a ser a mesma de antes, mas se eu trabalhar fora e vir pessoas diferentes posso voltar a ser como antes e talvez até acaba as brigas com o meu marido, pois não vou estar o dia todo ao lado dele e teremos coisas diferentes para conversar” (sic).

A partir da aplicação da Escala de HAD¹⁰, os resultados indicaram: 10 pontos nas questões sobre ansiedade encaixam-se no escore possível (questionável ou duvidoso) e, nas questões associadas à depressão, os pontos obtidos foram sete (7), inserindo-se então no escore de improvável. Esse resultado indica presença de ansiedade, no entanto, Joana não apontou quadro depressivo.

A usuária relatou sobre a visita de uma amiga de anos que mora em uma cidade distante: “eu achei que quando contasse tudo o que já passei para ela eu iria chorar, mas não chorei, e mesmo não podendo dar muita atenção a ela, devido às restrições, pela minha imunidade estar baixa por causa da quimio, está sendo bom, porque eu pelo menos distraio e saio um pouco da rotina” (sic).

Em uma das sessões de psicoterapia, foi aplicada a técnica do espelho. Essa técnica exercita o autoconhecimento, em que o indivíduo pensa em todas as dificuldades que vem enfrentando e ao olhar no espelho não verá somente a imagem refletida, mas também verá o

seu interior. Joana, ao se olhar no espelho, disse: “vejo uma bolacha trakinas (risos)” (sic) ela brincou por estar toda inchada por causa da quimioterapia, mas logo depois olhou de novo e voltou a falar “vejo uma mulher mais forte, eu achava que não conseguiria passar por tudo que passei, principalmente, na minha primeira sessão de quimioterapia, quando eu vi o líquido descendo, achei que não daria conta” (sic).

Nessa sessão, a usuária estava muito emotiva e ansiosa, antecedia a sua última quimioterapia, por isso apresentou estar feliz e aliviada por essa etapa estar terminando e entusiasmada com as radioterapias.

Mesmo diante do impacto, a mulher busca novos propósitos de vida, apoiando-se em novas esperanças¹³. A maioria das mulheres acometidas com CA de mama descobre-se forte por meio das estratégias de enfrentamento, como a fé e a solidariedade.

Em um determinado momento da psicoterapia, Joana encontrou-se debilitada para frequentar as sessões psicoterápicas, pois estava com pneumonia e ficou internada no hospital-escola durante sete dias para fazer uso de medicação para a melhora de sua saúde.

Joana confessou chorar durante a internação, pois estava bem resistente à possibilidade desse fato ocorrer e, quando se deparou com esta situação, ficou bem irritada e afirmou ter sentido medo por conta de seu braço esquerdo, em que não poderia tomar nenhuma medicação intravenosa ou ter qualquer tipo de machucado. Com isso, manteve-se alerta a todo momento em que algum enfermeiro entrava no quarto para lhe dar as medicações ou até mesmo para conferir se ela estava bem.

Em sua última sessão de quimioterapia, Joana disse manter-se calma e sem choros, não se despediu de ninguém ao sair da sala de tratamento e mostrou-se ansiosa para o começo da radioterapia, à qual deu início logo em seguida.

Passando as 36 sessões diárias de radioterapia, Joana retomou a psicoterapia. Houve a interrupção por parte dela por, aproximadamente, 55 dias, pois viajou todos os dias para outra cidade, onde realizou o procedimento de radioterapia.

Joana relatou estar mais leve por ter terminado seu tratamento, disse ter corrido tudo muito bem durante todo o processo de radioterapia, sentindo somente a sensibilidade dos locais em que foram feitas as sessões, o que já era previsto. Também pontuou o cansaço, porque acordava todo dia de madrugada para viajar por cerca de 350 km diariamente. Como essas viagens se realizavam por meio de transporte municipal, Joana esperava o ônibus após suas sessões, por isso chegava algumas vezes ao anoitecer em sua casa, o que lhe causou esgotamento físico. Nesse período em que passou pela radioterapia, houve dificuldades para

ir às terapias, então se estabeleceu uma pausa a fim de que a usuária pudesse terminar seu tratamento e, logo após, retomar as terapias.

Quando indagada sobre o que pensava ao lembrar de todo o processo percorrido, desde o dia em que recebeu seu diagnóstico, sua passagem pela quimioterapia e agora pela radioterapia, os olhos da usuária se encheram de lágrimas, aparentando haver muito sentimento quando lembrou de todo o processo e, por fim, disse: “não foi fácil, parecia que ia demorar muito para acabar tudo, mas acabou” (sic). Joana expôs também que o apoio familiar durante todo o processo, desde o diagnóstico até o final da radioterapia, foi de grande importância para dar-lhe forças e ajudá-la sempre.

Contudo, a presença e a participação da família da mulher diante do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama são consideradas de grande valia, uma vez que a família representa segurança, força, amparo e conforto, por meio de ajuda física ou emocional para enfrentar todo o processo de adoecimento. Assim, com o apoio familiar, as mulheres buscam forças para o enfrentamento da doença¹⁸.

No decorrer das sessões, aplicou-se novamente o ISSL e a Escala de HAD apontou resultados melhores e satisfatórios para a usuária. Notou-se, também, melhora na autoestima e humor, além da esperança restaurada. A usuária descreveu também estar mais paciente com o cônjuge e retomando a alegria de viver, além de ter encontrado no artesanato, que começou como distração, um meio de trabalho que a deixa feliz. Diante dos relatos e resultados, entende-se que a psicoterapia auxilia muito as mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Após quarenta e cinco dias da última radioterapia, Joana passará por exames para averiguar se não há nenhum indício de novo tumor e, assim, continuará passando por consultas periódicas e tomando medicamentos durante cinco anos. Com esses novos exames a serem realizados, Joana revela que ainda sente medo de recidiva da doença. A usuária continuará em processo terapêutico, pois se encontra com nível elevado de ansiedade.

5 CONCLUSÃO

A partir do que foi relatado, os sentimentos manifestados pela usuária foram diversos, dentre os quais se destacaram: a frustração, uma vez que houve mudança drástica na rotina e na vida da usuária; medo, em decorrência do estigma social da doença associada à morte, juntamente com a insegurança de um futuro incerto.

Pelo exposto, percebe-se a importância do processo terapêutico para trabalhar sentimentos diversos e impactantes diante do diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

As experiências vivenciadas durante o processo de diagnóstico e tratamento da patologia modificam a vida das mulheres. Nesse sentido, durante a intervenção psicoterápica, identificou-se que ocorrem mudanças na vida pessoal, profissional e conjugal da usuária, o que causa impacto na vida familiar.

Outro aspecto importante que se refere às mulheres acometidas com o CA de mama e que passam pela mastectomia parcial ou total é que enfrentam modificação em sua identidade pessoal e social. O tratamento agressivo da quimioterapia e da radioterapia causa efeitos colaterais, o que afeta a autoimagem da mulher, contribuindo assim para o afastamento social e afetivo.

Ao relatar o caso de uma mulher acometida pelo CA de mama na abordagem cognitivo-comportamental, nota-se a sua contribuição para a vida dela, uma vez que a verbalização das emoções ajudou a reorganizar os pensamentos, reconhecer os sentimentos e desenvolver estratégias de enfrentamento das dificuldades emocionais afetivas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do CA de mama.

Diante disso, o apoio psicológico mostra-se eficaz e pertinente a um período difícil da vida de uma mulher acometida por CA de mama, uma vez que situações de incertezas em relação aos resultados do tratamento e o medo da recidiva acabam sendo frequentes.

Vale lembrar que, estudos futuros devem ser investigados com novos delineamentos de pesquisas que envolvam número maior de sujeitos. Os resultados obtidos na análise do relato de caso não permitem generalizações em suas conclusões.

REFERÊNCIAS

- 1 Strabud RO. Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 2 Instituto Nacional do Câncer – INCA. Ministério da Saúde. [homepage na internet] Estimativa 2018 – Incidência do câncer no Brasil. [acesso em: 20 de fevereiro 2018] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/imprensa/inca-estima-que-havera-cerca-de-600-mil-casos-novos-de-cancer-em-2018>
- 3 Silva PAda, Riul SdaS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 Dec [acesso: 28 de abril 2018]; 64(6): 1016-1021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>
- 4 Ramos BF, Lustosa MA. Câncer de mama feminino e psicologia. Rev. SBPH [Internet]. 2009 Jun [acesso em: 05 de abril 2018]; 12(1):85-97. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007&lng=pt.

- 5 Silva LC. Câncer de mama sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*. [Internet]. abr./jun. 2008 [acesso em: 26 de maio 2018];13(2):231-237. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>
- 6 Regis MFS, Simões SMF. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet] 2005 [acesso em: 18 de março 2018];7(1):81-6. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/851/1028>
- 7 Silva RM, Mamede MV. Conviver com a Mastectomia. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal Ceará, 1998 *apud* Regis MFS, Simões SMF. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet] 2005 [acesso em: 18 de março 2018];7(1):81-6. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/851/1028>
- 8 Tavares L. Abordagem cognitivo-comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. [Internet] 2005 [acesso em: 04 de agosto 2018] Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf>
- 9 Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos de Psicologia* [Internet] 1994. [acesso em: 04 de agosto 2018]; 11(3):43-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284507885_Validacao_empirica_do_inventario_de_sintomas_de_stress
- 10 Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1995 [acesso em: 20 de abril 2018]; 29(5):359-363. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- 11 Rocha MC. Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. *Revista do NUFEN* [Internet]. 2011 [acesso em: 24 de março 2018]; 3(1):119-134. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100007&lng=pt&tlng=pt.
- 12 Rossetti MO. *et al.* O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. *Rev. bras. ter. cogn.* [Internet] dez. 2008 [acesso em: 08 de abril 2018];4(2):108-120. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200008&lng=pt&nrm=iso
- 13 Araújo IMdeA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2008 Dec [acesso: 02 de abril 2018]; 12(4):664-671. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400009>
- 14 Meyerowitz BE (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin* [Internet] 87(1):108-131. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.87.1.108> *Apud* Silva LCda. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. estud.*

[Internet] jun. 2008 [acesso em: 26 de maio 2018];13(2): 231-237. Disponível em:
<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>

15 Albuquerque VT. *et al.* Funcionalidade de membros superiores em mulheres após cirurgia para câncer de mama. [Internet] 2012 [acesso em: 12 de maio 2018] Disponível em:<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Funcionalidade%20de%20membros%20superiores%20em%20mulheres%20ap%C3%B3s%20cirurgia%20para%20c%C3%A2ncer%20de%20mama.pdf>.

16 Ferreira DdeB, Farago PM, Reis PEDdos, Funghetto SS. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 [acesso em: 30 de maio de 2018]; 64(3):536-544. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300018>.

17 Silva SED, Vasconcelos EV, de Santana ME, Araújo J dos S, Valente T, de Oliveira JB, Cunha NMF, da Conceição VM. Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. Rev. G&S [Internet]. 2017 [acesso em: 16 de junho de 2018];3(2):451-163. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/116>

18 Salimena AMdeO, Campos TS, Melo MCSC, Magacho EJC. Mulheres enfrentando o câncer de mama. Revista Mineira de Enfermagem [Internet] jul./set. 2012. [acesso em: 05 de agosto 2018]; 16(3):339-347. Disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/536>