

DEPOIS DO ADOECER DA MAMA: O SENTIDO E O SIGNIFICADO DA VIDA - DOIS CASOS CLÍNICOS DE CRESCIMENTO PESSOAL EM TERAPIA PSICO- ONCOLÓGICA

SÓNIA REMONDES-COSTA 1 & JOSÉ LUÍS PAIS-RIBEIRO 2

A longevidade dos doentes com cancro deixou de constituir o fim último do sucesso em oncologia. Variáveis como a Qualidade de Vida (QDV) a nível psicológico, social e espiritual assumem igualmente relevo profissional e científico, em todas as fases do processo de doença (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Os pacientes oncológicos experienciam uma multiplicidade e simultaneidade de dimensões do sofrimento (Justo, 2002). A tomada de consciência destas problemáticas suscitou a necessidade de intervenção da Psicologia no âmbito da oncologia.

Em 1989, Holland, definiu psico-oncologia como sub-especialidade da oncologia que estuda as dimensões psicológicas associadas ao diagnóstico de cancro, ao nível do impacto emocional no doente e família, bem como, das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas na incidência e sobrevivência do cancro. O seu campo de intervenção inclui o tratamento, a QDV, e o apoio à equipa médica e de enfermagem na relação e comunicação com o paciente e familiares (Gill, Sirgo, Lluch, Maté & Estradé, 2001).

As mulheres com cancro da mama, em algum momento do percurso da doença, apresentam problemáticas psicossociais (Barros, 2008), sendo as mais frequentes: dificuldades de ajustamento ao processo de doença (Anjos & Zago, 2006; Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2010; Heppner, Armen, & Mallinckrodt 2009, Lopes & Carvalho, 2009; Matthews & Cook, 2009; Peres & Santos, 2009; Varela & Leal, 2008), distúrbios de humor e ansiedade (Ogden, 2004), imagem corporal e sexualidade (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002; Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2010; Costa & Patrão, 2009; Macieira & Maluf, 2008; Miguel, Marques & Tosi, 2009; Tavares & Trad, 2005); problemas de concentração e memória, angústia e desesperança, falta de apetite, insónia, dificuldade em realizar actividades laborais e familiares, isolamento social e preocupação com a evolução da doença (Gil, et al. 2001).

1-Departamento de Educação e Psicologia, U. Trás-os-Montes e Alto Douro; Consulta de Psico-oncologia (Liga Portuguesa Contra o Cancro & Laços para a Vida) Vila Real; 2-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, U. do Porto.

A literatura tem vindo a documentar diferentes propostas de intervenção terapêutica com estadaoentes: Gil, et al. (2001) defendem que a intervenção psicológica poderá ser no âmbito do *counselling* e da psicoterapia. Destacam a eficácia das Psicoterapias, Comportamental, de Procura de Significado («Meaning- Seeking Psychoterapy de Holland & Goooen-Piels, 2000), Existencial e da Terapia de Grupo de Expressão-Suporte (Spiegel et al., 1999) junto dos doentes oncológicos (Gil, et al. 2001). Durá e Ibáñez (2001) acrescentam que as intervenções psicossociais em psicologia oncológica podem variar entre as terapias breves, de intervenção em crise, até aos programas ou psicoterapia de longa duração, que se estendem até ao final dos tratamentos. Dando como exemplos a terapia clássica, a didáctica, a de grupo, e a nível social e comunitário, as campanhas de informação e prevenção. Neme (2010) considera o modelo de psicoterapia breve mais ajustado ao contexto da psico-oncologia hospitalar, dado o foco terapêutico assentar na condição actual do “ser doente”.

Cada fase da doença impõe ao doente necessidades e desafios particulares, acompanhados de resposta psico-emocionais singulares (Liberato & Carvalho, 2008; Pereira & Lopes, 2002). Na fase de pré-diagnóstico, a ansiedade deverá constituir o foco da intervenção, enquanto na fase diagnóstico o confronto com a doença, as de estratégias de *coping*, ansiedade e stresse, são as áreas a trabalhar. Durante os tratamentos, inúmeras outras dimensões deverão ser objecto de atenção. Concluídos os tratamentos, é necessário retomar o curso de vida normal, resignificando a experiência de doença e de viver, atendendo às marcas deixadas pela mesma. A fase terminal, implica acompanhar o doente numa perspectiva existencial e espiritual (Liberato & Carvalho, 2008). Trijsburg, Van Knippenberg e Rijpma (1992), numa revisão de literatura, identificam o impacto positivo das intervenções psicológicas com doentes oncológicos, apontando a eficácia da terapia individual no alívio do *distress*, melhoria da auto-estima, desenvolvimento de auto-contolo, alívio dos sintomas físicos (náuseas, fadiga, perda de peso), e aumento da actividade e relações sexuais (Matos & Pereira, 2002).

Um processo terapêutico bem conseguido possibilita o ajustamento à doença, potencia a adesão aos tratamentos e a eficácia dos mesmos, e possibilita a elaboração e resignificação da experiência de doença incluindo o crescimento pessoal com a situação de doença. Recentemente estudos têm vindo a comprovar isso mesmo.

A Liga Portuguesa Contra o Cancro oferece desde 2008 apoio psico-oncológico a doentes e familiares.

O presente trabalho tem como objectivo contribuir para a fundamentação da eficácia da terapia psicológica no ajustamento psicossocial ao processo de doença, na adesão aos tratamentos, minimização dos efeitos secundários, resignificação da situação de doença, e retomar da vida deixada em suspenso.

MÉTODO

Caso Clínico 1: E., de 29 anos de idade, professora e empresária, casada, um filho bebé; cancro da mama, diagnosticado em Dezembro de 2010, dois dias depois de ter dado à luz o primeiro filho. Fase pós diagnóstico – tratamentos, tumor loco-regional, T4, ausência de metástases à distância, conhece o diagnóstico (mas não o prognóstico), mau prognóstico, a realizar quimioterapia.

Caso Clínico 2: G., 54 anos de idade, 3º ciclo completo, doméstica, casada em segundas núpcias, viúva do primeiro casamento, 3 filhos, uma rapariga do primeiro casamento, e dois rapazes do segundo; cancro da mama, diagnosticado em Julho de 2010. Fase de tratamentos, metastático, T3, comprometimento dos linfonodos regionais (N1), conhece o diagnóstico (mas não o prognóstico) mau prognóstico, a realizar quimioterapia.

Instrumentos: Entrevista clínica; *Brief Symptom Inventory*; Escala de Satisfação com o Suporte Social; *Brief Coping* (Ribeiro & Rodrigues, 2003); *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* e *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module*

RESULTADOS

Análise Caso Clínico 1- Queixa: Partiu da própria. “Ajuda na compreensão e expressão de sentimentos ligados ao diagnóstico da doença. Preciso de um lugar só meu, para eu poder expressar o que sinto”.

Foram realizadas 17 consultas de seguimento semanal, com a duração de 50/60 minutos, distribuídas ao longo de sete meses de acompanhamento.

Na avaliação psicológica não foram encontrados níveis sintomáticos na escala BSI. Nas sub-escalas de somatização, depressão, hostilidade, ansiedade, obsessiva-compulsiva e sensibilidade interpessoal registaram valores significativos. Mostra-se satisfeita com o suporte social recebido. Tende a utilizar estratégias de *coping* positivas (activo, planear, aceitação, humor, reinterpretação positiva, suporte instrumental). Recorre à auto-culpabilização, não procura suporte emocional para lidar com a situação de doença. A queda do cabelo e as preocupações com a saúde no futuro são as dimensões mais comprometedoras da QDV.

Resultados da entrevista clínica- Problemáticas trabalhadas no processo terapêutico: a) Impacto da doença, minimizado pela experiência da maternidade, (ocorreram em simultâneo). “No meio de tudo isto foi uma dupla bênção. Consegui ter um bebé, quando tinha a ciência contra mim (problema ginecológico impedia-a de engravidar). E depois, se não tivesse o bebé o cancro não era descoberto

tão cedo, quando fosse já podia ser tarde". b) Expressão de sentimentos relacionados com o aparecimento da doença, principal motivo de pedido da consulta, ter um espaço seu para expressar o que sente, não quer fazê-lo junto da família, considera que já estão a sofrer muito. *"Tento manter sempre a boa disposição em casa e na rua. Muitas pessoas no trabalho não dão conta que tenho cancro"*. Na fase do diagnóstico, desabafou o que estava a sentir dentro de si num caderno que escondeu. A descrição (terapêutica) de alguns desabafos, foi mais tarde resgatada e trazida para a consulta, pedindo que fossem lidos à posteriori. Deixamos aqui excertos relacionados com um tema de que nunca falou em consulta, o medo de morrer: *No outro dia estava a recordar o dia em que fiquei a saber que era doente oncológica .. E no pavor que tinha de morrer.. (...) Como é que os outros iam reagir à minha morte.. tudo ia continuar igual sem mim.. (...) E o meu filhote não iria lembrar-se de mim..é tão pequenino.. (...) Mas isso não vai acontecer, porque vou estar aqui com eles! E isto vai correr bem!!! Tem que correr!"* c) Alteração das rotinas diárias – *"Desde que estou doente fico em casa dos meus pais, mas tenho saudades da minha casa. Decorámos o quarto do bebé, fizemos sozinhos as obras, pintamos ... E o bebé ainda não dormiu no quarto dele. A primeira vez que fui lá, desde que estou doente, desatei a chorar"*. d) Pesadelos durante o sono - *"Tenho sonhos muito agitados. Mexo-me, falo. Mas não me lembro... Esta noite o meu marido diz que acordei a chorar!"* f) Reacções ás modificações na imagem corporal, corporalidade e sexualidade – as modificações na imagem (queda de cabelo, aumento de peso, mastectomia) foram as experiências mais exigentes do ponto de vista da adaptação – *"Há pensamentos que me assombram. Sobre a minha imagem eu nunca me preocupei com o meu visual, nunca me preocupei com dietas (...) Mas agora não gosto do que vejo no espelho.. vejo-me gigante.. fragilizada.. não sei explicar, mas não gosto.."*. g) Dúvidas e sentimentos relacionados com a cirurgia - *"Estou preocupada com a cirurgia. Vão tirar a mama toda? Quanto tempo ficarei internada? O meu filho pode visitar-me? Vou ter saudades dele! E depois da operação.. como vou conseguir segurar nele? Quero-me organizar ...!"* (...) *"As pessoas dizem que é a parte mais fácil, que custa menos que a quimioterapia. (...) Da operação tenho medo!"* h) Reminiscências traumáticas da experiência de doença – concluída a quimioterapia, apesar de considerar que não foi uma experiência tão incapacitante como a maioria das pessoas descreve, conta a dificuldade em olhar para a sala de tratamentos, a necessidade de se desfazer do saco onde levava os seus haveres – *"Não conseguia olhar para ele, ficava com enjoos e náuseas"*. i) Modificações no comportamento decorrentes da experiência de doença – na sua perspectiva, a doença desencadeou mudanças em alguns aspectos da sua forma de ser – *"com a doença parece que estou maluca, digo tudo o que penso, doo a quem doer. Dantes engolia muita coisa..."*. j) Significado da experiência de doença – *A experiência de doença mudou completamente a minha vida, mas num sentido positivo". "Sinto-me vitoriosa". "Sinto-me mais forte. Sai uma pessoa fortalecida desta batalha". "Nunca pensei que fosse tão forte!"*

Análise Caso Clínico 2- Queixa: Partiu da própria, sendo encaminhamento efectuado pela médica de oncologia. *“Não estou psicologicamente preparada para a cirurgia (mastectomia), independentemente de ser à mama. Tenho muitos traumas com os hospitais”.*

Foram realizadas 15 consultas de seguimento bi-semanal, com a duração de 50/60 minutos, distribuídas ao longo de seis meses de acompanhamento.

Resultados da avaliação psicológica

Na escala de sintomas do BSI foram encontrados índices clínicos ligeiros nas sub-escalas de somatização, depressão, ansiedade, ideação paranóide, obsessiva-compulsiva e sensibilidade interpessoal: Pouco satisfeita com o suporte social recebido. As estratégias de *coping* mais utilizadas são a auto-distração, *coping* activo, humor e aceitação. Planear, reinterpretação positiva e suporte emocional, são utilizadas por vezes. A QDV encontra-se ligeiramente comprometida nas dimensões função física, dor, fadiga, função cognitiva e dificuldades financeiras. E bastante afectada na função sexual, sintomas no braço e preocupações com os estado de saúde no futuro.

Resultados da Entrevista Clínica- Problemáticas trabalhadas no processo terapêutico: a) Expressão de sentimentos relativamente à situação cirúrgica (catarse) – Encontrava-se consciente da gravidade da situação clínica, bem como, do seu estado psicológico, por isso pediu ajuda - *“Eu não digo que não me vou operar, mas preciso de ajuda, de preparação psicológica”.* O facto prendia-se com a recordação de intervenção cirúrgica na infância que não correu bem. *“O meu problema é a anestesia, eu não estou preparada para suportar a máscara da anestesia”.* b) Reminiscência de situação cirúrgica traumática na infância – Conta que aos 13 anos de idade para remover um dente foi-lhe administrada anestesia através de uma máscara – *“Correu mal. Tive uma visão da morte que me deixou muito traumatizada. Acordei e via-me com aquela máscara, não conseguia respirar, parece que ia asfixiar”.* Recorda ainda, que também na infância um tio seu, nas vésperas de intervenção cirúrgica se encontrava muito pessimista relativamente à intervenção, morreu no bloco. Justifica igualmente com o facto o seu medo/trauma. c) Pesadelos durante o sono decorrentes do conhecimento da cirurgia – Nos dias seguintes à tomada de conhecimento da cirurgia teve pesadelos recorrentemente – *“Sonhava que estava com uma máscara de oxigénio, e que descia uma escadas, cada vez descia mais, mais, cada vez mais fundo. Eu não queria descer, mas não conseguia fugir”.* Relata que o marido a acordava, vendo o seu sofrimento durante o sono. d) Partilha de acontecimentos familiares significativos – Considera que viveu sempre em função da família, sentido que muitas vezes esta não lhe dá o devido valor. Queixa-se da relação fria com o marido – *“O meu companheiro não é nada afectivo. Não é carinhoso. Não me compreende. Não é meigo. E isso magoa-me muito”.* *“Acho que não gosta de mim, está comigo para ter alguém que lhe faça as coisas”.* e) Adaptação às alterações corporais após a cirurgia (mastectomia) – Revela insight e capacidade pró-activa de ajustamento às modificações decorrentes da mastectomia, antes da cirurgia pensa nas adaptações que deverá fazer no

vestuário – “*Imagino como me hei-de compor*”, “*Quando estou em pijama imagino-me já sem a mama, para me ir habituando*”, “*Também já conversei sobre o assunto com o meu marido*”. f) Morte de amiga com cancro da mama – as perdas por morte de cancro afectam psicologicamente os doentes oncológicos – “*Não tive oportunidade de me despedir dela. Tenho muita pena. Ela teve muitos desgostos*”. g) Conflitos com a filha – A relação com a filha encontra-se desgastada por conflitos recorrentes, tendo evoluído para o afastamento total – “*Parece-me que deixei de amar minha filha. Já não sinto aquela preocupação, nem saudades, sinto-me fria com ela, e isso preocupa-me e entristece-me!*” h) Modificações no comportamento decorrentes da experiência de doença – A situação de doença ofereceu a possibilidade de se preocupar mais consigo mesma – “*Tive uma conversa com o meu marido, como nunca tive. Disse-lhe que a partir de agora ia viver o tempo que me resta, para mim, pensar primeiro em mim. (...) Disse-lhe que gostava que fosse mais companheiro, que me compreendesse melhor, que fosse mais meu companheiro, e que demonstrasse os sentimentos que tem para comigo (...)*”, “*Depois dessa conversa, tenho tido os melhores momentos da nossa vida em 27 anos que estamos juntos*”, “*Passei também a cuidar-me mais, a gostar mais de mim!*” i) Significado da experiência de doença – Acredita que a doença teve um objectivo na sua vida – “*Antes da doença, anda 24 horas por dia dentro de minha casa a pensar, sou tão infeliz, o meu marido não me ama...*”. “*A doença fez-me pensar em retrospectiva na minha vida*”, “*Passei a dar mais valor à vida. A vida deu-me esta doença para eu mudar o meu caminho, a forma de ver e viver a vida*”.

As doentes conseguiram resolver e ultrapassar as situações de maior morbidade e desenvolver um processo de crescimento pessoal na doença. Encontram significado para a doença nas suas trajectórias de vida. Em ambos os casos, a experiência de doença, foi representada como experiência profundamente transformadora, modificando o sentido e o significado da vida e o modo de viver.

REFERÊNCIAS

- Anjos, A. C. Y., & Zago, M. M. F (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica: visão do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), 33-40.
- Barros, A.C. S.D. (2008). Câncer de Mama. In. V.A. Cravalho, et al. (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.40-45). São Paulo: Summus Editorial.
- Durá, E., & Ibáñez, E. (2000). Psicologia Oncológica. Perspectivas futuras de investigação e intervenção profissional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 27- 43.
- Costa, S. (2010). *Implicaciones del apoyo social en el estrés y el afrontamiento en la enfermedad de cáncer de mama*. Trabajo de Grado no publicado. Universidad de Salamanca, Salamanca, _Espana.
- Costa,S., Jiménez,F., & Pais-Ribeiro,J. (2010). Sexuality while dimension of a quality of live in illness breast cancer. *European Journal of sexology and sexual health*, 19 (S1), 130 [abst].

- Costa, A., & Patrão, I. (2009). “Mamas de Cristal”: sexualidade e imagem corporal em mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (p.1214). Faro: U. do Algarve.
- Dias, M. R., Manuel, M., Xavier, P., & Costa, A. C. (2001). O Cancro da Mama no «seio» da família. In M.R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J., & Estradé, E. (2001). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In. M.R.Dias & E. Durá (Edts). *Territórios da psicologia oncológica* (pp.427-452). Lisboa: Climepsi.
- Heppner, P. P., Armen, J., & Mallinckrodt, B. (2009) Problem-solving style and adaption in breast cancer survivors. a prospective analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 3, 128-136.
- Justo, J. M. (2002). Uma Perspectiva Psicológica sobre as Doenças Oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In. M. R. Dias & E. Durá (Edts.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-73). Lisboa. Climepsi.
- Liberato, R.P., & Carvalho, V.A. (2008). Psicoterapia. In. V.A. Cravalho, et al. (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.341-350). São Paulo: Summus Editorial.
- Lopes, V., & Carvalho, M. (2009). *Estudo da Relação entre a Imagem Corporal e as Estratégias de Coping com o Ajustamento Emocional e a Satisfação Sexual em Mulheres Submetidas a Cirurgia Radical e Parcial*. Comunicação Apresentada no I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, nos dia 5, 6 e 7 de Fevereiro de 2009, Algarve.
- Macieira, R. C., & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e Câncer. In. V.A. Cravalho, M.H. Franco, M. J. Kovács, R.P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. Gomes, & L.H. Barros (Organizadores). *Temas em Psico-Oncologia*. (pp.303-315). São Paulo: Summus Editorial.
- Matos, P., & Pereira, M. G. (2002). Psicoterapia com Doentes Oncológicos e Seus Familiares: Pertinência e Objectivos Gerais. In. M.G Pereira & C. Lopes. *O Doentes Oncológico e a Sua Família*. (pp. 27-56) Lisboa: Climepsi.
- Matthews, E., & Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping and social support during treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 18 (7), 716-726.
- Miguel, A., Marques, A. L., & Tosi, S. D. (2009) Viver sem mama: discurso de mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (pp.1513-1521). Faro: Universidade do Algarve.
- Neme, C.M.B. (2010). Psico-oncologia: caminhos, resultados e desafios da prática. In. C.M.B. Neme (Org.). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas* (pp 19-57). São Paulo: Summus.

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa:Climepsi.

Pereira, M.G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.

Peres, R., & Santos, D. (2009). Funcionamento defensivo em mulheres acometidas por câncer de mama: especificidades de pacientes em remissão e pacientes em recidiva. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos*(pp.565-570). Faro: Universidade do Algarve.

Pinto, C. A., & Pais-Ribeiro, J.L (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (1), 142-148.

Tavares, J. S., & Trad, L. A. (2005). Metáforas e significados do cancro da mama na perspectiva das famílias afectadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 426-435.

Varela, M., & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de *coping* e suporte social. In I. Leal, J.L.Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 13-32). Porto. Universidade do Porto.