



A importância da avaliação biopsicossocioemocional em mulheres diagnosticadas com câncer de mama: Uma revisão de literatura

Marcelo Spiandon

Thais de Andrade Vidaurre Franco, Orientadora

A descoberta do amor ensaia um sorriso e oferece-o a quem não teve nenhum. Agarra um raio de sol e desprende-o onde houver noite. Descobre uma nascente e nela limpa quem vive na lama. Toma uma lágrima e poussa-a em quem nunca chorou. Ganha coragem e dá-a a quem não sabe lutar...

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar a importância dos profissionais de psicologia e da equipe multiprofissional junto às pacientes que receberam os diagnósticos positivos para neoplasia maligna de mama, além de sua atuação junto à família e a equipe médica, tanto para identificar os aspectos psicossociais dessas mulheres, quanto para auxiliar essa rede de interações complexas, na compreensão da doença e dos conflitos acarretados por toda a situação na qual estão envolvidos. Desta forma, a família e a equipe de saúde responsável podem servir de apoio à paciente, não a deixando só para lidar com este processo doloroso de luta frente à doença.

Palavras-chave: Câncer de mama, Biopsicossocial, Psicologia oncológica.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que apresenta elevada incidência de câncer de mama. Segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA/PRO-ONCO, o número de casos novos estimados para 2016 no país foi de 57.960 (Tabela 1). Os dados epidemiológicos que estão disponíveis atualmente permitem considerar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil e, dentre eles, o câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente no mundo, além de ser o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos são diagnosticados. No Brasil, este tipo de câncer é o mais incidente em todas as regiões (Tabela 2), com a exceção da região Norte onde ocupa o segundo lugar na incidência entre mulheres. Na população mundial, o percentual de sobrevivida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2008).



Tabela 1: Taxa bruta de incidência por 100.000 habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (2016).

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	4.430	20,59	10.890	10,54	3.230	13,49
Cólon e Reto	16.660	16,84	5.560	25,80	17.620	17,10	6.210	25,95
Estômago	12.920	13,04	3.130	14,54	7.600	7,37	2.180	9,07
Cavidade Oral	11.140	11,27	2.780	12,95	4.350	4,21	1.230	5,04
Laringe	6.360	6,43	1.600	7,50	990	0,94	320	0,97
Bexiga	7.200	7,26	2.110	9,79	2.470	2,39	830	3,21
Esôfago	7.950	8,04	1.460	6,75	2.860	2,76	610	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.150	5,95	2.170	8,92
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	450	1,74	1.010	0,93	400	1,33
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	1.550	7,15	5.030	4,88	1.670	7,02
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	1.290	5,86	4.830	4,68	1.250	5,20
Leucemias	5.540	5,63	1.370	6,38	4.530	4,38	1.180	4,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	6.950	6,74	2.530	10,47
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras Localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
Subtotal	214.350	216,48	52.750	245,63	205.960	199,57	61.710	257,55
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA

Tabela 2: Estimativas para o ano de 2016 do número de casos novos de câncer, por Estado.

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	110	70	20	50	60	70	20
Amapá	80	50	30	30	60	80	20
Amazonas	520	440	230	300	400	680	100
Pará	1.010	830	420	430	690	820	210
Rondônia	290	190	90	140	130	110	40
Roraima	70	50	20	30	30	30	20
Tocantins	390	180	110	110	80	180	40
Alagoas	560	520	150	210	160	300	170
Bahia	3.910	2.760	1.260	1.040	1.100	1.180	860
Ceará	2.550	2.160	860	1.060	1.270	960	540
Maranhão	1.050	650	270	360	370	970	130
Paraíba	1.040	800	270	330	410	330	260
Pernambuco	2.750	2.550	940	970	850	970	600
Piauí	890	580	250	280	210	410	140
Rio Grande do Norte	930	720	300	350	360	290	240
Sergipe	610	450	170	190	150	220	130
Distrito Federal	840	1.020	570	310	270	270	160
Goias	2.070	1.680	940	800	510	600	380
Mato Grosso	1.040	710	330	340	270	360	180
Mato Grosso do Sul	1.100	820	490	360	290	330	170
Espírito Santo	1.180	1.010	650	480	440	300	380
Minas Gerais	5.920	5.160	3.040	2.320	1.990	1.030	1.610
Rio de Janeiro	5.970	8.020	4.660	2.920	1.780	1.490	1.980
São Paulo	12.730	15.570	11.600	6.770	4.920	2.120	4.360
Paraná	5.260	3.730	2.330	2.270	1.530	860	1.120
Rio Grande do Sul	6.000	5.210	3.190	4.240	1.340	870	1.110
Santa Catarina	2.330	2.030	1.090	1.530	850	510	520
Brasil	61.200	57.960	34.280	28.220	20.520	16.340	15.490

*Números arredondados para múltiplos de 10.

**Número de casos menor que 15.

Fonte: INCA



A idade, assim como em vários outros tipos de câncer, é um dos principais fatores que aumentam o risco do desenvolvimento do câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam o risco. Mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos, são mais propensas a desenvolver a doença (INCA). A incidência de neoplasias malignas vem crescendo nas últimas décadas e há uma tendência para o aumento com o envelhecimento populacional.

De acordo com os indicadores informados pelo INCA (Fonte: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1), podemos elencar como principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento de neoplasias mamárias:

1) os fatores endócrinos ou relativos à história reprodutiva: que se referem ao estímulo do hormônio estrogênio produzido pelo próprio organismo ou consumido por meio do uso continuado de substâncias com esse hormônio. Esses fatores incluem: a história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos); menopausa tardia (após os 55 anos); primeira gravidez após os 30 anos; nuliparidade (não ter tido filhos); e uso de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa, especialmente se por tempo prolongado. O uso de contraceptivos orais também é considerado um fator de risco pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) da Organização Mundial da Saúde (OMS);

2) os fatores relacionados a comportamentos ou ao ambiente: que incluem a ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade após a menopausa e exposição à radiação ionizante (tipo de radiação presente na radioterapia e em exames de imagem como raios X, mamografia e tomografia computadorizada). O tabagismo é um fator que vem sendo estudado ao longo dos anos, com resultados contraditórios quanto ao aumento do risco de câncer de mama. Atualmente há alguma evidência de que ele aumenta também o risco desse tipo de câncer. O risco devido à radiação ionizante é proporcional à dose e à frequência. Doses altas ou moderadas de radiação ionizante (como as que ocorrem nas mulheres expostas a tratamento de radioterapia no tórax em idade jovem) ou mesmo doses baixas e frequentes (como as que ocorrem em mulheres expostas a dezenas de exames de mamografia) aumentam o risco de desenvolvimento do câncer de mama;

3) os fatores genéticos/hereditários, que estão relacionados à presença de mutações em determinados genes transmitidos na família, especialmente BRCA1 e BRCA2. Mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem; de câncer de ovário ou de câncer de mama em homem, podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença. O câncer de mama é uma doença de grande temor na sociedade em geral, especialmente para as mulheres, em decorrência do elevado índice de morbimortalidade (Tabela 3) e de mutilação, com conseqüente comprometimento da autoestima e do desenvolvimento social de quem é por ele acometido. Interfere,



também, nas relações sociais, pessoais, profissionais e afetivas. Na literatura atual, segundo as evidências, este tipo de câncer situa-se entre as principais causas de morte por neoplasias nas mulheres. Causa, portanto, profundo impacto psicológico na percepção da sexualidade, na imagem pessoal e autoestima, de maneira muito mais marcante do que qualquer outro câncer.

Tabela 3: Taxas de mortalidade por câncer de MAMA, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 2000 e 2014.

Ano	Valor Absoluto	Taxa Bruta	Taxa Ajustada Mundial	Taxa Ajustada Brasil
2000	8311	9,64	10,58	11,31
2001	8657	9,89	10,88	11,64
2002	9010	10,16	11,19	11,97
2003	9342	10,40	11,44	12,28
2004	9789	10,76	11,88	12,73
2005	10208	10,92	12,06	12,95
2006	10834	11,43	12,64	13,58
2007	11060	11,49	11,06	11,87
2008	11813	12,25	11,55	12,37
2009	11968	12,28	11,31	12,15
2010	12705	13,05	11,51	12,32
2011	13225	13,47	11,88	12,71
2012	13591	13,73	12,10	12,96
2013	14206	14,35	12,66	13,55
2014	14622	14,77	13,03	13,94

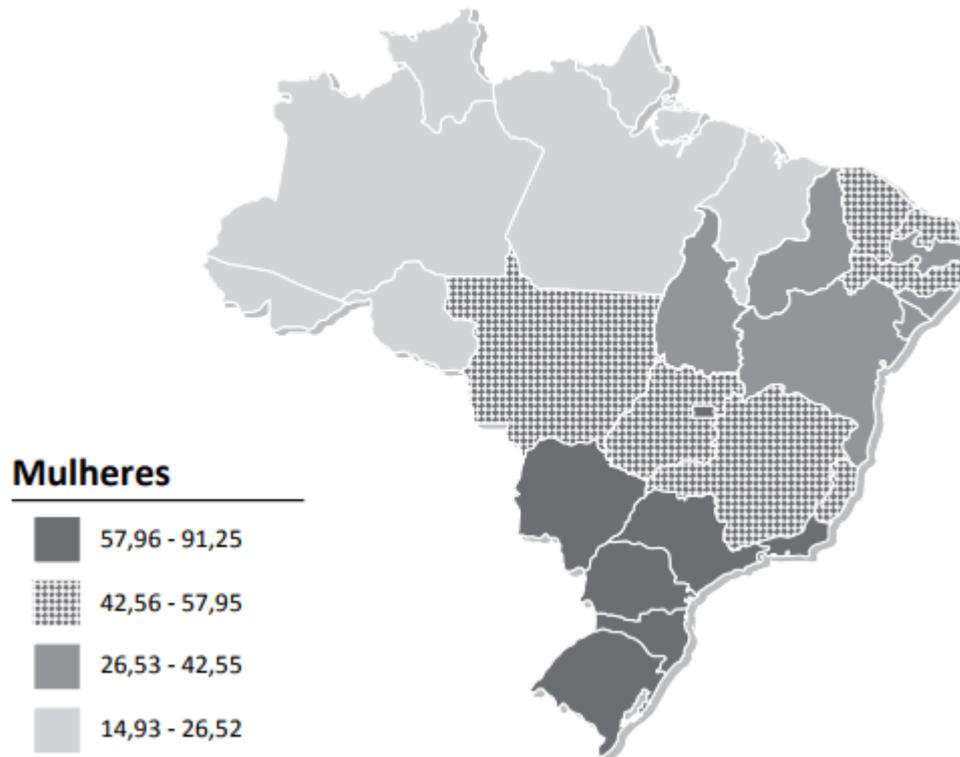
Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2005a), a neoplasia mamária está entre as doenças que mais provocam medo e angústia nas mulheres, devido à alta incidência (Figura 1) e a repercussões psicossociais. Em situações de crise, como é o caso de seu diagnóstico e tratamento, o apoio social tem sido referido como importante fator protetor e recuperador da saúde das pacientes (Drageset & Lindstron, 2003; Kornblith et al., 2001; Northouse, 1989; Walsh, 2005). Esse apoio é fornecido pelas redes sociais, como: família; amigos; relações de trabalho e relações comunitárias; de serviços de saúde e pela religiosidade/espiritualidade, sendo esta última cada vez mais apontada como importante recurso para a



promoção de saúde mental e física, auxiliando na redução da angústia relacionada a doenças (Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003).

Figura 1: Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da mama feminina).



Fonte: INCA.

Ao conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce damos o nome de detecção precoce (WHO, 2002). A prevenção primária dos principais tipos de câncer envolve a redução da exposição a agentes cancerígenos relacionados a fatores ambientais e comportamentais. Os fatores de risco conhecidos são: tabagismo, álcool, inatividade física, dieta pobre em frutas, legumes e verduras e rica em gordura animal, obesidade, radiações solares e agentes cancerígenos ambientais e ocupacionais. O risco de câncer numa determinada população está relacionado à interação de fatores que aumentam as chances de desenvolvimento da doença e fatores que diminuam esta possibilidade.

Embora o prognóstico seja otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, o seu diagnóstico tem um profundo impacto psicossocial nos pacientes e seus familiares. O diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Lugton (1997) afirma que, em situações de crise, as pessoas necessitam ter assegurado o amor e o suporte emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade.



Kübler-Ross (1994), a partir de sua prática clínica com pacientes terminais, identificou cinco estágios caracterizados por atitudes específicas do paciente diante da morte e do morrer:

- Choque e negação: ocorrem quando o paciente toma conhecimento de que está próximo da morte e se recusa a aceitar o diagnóstico;
- Raiva: ocorre quando os pacientes se sentem frustrados, irritados ou com raiva pelo fato de estarem doentes, passando a descarregar esses sentimentos na equipe médica;
- Barganha: ocorre quando o paciente tenta negociar sua cura com a equipe médica, com os amigos e até com forças divinas, em troca de promessas e sacrifícios;
- Depressão: o paciente apresenta sinais típicos da depressão, como desesperança, ideação suicida, retraimento, retardo psicomotor, enquanto reação aos efeitos que a doença opera sobre seu corpo ou como antecipação à possibilidade de perda real da própria vida;
- Aceitação: ocorre quando o paciente percebe que a morte é inevitável e aceita tal experiência como universal.

Estratégias que visam a promoção da saúde, prevenção de agravos e o tratamento das neoplasias malignas de mama podem ser dirigidas a grupos assintomáticos ou sintomáticos (doença local ou avançada). As ações voltadas para os quadros assintomáticos objetivam orientar à população com relação ao controle da exposição aos fatores de risco, à detecção da doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (rastreamento).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, sendo o principal fator que dificulta o tratamento o estágio avançado em que a doença é descoberta. Em nosso país, a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos, por isso o número de mastectomias realizadas no Brasil é considerado alto (Makluf, Dias & Barra, 2006). Em tais condições observa-se uma diminuição das chances de sobrevivência, comprometimento dos resultados do tratamento e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes (Thuler & Mendonça, 2005; INCA, 2006a). O câncer de mama é, portanto, uma preocupação da Saúde Pública, a qual, para combatê-lo, atua-se na formulação e implantação de ações, planos e programas destinados ao controle da doença.

O tratamento primário de escolha em grande parte dos casos é a mastectomia, intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingindo tecidos circundantes ou até a retirada da mama acometida pela neoplasia, dos linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais. A mais frequente das intervenções realizadas (em torno de 57%) é a mastectomia radical modificada, aquela que remove toda a mama juntamente com os linfonodos axilares. Tratamentos complementares geralmente são necessários, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. O prognóstico e a escolha do tratamento são



embasados na idade da paciente, estágio da doença, características do tumor primário, níveis de receptores de estrógeno e de progesterona, medidas de capacidade proliferativa do tumor, situação da menopausa e saúde geral da mulher (Malzyner, Caponero & Donato, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente estudo foi investigar as repercussões biopsicossocioemocionais associadas ao adoecer das mulheres diagnosticadas positivamente com câncer de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho foram:

- Avaliar a importância do trabalho multiprofissional na promoção da saúde, prevenção de agravos e, quando estes já estão instalados, no acompanhamento humanizado e tratamento das mulheres acometidas por neoplasias mamárias;
- Estudar a redução dos distúrbios emocionais (como ansiedade e depressão) nas mulheres diagnosticadas com câncer de mama, a melhoria de sua adesão ao tratamento oncológico e a diminuição dos sintomas adversos medicamentosos.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Foram identificados 31 artigos através dos bancos de dados LILACS e de pesquisas no Google Escolar por meio dos descritores: câncer de mama; avaliação psicológica e diagnóstica (de câncer de mama) considerando um período de trinta anos. Os idiomas utilizados nas consultas foram o inglês e o português e através desta revisão de literatura avaliou-se a importância do estudo dos aspectos biopsicossocioemocionais das mulheres diagnosticadas com neoplasia maligna de mama, além da seleção dos diferentes tipos de modalidades terapêuticas empregadas no tratamento.

A análise dos artigos demonstrou sentimentos e comportamentos tais como: medo, negação, aceitação da doença, buscando a causa e o constrangimento. Como expectativas, foi possível encontrar uma nova visão da vida após o câncer. Para uma abordagem humanizada da mulher com diagnóstico de câncer de mama fez-se oportuno considerar as emoções desencadeadas com a confirmação do diagnóstico, quase sempre associado à morte, ao medo e ao desespero. Entender as questões referentes ao ajustamento psicossocial envolvidos no câncer de mama permite aos profissionais de saúde avaliar, acolher e assistir a mulher de uma forma adequada e singularizada.



A mulher acometida por essa doença se depara com a aceitação e convivência de um corpo marcado por uma nova imagem, podendo manifestar assim, uma insatisfação, compreensível. Ocorrem alterações significativas em diversas esferas de sua vida, tais como: atividades sexuais, vida social e até, em alguns casos, vida laborativa. Por conseguinte, o atendimento psicológico como forma de tratamento, deve ser acompanhado desde o diagnóstico, assim como durante a conduta terapêutica oncológica, a partir de uma avaliação psicológica individual para o planejamento dos atendimentos subsequentes, a importância de intervenções interdisciplinares antes, durante e após o tratamento, junto aos pacientes e familiares. Acredita-se ser oportuna a atuação do profissional de psicologia em virtude da melhora do ajustamento psicossocial frente à doença.

4 DESENVOLVIMENTO

As transformações no conceito de saúde, ocorridas entre os anos 70 e 90, quando a psicologia focada em pacientes oncológicos (psicologia oncológica) passa a ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial, constituíram um marco na criação de um espaço para o psicólogo nos Serviços de Saúde. Outro fato importante que contribuiu para a inserção do psicólogo na área de saúde foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata, na então União Soviética, quando se passou a enfatizar os cuidados primários, dando-se ênfase à promoção da saúde e prevenção da doença. A partir de então, ocorreu uma maior preocupação com a adesão do paciente ao tratamento. Dessa forma, mais espaço se abre ao psicólogo, já que a adesão ou não ao tratamento muitas vezes implica em questões psicológicas (Muylaert, 1995).

Na década de 80, no Brasil, já se encontravam trabalhos isolados de pesquisa sobre assistência psicossocial a grupos de pacientes e de atendimento psicoterápico a pacientes em hospitais e consultórios, além da formação de grupos de autoajuda por pacientes e ex-pacientes de câncer. Estudos mostram que, desde então, várias pesquisas têm sido desenvolvidas nessa área, buscando formas de atuação cada vez mais eficientes (Carvalho, 1998).

Em 1998 obteve-se um grande avanço na área de psicologia, quando o Ministro da Saúde da época (José Serra), através da portaria 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no D.O.U. de 14/10/98, tornou obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica como um dos critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o psicólogo passa a ser membro da equipe multidisciplinar cuidadora do paciente com câncer, atuando em todas as etapas do processo do tratamento oncológico.



Até pouco tempo atrás os doentes de câncer eram estudados em termos de sobrevida, mas hoje as áreas médicas assumem cada vez mais uma perspectiva biopsicossocial do ser humano, com a qual a psicologia tem contribuído significativamente. Assim, tornou-se evidente o interesse pela investigação das relações existentes entre os fatores psicossociais, a incidência, a evolução, o tratamento e a remissão da doença. Além disso, é crescente o número de estudos que objetivam avaliar a qualidade de vida dos doentes durante o tratamento e após a remissão da doença (Cohen, Hack, Moor, Katz & Goss, 2000; Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer & Hölzel, 2004; Makluf, Dias & Barra, 2006).

O atendimento psicológico às pacientes e o início do tratamento imediatamente após o diagnóstico se tornaram de suma importância para a definição da conduta terapêutica oncológica a ser seguida. Realiza-se em um primeiro momento uma avaliação psicológica individual, como adequado planejamento dos atendimentos subsequentes, que poderão ser em grupo ou individual, dependendo do estado emocional e necessidades das pacientes. Há uma comprovada eficácia da utilização da metodologia de grupos para a paciente que apresenta o câncer, no sentido de melhorar o ajustamento psicossocial da mesma frente à doença. Alguns autores afirmam que quando expostos ao treinamento de estratégias de enfrentamento, os pacientes obtêm ganhos positivos relativos à satisfação relacionada ao desempenho do trabalho, às atividades sociais, às aparências físicas e suas intimidades sexuais, bem como a comunicação e o enfrentamento dos procedimentos médicos (Bergamasco e Angelo, 2001).

Para que o enfrentamento ao câncer de mama seja brevemente iniciado, é de suma importância que haja a comunicação adequada entre as redes de atenção à saúde. As mulheres que forem diagnosticadas positivamente para neoplasia maligna de mama devem ser encaminhadas para os equipamentos de saúde especializados com brevidade para um melhor prognóstico de seu tratamento. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 em seu artigo 2º diz que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Este prazo infelizmente não é respeitado em muitas oportunidades, especialmente devido à grande demanda de pacientes que necessitam de tratamentos oncológicos e a oferta de agendamentos que não acompanham a demanda.

Diante dos entraves para o início do tratamento oncológico, as Unidades Básicas de Saúde se tornam de extrema importância no acompanhamento das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, pois contribuirão para que o tratamento seja o menos doloroso possível, tanto fisicamente, quanto emocionalmente. Para Vieira, Lopes e Shimo, (2007). “O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento.” (p. 314).



As pacientes geralmente se encontram em um estado emocional frágil, não tendo consciência de conflitos psíquicos, podendo-se esperar que tenham fantasias de sentimento de culpa por não ter procurado ajuda anterior, medo da morte pelo câncer, acompanhado de dor e sofrimento pela retirada do tumor na mastectomia, medo da perda do parceiro, comprometimento da sexualidade, possibilidade de diminuição de sua capacidade de sedução e de sua feminidade pela perda do órgão. Todos esses aspectos indicam a necessidade de apoio e acolhimento pelos integrantes da equipe de saúde, para que a paciente possa lidar melhor com as modificações em seu corpo que se reflete em muitos setores de sua vida. Reações como negação, revolta, impotência, medo do desconhecido, da dor, da morte, do sofrimento físico e da dependência de outrem podem ser esperadas nos momentos cruciais ou situações-limites. Porém, apenas no contato analítico é que se poderá observar como a paciente irá reagir: em direção ao reestabelecimento ou à doença.

Para Carpenito (1997) o distúrbio do autoconceito é um estado em que o indivíduo apresenta risco real ou potencial de apresentar uma mudança negativa na maneira de sentir, pensar ou de se ver a si mesma. O distúrbio do autoconceito pode originar mudanças num ou vários dos cinco componentes, como sejam a imagem corporal, auto idealização, autoestima, desempenho de papéis e identidade pessoal. A natureza das mudanças pode ser variada e pode manifestar-se através de:

- recusa em olhar ou tocar parte do corpo afetado;
- recusa em olhar-se ao espelho;
- Sinais de pesar, choro, desespero e raiva;
- Recusa do autocuidado; • Isolamento social;
- Comportamentos autodestrutivos.

Cada ser humano tem uma percepção e compreensão subjetiva acerca da sua própria doença e com a vivência. Muitas das vezes o indivíduo desenvolve mecanismos de ordem psicossocial e de adaptação à própria doença, dependendo da avaliação que este faz do agente desencadeante da situação e da sua efetividade, quando aplicada.

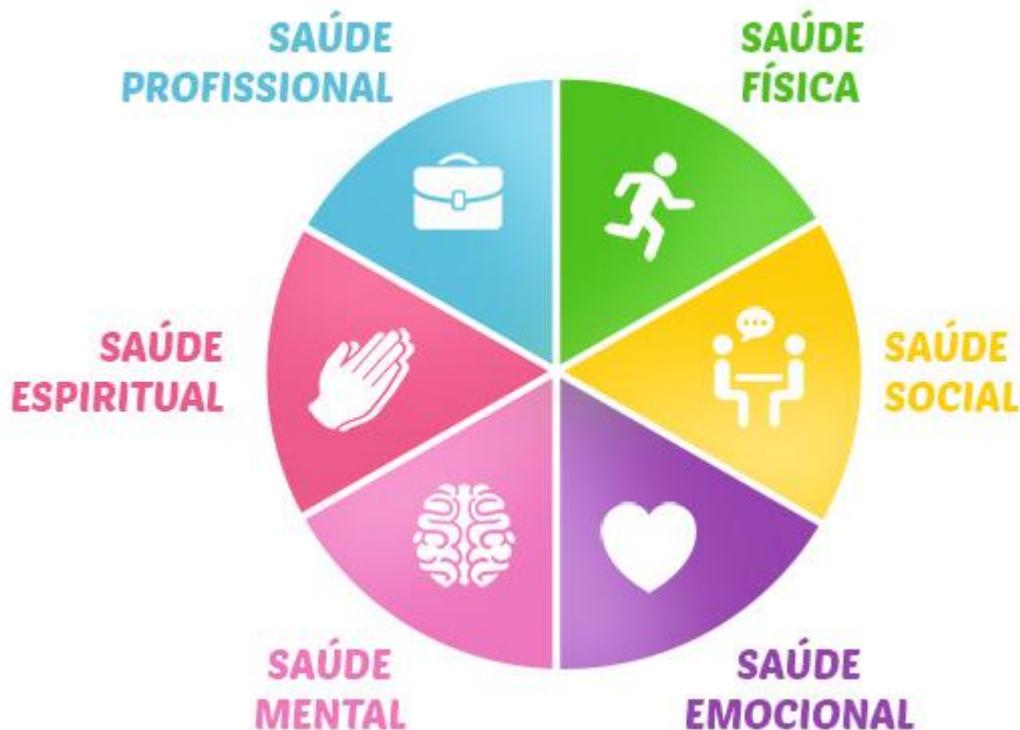
Nanchoff-Glatt (1998) descreve uma série de fatores que influenciam as reações das pessoas às alterações da imagem corporal, tais como:

- Capacidade de adaptação de cada indivíduo;
- Reações das pessoas mais próximas;
- Capacidades dos profissionais de saúde para ajudarem a pessoa e família;
- Comportamentos anteriores;
- Modelos e papéis positivos.

O suporte social é considerado como um fator moderador do impacto de stress emocional. Por sua vez, ao lidar com situações geradoras de stress, não se identificam apenas fontes internas, mas também externas, sendo o próprio indivíduo profundamente influenciado pelas relações que estabelece com os outros. Não obstante, podemos indicar que o suporte social ameniza os efeitos patogênicos do stress no organismo, incrementando a capacidade das pessoas para lidarem com situações difíceis (Cassel citado por Andrade e Vaitsman, 2002) podendo deste modo inibir, por um lado, o desenvolvimento de doenças e, por outro, funcionar como reforço, na recuperação da pessoa doente (Ribeiro, 1997).

Acredita-se, também, ser de fundamental importância a atuação do psicólogo e da equipe multiprofissional junto à família das pacientes diagnosticadas com câncer de mama, tanto para identificar os aspectos psicossociais dessas mulheres e as suas interações sociais, trabalhando a integralidade do atendimento (bem-estar físico, mental, emocional e espiritual) (Figura 2). Desta forma, a família e a equipe de saúde responsável podem servir de apoio à paciente, não a deixando só para lidar com este processo doloroso de luta frente ao câncer.

Figura 2: Figura indicativa dos aspectos de importância para a qualidade de vida e restabelecimento da saúde em mulheres acometidas por neoplasias mamárias.



Fonte: <http://www.reabily.com.br/gestaoemqualidadedevida.html>.

A rede de apoio social atua também como importante fator protetor e recuperador da saúde das mulheres que apresentam neoplasias de mama, porque as impede de desistir de lidar com as diferentes fases do tratamento, fazendo com que o enfrentamento da doença se torne mais fácil. O apoio social exerce efeitos



sobre o sistema imunológico, fortalecendo a autoconfiança, aumentando a capacidade das pessoas de enfrentarem situações adversas, podendo vir da família, dos amigos, do trabalho e dos serviços de saúde. Segundo Hoffmann, Muller e Frasson (2006), a religião é procurada de maneira complementar ao apoio, favorecendo a aceitação da doença e a reabilitação, influenciando na melhoria da qualidade de vida da paciente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura especializada mostra que pacientes submetidos ao acompanhamento psicológico durante o tratamento do câncer de mama obtêm ganhos significativos, tais como: melhora do estado geral de saúde; melhora da qualidade de vida, melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica (quimioterapia / radioterapia e cirurgia) e melhor comunicação entre paciente, família e equipe (Spiegel D., 1990; Leal V., 1993). Dessa forma, percebe-se que as intervenções psicológicas podem ter consequências positivas tanto no aspecto emocional (depressão e ansiedade) quanto nos sintomas físicos (náuseas, vômitos e fadiga) (Spiegel D., 1990).

Spiegel D. (1990) realizou pesquisas com pacientes portadoras de câncer de mama demonstram que as pacientes que se submetem a intervenções psicológicas além dos tratamentos médicos habituais possuem um diferencial qualitativo e quantitativo em sua saúde comparativamente àquelas que não participam desse tipo de atividade, aumentando significativamente seu tempo de vida

A literatura consultada aponta, também, para o importante significado atribuído pela mulher com câncer de mama quando encontra outras mulheres que vivem ou vivenciaram a mesma experiência. Os resultados obtidos por Telch e Telch (1986) apontam para a eficácia dos grupos para o paciente com câncer, no sentido de melhorar o ajustamento psicossocial do mesmo frente à doença. Os autores afirmam que quando expostos ao treinamento de estratégias de enfrentamento, os pacientes de câncer obtêm ganhos positivos relativos à satisfação relacionada ao desempenho do trabalho, atividades sociais, aparência física e intimidade sexual, bem como comunicação e enfrentamento dos procedimentos médicos.

O impacto de um diagnóstico de câncer necessita de elaboração, já que ainda carrega muitos aspectos do estigma de morte. O enfrentamento que a paciente adota está vinculado ao seu histórico pessoal e familiar. A estrutura psíquica adquirida pela paciente ao longo de sua vida será de grande influência nos rumos dos tratamentos físicos e psíquicos. O reforço psicológico e o trabalho da equipe multiprofissional se tornam essenciais no enfrentamento de tais situações, contribuindo para um preparo psicossocial, de informação e de fortalecimento egóico e afetivo visando atenuar as reações do tratamento, favorecendo a aderência.

Entre os vários trabalhos referentes a este tema (Tabelas 4, 5 e 6), destacam-se as pesquisas desenvolvidas por Spiegel D. (1989; 1990) sobre o efeito da participação de pacientes com câncer de mama



com metástase, numa psicoterapia de grupo. As sessões realizadas tinham como objetivo incentivar a expressão dos sentimentos sobre a doença, estimular o desenvolvimento de fortes vínculos entre as participantes, além de lhes ser ensinado hipnose para controle da dor. Os resultados mostram redução significativa nos transtornos de humor, além de obter efeitos positivos em relação ao enfrentamento da doença e da dor. Baseado nessa mesma pesquisa, Spiegel (1989) constatou que além do efeito benéfico sobre o humor e o vigor das pacientes alcançados com a intervenção psicoterapêutica, as pacientes tiveram um aumento significativo em sua sobrevivência, comparando-se com o grupo de controle. Para esse mesmo autor, esse último fato foi resultado, entre outros motivos, dos efeitos positivos da melhora dos estados emocionais sobre a atividade dos sistemas imunológico e neuroendócrino, interferindo na progressão do câncer.

Tabela 4: Tabela com a bibliografia pesquisada para a elaboração doTCC.

Autor	Título	Periódico	Ano
BERGAMASCO, B. B., ANGELO, M.	O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher.	Revista Brasileira de Cancerologia, v. 03. n.47. ano. 07. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbcbn_47/v03/pdf/artigo4.pdf	2001
BLAND, Kirby I; COPELAND, Edward M.	A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas.	In Princípios de Cirurgia. S. Paulo, Manole, p: 209-1237.	1994
BRASIL, Ministério da Saúde.	Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.	Disponível em: http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa98/index.html .	1998
BRASIL, Ministério da Saúde.	Departamento de Informação e Informática do SUS. Sistema de informação sobre mortalidade. Brasília	DATASUS. Disponível em: http://www.datasus.gov.br	2016
CARPENITO, Lyndia Juall	Manual de Diagnósticos de Enfermagem	Manual de Diagnósticos de Enfermagem, 6ªedição, Artes Médicas. Porto Alegre, p: 812.	1997
CARVALHO MM.	Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver	Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus; 1998. p. 256.	1998
COHEN, L., HACK, T. F., MOOR, C., KATZ, J. & GOSS, P. E.	The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment.	Annal of Surgical Oncology, 7(6), 427-434.	2000
COHEN S, WILLS TA.	Stress, social support and the buffering hypothesis	Psychological Bulletin. 1985; 98(2) 310-357.	1985
DRAGESET, S., & LINDSTROM, T. C.	The mental health of women with suspected breast cancer: The relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 401-409.	2003
ENGEL, J, KERR, J, SCHLESINGER-RAAB, A, SAUER, H & HOLZEL, D.	Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study.	Breast Journal, 10(3), 223-231.	2004
HOFFMANN, F. S., MULLER, M.C., FRASSON.	Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama.	Revista: Psicologia, Saúde & Doenças, v. 7, n. 2, ano 06. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a07.pdf	2006

Fontes: Bancos de dados LILACS e de pesquisas no Google Escolar.



Tabela 5: Tabela com a bibliografia pesquisada para a elaboração doTCC.

Autor	Título	Periódico	Ano
Instituto Nacional do Câncer (INCA).	Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2008.	[citado em 07 jan 2008]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal .	2008
KORNBLITH, A.B., HERNDON, J.E., ZUCKERMAN, E., VISCOLI, C.M., HORWITZ, R.I., COOPER, M.R., HARRIS, L.,TKACZUK, K.H., FERRY, M.C., BUDMAN, D.,	Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer.	Cancer, 91(2), 443-454.	2001
KÜBLER-ROSS, E.	Sobre a Morte e o Morrer: o que os Doentes Terminais Têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios	São Paulo: Martins Fontes, 1994.	1994
LEAL V.	Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual.	Rev Bras Cancerol 1993;39(2):53-9.	1993
LUGTON J.	The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer.	J Adv Nurs 1997;25:1184-91.	1997
MAKLUF, A. S. D., DIAS, R. C. & BARRA, A. A.	Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama.	Revista Brasileira de Cancerologia, 52(1), 49-58.	2006
MELO, Miguel.	A mamografia no rastreio do cancro da mama: um ponto de situação.	ICNZ Noticias. Porto Ano 3, nº1, p. 95.	1998
MUYLAERT MA.	O psicólogo no hospital geral.	Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral. São Paulo: Escuta; 1995. p. 111.	1995
NANCHOFF GLATT, Michelle	Promover o Auto-Conceito.	Enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiológica, 1ª Edição. Lusodidacta. Lisboa.	1998
NORTHOUSE, L.L. (1989, oct).	The impact of breast cancer on patients and	Cancer Nursing, 12(5), 276-284.	1989

Fontes: Bancos de dados LILACS e de pesquisas no Google Escolar.

Tabela 6: Tabela com a bibliografia pesquisada para a elaboração doTCC.

Autor	Título	Periódico	Ano
WALSH, J.M.	Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast	Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 34(4), 482-493.	2005
World Health Organization- WHO.	National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.	2. ed. Geneva: WHO, 2002. 216 p.	2002
RIBEIRO, José Luís Pais.	A promoção de saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica.	Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas do II Congresso de Braga - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p.253-282.	1997
SILVA; A.P	Superstição.	Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, volume 17, Lisboa. Verbo, p. 876.	1995
SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHIL E.	Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer.	Lancet 1989;2(2):888-91.	1989
SPIEGEL D.	Facilitating emotional coping during treatment.	Cancer 1990;66 Suppl 15:1422-6.	1990
TELCH CF, TELCH MJ.	Psychological approaches for enhancing coping among cancer patients: a review.	J Consult Clin Psychol 1986;54:802-8.	1986
WATSMAN, J. & ANDRADE; G.R.B.	Apoio social e redes: conectando sociedade e Saúde.	Ciência e Saúde Colectiva.7(4) 25-934.	2002
VIEIRA, C. P., LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K.	Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama.	Revista da escola de enfermagem da USP, v. 41, n. 02, ano 07. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/119.pdf	2007
WOLFF LR.	Rede de suporte social da mulher mastectomizada.	[Dissertação. Mestrado]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996. 187p.	1996

Fontes: Bancos de dados LILACS e de pesquisas no Google Escolar.

Silva (1995) refere em relatos do seu estudo sobre mulheres mastectomizadas que há mulheres que após o diagnóstico modificam a maneira de estar face à vida. As mulheres relatam que aprenderam a dar mais valor ao meu tempo, às coisas aparentemente insignificantes, de fazer aquilo que realmente gosta, além de muitas alegarem que nasceram de novo.

Durante todo o processo da doença, o significado do suporte social para a mulher com câncer de mama se reveste de importância, pois ela se vê sendo ajudada para não desistir. Nesse sentido, a família foi considerada pela mulher como pilares de encorajamento, ajuda física e emocional, e quando os membros participavam efetivamente das decisões e questões relacionadas ao tratamento. Wolff (1996) relata que a família foi identificada como rede de suporte social da mulher mastectomizada, antes, durante e depois da intervenção cirúrgica, configurando-se, portanto, como elemento importante e presente durante a



experiência da doença. Os profissionais de saúde, especialmente os psicólogos, também foram considerados elementos importantes no enfrentamento da doença, no encorajamento, no acolhimento humanizado e no conforto ofertado a essas mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar de um paciente oncológico exige de cada profissional da equipe multidisciplinar uma visão sistêmica, incluindo seu contexto social, seus papéis e relações até o tratamento clínico propriamente dito, com suas intercorrências. Há que se considerar o paciente em sua totalidade.

No contexto do estudo dos aspectos biopsicossocioemocionais, o apoio emocional tem sido referido como importante fator de restabelecimento das condições de saúde, contribuindo para que a mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama enfrente o tratamento oncológico com menor exposição aos estressores psicossociais (Cohen S, Wills TA, 1985).

Compreender a paciente, incluindo sua “doença”, significa ter a capacidade real de se colocar em seu lugar (empatia). Infelizmente, essa prática nem sempre é frequente, visto que só entendemos uma “dor” quando somos o sujeito passivo da ação. Muitas vezes, desempenhamos o papel profissional de forma mecanizada e sem vínculo, justificado pela grande demanda de pacientes, esquecendo-nos do significado da promoção de saúde em seu sentido mais pleno. Estender a mão, escutar suas queixas e necessidades, adequar a comunicação ao paciente, cria o setting necessário para o trabalho da equipe. Do apoio à escuta qualificada e humanizada das mulheres vitimadas pela doença à avaliação dos aspectos biopsicossocioemocionais envolvidos, a empatia deve ser sempre o pilar do atendimento, pois aproxima e cria vínculos entre os profissionais de saúde e as pacientes, sob a perspectiva de um atendimento acolhedor e humanizado.

Bland e Copeland (1994) constataram que as mulheres que lutaram positivamente contra a doença, enfrentaram a situação com determinação e tentaram encontrar soluções para os seus problemas, obtendo junto à equipe de saúde da comunidade as orientações necessárias e todo o suporte no enfrentamento da doença em detrimento das mulheres que não reagiram de forma negativa diante do diagnóstico, que manifestaram sinais de inadaptação ao tratamento, dificuldades no enfrentamento da doença, especialmente as que foram submetidas à mastectomia. Estas últimas apresentaram na grande maioria das vezes sentimentos de impotência e maiores vulnerabilidades psicoemocionais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à FIOCRUZ e a todos os professores e monitores pela atenção e paciência que sempre tiveram para transmitir seus conhecimentos e pelo ensino de excelência.



Agradeço em especial, a minha orientadora Thais de Andrade Vidaurre Franco pela dedicação e empenho que teve com toda a turma e a sua pronta atenção sempre em que apresentávamos alguma dúvida.

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio de sempre.

Gratidão a todos!!!



REFERÊNCIAS

- BERGAMASCO, B. B., ANGELO, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 03. n.47. ano. 07. Acesso em: 15/05/08. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf
- BLAND, Kirby I ; COPELAND, Edward M, (1994) A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas In Princípios de Cirurgia. S. Paulo, Manole, p: 209- 1237.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1998. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa98/index.html>. Acesso em: 16 fev. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Sistema de informação sobre mortalidade. Brasília: DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- CARPENITO, Lyndia Juall (1997) Manual de Diagnósticos de Enfermagem, 6ª edição, Artes Médicas. Porto Alegre, p: 812.
- CARVALHO MM, organizador. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus; 1998. p. 256.
- COHEN, L., HACK, T. F., MOOR, C., KATZ, J. & GOSS, P. E. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7(6), 427-434.
- COHEN S, WILLS TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985; 98(2) 310-357.
- DRAGESET, S., & LINDSTROM, T. C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: The relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 401-409.
- ENGEL, J, KERR, J, SCHLESINGER-RAAB, A, SAUER, H & HOLZEL, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *Breast Journal*, 10(3), 223-231.
- HOFFMANN, F. S., MULLER, M.C., FRASSON (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Revista: Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 7, n. 2, ano 06. Acesso em: 08/05/08. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a07.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2008. [citado em 07 jan 2008]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>
- KORNBLITH, A.B., HERNDON, J.E., ZUCKERMAN, E., VISCOLI, C.M., HORWITZ, R.I., COOPER, M.R., HARRIS, L., TKACZUK, K.H., PERRY, M.C., BUDMAN, D., NORTON, L., & HOLLAND, J.C. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91(2), 443-454.



- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer: o que os Doentes Terminais Têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- LEAL V. Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. Rev Bras Cancerol 1993;39(2):53-9.
- LUGTON J. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. J Adv Nurs 1997;25:1184-91.
- MAKLUF, A. S. D., DIAS, R. C. & BARRA, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 52(1), 49-58.
- MELO, Miguel (1998) A mamografia no rastreio do cancro da mama: um ponto de situação. ICNZ Noticias. Porto Ano 3, nº1, p: 95.
- MUYLAERT MA. Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral. São Paulo: Escuta; 1995. p. 111.
- NANCHOFF GLATT, Michelle (1998) Promover o Auto-Conceito In Enfermagem Fundamental - .Abordagem Psicofisiológica, 1ª Edição. Lusodidacta. Lisboa.
- NORTHOUSE, L.L. (1989, oct). The impact of breast cancer on patients and husbands. Cancer Nursing, 12(5), 276-284.
- WALSH, J.M. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 34(4), 482-493.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. national cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. 216 p.
- RIBEIRO, José Luís Pais. (1997) A promoção de saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica In Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas do II Congresso de Braga - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p.253-282.
- SILVA; A.P (1995) Superstição. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, volume 17, Lisboa. Verbo, p: 876.
- SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHIL E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989;2(2):888-91.
- SPIEGEL D. Facilitating emotional coping during treatment. Cancer 1990;66 Suppl 15:1422-6.
- TELCH CF, TELCH MJ. Psychological approaches for enhancing coping among cancer patients: a review. J Consult Clin Psychol 1986;54:802-8.
- VAITSMAN, J. & ANDRADE; G.R.B. (2002) Apoio social e redes; conectando sociedade e Saúde. Ciência e Saúde Colectiva.7:4) 25-934.



VIEIRA, C. P., LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. Revista da escola de enfermagem da USP, v. 41, n. 02, ano 07. Acesso em: 14/05/08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>

WOLFF LR. Rede de suporte social da mulher mastectomizada. [Dissertação. Mestrado]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996. 187p.