

MARCELO MÁRCIO SIQUEIRA GIANINI

**CÂNCER E GÊNERO:
ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA - Núcleo de Família e Comunidade - sob a orientação da Prof^ª. Dr.^a Maria Helena Pereira Franco.

PUC/SP

2004

COMISSÃO JULGADORA

São Paulo, 2004.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Ass. _____

São Paulo, ____ / ____ /2004

e-mail: mgian@ig.com.br

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
AGRADECIMENTOS	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	v
1) FALANDO SOBRE CÂNCER	1
2) CÂNCER DA PRÓSTATA	8
3) CÂNCER DE MAMA	11
4) FALANDO SOBRE GÊNERO	14
5) VIDA SEXUAL DURANTE O TRATAMENTO DE CÂNCER	18
6) ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	21
Pesquisas sobre câncer de próstata e de mama (1999-2003)	27
MÉTODO	
Caracterização da pesquisa	31
Considerações éticas	32
Os participantes e os instrumentos	33
Características dos participantes	35
RESULTADOS	
Análise dos resultados	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
ANEXOS	
Termo de consentimento	59
Roteiro de entrevista semi-estruturada	60
Questionário de estratégias de enfrentamento	62
Descrição dos fatores de enfrentamento	64
ENTREVISTAS	
Participante H1	66
Participante H2	71
Participante H3	75
Participante M1	79
Participante M2	83
Participante M3	88

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência e discernimento.

Aos meus pais, que me ensinaram entre muitas coisas, a amar e a respeitar o próximo.

Aos participantes deste trabalho que compartilharam seus sentimentos e emoções mais profundas.

À Prof^a Dr^a Maria Helena Pereira Franco, minha orientadora que tanto admiro e respeito pelo seu conhecimento e ética.

Às Prof^{as} Dr^{as} Maria Margarida de Carvalho e Denise Gimenes Ramos, componentes das bancas de qualificação e examinadora pelas suas importantes contribuições e análises críticas.

À Dr^a Silvia Candida Mauro, oncologista e radioterapeuta sempre disponível para esclarecimentos sobre os tratamentos quimioterápico e radiológico.

À Psicóloga e Amiga Verenice P. V. Prudencio que abriu as portas do setor de Psico-Oncologia do Hospital e Maternidade São Cristóvão para a realização desta pesquisa.

À Psicóloga e Amiga Elione Arruda que também percorre o caminho da Psico-Oncologia, com quem pude trocar experiências e incentivo.

À Psicóloga e Amiga Sandra Santos pelas valiosas contribuições acadêmicas.

RESUMO

O diagnóstico de câncer é uma crise para o indivíduo e para a sua família, pois nele estão envolvidos preconceitos, perdas, valores pessoais e sociais. Papéis pré-determinados e imposições sociais determinam como homens e mulheres devem se comportar diante da dor física e psíquica, bem como da doença. Sabe-se que as escolhas das estratégias de enfrentamento têm relação direta com a adaptação psicossocial. Como o tratamento impõe modificações da dinâmica psicossocial do indivíduo, muitas vezes ele fica impossibilitado de cumprir tarefas estabelecidas até o momento, podendo assim, desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e padrões de comportamento, que inibem a participação ativa do paciente em seu tratamento.

Neste trabalho o autor descreve e analisa as influências do gênero nas formas de enfrentamento culturalmente compartilhadas da doença a partir do processo de enfrentamento no homem que vivencia o câncer da próstata e na mulher que experiencia o câncer de mama. Trata-se de um estudo qualitativo que utiliza como instrumento uma entrevista semi-estruturada.

Os resultados indicaram que fatores psicossociais e, especificamente, questões de gênero, são determinantes na escolha das estratégias de enfrentamento. Pôde-se observar que a seleção de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos homens está ligada a fatores situacionais, concentrando-se na avaliação das alternativas de ação a serem realizadas e na decisão por uma conduta. As mulheres apresentaram como principal estratégia de enfrentamento o suporte social, tanto na busca de informações e no apoio concreto, quanto na busca do apoio emocional.

ABSTRACT

Cancer diagnosis is a stressful moment to the individual and his family, mainly because it includes prejudice, losses, personal and social values.

Social expectations determine how men and women must behave when facing not only disease, but also physical and psychological pain.

It is understood that the choices concerning the coping skills are directly related to the psychosocial adaptation. Once the cancer treatment modifies the psychosocial dynamics, most of the time the individual is not able to accomplish the established tasks, causing a cascade of emotional and psychological reactions, which are associated to the beliefs and patterns of behavior, inhibiting the patient's active participation on his treatment.

In the present study, gender and the choice of the coping strategies are described and analyzed, taking into consideration diagnosed prostate cancer men and diagnosed breast cancer women. It is a qualitative research using a semi-structured interview as its instrument.

“O câncer não restringe você a uma pessoa
submissa e sem escolhas; ao invés disso,
traz para você novas alternativas.”
G. Frank Lawlis

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O interesse por estudar câncer e gênero surgiu a partir da observação dos modos de enfrentamento de homens e mulheres diante da doença, da observação das influências sócio-culturais que fazem parte da formação estrutural do ego de um indivíduo, fazendo com que o mesmo tome determinadas posturas de enfrentamento. Sabe-se que as escolhas das estratégias de enfrentamento têm relação direta com a adaptação psicossocial.

São condições essenciais nesta análise observarmos a origem, a seleção de estratégias e consistência diante de contextos difíceis, a fim de distinguirmos os diferentes movimentos nas diferentes pessoas, ao enfrentar o câncer (ROWLAND, 1990; GIMENES, 1997; BACHION et al., 2001).

Esta é uma doença carregada de preconceitos, na qual o indivíduo na maioria das vezes sente-se inadequado, afastando-se ou sendo afastado de seu grupo e enfrentando a solidão. O diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas (KOVÁCS, 1998; QUINTANA et al., 1999).

Em uma crise vital e significativa como esta, o indivíduo e a família passam a vivenciar situações novas que exigem redefinições, formas de enfrentamento, mudanças no funcionamento familiar e períodos extensos de adaptação.

Nestas mudanças ocorridas diante da doença, o indivíduo confronta-se com as “normas de gênero”, que são papéis pré-determinados e imposições sociais, que indicam quais funções e comportamentos devem ser assumidos em função do gênero; além da dificuldade de enfrentar a doença por estar impossibilitado de continuar exercendo o seu papel, o indivíduo passa por um sentimento de impotência e inferioridade, podendo assim desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e padrões de comportamento, que inibem sua participação ativa no tratamento.

Um bom exemplo é o estresse apresentado pelo homem na sociedade machista ocidental, quando recebe o diagnóstico de câncer de próstata; esta doença, além de já vir carregada de estigmas, conta ainda com a possibilidade de tratamentos difíceis e dolorosos que muitas vezes também causam dilacerações.

Os próprios exames clínicos são, na maioria das vezes invasivos, fazendo com que o indivíduo tenha a sensação de perda da identidade, com seu corpo exposto a explorações. Sentimentos de angústia e culpa se apresentam neste momento, além de uma constante ameaça de morte. A mulher, ao ser diagnosticada com câncer de mama, sente-se invadida na sua individualidade e exposta fisicamente, levando-a à depressão e perda da auto-estima; a sensação de perda e ameaça à imagem corporal feminina implica mudanças da figura do corpo pela mente e altera a identificação feminina básica (ALMEIDA, 1989; KOVÁCS, 1998; AMORIM, 1999; LAURENTI, 2000, BERGAMASCO, 2001).

Com os avanços da medicina, hoje se pode conviver com uma doença crônica sem perda de qualidade de vida, mas para isso é necessário adaptar-se à nova realidade e desprender-se de comportamentos estereotipados.

Estudos em áreas como a psico-oncologia e a psiconeuroimunologia relacionam à baixa condição imunológica provocada por outras doenças, estados profundos de desânimo como fatores de risco, ressaltando o papel das variações psicológicas e comportamentais no desenvolvimento de um câncer (SIMONTON & MATTHEWS-SIMONTON, 1987; LESHAN, 1992; CARVALHO, 1998; LA ROQUE, 1988, BALLONE, 2001).

Em uma situação de estresse, o organismo libera hormônios, principalmente a adrenalina. Esses hormônios têm ação constritora nos vasos sanguíneos, alterando o funcionamento dos glóbulos brancos que são responsáveis pela resposta imunológica do organismo; esta alteração impede que os glóbulos brancos reconheçam e anulem as células malignas mutantes, as quais passam a se reproduzir livremente.

A longo prazo, ocorrências significativas de histórico de estresse ligado à família, ao trabalho e à saúde podem gerar modificações psiconeurofisiológicas com alterações no sistema imunológico, possibilitando o aparecimento de várias doenças graves (DEITOS, 1997; ROYO, 2002; TAVARES, 2002).

Com base nas estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCa 2003), observamos que no Brasil o número de casos de câncer da próstata ocupa o segundo lugar em frequência de ocorrência entre os homens, somente abaixo do câncer de pele não melanoma; pelas mesmas estimativas, vemos que o mesmo acontece com o câncer de mama feminino, que é a primeira causa de mortalidade

por câncer na mulher brasileira. Ambos, câncer da próstata e de mama, podem ter conseqüências traumáticas se não forem diagnosticados a tempo. Dependendo do grau de estadiamento, o tratamento mais adequado é a cirurgia (prostatectomia e mastectomia), cujas mutilações deixam seqüelas profundas.

A evolução das cirurgias e dos tratamentos, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, têm melhorado as taxas de sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes, mas estes são tratamentos que envolvem procedimentos multidisciplinares de potencialidade ainda não completamente determinada, que devem ser discutidos pelo paciente e seu médico (FENTIMAN, 1993; FRISTACH, 2001; LOPES, 2001; HABER, 2000).

Pesquisas mostram que a psicoterapia de apoio é um tratamento eficaz para o paciente recuperar a auto-estima e amenizar o sofrimento. Relatos de pacientes sobre sintomas somáticos são mais associados, principalmente, às suas preocupações emocionais e sociais mais do que ao seu estado geral de saúde (KOVÁCS, 1998; NEME, 1999; MEDEIROS, 2002).

Mudanças no estilo de vida, diagnóstico precoce, tratamentos eficazes e cirurgias menos invasivas e mutiladoras podem transformar o câncer em uma patologia possível de ser prevenida e mantida sob controle.

Por tudo o que já foi exposto, vejo a relevância e a necessidade de estudar a relação do câncer com os fatores psicossociais e, especificamente, com as questões de gênero. Assim, este estudo tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre as influências do gênero no enfrentamento do tratamento de câncer e pretende analisar a questão de gênero a partir do processo de enfrentamento no homem que vivencia o câncer da próstata e na mulher que experiencia o câncer de mama.

FALANDO SOBRE CÂNCER

“Por muito tempo eu pensei que a minha vida fosse se tornar uma vida de verdade. Mas sempre havia um obstáculo no caminho, algo a ser ultrapassado antes de começar a viver, um trabalho não terminado, uma conta a ser paga.”

Henfil

Câncer é o nome dado a um grupo de doenças que têm como característica comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Ocorre como resultado de alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células, que controlam seu crescimento e multiplicação (FERRARI, 1998).

Os órgãos do nosso corpo são formados de tecidos, que diferem em seu todo ou em partes. Os tecidos são formados de pequenas unidades de matéria viva chamadas *células*; em nosso corpo existem muitas espécies diferentes de células que desempenham variadas funções.

As células multiplicam-se para que o corpo cresça e também para a manutenção de suas funções básicas. A multiplicação começa antes da criança nascer e durante o crescimento do indivíduo é feita de maneira ordenada e regular. Quando a pessoa atinge seu desenvolvimento completo, nem todas as células continuam se reproduzindo. Por outro lado, sabe-se que na maioria dos órgãos existem células especiais de reserva ou células primitivas, capazes de crescer em resposta a uma série de estímulos como, por exemplo, uma lesão a um determinado órgão, diferenciando-se das células específicas deste órgão que substituem aquelas que morrem ou que são destruídas diariamente (GONZALEZ,1994; FERRARI, 1998).

Apesar da multiplicidade de formas e de localização dentro do corpo, todas as células de um organismo apresentam o mesmo material genético. No interior de cada célula, encontram-se dados suficientes para reproduzir toda a estrutura do organismo. As moléculas do Ácido Desoxirribonucléico (DNA), que formam os cromossomos, arquivam estas informações, estabelecendo a forma e a função de cada elemento do nosso corpo. Cada pedaço de DNA com uma informação

completa é chamado de *gene*, enquanto o conjunto de todo este material recebe o nome de *genoma*.

O crescimento, a multiplicação e a diferenciação de todas as células são determinados por estes comandos genéticos que podem ser comparados a uma verdadeira planta do organismo, a qual estabelece cada detalhe de sua arquitetura por meio do genoma, uma “herança eterna”, recebida dos pais e transmitida aos filhos.

No momento da concepção, espermatozóide e óvulo se fundem, cada um deles contribuindo com a metade do material genético do futuro embrião. Durante o crescimento do organismo, a cada divisão celular, o genoma é integralmente transmitido para todas as células filhas (FERRARI, 1998).

O crescimento celular exige controle. Caso este falhe, um grupo de células começa a proliferar descontroladamente no organismo, passando a levar uma vida independente. Surge, assim, um tumor, que nada mais é do que um grupo de células do próprio organismo que se libertaram do controle de crescimento sob a ação de algum estímulo e, com isso, puderam desenvolver uma existência individual. Essa independência se revela não só pelo crescimento descontrolado, como também pela alteração da estrutura e função das células (GONZALEZ, 1994; FERRARI, 1998).

Diante desta perda de controle intrínseco da multiplicação celular, só resta ao organismo tentar identificar e destruir estas células anormais por meio do seu sistema imunológico. Se este sistema mostrar-se ineficaz, a doença passará a ter condições de evoluir.

Nos tumores benignos, as células ainda conservam sua capacidade funcional quando estão adequadamente ajustadas à arquitetura do órgão. Um tumor benigno formador de muco não serve ao organismo, por não haver nenhum canal que transporte o muco para onde possa ser aproveitado, resultando no cisto sebáceo. Já a maioria dos tumores malignos tem um comportamento diferente dos benignos; suas células perdem a propriedade de sintetizar produto equivalente ao das células normais de origem.

Estudos têm demonstrado que os tumores malignos se desenvolvem com maior frequência em células de elevado índice de renovação. As células dos tumores malignos têm a característica de invadir outros tecidos, saindo do lugar onde estão e indo para outras partes do corpo. Essa capacidade de estender-se

para outros tecidos e criar outros tumores ou outras colônias de células doentes, chama-se metástase.

Ao invadir outros órgãos e tecidos, as colônias cancerosas atrapalham o bom funcionamento do organismo, podendo conduzir o doente à morte. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa de células que se multiplicaram vagarosamente e se assemelham ao tecido original, raramente constituindo um risco de vida.

Isto é o câncer: um grupo de células crescendo descontroladamente, capazes de invadir estruturas próximas e ainda espalhar-se para diversas regiões do organismo.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como a pele ou mucosas, ele é denominado *carcinoma*; se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de *sarcoma*.

A transformação da célula normal em célula cancerosa é um processo de duração variável, podendo estender-se por vários anos. Para que esta transformação ocorra, é necessário que as células normais sofram uma série de provocações produzidas por processos mecânicos (atritos, machucados), processos físicos (queimaduras de sol, raios X, radiações atômicas), processos químicos (substâncias como o alcatrão do cigarro, anilinas, derivados do petróleo), ou ainda a interferência viral. Essas provocações devem ser demoradas e repetidas para que aconteça a formação das células cancerosas (INCa, 2003).

O câncer é uma doença que pode não ter sintomas e só ser percebido pelo paciente ou pelo médico quando alcançou grandes dimensões ou está muito disseminado.

Só os exames clínicos associados a procedimentos laboratoriais e biópsia confirmam o diagnóstico de câncer, pois seus sinais e sintomas são vagos e ocorrem em intensidades e associações variadas, que também estão presentes em outras doenças.

Uma avaliação diagnóstica detalhada inclui a identificação do estágio e do grau de malignidade; o estadiamento determina o tamanho do tumor e a existência de metástases. O sistema TNM é o mais utilizado para a descrição de processos malignos, inclusive de mama e próstata. Neste sistema, o T diz respeito à extensão

do tumor primário, o N refere-se ao comprometimento dos nódulos linfáticos e o M à extensão das metástases.

As principais formas de tratamento do câncer são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (FENTIMAN, 1993; GONZALEZ, 1994; FERRARI, 1998; LOPES, 2001). Qualquer que seja a opção do médico, ela obedece a uma estratégia de tratamento sempre baseada no tipo histológico, estadiamento, localização anatômica e condições gerais do paciente.

Uma cirurgia, por exemplo, provavelmente será seguida por um tratamento quimioterápico ou pela administração de hormônios, enquanto a radioterapia pode completar a retirada cirúrgica de um tumor ou reforçar a ação de uma série de aplicações quimioterápicas.

Segundo Lopes (2001), é muito grande o impacto causado na mente das pessoas ao se saberem portadoras de câncer; por isso, é preciso quebrar o estigma que esta moléstia provoca e encará-la como qualquer outra, com possibilidade de cura quando diagnosticada nos seus estádios iniciais e tratada corretamente.

Há sempre algum tratamento a ser oferecido ao paciente, seja por meio de modalidades isoladas ou de modalidades conjugadas que visam a cura. Quando não é possível o emprego dessas modalidades, o paciente deve ser acompanhado da mesma forma para minimizar a dor e outras complicações; em ambos os casos, o suporte psicológico é imprescindível.

Na estimativa da incidência e mortalidade para 2003 apresentada pelo Instituto Nacional do Câncer-INCa (2003), podemos notar a importância do câncer de próstata e do câncer de mama (vide tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000/homens (Fonte: INCa 2003)

Tipos de câncer	Incidência de novos casos		Mortes	
	No. de casos	taxa bruta	No. de óbitos	taxa bruta
<i>Neoplasia maligna</i>				
Pele (não melanoma)	39000	44,84	510	0,57
Traquéia, brônquios e pulmão	15.165	17,41	11.315	13,00
Estômago	13.630	15,67	7.330	8,45
Próstata	35.240	40,49	8.230	9,47
Cólon e reto	9.530	10,96	3.700	4,24
Esôfago	6.775	7,81	4.320	4,97
Leucemias	4.065	4,67	2.510	2,87
Cavidade oral	7.750	8,93	2.540	3,13
Pele (melanoma)	2.185	2,46	645	0,71
Outras localizações	52.815	60,66	27.250	31,30
Total	186.155	213,84	68.350	78,51

Tabela 2: Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000/mulheres (Fonte: INCa 2003)

Tipos de câncer	Incidência de novos casos		Mortes	
	No. de casos	taxa bruta	No. de óbitos	taxa bruta
<i>Neoplasia maligna</i>				
Pele (não melanoma)	43.155	47,80	365	0,37
Mama feminina	41.610	46,35	9.335	10,40
Traquéia, brônquios e pulmão	6.920	7,72	4.915	5,45
Estômago	7.010	7,81	3.815	4,27
Colo do útero	16.480	18,32	4.110	4,58
Cólon e reto	10.545	11,73	4.270	4,73
Esôfago	2.120	2,33	1.275	1,39
Leucemias	3.315	3,69	2.095	2,33
Cavidade oral	2.885	3,22	705	0,75
Pele (melanoma)	2.185	2,40	480	0,50
Outras localizações	79.810	88,87	27.245	30,34
Total	216.035	240,57	58.610	65,16

O Ministério da Saúde estima que até o final do ano de 2003, em todo o Brasil, serão registrados 402.190 casos novos e 126.960 óbitos por câncer, sendo esperado para o sexo masculino 186.155 casos novos e 68.350 óbitos, enquanto que, para o sexo feminino, são esperados 216.035 casos novos e 58.610 óbitos. Estima-se que o principal câncer a acometer a população brasileira será o câncer de pele não melanoma (82.155 casos), seguido pelas neoplasias malignas da mama feminina (41.610 casos), próstata (35.240 casos), pulmão (22.085 casos) e estômago (20.640 casos).

A análise por gênero mostra que as maiores taxas de incidência entre os homens serão devidas ao câncer de pele (não melanoma), próstata, pulmão, estômago, cólon e reto, enquanto que, dentre as mulheres, destacam-se pele (não melanoma), as neoplasias malignas de mama, colo do útero, cólon, reto e estômago.

De acordo com as taxas de mortalidade por câncer disponíveis em âmbito nacional por região, estima-se que, até o final de 2003, o câncer de pulmão será a primeira causa de morte no sexo masculino, seguido do câncer da próstata, estômago, esôfago, cólon e reto. Presume-se que o câncer da mama manter-se-á como a primeira causa de morte em mulheres, seguido pelo câncer de pulmão, cólon, reto, colo do útero e estômago.

No mundo inteiro, o câncer de próstata ocupa o quinto lugar entre as neoplasias malignas de maior mortalidade; no Brasil, a grande incidência é atribuída ao envelhecimento da população e ao maior número de diagnósticos devido ao exame de prevenção PSA (Antígeno Prostático Específico). Os fatores de risco conhecidos do câncer de próstata não são passíveis de modificação (por exemplo, idade e história familiar de câncer de próstata antes dos 60 anos); atualmente, não existe uma estratégia de prevenção primária específica para o câncer de próstata de comprovada efetividade.

O câncer de mama continua sendo a primeira causa de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras. Os fatores que provavelmente levaram ao aumento da prevalência da exposição ao risco de câncer de mama seriam o histórico familiar, a obesidade e a primeira gravidez em idade tardia, fatores aliados ao aumento do número de diagnósticos e à melhoria da informação nos atestados de óbitos.

CÂNCER DA PRÓSTATA

“Vês? Ninguém assistiu ao formidável enterro da tua quimera. Somente a ingratidão - esta pantera - foi tua companheira inseparável! Acostuma-te à lama que te espera! O homem que, nesta terra miserável mora entre feras, sente inevitável necessidade de também ser fera...”

Augusto dos Anjos

O câncer da próstata representa um sério problema de Saúde Pública no Brasil, em função de suas altas taxas de incidência e mortalidade. Ele é o segundo mais comum em homens, só sendo superado pelo câncer de pele não melanoma. Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil, deverão ocorrer 35.240 novos casos de câncer da próstata em 2003. Em taxa de mortalidade, esta é a segunda maior causa de óbitos por câncer entre os homens brasileiros, representando 11,90% dos principais tipos de câncer (INCa, 2003).

O câncer produz um aumento tumoral da próstata com os mesmos sintomas da hiperplasia benigna, porém a célula cancerosa não respeita as características de uma célula normal e multiplica-se sem limites, invadindo órgãos que estão localizados à sua volta, ocasionando a perda da capacidade de aderência entre elas e produzindo metástase (LOPES, 2001). O câncer de próstata é raro antes dos 50 anos e a prevenção deve ser feita a partir dos 40 anos, para os homens que apresentam históricos familiares.

A maior parte dos cânceres de próstata depende da testosterona, o hormônio masculino, para estimular o seu crescimento. Alguns dos tratamentos dados a pacientes com câncer de próstata visam reduzir o efeito desse hormônio, inibindo o crescimento do tumor.

O adenocarcinoma é um tipo de câncer anátomo-patológico, sendo causa de cerca de 95% das neoplasias da próstata. Localiza-se na zona periférica da próstata e 70% dos casos raramente causam sintomas; quando o paciente procura o médico, apresenta a doença localmente avançada, com obstrução, metástase e dores ósseas. Os exames mais comuns são o exame físico (toque retal), o exame de laboratório e a ultra-sonografia; seus resultados isolados podem não fornecer o

parecer completo e o ideal é que o paciente faça os três exames. Além disso, sempre que houver dúvida diagnóstica, a biópsia da próstata deve ser realizada (MATTOS, 1998; ALMEIDA, 2001; LOPES, 2001).

O câncer da próstata é disseminado por meio de invasão local e de vasos sanguíneos e linfáticos. Frequentemente, os tumores apresentam origem multicêntrica, dentro da zona periférica da glândula (ALMEIDA, 2001).

Metástases ósseas estão presentes em cerca de 85% dos pacientes que morrem de câncer da próstata. Os locais mais frequentemente acometidos são: coluna, fêmur, bacia, coluna torácica, costela e crânio. Os órgãos mais comumente atingidos por metástases prostáticas são o pulmão, o fígado e as glândulas adrenais. Metástases pulmonares podem ocorrer em aproximadamente 38% dos pacientes que morrem devido ao câncer (MATTOS, 1998; ALMEIDA, 2001).

O tratamento do câncer da próstata depende do estadiamento e do grau histológico da neoplasia. O câncer raramente é curável quando infiltra a gordura periprostática, as vesículas seminais, linfonodos pélvicos ou quando estiver disseminado; o tratamento é efetivo, quando o câncer for detectado precocemente.

Segundo Loiola (2001), as complicações mais comuns da prostatectomia radical incluem incontinência urinária, possibilidade de impotência e a morbidade associada à anestesia geral e ao procedimento de grande porte. Além disso, também pode causar a incontinência fecal, variando a incidência de acordo com o método cirúrgico. Dos pacientes submetidos à cirurgia perineal anatômica, até 32% apresentaram grau de incontinência fecal após o procedimento. Esta porcentagem é menor nos casos de prostatectomia radical retropública: 17%.

A radioterapia externa pode resultar em cistite, proctite e enterite raramente crônica. A morbidade pode ser reduzida com o uso de técnicas radioterápicas mais modernas (LOIOLA, idem). A braquiterapia é uma terapia emergente na qual, com o auxílio da ultra-sonografia transretal, são colocados implantes no interior da próstata; seus resultados a longo prazo ainda não são conhecidos, uma vez que os resultados de uma terapia em portadores de câncer de próstata localizado devem ser avaliados por um período de 10 anos.

A quimioterapia também atua diminuindo os níveis de testosterona e, além disso, os medicamentos associados a ela, os antieméticos (preventivos de náuseas), causam um desequilíbrio no hormônio masculino que pode ser restaurado com o término do tratamento. Quando esse equilíbrio não volta no caso de câncer de

próstata, não é indicado o uso de testosterona para melhorar os níveis sanguíneos, já que esse hormônio poderia causar o crescimento das células cancerosas (SEGAL, 1994).

A hormonioterapia tem um papel importante, pois o câncer da próstata é altamente responsivo em relação à ablação de hormônios masculinos. É instituída aos pacientes com doença avançada, ou seja, que apresentam metástases linfonodais ou ósseas. O objetivo da hormonioterapia é suprir o estímulo androgênico do tumor. O tratamento é paliativo, visando apenas o controle clínico da doença (LOIOLA, 2001).

CÂNCER DE MAMA

“Eu não tinha este rosto de hoje, assim calmo, assim triste, assim magro, nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo. Eu não dei por esta mudança tão simples, tão certa, tão fácil: Em que espelho ficou perdida a minha face?”
Cecília Meireles

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos que afetam a sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres.

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil, deverão ocorrer 41.610 novos casos de câncer de mama até o final do ano de 2003 (INCa, 2003). Nos últimos anos, a incidência vem aumentando e vem acometendo mulheres cada vez mais jovens, talvez devido a fatores ambientais. Cerca de 1% dos cânceres de mama acomete os homens (FRISTACH, 2001).

A maioria dos nódulos é benigna, pois grande parte das vezes eles são cistos com fluídos no tecido do seio que aumentam e diminuem com o ciclo menstrual. O sintoma do câncer de mama, já localmente detectável ao exame físico, é o aparecimento de nódulo ou caroço no seio (com ou sem irritação e dor no local), que não muda de aspecto quando apalpado. Todo nódulo deve ser avaliado por meio de exame médico, mamografia e biópsia. Outros sinais que devem ser buscados são: edema (inchaço), ruga (retração da pele), “dimple” (cavinha, escavação), eritema da pele e sangramento pelo mamilo e alteração da aréola (FENTIMAN, 1993).

Segundo Fristach (2001), de 60% a 70% dos casos são diagnosticados tardiamente, ou seja, a pessoa chega ao médico com tumor geralmente maior do que cinco cm de diâmetro, axila fortemente comprometida ou doença disseminada em outros órgãos. Isso se deve ao baixo grau de conscientização da população feminina brasileira, a campanhas de prevenção pouco informativas e pouco

duradouras, à dificuldade de se conseguir fazer uma mamografia, além de sua baixa qualidade e aos médicos que deixam de examinar as mamas das mulheres, retardando o diagnóstico

A sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre praticantes do Auto-Exame da Mama (AEM), contra 57% entre as não praticantes. Esta vantagem na sobrevida é percebida quando se analisa idade, método de detecção, histórico familiar e demora na aplicação do tratamento (INCa, 2003).

Laurenti (2000) constatou que a falta de informação, as expectativas frente ao tumor e sua descoberta provocam uma reação emocional intensa. A idéia de que esse “caroço” pode ser câncer leva as mulheres a imaginarem a perda do seio e a negarem o aparecimento do nódulo.

Uma avaliação diagnóstica detalhada inclui a identificação do estágio e do grau de malignidade. O estadiamento determinará o tamanho do tumor e a existência de metástases e, conseqüentemente, ajudará a identificar o tratamento mais adequado. Para isso, as pacientes são submetidas mais freqüentemente, à radiografia do tórax, ultra-sonografia ou tomografia computadorizada do abdômen, cintilografia óssea e exames de sangue, incluindo marcador tumoral (CA15-3).

O prognóstico e a seleção do tratamento são influenciados pela idade da paciente, estadiamento da doença, características do tumor primário, incluindo a presença de necrose tumoral, dos níveis de receptores de estrógeno (RE) e receptores de progesterona (RP), das medidas de capacidade proliferativa do tumor, assim como a situação com relação à menopausa e à saúde geral da paciente (FENTIMAN, 1993).

Os possíveis tratamentos cirúrgicos são a *lumpectomia* (remoção do nódulo), *quadrantectomia* (remoção do quadrante) ou *mastectomia* (remoção completa da mama), sempre seguidos da remoção dos gânglios linfáticos da axila homolateral (esvaziamento axilar).

Bergamasco (2001) percebeu que a mulher com câncer de mama considera a família como apoio para não desistir, ao receber palavras de encorajamento e ajuda física e emocional quando os familiares participam efetivamente das decisões e questões relacionadas ao tratamento. Compreender a doença e seus significados faz com ela seja capaz de refletir sobre o papel que exerce na vida diária da família e sobre as pessoas do seu convívio, bem como descobrir maneiras de ter uma melhor qualidade de vida.

Segundo Rowland (1990), as pacientes submetidas a uma mastectomia estão mais suscetíveis à depressão e possuem maiores dificuldades com a sexualidade, a imagem corporal e a identidade feminina.

Fentiman (1993) adverte sobre a influência dos eventos estressantes no desenvolvimento de recidivas do câncer mamário; foram registrados os eventos vitais adversos e as dificuldades deles decorrentes e estes estão comprovadamente relacionados de forma significativa com a primeira recidiva do câncer de mama.

Amorim (1999) relata como as mulheres entrevistadas sentiam-se diante do diagnóstico e tratamento de câncer, invadidas na sua individualidade e expostas fisicamente, levando-as à depressão e perda da auto-estima; a sensação de perda ameaça a imagem corporal feminina, pois implica em mudanças da figura do corpo pela mente e altera a identificação feminina básica. Quintana (1999) corrobora essa idéia afirmando que o câncer de mama leva as mulheres a uma situação de desamparo, solidão, perda dos vínculos e a uma quebra de sentido que se constitui, assim, numa situação traumática para a qual não podem encontrar representantes.

Quintana (1999) ainda afirma que diante do tratamento de câncer e, especificamente o câncer de mama, as manifestações orgânicas e suas relações com os componentes psicológicos nos remetem a questionar morte, sexualidade, castração e trauma.

FALANDO SOBRE GÊNERO

“Não somos seres humanos passando por uma experiência espiritual.. Somos seres espirituais passando por uma experiência humana...”

Teilhard de Chardin

O indivíduo, na sua relação com o ambiente social, interioriza o mundo como realidade concreta e subjetiva, na medida em que ela é pertinente ao indivíduo em questão e, por sua vez, se exterioriza em seus comportamentos. Este processo de formação de hábitos é elaborado no curso da história e só pode ser compreendido se entendermos o processo histórico no qual foi produzido (LANE, 2001).

Desta forma, o mundo social e institucional é visto como uma realidade objetiva e concreta, não levando em conta que essa objetividade é produzida e construída pelo próprio homem. É importante ressaltar o fato de que, quanto mais solidificados e definidos forem esses padrões, mais eficiente se torna o controle da sociedade sobre os indivíduos.

Assim, surgiu o conceito de gênero por meio dos estudos sobre as mulheres e os movimentos feministas que pretendiam observar, dimensionar e dar explicações coerentes sobre a sociedade sexuada, ou seja, dividida em sexos.

Izquierdo (1994) propõe três perspectivas teóricas para o estudo de gênero, que consistem em gênero como sistema hierárquico de status ou prestígio social, como privilégio das relações sociais de sexo e como sistema de poder.

Bandeira (1999) amplia, ao explicar que o conceito de gênero exige uma forma múltipla de pensamento, tendo em vista a pluralidade de representações sobre a ordem biológica-anatômica; além disso, as diferenças ocorrem não apenas em cada sociedade, mas nos diversos momentos históricos quando consideramos suas diversidades étnicas, religiosas, raciais e de classe, que as constituem.

Oskamp e Constanzo (1993) enfatizam que o gênero está presente em todas as áreas de nossas vidas, começando na maneira como tratamos os bebês e indo até as interações sociais entre homem e mulher, passando pelas condições gerais de trabalho. Izquierdo (1994) propõe que a “força” desta situação que marca a dialética entre sexo e gênero começa a partir das posições sociais que irão

fundamentar as diferenças. Na situação da espera de um filho, por exemplo, o desejo dos pais em relação ao sexo da criança estará correlacionado ao valor atribuído a cada um deles.

Na sociedade, aprendemos que existem atitudes e comportamentos que são determinados aos homens e outros que são designados às mulheres. Somos criados neste sistema que educa de um modo tal que consideramos estes comportamentos naturais e não enxergamos um modo deste sistema ser modificado; assim, homens e mulheres se esforçam ao máximo para cumprir com o que a sociedade espera que cada um faça.

O estabelecimento de papéis a serem desempenhados leva à sua cristalização, que faz com que os papéis sejam vistos como tendo uma realidade própria, externa aos indivíduos que têm de se submeter a eles, incorporando-os. Esta incorporação dos papéis pelos indivíduos realiza-se sob a forma de crenças e valores que mantêm a diferenciação social, que está fundamentada na distribuição social do conhecimento e na divisão social. A partir deste sistema que “naturaliza” o que é ser homem ou ser mulher, qualquer modificação será dificultada, por mais que seja necessária.

Segundo Genolet (2000), a sociedade espera das mulheres atitudes e pensamentos com atributos considerados “essencialmente” femininos, que tenham a ver com contenção, afeto, paciência, sacrifício, abnegação, amorosidade.

Barros (1998) afirma que, na cultura brasileira, a repressão marca o desenvolvimento da mulher que traz consigo a representação social da fragilidade. Por isso, é socialmente permitido que ela expresse seus sentimentos e emoções em condições muito mais abertas do que o homem e essa expressão, quando corretamente canalizada, facilita muito o tratamento de saúde.

Na sociedade brasileira, os significados sexuais foram construídos apoiados na ciência biológica, definindo os conceitos de macho e fêmea, de masculinidade e feminilidade e por mais que percebamos haver certas mudanças nas relações tradicionais, não podemos esquecer que a cultura é formada por um conjunto de conhecimentos, valores e práticas de cada sociedade, que diferem de acordo com a classe social ou com grupos regionais. Mustin e Mareck (1990) pontuam:

“gênero não é somente uma propriedade individual, mas uma relação socialmente prescrita, um processo e uma construção social. Como raça e classe, entretanto, não pode ser renunciado voluntariamente” (p. 54).

Concreta e automaticamente, acabamos por aceitar masculino e feminino como algo inerente às regras sociais e, portanto, algo difícil de ser contestado, uma vez que este conceito tem em nossa sociedade a função de normatizar comportamentos e suas questões, apoiando-se em um conjunto de idéias, valores e mitos que indicam como os homens e mulheres devem se comportar, sentir e pensar.

Chadorow (1978, apud GIMENES, 1997, p.33) deduz as implicações para a compreensão da natureza dos relacionamentos masculinos e femininos: a identidade do gênero masculino é ameaçada pela intimidade, enquanto a identidade do gênero feminino é ameaçada pela separação, de modo que os homens têm dificuldades com o que se refere a relacionamento íntimo e as mulheres têm dificuldades com a individuação.

Já Weiner e Boss (1985, citados por CARTER, 1995, p.59) postulam:

“Como as severas necessidades de dependência e ausência de autodesenvolvimento nas mulheres refletem a tradicional socialização de papel de gênero, as explicações superficiais e circulares deste fenômeno refletem a ausência de modelos de desenvolvimento e saúde mental apropriados, centrados na mulher”.

Tajer (2000) ressalta a importância de se identificar os efeitos da construção da subjetividade nas representações sociais acerca do que deve ser um homem e uma mulher: as prerrogativas, os valores, as permissões e as proibições, os efeitos diferenciais na vida e no corpo do homem e da mulher e, conseqüentemente, os efeitos no processo de saúde e enfermidade dos sujeitos.

É fundamental que se observe em que momento do ciclo vital o paciente, a família e seus componentes de forma individual estavam vivendo no momento do diagnóstico e quais eram os planos que foram detidos pela doença (CARTER, 1995; FERRARI, 1998). Para um paciente que extraía considerável fonte de identidade de seu papel ocupacional, essa perda adicional, bem como a necessidade de uma ocupação diferente no futuro, contribuem para um aumento da crise de identidade.

Rolland (1995) propõe um modelo de interação entre os planos biológico e psicossocial, visando esclarecer para os familiares cada uma das fases propostas. Desta maneira, o significado e a compreensão de gênero são ampliados, levando-se em consideração além dos conceitos culturais e sociais, o próprio indivíduo, com sentimentos, crenças, valores e condutas diante da situação.

Gimenes (1997) articula os dados referentes aos estudos sobre o estereótipo da emocionalidade com os dados referentes aos estudos sobre o gênero como influência social e conclui que as diferenças de estilos interacionais entre os gêneros ocorrem graças à legitimação dos papéis hierárquicos diferentes entre homens e mulheres. Assim, tanto a compreensão a respeito dos estereótipos que permeiam as interações pessoais, como o estilo destas interações, quanto os significados relacionados à normatização dos papéis sociais atribuídos e assumidos pelos homens e mulheres na nossa sociedade, são imprescindíveis para a intervenção psico-oncológica.

VIDA SEXUAL DURANTE O TRATAMENTO DE CÂNCER

“Não acabarão com o amor, nem as rugas, nem a distância. Está provado, pensado, verificado. Aqui, levanto solene minha estrofe de mil dedos e faço juramento: amo firme, fiel e verdadeiramente”
Vladimir Maiakovski

Homens e mulheres poderão experimentar a perda do interesse sexual durante o tratamento do câncer. No início, a questão da sobrevivência evidencia-se de tal forma que a necessidade sexual torna-se insignificante (FERRARI,1998). Pessoas em tratamento de câncer passam por momentos em que a relação sexual não é viável. Durante a quimioterapia, é comum o desejo sexual diminuir; os efeitos físicos, como as náuseas e a fraqueza muscular, deixam as pessoas indispostas para um relacionamento sexual.

A dor é a dificuldade mais freqüente que as mulheres apresentam durante a relação sexual, o que se explica pelas alterações decorridas da falta de lubrificação e do estreitamento do canal vaginal. Essas alterações são freqüentes em situações que envolvem o tratamento radioterápico, cirurgia pélvica ou tratamentos hormonais.

É comum a mulher em tratamento quimioterápico sentir os mesmos sintomas que ocorrem na menopausa precoce, como ondas de calor, ressecamento vaginal e interrupção do ciclo menstrual, pois alguns quimioterápicos têm a capacidade de causar irritação em todas as mucosas do corpo, entre elas a parede vaginal, que se torna ressecada e inflamada (SEGAL, 1994).

Uma das tentativas de tratamento do câncer de mama é a utilização de andrógenos (hormônios masculinos). Esses hormônios podem aumentar o desejo sexual das mulheres, mas também podem alterar o tom da voz, provocar aparecimento de acne e pêlo no rosto e o aumento do clitóris. Esses efeitos são chamados de *virilização* ou *masculinização* (SEGAL, 1994). No entanto, os benefícios do uso dos andrógenos para o controle do câncer e as desvantagens de seus efeitos colaterais devem ser discutidos com a paciente.

Muitas vezes, associa-se um maior número de problemas sexuais àqueles decorrentes da mastectomia, pois o trauma provocado pela perda de um ou de ambos os seios é doloroso para a mulher. Removê-los gera grande insegurança,

levando ao questionamento da aceitação por parte do parceiro mesmo quando a remoção é parcial, como no caso da mastectomia segmentar ou lumpectomia. Muitas mulheres mastectomizadas escondem a mama restante do marido, dificultando o desejo pelo sexo.

Nos homens, o tratamento do câncer pode influenciar a capacidade de ereção porque interfere no equilíbrio hormonal, na inervação e na vascularização pélvica. Algumas vezes esses efeitos são permanentes, mesmo que o câncer esteja sob controle; nesses casos, pode-se lançar mão de tratamentos clínicos ou cirúrgicos. No entanto, as intervenções cirúrgicas podem lesar os nervos que controlam o fluxo sanguíneo para o pênis. Os nervos circundam a próstata formando uma capa ou teia e, inevitavelmente, parte deles é seccionada durante a cirurgia. Apesar do desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, ainda não se conseguiu prevenir problemas de ereção (SEGAL, 1994).

A radioterapia pélvica, muito utilizada para tratamento de próstata, bexiga e câncer de cólon também pode provocar mudanças na ereção. A radiação danifica as artérias que levam o sangue para o pênis; os tecidos internos cicatrizam e as paredes das artérias perdem a elasticidade, comprometendo sua capacidade de expansão, impedindo maior fluxo sanguíneo, causando o endurecimento das artérias (aterosclerose), seu bloqueio na região pélvica e, quando os testículos também foram atingidos, a produção de testosterona cai (LOIOLA, 2001).

Outros problemas referentes à diminuição do desejo sexual e à dificuldade de ereção, são causados pela hormonioterapia. A capacidade de recuperação da ereção depende da extensão da cirurgia, do número de nervos seccionados e da capacidade de recuperação do paciente. Alguns homens conseguem recuperar a capacidade de ereção aproximadamente depois de seis meses; quanto mais jovem for o paciente, maiores serão as chances de recuperar a capacidade de ereção. Além disso, deve-se considerar também os receios ligados à auto-imagem e ao desempenho como causas prováveis dos problemas de ereção.

A pouca intensidade do orgasmo nos pacientes submetidos ao tratamento de câncer pode decorrer da interferência na ejaculação, porque o tratamento pode causar dor durante a ejaculação devido à irritação da próstata ou da uretra cansada, efeitos colaterais do próprio tratamento.

Os primeiros temores que aparecem ao se pensar em retomar à atividade sexual são a dor, a possibilidade de não atingir o orgasmo, a exposição do corpo modificado, o medo da rejeição.

Com grande sensibilidade, Mattheus-Simonton (1990) comenta sobre a importância de se compreender que a necessidade de contato físico não é necessidade de satisfação sexual. Os casais devem conversar francamente sobre suas necessidades sexuais, motivando a segurança do contato e da intimidade física.

É inegável que as pessoas que tiveram um câncer sofrem uma queda considerável de auto-estima. Muitas delas tendem a subestimar sua atração física em virtude do julgamento dos outros, e é bastante comum fixarem-se nas partes do corpo que foram afetadas pelo tratamento (SEGAL, 1994). Por este motivo, o diálogo é de grande importância para ajudar o casal a reajustar e re-significar sua vida sexual, levando-se em conta que o toque, as carícias e os beijos são importantes e essenciais na relação sexual e também podem levar ao orgasmo.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

“Toda doença é uma ameaça à vida e, com isso, é um aceno para a morte, ou até um primeiro ou último passo em direção à morte. Vida e morte são inseparavelmente unidas e pertencem uma à outra”
Boss

Enfrentamento é a tradução do termo inglês *coping*, que expressa qualquer tipo de ação ou comportamento desenvolvido para o domínio das situações de estresse e adaptação. A tendência a escolher uma determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas. Assim, existe uma relação direta com a questão da adaptação psicossocial e esta, por sua vez, com a qualidade de vida (FOLKMAN, 1984; ROWLAND, 1990; GIMENES, 1997).

Bachion (2001) define *coping* como um conjunto de processos ou mecanismos que visa restabelecer os equilíbrios psicológico e fisiológico, que o indivíduo utiliza para lidar com problemas ou situações incomuns.

Segundo Lazarus & Folkman (1984, apud SAVÓIA, 1995, p.42), os enfoques tradicionais de *coping* surgiram em duas literaturas separadas e distintas: na experimentação animal, que define *coping* como os atos que controlam condições aversivas e assim reduzem o impulso ou a ativação, com uma ênfase no comportamento de fuga e esquiva; e na tradição da psicologia ego-psicanalista, o *coping* é geralmente concebido como uma hierarquia de estratégias que progridem a partir de mecanismos de defesa imaturos ou primitivos, que distorcem a realidade, até mecanismos maduros.

Lazarus e Folkman (idem) levam em consideração o componente cognitivo para a avaliação da situação estressante. O componente cognitivo é baseado em um processo mental de como o indivíduo avalia a situação, e esta análise vai determinar o nível de stress e as estratégias de enfrentamento únicas que o indivíduo partilha.

Existem dois tipos de avaliação, a primária e a secundária. A avaliação é considerada primária quando o indivíduo faz uma avaliação consciente do problema, avaliando se ele é um perigo ou uma perda, uma ameaça ou um desafio. A

secundária acontece quando o indivíduo se pergunta “o quê eu posso fazer?” ao avaliar os recursos de enfrentamento ao seu redor. Estes recursos incluem recursos físicos, tais como sua saúde ou energia disponível, recursos sociais, tais como família e amigos disponíveis com os quais pode contar para darem apoio, recursos psicológicos, tais como auto-estima e auto-eficácia, e também recursos materiais, tais como dinheiro ou equipamentos disponíveis para uso.

As avaliações secundárias levam em consideração quais opções de enfrentamento estão disponíveis, a probabilidade de que uma dada opção de enfrentamento vá de encontro ao que o indivíduo se propõe e a probabilidade de que alguém possa aplicar uma estratégia particular ou conjunto de estratégias de modo efetivo (FOLKMAN E LAZARUS, 1984). Assim, as avaliações secundárias podem incluir expectativas de eficácia ou a convicção da pessoa de que ela pode se engajar com sucesso no comportamento requerido para produzir um resultado desejado.

Quanto controle pessoal o indivíduo percebe ter é outro fator a se considerar a partir da perspectiva cognitiva. Usualmente, um indivíduo vai se encontrar sentindo-se mais estressado em situações incontroláveis. Uma vez que o controle pessoal é um processo cognitivo, quanto mais se tem um sentido de controle pessoal, maior vai ser o senso de lidar com a habilidade que se tem. A este respeito, crenças de controle podem ser vistas como *“noções pré-existentes sobre a realidade, que servem como uma lente da percepção... (determinando) como as coisas estão em uma determinada situação”* (FOLKMAN, 1984, pp. 840-841).

Quando um indivíduo percebe uma situação estressante fora de seu controle, provavelmente vai utilizar estratégias focalizadas na emoção; quando o indivíduo acredita existir uma oportunidade de alterar a situação ou o problema que a causa, vai preferir estratégias focalizadas no problema. Então, não é surpreendente que os pesquisadores tenham encontrado indivíduos que demonstrem predominantemente uma orientação de local externo de controle com maior probabilidade de uso de foco na emoção mais do que no problema, dado que uma falta de controle percebida é integrada a seu esquema cognitivo. De modo contrário, indivíduos que demonstram uma orientação preferencialmente de local de controle interno exibem uma maior tendência a utilizar estratégias focalizadas no problema.

O enfrentamento focalizado na emoção se refere a uma vasta gama de processos cognitivos, tais como o comportamento de fuga/esquiva, minimização do

problema, abuso do álcool e procura de apoio emocional. O enfrentamento focalizado no problema envolve processos objetivos e analíticos que focalizam o ambiente (e.g., estratégias de resolução de problemas tais como gerar soluções e alternativas importantes), mas também estratégias dirigidas ao meio interno (e.g. mudanças motivacionais e cognitivas, tais como aprender novas habilidades e comportamentos). Folkman e Lazarus (1984) afirmam que todo mundo utiliza as duas formas de enfrentamento em virtualmente toda situação estressante.

Existem muitas críticas a esta perspectiva afirmando que todas as vezes que o enfrentamento é conceituado segundo este referencial, traz implícita a noção de hierarquia e assim é realizado a priori um julgamento acerca do valor da efetividade do enfrentamento para lidar com situações problemáticas, sem que se leve em consideração o contexto. Realmente, a simples distinção entre enfrentamento focalizado na emoção e no problema tem provado ser muito simplista para a maioria das situações, uma vez que o comportamento de enfrentamento envolve tipicamente muito mais do que dois construtos importantes. Por exemplo, o enfrentamento focalizado na emoção pode se referir à negação (e.g., “Eu ajo como se o evento estressante não tivesse acontecido”) ou à interpretação positiva (e.g., “Eu vejo algo bom no que está acontecendo”), que são respostas diferentes de enfrentamento.

Gimenes (1997) corrobora, afirmando que quando existe esta noção hierárquica, não é feita uma avaliação das exigências e possibilidades apresentadas na situação em que o problema ocorre. Portanto, existe uma tendência a que se atribuam valores positivos e negativos a vários processos internos e modos de defesa que levariam ao julgamento do enfrentamento como “efetivo” e “bom” e “ineficaz” ou “pobre”, apenas com base no tipo de processo usado pela pessoa.

Savóia (1999) aponta que autores como Lazarus & Folkman (1984), Moss & Billings (1982) e Ray & Gibson (1982) preferem falar de estratégias ou processos de enfrentamento, ao invés de respostas de enfrentamento. Gimenes (1997) destaca que Lazarus e seus colaboradores (1984) entendem que o enfrentamento exige mobilização de esforços e apontam para o fato de que ações ou comportamentos que se tornam automáticos não podem mais ser considerados como estratégias de enfrentamento. A autora (idem) afirma:

“A natureza do enfrentamento como um processo nos permite dizer que um mesmo indivíduo pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento, compondo, assim, um processo de enfrentamento diante de um contexto particular. Ou ainda, que o mesmo indivíduo

pode apresentar estratégias de enfrentamento diversas, compondo processos de enfrentamento distintos diante das situações estressantes cujos temas são aparentemente semelhantes” (p. 120).

Savóia (1999), estudando escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento, enfatiza que o estresse, quando derivado da percepção do indivíduo do seu ambiente social, é chamado por alguns autores de estresse *psicossocial*; uma das maneiras de estudá-lo tem sido pela forma de eventos vitais, que são mudanças relativamente inesperadas no ambiente social do indivíduo.

A forma de enfrentamento é determinada em parte pelos recursos do indivíduo, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, apoio social e recursos materiais. Podem surgir variáveis que diminuam o uso dos recursos pessoais e estas podem ser de natureza pessoal e podem incluir valores e crenças culturais que prescrevem certas formas de déficits de comportamento. Podem também ser de natureza ambiental, incluindo demandas que competem com os recursos pessoais e/ou agências como instituições que impedem os esforços de enfrentamento.

As diferenças individuais no comportamento, nos estilos pessoais de enfrentamento dos conflitos, nos traços psicológicos e de personalidade, podem acompanhar diferentes características imunológicas. Alguns estudos evidenciam a preocupação com o entendimento da relação entre o estresse no enfrentamento e as situações de doença. Quando uma pessoa tem câncer, lida com o medo e a tensão desde o diagnóstico até o final do tratamento, podendo surgir alterações em todo o sistema neuro-endócrino e o desencadeamento de inúmeros comprometimentos fisiológicos (ROWLAND, 1990; NAVARRO, 1991; SCHNOLL, 1998).

Spielberger (1975/1979) afirma que a ansiedade/estado é uma condição transitória de tensão frente a uma circunstância percebida como ameaçadora, sem a identificação do objeto de perigo, ou seja, ela é simbólica, inespecífica e antecipada. Pode variar de intensidade e flutuar no tempo, em função do estímulo estressor com o qual o organismo se depara. A ansiedade/traço se refere às diferenças individuais de propensão para ansiedade, relativamente estáveis. É uma pré-disposição ou tendência do indivíduo para vivenciar a ansiedade.

Andrade (2002) lembra que os autores que trabalham com essa distinção consideram o construto ansiedade como sendo unidimensional. Numerosos estudos

confirmaram a presença dos dois fatores (ansiedade/traço e ansiedade-estado), tanto em amostras clínicas, como em não clínicas (OEI et al., 1990). Por outro lado, Tenenbaum et al. (1985), usando um modelo de variável latente, não encontraram uma diferenciação precisa entre traço e estado devido à alta correlação de determinados itens que compõem as escalas utilizadas. A intensidade e a duração destes indicadores são determinadas pela persistência da interpretação individual da situação como ameaçadora e por respostas advindas do autoconhecimento.

Eventos estressantes semelhantes podem acarretar resultados emocionais, físicos e sociais diferentes, dependendo de como o indivíduo lida com eles. Por essa razão, o enfoque em modos de enfrentar problemas (*coping*), tem sido considerado mais importante que o estresse em si.

A psiconeuroimunologia é a ciência que estuda o papel das variáveis psicológicas e comportamentais no desenvolvimento de doenças como o câncer, relacionando os efeitos dos estados emocionais na modificação hormonal e na alteração do sistema imunológico. Preconiza a utilização de modelos biopsicossociais de atenção à saúde e levanta a hipótese de que situações ambientais caracterizadas por conteúdos psicológicos adversos produzem alterações no sistema imunológico do indivíduo, de forma a propiciar dois tipos básicos de reação: imunodepressão - alteração de elementos do sistema imunológico e/ou na reatividade destes elementos, tornando o organismo suscetível a distúrbios fisiológicos e bioquímicos (ADLER E COHEN, 1993; COHEN & RABIN, 1998; MAIER & WATKINS, 1998); e imunocompetência - alteração na quantidade ou reatividade de elementos do sistema imunológico, de forma a maximizar a ação de defesa e impedir distúrbios fisiológicos (COHEN & RABIN, 1998).

Ocorrências significativas de histórico de estresse ligado à família, ao trabalho e à saúde, são geradoras destas modificações psicofisiológicas com alterações no sistema imunológico, possibilitando o aparecimento de várias doenças graves.

A interação com os fatores internos geneticamente pré-determinados pode aumentar as chances do indivíduo apresentar um tumor maligno, mas também são fatores de risco a baixa condição imunológica provocada por outras doenças e um estado de desânimo profundo.

O sistema imunológico é o responsável pela vigilância do organismo contra a proliferação de células cancerígenas. Algumas células do sistema imunológico (NK) são destinadas a destruir essas células anômalas que poderiam transformar-se em

câncer e que nosso organismo, em seu estado natural, está sujeito a produzir esporadicamente. La Rocque (1998) relata em sua pesquisa não haver variação individual da atividade das células NK (*natural killers*) em pessoas do sexo masculino e feminino e nem diferença significativa de gênero em relação a esta variação.

Como a mente regula os sistemas endócrino e nervoso autônomo, o sistema nervoso pode ser capaz de alterar o curso da imunidade via caminhos autônomos e neuroendócrinos (MOTTA, 2001). A depressão, por exemplo, não está associada apenas à diminuição ou supressão da Imunidade, mas também a sinais de ativação alterada do sistema imunológico; essas alterações ocorrem nas doenças chamadas *auto-imunes*. Também se constata que os tratamentos efetivos para a depressão costumam ser acompanhados, gradualmente, do retorno da normalidade imunológica (BALLONE, 2001).

LeShan (1992) afirma que todos os níveis do ser humano, incluindo seus aspectos físicos, psicológicos, espirituais, os relacionamentos e o meio ambiente, são importantes e não se pode ignorar nenhum deles sem que se corram riscos. Esse autor (*idem*) enfatiza:

“... o único tipo de stress emocional que conhecemos hoje em dia é a perda da esperança de jamais vivermos nossa vida de maneira significativa, de jamais podermos cantar nossa própria canção e nos relacionar, ser, criar, da forma que seja mais importante para nós” (p.36).

As pesquisas sobre câncer da próstata e câncer de mama (1999-2003)

A saúde feminina começou a ser focalizada pelas pesquisas científicas como resposta a um consenso de que o gênero é uma variável crítica a qual, no passado, não foi devidamente levada em conta. As mulheres sempre foram consideradas muito difíceis e custosas para serem incluídas em estudos, parcialmente devido à preocupação com a gestação e com a flutuação hormonal, parcialmente devido ao custo relativo das mudanças do sistema existente para inclui-las.

Uma vez que metade da população mundial é constituída de mulheres e que a maioria das mulheres tem porte menor do que os homens, isto significa que pacientes de ambos os sexos eram tratados igualmente, embora fossem tão diferentes. A partir do início dos anos 70, notadamente nos Estados Unidos e na Europa, os estudos sobre as mulheres (*women's studies*) firmaram-se tanto do ponto de vista institucional, com o reconhecimento da produção acadêmica feminista e integração destas na academia, quanto do ponto de vista teórico, em estudos interdisciplinares que integraram várias ciências (por exemplo, Antropologia, Sociologia, Ciência Política, Psicologia, Biologia). Assim, medidas que mostrem a desigualdade e os vieses de gênero dentro e além do sistema de saúde certamente contribuem para aumentar a saúde da população.

No levantamento das pesquisas realizadas nos últimos cinco anos (1999-2003) sobre câncer de mama pode-se perceber o grande interesse centrado na detecção precoce e nas formas de tratamento da doença. O número crescente de sobreviventes tem enfatizado a importância dos métodos de prevenção e tem elegido a mamografia como um dos métodos de prevenção mais eficazes na detecção do câncer de mama, pois quando ela é realizada regularmente, pode reduzir consideravelmente o número de mortes (OBENAUER, S; HERMANN, KP e GRABBE, E. 2003; TAIBI, A; FABBRI, S; BALDELLI, P. et al., 2003).

Quanto às formas de tratamento da doença, as pesquisas mais recentes apontam um aspecto muito discutido que é a mastectomia (SEARS, S. R., STANTON, A. L. e DANOFF-BURG, S., 2003; STANTON, A. L.; ESTES, MELISSA A.; ESTES, N. C.; CAMERON, C. L.; DANOFF-BURG, S.; IRVING, L. M, 1998). Durante muitos anos, a mastectomia radical (retirada completa da mama) foi adotada como a técnica mais segura de se tratar o câncer de mama, como forma de

evitar que a doença voltasse e, portanto, salvando mais vidas. Hoje, sabe-se que este procedimento nem sempre é necessário, porque dependendo do tamanho do tumor, a quadrantectomia (retirada parcial do seio) de onde está localizado o tumor pode alcançar resultados muito satisfatórios. Nos procedimentos cirúrgicos, após a retirada do tumor, os cirurgiões utilizam a técnica de avaliação do linfonodo sentinela, detectando se a célula de câncer chegou aos gânglios linfáticos localizados na região das axilas (os linfonodos), evitando também a necessidade do esvaziamento axilar completo, outra técnica que também era muito comum.

As estratégias de prevenção e desenvolvimento de novos tratamentos são fundamentais no combate à doença, assim como o aperfeiçoamento de equipamentos e contrastes que facilitam a visão das alterações mamárias. Os sintomas físicos, o estresse e os problemas emocionais apresentados pela paciente com câncer de mama estão sendo validados e estão trazendo à tona uma discussão sobre as novas abordagens apresentadas aos pacientes durante o diagnóstico e tratamento.

Todas essas novas possibilidades de tratamentos cirúrgicos acabaram sendo pesquisadas devido à maior importância atribuída aos fatores psicossociais; a preocupação com a autonomia e com os direitos dos pacientes têm levado a uma maior ênfase para a qualidade de vida de pessoas com câncer, uma vez que as mulheres que conservam suas mamas apresentam um forte indicador de melhor qualidade de vida, quando comparadas àquelas que retiraram a mama.

Estudos demonstram que as mulheres que vivenciaram o câncer de mama apresentam como principais problemas aqueles relacionados à auto-estima, ansiedade, depressão, à perda da mama, ao membro superior (sensibilidade e limitação de movimento) e à satisfação sexual, além de sintomas da menopausa precoce ou outros do aparelho reprodutivo que ocorreram devido ao tratamento adjuvante (QUESNEL, C.; SAVARD, J.; SIMARD, S.; IVERS, H.; MORIN, C. M., 2003; CORDOVA, M. J.; CUNNINGHAM, L. L. C.; CARLSON, C. R.; ANDRYKOWSKI, M. A., 2001).

Outros estudos privilegiam o impacto no papel social das mulheres da família, manifestando também o medo da ocorrência do câncer nas filhas das mulheres atingidas por ele, além do medo da recidiva ou de um novo tumor primário, o impacto que este tipo de câncer causa no trabalho e no aspecto financeiro

(TRUNZO, J. J; PINTO, B. M., 2003; CARVER, C. S; LEHMAN, J. M; ANTONI, M. H., 2003).

Já as pesquisas que enfocam os trabalhos com grupos de pacientes com câncer de mama têm possibilitado o estudo mais aprofundado do enfrentamento das pacientes; nestes trabalhos são verificadas as crenças sobre a doença, sobre a sexualidade e sobre as decisões do tratamento, além dos cuidados interdisciplinares para ajudar na readaptação ao trabalho, nas preocupações financeiras e no apoio familiar (TAYLOR, K. L; LAMDAN, R. M.; SIEGEL, J. E.; SHELBY, R.; MORAN-KLIMI, K.; HRYWNA, M., 2003; HELGESON, V. S.; COHEN, S.; SCHULZ, R.; YASKO, J, 2001).

A distinção entre gênero e sexo foi necessária numa época de questionamento sobre as interpretações biologistas existentes, as quais viam nas diferenças biológicas uma explicação e uma justificativa para as desigualdades entre homens e mulheres; porém, ela também ajudou a promover uma forte separação entre essas duas categorias, a ponto do desequilíbrio da balança ter passado para o outro lado. Quando fizemos o levantamento das pesquisas realizadas sobre o câncer de próstata, percebemos o quanto é menor o número de pesquisas com relação ao câncer de mama (proporção de 13:1).

A introdução do teste do antígeno específico da próstata (PSA) em 1986 revolucionou o tratamento de pacientes com câncer de próstata. Em menos de 10 anos, o PSA passou a ser parte da vanguarda dos testes oncológicos. Atualmente, estão sendo testadas clinicamente para o tratamento do câncer de próstata, vacinas que estimulam o sistema imunológico, que são oferecidas a pacientes cujos tumores foram removidos da próstata, mas que ainda apresentam níveis elevados de PSA, o que indica que o câncer está presente. Já para pacientes com câncer de próstata avançado, alguns pesquisadores abriram caminho para o uso de anticorpos monoclonais que bloqueiam proteínas específicas que promovem o crescimento do câncer além de ainda estarem avaliando novos regimes de quimioterapia (SCHROEDER, FH, 2002; WALSH P C; DEWESE, TL e EISENBERGER, M A, 2001).

A maioria das pesquisas aponta para técnicas cirúrgicas preservadoras das enervações, já que a prostatectomia radical (retirada total da próstata) é um dos principais tratamentos nos tumores confinados à glândula, e uma das seqüelas

apresentadas é a impotência (TYRREL, CJ; KAISARY A. V; IVERSEN, A. et al., 1998; SCHROEDER, F. H., 2002).

Poucas pesquisas enfocam o aspecto psicológico do paciente com câncer da próstata, pois existe uma preocupação maior com o corpo físico; nos trabalhos encontrados, observamos a importância de proporcionar aos pacientes uma participação efetiva nas decisões dos tratamentos, fornecendo mais informações sobre a doença, sobre possibilidades de tratamento e suas conseqüências. A inclusão em grupos de auto-ajuda e/ou grupos informativos pode proporcionar ao paciente um melhor enfrentamento da doença e do tratamento e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

MÉTODO

Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa tem natureza clínica e qualitativa. De acordo com Trivinõs (1987), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. Baseia suas conclusões nas descrições do real cultural que lhe interessa para tirar dele os significados que têm para as pessoas que pertencem a essa realidade. A pesquisa qualitativa é descritiva, e seus resultados são produtos de uma visão subjetiva, expressa por narrativas, declarações de pessoas e entrevistas. A preocupação essencial do pesquisador é com o significado que os sujeitos dão às coisas e à vida. Utiliza o enfoque indutivo na análise de seus dados e preocupa-se com o processo e não simplesmente com os resultados do produto. Para o autor citado (1987), independentemente da técnica de coleta de dados, para que os resultados da pesquisa tenham valor científico, é preciso que reünam certas condições:

“A coerência, a consistência, a originalidade e a objetivação (não a objetividade) por um lado, construindo os aspectos do critério interno de verdade e, por outro lado, a intersubjetividade e o critério externo, devem estar presentes no trabalho do pesquisador” (p. 170).

Esta pesquisa, por ser clínica, também apresenta um caráter interventivo, uma vez que o momento da coleta de dados acaba tendo valor de intervenção (GIAMI, 1989). Além disso, a pesquisa clínica vai construindo suas investigações por meio do exame de métodos clínicos e dos modos de conhecimento das questões da pesquisa (questionamento circular na coleta e análise dos dados).

Assim, não há necessidade de grande número de participantes, uma vez que, nessa modalidade de pesquisa a opção é pela profundidade em detrimento da amplitude. Desse modo, é possível ao pesquisador interagir com cada participante, perguntando como é para ele/a aquele determinado fenômeno, como pensa nele, como o sente, além de pedir esclarecimentos, de modo a ir estabelecendo o diálogo.

Nesta postura de construção, utilizamos como um dos instrumentos da pesquisa a entrevista interativa individual, tomando como ponto de partida, para o

disparo do diálogo, uma pergunta relativa ao problema. A partir daí, as interações visam trazer a confirmação da compreensão, esclarecimentos e ampliação do contexto em que o discurso está inserido. Os termos da ampliação advêm da experiência clínica do pesquisador e do levantamento bibliográfico. O caráter interativo visa a possível construção de algum significado novo.

Berg & Smith (1988) afirmam que a relação existente entre o pesquisador e o participante possui tanto conseqüências emocionais quanto intelectuais, em ambos os lados, por isso, o diálogo aparece como momento essencial da pesquisa. Os processos subjetivos complexos só podem aparecer na medida em que os sujeitos estudados se expressam evidenciando sua implicação pessoal e aparecendo na pesquisa por meio de suas próprias construções, enriquecidas no diálogo com o pesquisador.

Uma das características principais da pesquisa qualitativa é que ela propicia que os pesquisadores sejam levados a refletir sobre o seu envolvimento no processo da pesquisa, constituindo-se como participantes ativos tanto na construção do conhecimento clínico como na pesquisa em si.

Assim, como lembra Collins (1998), a construção do significado inclui admitir-se como científica a subjetividade do pesquisador e sua participação na construção do conhecimento e isso deve ser levado em consideração por ele ao redobrar os cuidados interpretativos relativos à fala dos participantes.

A pesquisa, sob a perspectiva apresentada neste trabalho, visa dar sentido a problemas novos que possam passar a constituir novas representações sobre o câncer e gênero.

Considerações Éticas

A presente pesquisa fundamenta-se na resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que pauta sobre “Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”.

Podemos destacar entre os principais aspectos éticos: o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos; todas as garantias de que danos previsíveis seriam evitados; procedimentos que asseguraram a confidencialidade e a privacidade dos envolvidos; respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos bem como aos hábitos e costumes dos envolvidos e a liberdade dos indivíduos de se

recusarem a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Os participantes e os instrumentos

Os participantes deste estudo foram selecionados entre pacientes oncológicos do Hospital e Maternidade São Cristóvão, localizado no bairro da Moóca na cidade de São Paulo e puderam participar do estudo porque preencheram os seguintes critérios: mulheres diagnosticadas com câncer de mama e homens com câncer de próstata, que possuíam um relacionamento estável com seus parceiros (mínimo cinco anos de co-habitação) e que tinham sido submetidos a cirurgia e/ou tratamentos de quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia.

Após uma consulta aos prontuários médicos dos pacientes, os sujeitos que preenchiam os padrões estipulados para investigação receberam uma carta-convite convocando-os para uma reunião, quando foi explicado o objetivo e a importância da pesquisa.

Os sujeitos participantes assinaram um termo de livre consentimento para a participação na mesma (*Anexo A*), incluindo a permissão para gravação das entrevistas. Assinado o consentimento, foram agendadas as entrevistas de acordo com a possibilidade do pesquisador e de cada participante.

Os pacientes que concordaram em fazer parte da pesquisa foram entrevistados uma única vez, individualmente, no Hospital e Maternidade São Cristóvão e o procedimento demorou em média de 50 a 120 minutos. Em primeiro lugar, foi aplicada a entrevista semi-dirigida, com o intuito de saber mais sobre o participante, desde dados pessoais (dados sobre a doença, apoio social, situação financeira), até crença religiosa e alguns aspectos emocionais (ver Anexo B). A utilização da entrevista semi-estruturada propicia a observação do comportamento dos participantes em relação ao enfrentamento.

Em seguida, os participantes responderam ao questionário que visa investigar a estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente em relação ao câncer (ver Anexo C). Este questionário foi baseado no *Inventário de Estratégias de Enfrentamento* de Folkman e Lazarus (1985), que mostra o modo de lidar com as

demandas internas e externas deste evento estressante, considerando as seguintes categorias de análise:

Autocontrole: descreve os esforços em regular os próprios sentimentos e ações (e.g., *“eu não contei para os outros o quanto as coisas estavam ruins”*)

Suporte social: descreve os esforços em procurar apoio na informação e no apoio emocional, desta forma sente-se acolhido, sem ameaçar seu papel na família (e.g., *“falei com uma pessoa para me informar melhor sobre a situação”*).

Confronto: descreve os esforços agressivos para alterar a situação. Esse tipo de enfrentamento também sugere um grau de hostilidade e de correr um certo risco (e.g., *“eu fiz algo que sabia que não ia dar certo, mas pelo menos eu estava fazendo alguma coisa”*).

Aceitar responsabilidades: o indivíduo reconhece seu próprio papel no problema, com um tema concomitante de tentar consertar as coisas (e.g., *“eu fiz uma promessa para mim mesmo de que as coisas seriam diferentes da próxima vez”*).

Fuga-esquiva: uso de comportamentos para evitar a situação, distrair-se para não pensar no problema.

Resolução do problema: descreve os esforços deliberados de focalizar o problema para alterar a situação, em conjunto com uma aproximação analítica do problema (e.g., *“eu fiz um plano de ação e o segui”*, *“cheguei a algumas soluções diferentes para o problema”*)

Afastamento: descreve os esforços em se desligar de alguém (e.g., *“não deixava que aquilo me atingisse _ eu me recusava a pensar muito sobre isso”*, *“tentava esquecer a coisa toda”*). Outro tema diz respeito a ter uma percepção positiva (e.g., *“inteirei-me da situação; eu me recusei a levar isso muito a sério”*, *“tentava olhar o lado positivo das coisas”*).

Reavaliação positiva: descreve os esforços em criar um significado positivo, focalizando o crescimento pessoal (e.g., *“eu mudei para melhor ou cresci como pessoa”*, *“eu saí da experiência melhor do que entrei”*). Também tem um significado religioso (e. g., *“encontrei uma nova fé”*, *“eu orei”*).

Os participantes

Participaram deste estudo três homens e três mulheres. Os homens foram nomeados com as siglas: H1, H2 e H3, e as mulheres: M1, M2 e M3.

H1 é um homem com 62 anos, católico, aposentado, casado há seis anos, 3 filhos advindos de um casamento anterior. Está em tratamento há sete anos e foi submetido à cirurgia, bloqueio hormonal e atualmente faz quimioterapia.

H2 é um homem com 67 anos, católico, comerciante, casado há 46 anos, 2 filhos. Esta em tratamento há oito anos e já fez cirurgia, hormonioterapia e atualmente está em quimioterapia.

H3 é um homem com 61 anos, católico, aposentado, casado há 36 anos, 3 filhos. Tem diagnóstico de câncer de próstata há dois anos e já foi submetido aos seguintes tratamentos: três sessões de braquiterapia, vinte e cinco sessões de radioterapia, bloqueio hormonal e, atualmente, está em quimioterapia.

M1 é uma mulher com 59 anos, católica, do lar, casada há 34 anos, 2 filhas. Foi diagnosticada com de câncer de mama há seis anos e há pouco tempo foi detectada metástase na bacia; já foi submetida à mastectomia radical e vem fazendo sessões de quimioterapia.

M2 é uma mulher com 56 anos, católica, do lar, casada há 37 anos, 3 filhos. Foi mastectomizada há dez anos; já fez quarenta e quatro sessões de radioterapia e atualmente está em quimioterapia, pois seus exames de sangue apresentaram alterações no marcador tumoral.

M3 é uma mulher com 54 anos, católica, do lar, casada há 32 anos, 1 filha. Fez mastectomia há dois anos; passou por vinte e cinco sessões de radioterapia e atualmente está em quimioterapia. Apresentou uma mancha no fígado que está sendo melhor investigada.

A seguir, a apresentação do extrato das informações colhidas a partir da entrevista semi-dirigida dos participantes que compuseram os casos. No Quadro I, o extrato das características dos participantes; no Quadro II, o extrato das entrevistas em relação aos aspectos ligados ao diagnóstico e tratamento da doença; e no Quadro III, o extrato das entrevistas em relação à adaptação do participante à doença.

Participante	Ocupação	Tratamento realizado	Tratamento atual	Tempo do Diagnóstico
H1 62 anos	Aposentado	Cirurgia Bloqueio Hormonal	Quimioterapia	07 anos
H2 67 anos	Comerciante	Cirurgia Bloqueio hormonal	Quimioterapia	08 anos
H3 61 anos	Aposentado	Braquiterapia Radioterapia Bloqueio Hormonal	Quimioterapia	02 anos
M1 59 anos	Do lar	Mastectomia	Quimioterapia	06 anos
M2 56 anos	Do lar	Mastectomia	Quimioterapia Radioterapia	10 anos
M3 54 anos	Do lar	Mastectomia Radioterapia	Quimioterapia	02 anos

Quadro I – Características dos participantes

Indivíduo	H1	H2	H3	M1	M2	M3
Como inferiu a doença	não conseguia urinar	dor	dor ao urinar	passou a mão	mama diferente	mama diferente
Reação ao diagnóstico	chateado, não queria operar	já tinha operado mesmo	Não sentiu nada	susto, desespero e medo	choro, desespero, pediu um tempo p/ operar	refez os exames; desespero e medo
Mudanças no físico	cansaço, enjôo	sente não ser mais o mesmo	parou de fumar, caminha	locomoção difícil, não faz os serviços de casa	sente-se mutilada	fraqueza e falta de ânimo
Mudanças no social	os amigos agora são a esposa e filhos	ficou mais caseiro, não gosta mais de sair	amigos aposentados, está mais caseiro	recebe visitas de parentes e amigos	dá força para os filhos"	saía mais que agora
Mudanças no psíquico	muito aborrecido	é a mesma pessoa	não mudou	mais sensível	qualquer dor preocupa, pode ser a doença	medo de onde tudo isso vai acabar
Mudanças na situação financeira	os filhos não deixam faltar nada; o convênio cobre o tratamento	não mudou	sem alteração; o convênio cobre o tratamento	remédios caros; o marido tem diabetes e também gasta muito com remédios	sem alteração	mudou; gastava mais, agora tem que controlar
Maior dificuldade	agora está tudo bem	tudo bem, está melhor	efeitos da quimio	limitação física	exposição física	tratamento doloroso
Quem acompanha	esposa	esposa	filhos	a tia e a amiga	não tem	marido, mas ela não gosta

Quadro II – Aspectos ligados ao diagnóstico e tratamento da doença

Participante	H1	H2	H3	M1	M2	M3
Atitude para diminuir impacto	reza a Deus	assiste TV, gosta de jogo	procura ficar calmo, não lembrar da doença, dorme bastante cuida dos bichos, joga no computador	conversa com pessoas, parentes, visitas, assiste televisão alimenta-se melhor	quer que termine logo e volte a vida normal	tenta não desanimar preocupa-se com as coisas de casa
Mudança pessoal com a vivência da doença	foi muito mulherengo; os prazeres não valem nada	não mudou	não alterou, sempre foi assim	passou a aceitar a vida como ela é, não adianta se revoltar	passou a ter mais consciência da vida	mais sensível, aceita as coisas como são
Aspecto emocional em relação à doença	fica nervoso	é tranquilo	nervoso e impaciente; a família fala bastante isto	fica preocupada, mas não reclama; não quer dar trabalho a ninguém	ficou com medo e assustada	está sem paciência
Como explica a origem da doença	foi mulherengo, então veio como castigo	a idade, é normal, nunca fez exames	acontece, fatalidade	não sabe; ninguém na família teve	pode ser devido à perda financeira que teve	não entende porque aconteceu com ela

Quadro III – Adaptação à doença

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise aqui apresentada presta-se para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, diante do enfrentamento do câncer. Este tipo de análise foi definida por Bardin (1977, p.42) como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Ainda segundo BARDIN (idem), categorização pressupõe a reunião de um grupo de unidades de registro sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

No estudo de Folkman e Lazarus (1985), a escala (Anexo D) consiste em 8 diferentes fatores, cada um avaliando a extensão com que um indivíduo utiliza estratégias de enfrentamento (“*coping*”). As estratégias de enfrentamento foram identificadas e categorizadas segundo a classificação proposta no Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985) e adaptado para o português por Savóia (1996).

A seleção de estratégias feita pelos participantes do sexo masculino mostrou uma forte ligação com os fatores situacionais, havendo uma concentração na avaliação das alternativas de ação a serem realizadas e na decisão por uma conduta sem desvio do foco do problema (“*o médico me deu um papel e fui fazer o tratamento*”). Ao mesmo tempo, mostrou uma dificuldade em reconhecer e expressar seus sentimentos quanto ao diagnóstico (“*não senti nada*”, “*já tinha operado mesmo*”, “*para mim foi normal*”), o que sugere uma forma de autocontrole e de distanciamento dos sentimentos utilizada como meio de controle sobre as coisas positivas e negativas. Este tipo de reação indica que, para esses homens, a saúde ainda é vista como “coisa feminina” e os serviços de saúde constituem espaços pouco freqüentados por eles. Além disso, pode-se perceber que o cuidado consigo e o cuidado com o outro são valores geralmente associados às mulheres.

Muitas vezes os homens sentiram-se isolados, impossibilitados de partilhar seus medos com as pessoas, exceto com aquelas que também estivessem fazendo os mesmos tratamentos e a medida constante do PSA (Antígeno Prostático

Específico). Eles demonstraram assim, maior dificuldade de se apropriarem do suporte social, uma vez que limitaram seu contato apenas a familiares e pessoas envolvidas com a doença e/ou tratamento. Esta atitude ocasiona quase sempre uma sobrecarga para a companheira/esposa (que normalmente é a cuidadora principal), seja em relação às informações sobre a doença, tratamentos e exames periódicos, seja em relação ao peso das cargas de hostilidade direcionadas a ela.

Já a seleção de estratégias feita pelas participantes do sexo feminino mostrou melhores condições em relação à expressão de sentimentos e emoções (*“fiquei desesperada, chorei muito”, “fiquei assustada, com muito medo”*). Esta expressão pôde ser observada desde o diagnóstico e foi traduzida sob a forma de sinais de ansiedade, angústia e medo, numa demonstração da ambivalência existente entre a aceitação do diagnóstico e os sentimentos de negação. Esta possibilidade de expressão parece ser um fator de ajuda na organização de uma nova identidade, o que possibilita que o foco das ações seja centralizado no enfrentamento da doença.

Esta pode ser uma das explicações pelo fato de as mulheres terem apresentado o apoio social como principal estratégia de enfrentamento, tanto na busca de informações e no apoio concreto (indo ao médico, procurando esclarecimentos sobre a doença e até assistindo programas de TV relativos ao assunto), como buscando apoio emocional (*“recebo visitas de parentes e amigos”; “converso com as pessoas, minhas filhas, meu marido, minha tia e minha amiga”; “muita gente se preocupa, até me oferecem ajuda no serviço de casa”*).

Neste tipo de escolha de estratégia de enfrentamento, o indivíduo tenta criar um significado positivo para a situação (*“Pessoas que acham que estão doentes vêm falar comigo. Eu explico direitinho”*), além de orientar seus esforços cognitivos para lidar com as exigências e o estresse da situação. Neste sentido, parece que as mulheres se sentem mais confortáveis quanto à apropriação do apoio dos familiares e dos amigos e para receberem palavras de encorajamento, além de ajuda física e emocional.

Os homens parecem ter dificuldade de lidar sozinhos com suas limitações físicas (*“minha esposa me acompanha em tudo”, “minha esposa fica comigo o dia todo”*), de suportar a interrupção brusca de suas atividades, de perder o papel de provedor da família. A dificuldade de lidar com a perda da habilidade de trabalhar pode ser um fator problemático de muito peso em uma sociedade orientada para a produção, como a nossa.

Em relação às participantes, existia a preocupação com a impossibilidade de assumir os cuidados com a família e com a casa, em não exercer mais o seu papel em família (*“eu não tenho empregada e sempre fiz tudo em casa”, “cuidava das coisas em casa, agora eu sinto fraqueza, não tenho ânimo”, “tenho medo de ficar sem poder fazer minhas coisas”*). Percebe-se nas entrevistas que, para a mulher com câncer de mama, a esperança de voltar à normalidade é um importante fator facilitador no enfrentamento da doença, resgatando o papel que exerce na vida diária da família e em relação às pessoas do seu convívio.

Pôde-se também notar que as participantes perceberam mudanças físicas antes de serem diagnosticadas, demonstrando maior preocupação com a saúde do que os homens, que procuraram um médico somente quando as dores começaram, evidenciando haver pouco movimento em relação à mobilização de ações preventivas que objetivem evitar ou prevenir o aparecimento do câncer.

Isto pode ser observado por meio das atribuições dadas à doença pelos participantes do sexo masculino, às surpresas em relação aos tratamentos e à projeção da doença em suas vidas, sobre a falta de informação acerca das causas e dos fatores associados à incidência, tomando contato com o câncer da próstata apenas diante da própria vivência, atitudes já confirmadas em estudos de alguns autores (BLALOCK, 2000; STEGINGA, 2001).

Quanto às mulheres com câncer de mama, percebemos um cuidado ou, pelo menos, uma atenção ao próprio corpo, demonstrando uma maior facilidade na percepção de mudanças, principalmente o aparecimento de nódulos. Essa maior atenção da mulher, talvez incentivada pelas campanhas preventivas, acaba favorecendo tanto a frequência do exame clínico quanto do auto-exame das mamas.

Pode-se observar que a qualidade da vivência da sexualidade dos participantes de ambos os sexos foi alterada pela doença e tratamentos. As características associadas ao sofrimento emocional dos homens referem-se às limitações físicas, à diminuição da capacidade de ereção, cansaço, fadiga e à orquiectomia bilateral (retirada dos testículos) responsável pela produção do hormônio masculino (testosterona), que inibe o crescimento do tumor, mas que também interfere na ejaculação (MATTOS, 2001; 2001; LOIOLA, 2001; LOPES, 2001).

Outro ponto relevante a ser considerado na escolha das estratégias de enfrentamento dos participantes de sexo masculino é a sua fantasia de perda da

virilidade. Segundo Segal (1994), isso se deve ao fato de que o homem permanece com o encargo de assumir a performance sexual, confundindo masculinidade com desempenho sexual (“*não fiquei mais como era sexualmente*”; “*antes eu não era mais que ninguém, mas agora me acho meio inferior*”).

As mulheres apresentaram desinteresse sexual causado pelos efeitos secundários do tratamento, como pré-menopausa, diminuição da libido e interferência na produção de hormônios sexuais, o que torna o ato sexual doloroso, além de diminuir a excitação e inibir o orgasmo (FENTIMAN, 1993; GONZALEZ, 1994; QUINTANA, 1999; ALMEIDA, 2001).

Além disso, o câncer e a retirada da mama podem ter levado as mulheres a uma situação de desamparo e solidão, à perda dos vínculos, a uma quebra de sentido, à depressão e perda da auto-estima, fatores que propiciam a dificuldade de adaptação e que prejudicam a qualidade da vida sexual (AMORIM, 1999; QUINTANA, 1999).

Para otimizar a qualidade de vida do paciente é importante a avaliação de todos os aspectos de sua funcionalidade, incluindo a sexualidade; porém, normalmente esse tema não tem sido adequadamente investigado pela equipe de oncologia. Apesar do fato de que muitos fatores químicos, cirúrgicos e oncológicos podem determinar problemas da sexualidade no paciente com câncer, não menos importantes são os fatores psicológicos.

Em se tratando de câncer ginecológico ou genital masculino, não é raro que fatores culturais influenciem negativamente o surgimento de problemas na sexualidade. Trata-se de algumas crenças, incorretas, de que eventuais atividades sexuais no passado, tais como as relações extra-matrimoniais, doenças sexualmente transmitidas, abortos, tenham causado o câncer, como fala o participante H1 quando perguntado sobre as mudanças pessoais decorrentes da vivência da doença (“*fui muito mulherengo, os prazeres não valem nada*”). Nas pessoas que apresentam depressão, essas crenças reforçam os sentimentos de culpa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas culturas ocidentais, as diferenças de gênero são fundamentais na escolha das estratégias de enfrentamento do câncer; homens e mulheres utilizam diferentes formas de adaptação psicossocial nas diferentes etapas do tratamento oncológico, na reabilitação e re-significação da sua própria vida.

Stroebe e Stroebe (1993) consideram a possibilidade de que os homens são biologicamente mais suscetíveis aos efeitos negativos dos estressores. Entretanto, somente explicações biológicas correlacionadas à doença e ao câncer são inadequadas para explicar totalmente as diferenças de gênero no enfrentamento do câncer. Devemos nos lembrar que homens e mulheres são socializados de modos diferentes e que, como resultado de tal socialização de gênero, os indivíduos do sexo masculino e feminino não desenvolvem a mesma gama de habilidades de enfrentamento.

Considero que não existe um só fator como determinante, nem uma estratégia que seja a mais eficaz, pois as formas de enfrentamento escolhidas pelos indivíduos são multifacetadas e estão relacionadas à natureza da doença, sintomas, localização, estágio, tipo e evolução do tratamento, além das opções de reabilitação; ao nível e tipo de habilidades de enfrentamento e de auto-estima, relacionamento familiar, educação; à investigação das redes sociais e padrões de sociabilidade que atuam, além das situações sócio-culturais de prevenção ou vulnerabilidade à doença.

Entretanto, o gênero parece ser um fator moderador importante na doença, com efeitos complexos sobre a capacidade de enfrentamento. Assim, talvez devido ao tipo de socialização e rede social maior, parece ser mais fácil para as mulheres expressarem suas emoções e falarem com outras pessoas sobre sua doença. Dessa forma, elas acabam adotando uma orientação pronunciada de restauração (comandando a casa, cuidando dos outros), e as emoções intensas envolvidas no enfrentamento se encaixam muito menos no modelo do papel masculino que é orientado somente para a restauração.

Outro aspecto referente às diferenças de estratégias de enfrentamento de homens e mulheres é a diferença em seu comportamento de saúde. Mais do que as

mulheres, os homens tendem a reagir à doença adotando comportamentos de risco para a saúde, como o aumento de ingestão de álcool ou tabaco. Também existem diferenças no modo como homens e mulheres acessam e têm acesso aos cuidados médicos, como lidam com os profissionais de saúde e como estes lidam com eles. Certamente, normas de gênero influenciam as práticas e prioridades do sistema de saúde.

Levando em consideração as diferenças e gênero, considero aqui vários pontos de coincidência entre o câncer de próstata e o câncer de mama, além do fato de ambos estarem em segundo lugar em incidência para o ano de 2003 (INCa, 2003). Da mesma forma que o câncer da mama é o maior medo para a maioria das mulheres, o câncer da próstata é o maior medo para a maioria dos homens. Ambos trazem em si não só o medo da morte, como todo câncer, mas medos que tocam no próprio cerne da sexualidade.

Nos homens, os tratamentos quase invariavelmente acarretam os conhecidos riscos da incontinência e da impotência que atingem a essência da “masculinidade”, seu orgulho e prazer de viver. No câncer de mama, a principal terapêutica é a mastectomia, que remete inevitavelmente à perda de uma parte do corpo tão valorizada socialmente, signo de atração sexual, de feminilidade e de maternidade para a mulher.

Observa-se então, um profundo impacto psicossocial a partir de uma alteração corporal que, às vezes, impede que o indivíduo olhe o próprio corpo modificado, que tenha dificuldades em se expor ao parceiro, com a possibilidade de que esta restrição possa se estender aos contatos sociais. Sofrer estes conflitos emocionais leva a uma situação de desamparo, de invasão e exposição física, de perda da auto-estima, dos vínculos e do sentido da vida, trazendo indiferença e desesperança. Neste estudo, observei diferenças individuais nas reações frente a tal situação, na medida em que, para cada pessoa, aquela perda (real ou imaginária) vai ter um significado peculiar, de maior ou menor valoração.

Na revisão da literatura aqui apresentada, observamos o aumento do número de pesquisas voltadas para o enfrentamento do câncer e a qualidade de vida do indivíduo, o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais da área, da reabilitação e fase terminal da doença.

Mas qual é a qualidade de vida quando o câncer entra na vida da pessoa? Qualquer mudança no status de saúde pode mudar o que considerávamos até então

um estilo de vida estável, normal. Quando a mudança é causada pelo diagnóstico de câncer, a qualidade certamente é ameaçada ou diminuída e, freqüentemente, substituída pelo medo e incerteza. A dimensão física de qualidade de vida inclui conforto e mobilidade. O estabelecimento da doença e o tratamento de sintomas tais como dor, fraqueza, fadiga, perda de apetite e mudanças nas funções excretoras podem alterar drasticamente o bem estar físico do indivíduo acometido pelo câncer.

A dimensão social da qualidade de vida inclui papéis e relacionamentos, preocupações financeiras, cuidar da família, afeto e sexualidade e torna-se um fator importante em relação à tomada de decisão do tratamento, aos cuidados recebidos e avaliação dos resultados. De fato, a atenção à qualidade de vida deve ser um elemento essencial ao longo de todo o espectro de vida no que diz respeito ao diagnóstico de câncer, não importando se o resultado é uma longa sobrevivência ou a morte.

Levando-se em conta que o câncer é uma doença que causa mudanças não só ao indivíduo, mas a todo o grupo familiar, seria interessante observar em novos estudos os efeitos de trabalhos profiláticos envolvendo ações individuais, familiares e sociais. A intervenção pode objetivar o estilo de vida, a conduta sexual, as intervenções políticas, sociais, educacionais e psicológicas.

Neste estudo, os participantes reportaram uma variedade de respostas de enfrentamento, mas as entrevistas mostram o impacto do diagnóstico e as diferenças de avaliação e de estratégias de enfrentamento segundo o gênero do participante. A simples menção da realização de um exame preventivo de câncer de próstata, por exemplo, pode criar um stress emocional. Além disso, também há um impacto psicológico negativo dos exames de câncer de próstata quando se levam em consideração os resultados falso-positivos e realmente positivos dos testes. Assim, gostaria de enfatizar a necessidade de reduzir o número de resultados falso-positivos por meio da escolha de testes diagnósticos de alta especificidade e também que o intervalo entre a realização do teste e o ato de informar o paciente desse resultado fosse minimizado para diminuir a duração do aumento do stress emocional.

Como as pessoas enfrentam o stress varia em cada situação individual, mas o pensamento popular apóia o estereótipo de que as mulheres tendem a usar estilos de enfrentamento mais focalizados na emoção, com clara preferência pela estratégia do apoio social. A maioria dos estudos sobre esta questão (WHITE, 2000;

GIANAKOS, 2000; REEVY e MASLACH, 2001; LIEBLER e SANDFUR, 2002; FUHRER e STANSFELD, 2002) concorda com a existência de diferenças específicas de gênero no que diz respeito ao apoio social. Entretanto, elas chegam a diferentes conclusões se estas diferenças existem pelo fato de as mulheres aceitarem melhor o apoio social quando comparadas aos homens.

Nesta pesquisa, os homens apresentaram “indiferença” em relação à doença, representando o estado de choque e negação, reportando quase sempre uma perda de controle seguida por um período de entorpecimento que não possibilita a identificação de seus próprios sentimentos. Talvez o autocontrole facilite a estratégia de enfrentamento dos homens ao mobilizarem esforços para a resolução do problema, já que nos processos sociais, os homens são cobrados para que assumam seus problemas de forma mais ativa, pois grandes manifestações emocionais poderiam impossibilitar suas ações.

A equipe de cuidados médicos, por exemplo, representa um papel importante no enfrentamento da doença para a mulher, pelas informações dadas sobre a doença e sua evolução, esclarecimento diante dos tratamentos, encorajamento e apoio emocional. Além disso, muito mais mulheres do que homens cuidam de seus parceiros doentes e, ao fazê-lo, são diretamente confrontadas com a doença e com a possibilidade de morte.

De um modo geral, os participantes desta pesquisa usaram combinações de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e focalizadas na emoção, porque de fato, as diferenças podem coexistir em cada modelo que caracteriza relacionamentos específicos entre os componentes de um evento estressante em particular. Folkman e Lazarus (1985) afirmam que o enfrentamento é um processo que envolve mudanças e não pode ser limitado a um simples fator. Neste sentido, todo cuidado deve ser tomado para que as pesquisas não superestimem as categorias de enfrentamento.

A partir do diagnóstico, o processo de cirurgia, o tratamento, as manifestações orgânicas, as impossibilidades decorrentes do tratamento, os valores da pessoa, os valores culturais, suas crenças e demais componentes psicossociais poderão permitir uma adequação relativa das estratégias de enfrentamento adotadas em diferentes fases do processo. Poderão permitir, ainda, que se definam os procedimentos de intervenção centrados na elaboração cognitivo-afetiva, de

modo que facilite o processo de re-significação da doença e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas à situação.

A visão atual do homem como ser bio-psico-social exige um atendimento interdisciplinar que valorize variáveis externas e internas no processo saúde-doença. Moraes (1994), refletindo sobre a conduta da equipe cuidadora, alega que a falta de comunicação como conduta de defesa pode ser gerada pelo estresse do contato com a doença e pela exigências dos pacientes e familiares, ocasionando um distanciamento.

O médico tende a adotar uma atitude onipotente; há uma exigência implícita de dependência dos pacientes que se vê facilitada pela regressão a que conduz a própria doença. Mas, na medida em que se fomentar a dependência, incrementam-se também as exigências e as conseqüentes frustrações e ingratidões ou situações persecutórias que se deslocam aos pacientes entre si e com os profissionais da saúde. Para Bromberg (1998), o distanciamento progressivo dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, ocorre especialmente quando o estado do paciente se agrava e a morte torna-se iminente.

De acordo com Gimenes (1997), vemos a importância de que o profissional da saúde que trabalha com pacientes oncológicos reconheça as formas de enfrentamento que estão sendo usadas, seus determinantes, e como avaliar sua eficácia no quadro clínico, valorizando e respeitando os recursos disponíveis para ir de encontro aos desafios físicos, sociais e emocionais. É preciso que se valorizem as relações existentes entre família, equipe de saúde e paciente, para que este possa lidar de modo melhor com sua ansiedade nas fases de diagnóstico, estadiamento, internação hospitalar e pré-operatório.

Todos os métodos de tratamento disponíveis do câncer de mama e de próstata podem comprometer de forma além do razoável a qualidade de vida do doente; assim, o médico deveria orientar o tratamento levando em conta o que é mais importante para o paciente, em decisão conjunta, optando pela terapêutica mais eficiente quando a sobrevida for o foco mais relevante e escolhendo o tratamento menos agressivo quando a qualidade de vida for a preocupação principal do doente.

Talvez a marca mais profunda causada pelo câncer seja a perda da identidade anterior e o medo da rejeição. Para uma pessoa que extraía considerável fonte de identidade de seu papel ocupacional, essa perda adicional, bem como a

necessidade de uma ocupação diferente no futuro, contribuem para um aumento da crise de identidade. Neste processo que o indivíduo atravessa, a psicoterapia pode ajudar a buscar a melhor maneira de lidar com o impacto emocional da experiência, acompanhando o paciente, os familiares e os cuidadores, levando-se em conta os fatores psicológicos e sociais que podem influenciar no processo da doença.

Compete à equipe de oncologia ser sensível aos problemas que comprometerão a auto-estima do paciente. É comum que a mentalidade exclusivamente mecânica e técnica de certas equipes médicas subestime os efeitos da mudança física decorrente do câncer da mama, sobre a auto-estima e sentimento de atração da mulher. A teoria da sobrevivência precisa ter em mente a qualidade do tempo vivido, mais que a quantidade.

É essencial compreender que a necessidade de contato físico é mais importante do que a necessidade de ter um orgasmo. Os casais devem conversar francamente sobre suas necessidades, motivando a segurança do contato e da intimidade física.

É imperativo que se ressalte que a escolha das estratégias depende do repertório do indivíduo e das experiências que foram reforçadas ao longo do ciclo vital, além das variáveis sociais, crenças e práticas culturais envolvidas que sejam congruentes com as escolhas. Assim, existe uma relação direta entre a questão da adaptação psicossocial e a qualidade de vida.

Quanto aos resultados desta investigação, foi possível conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento e significados do câncer de próstata e do câncer de mama, observando como os indivíduos constroem a experiência de adoecer e, conseqüentemente, como mobilizam forças para lidar com a doença e suas conseqüências, além de se mobilizarem para a recuperar a saúde.

O estudo de diferenças de gênero no enfrentamento pode contribuir de modo importante para a nossa compreensão dos processos cognitivos e dos fatores sociais e interpessoais que afetam o desenvolvimento e o ajustamento do indivíduo. Quero destacar a importância de futuras pesquisas nas quais se identifique o efeito da construção da subjetividade nas representações sociais acerca do que deve ser um homem e uma mulher e no processo de saúde e enfermidade dos sujeitos. Neste sentido, seria interessante que estes estudos considerassem a questão do gênero no enfrentamento da doença, independentemente do tipo de câncer.

O aparecimento do câncer da próstata não pode ser evitado até o momento, porque ainda são desconhecidos os mecanismos que modificam a maquinaria celular, tornando-a maligna. Mas, não existem campanhas preventivas que estimulem a realização de exames de laboratório que certamente revelariam um grande número de doentes, incluindo homens sem sintomas e que ignoram o mal. Assim, quando se esgotasse o número desses casos não aparentes, a freqüência da doença passaria a cair. Sem uma campanha preventiva efetiva, ainda vivemos uma fase de identificação crescente de casos.

Finalizando, este trabalho pode ser visto como uma contribuição para novas investigações sobre câncer e gênero, sobre como homens e mulheres sentem-se diante do diagnóstico e tratamento de câncer, que é um grande estressor na vida de uma pessoa, bem como sobre os problemas psicológicos associados a uma grande escala de dificuldades, ansiedade, depressão, medo da doença e possibilidade de morte iminente trazidos por esta doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, R. E COHEN, N. Psychoneuroimmunology: Conditioning and Stress. *Annual Review of Psychology*, 44, pp.53-82, 1993.

ALMEIDA, S. M. A. *Processos Cognitivos e “Vitimação” em Pacientes com câncer de Mama*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1989.

AMATO NETO, V. e TEDESCO, J. *Aspectos imunológicos da atividade física*. Disponível em: <http://www.uol.com.br/cultvox/revistas/medicinausp2/aspectosimunologico.htm> Acesso em 14/06/01.

AMORIM, M. H. C. *A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama*. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

ANDRADE, L. H. S. G. e GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 25 (6) pp.285-290, 2002.

AUSTIN, J. Estratégias Psicológicas. In: *Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama*, org. Ian Fentiman, cap. 8, trad. Walquiria Settineri, Artes Médicas, Porto Alegre, pp 114-125,1993.

BACHION, M. M; PERES, A. S; BELISÁRIO, V. L; CARVALHO, E. C. Estresse, Ansiedade e Coping: Uma revisão do conceito, medidas e estratégias de intervenção voltada para a prática de enfermagem. Disponível em: <http://www.bibliomed.../showdoc.cfm?LibCatID=1&Search=enfrentamento&LibDocID=538> Acesso em 14/06/01.

BALLONE, G. J. *Psiconeuroimunologia*. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/psiconeuroimunologia.html> Acesso em 20/06/01.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, org. Galvão L. Dias, cap. 6, ed. Hucitec: São Paulo, SP, 1999.

BARBIERI, T. Sobre la categoría género: Una introducción teórico-metodológica. Seminário PRODIR/Fundação Carlos Chagas, p.25-45, São Paulo, 1991.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, LDA, Lisboa, Portugal, 2000.

BARROS, A.C. Serviços de Psico-Oncologia em Hospitais. In: *Psico-oncologia no Brasil - Resgatando o viver*; cap. 2, org: M. M. M. J. Carvalho, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

BELTRAN, A. G; BARRETO, S. S. e GUTIÉRREZ, M. G. R. Cuidado de pacientes que faleceram por câncer de mama: A experiência dos familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46(2), p.155-62, 2000.

BERG, D.N. e SMITH, K.K. *The self in the social inquiry: Research methods*. Newburg Park, California: Sage.

BERGAMASCO, R B. e MARGARETH, A. O Sofrimento de Descobrir-se com Câncer de Mama: Como o Diagnóstico é Experimentado pela Mulher – *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol.47, nº3, pp. 277-82, 2001.

BLALOCK, JANICE E JOINER, THOMAS. Interaction of Cognitive Avoidance Coping and Stress in Predicting Depressions/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 24, nº1, pp. 47-65, 2000.

BROMBERG, M. H. P. F. *A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto* – Ed. Psy II, Campinas, 1994.

BROMBERG, M. H. P. F. Ser Paciente Terminal: A Despedida. In: *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. Org. Berthoud, C. M. E. 2ªed., Cabral Editora Universitária, Taubaté, cap. 3, pp. 65-90, 1998.

CAMPOS, T. C. P. *Psicologia Hospitalar*. Ed. Pedagógica Universitária, São Paulo, 1995.

CARTER, B. e MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*. 2ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M. M. M. J. *Introdução à Psiconcologia*. Editorial Psy II, Campinas, 1994.

CARVALHO, M. M. M. J. *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. Ed. Summus, São Paulo, 1998.

CHIPPERFIELD, J. G. E HAVENS, B. Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *Journal of Gerontology*, 56B, (3), pp. 176-186, 2001.

CLARO, J. A. Câncer da próstata. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 57 (12), ed. 12/2000, matéria 607 disponível em: www.cibersaude.com.br
Acesso em 18.06.01.

COHEN, S. e RABIN, B. S. Psychological Stress, Immunity, and Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(1), pp. 3-4, 1998.

COLLINS, P. 'Negotiating Selves': Reflections on 'Unstructured' Interviewing' *Sociological Research Online*, vol. 3, no. 3 (1998). Disponível em: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/2.html>. Acesso em 15.05.01

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: *Sexualidades Brasileiras*, pp. 150-159, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

DEITOS, T. F. A. e GASPARY, J. F. P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. *Ver. Brás. Cancerol.*, 43(2), pp. 117-25, 1997.

FENTIMAN, I. *Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama*. Trad. Walquiria Settineri, Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

FERRARI, C. e HERZBERG, V. *Tenho câncer; e agora? Enfrentando o câncer sem medos ou fantasias*. Ed. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, São Paulo, 1998.

FOLKMAN, S. Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 46, nº4, pp.839-52, 1984.

FOLKMAN, S. e LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, pp. 150-170, 1985.

FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 50; nº 5, pp. 992-1003, 1986.

FRISTACH, C. E. *Câncer de mama: um desafio*. Disponível em: http://www.icav.com.br/ensino/mama_desafio.html Acesso em 02/07/01.

FUHRER, R. e STANSFELD, S. A. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one or multiple sources of support from "close persons". *Social Science & Medicine*, 54, pp. 811-825, 2002.

GENOLET, A. Relación de la profesión de trabajo social y rol asignado a la mujer, in "Género y salud V Jornada de investigación de la Facultad de Psicología UBA"; coordinadora Graciela Zaldúa, Eudeba, Buenos Aires, 2000.

GIANAKOS, I. Gender Roles and Coping with Work Stress. *Sex Roles: A Journal of Research*, ed. Junho, 2000.

GIAMI, A. Social research on sexuality: contextual and interpersonal approaches. *AIDS*, vol. 10 (Supl. A), pp. 191-196, 1996.

GIMENES, M. G. Definição, Foco de Estudo e Intervenção. In: *Introdução à Psico-oncologia*, coord: M. M. M. J.Carvalho, cap. 2, pp. 35-56. Ed. Psy II, Campinas, 1994.

GIMENES, M. G. *A Mulher e o Câncer*. Editora Psy, São Paulo, 1997.

GONZALEZ, H. Enfermagem em oncologia. *Série Apontamentos Saúde*, Senac, São Paulo, 1994.

HABER, S. *Câncer de Mama: Manual de Tratamiento Psicológico*. Trad. Fernando Fontán, Ediciones Paidós Ibérica, Buenos Aires, Argentina, 2000.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa*. Disponível em: www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa Acesso em 26/07/02.

IZQUIERDO, M. J. Uso y abuso del concepto de genero. In: *Pensar as diferenças*, org: Mercedes Vilanova, cap. 1, pp. 31-53, Ed. Universitárias, Barcelona, Espanha, 1994.

IZQUIERDO, M. J. Cancer and Gender. *JGSM – The Journal of Gender-Specific Medicine*. Disponível em: www.mmhc.com/jgsm Acesso em 16/04/01.

JANZEN, B. L. Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature. Disponível em: <http://www.pwhce.ca/pdf/janzen.pdf> Acesso em 26/07/02.

KOVÁCS, M. J. Avaliação de qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: *Psico-oncologia no Brasil – Resgatando o viver*, org: M. M. J. Carvalho, cap. 3, pp.159-185, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

KOVÁCS, M. J. *Atendimento psicológico em unidade de cuidados paliativos*. Disponível em: www.cibersaude.com.br/Revistas.asp?id_materia=521&=fase Acesso em 18/06/01.

LANE, SILVIA T. M. *Psicologia Social: O homem em movimento*. Ed. Brasiliense, São Paulo, 2001.

LA ROCQUE. Espectro de atividades NK em um grupo populacional brasileiro. *Ver. Brás. Can.* V.34, nº 1, pp. 19-25, 1988.

LAURENTI, M. A. *Variações da Adaptação e Sentimentos Depressivos em Mulheres com Suspeita de Câncer de Mama*. Tese de doutorado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

LESHAN, L. *O Câncer como Ponto de Mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. Tradução de Denise Bolanho, Ed. Summus, São Paulo, 1992.

LIEBLER, C. A. e SANDEFUR, G. D. Gender Differences in the Exchange of Social Support with Friends, Neighbors, and Coworkers at Midlife. Disponível em: <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/2001-12.pdf> Acesso em 14/06/02.

LOIOLA, A. *Tratamento do câncer de próstata: O que mudou?* Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfm?libdocID=12145/12870>. Acesso em 14/06/01.

LOPES, A. *Câncer: A doença, o paciente, a terapêutica, o médico e o hospital*. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/canc1-html> Acesso em 1/04/01.

MAIER, S. F. e WATKINS, L. R. Cytokines for Understanding Behavior, Mood, and Cognition. *Psychological Review*, 105, pp. 83-107, 1998.

MALAGRIS, L. E. N. Relação Médico-Paciente: Uma visão cognitivo-comportamental. *Caderno de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, v.5(1), pp.77-85, 1999.

MATTHEWS-SIMONTON, S. *A família e a cura – o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença*. Trad: Heloisa de M. A. Costa, Ed. Summus, São Paulo, 1990.

MATTOS JR, D. e FONSECA, L. L. *Atlas Ilustrado: Diagnóstico e Estadiamento*. Lemos Editora, São Paulo, 1998.

MCDANIEL, S. H; HEPWORTH, J. e DOHERTY, W. J. *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

MEDEIROS, M. *A influência da psicoterapia no tratamento oncológico*. Unifesp: Setor de Gastro-oncologia. Disponível em: <http://www.agendasaude.com.br/materias/cod-329> Acesso em 07/01/02.

MEIJER SA, SINNEMA G, BIJSTRA JO, MELLEBERGH GJ, WOLTERS WH. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Soc Sci Med.*, 54(9), pp.1453-1461,2002.

MICELI, A. V. P. Pré-operatório da paciente oncológico: uma visão psicológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol.44(2), 1998.

MILLER, M. The "impossible grief:" Working with Couples who have Lost a Child. *New Scholarship in the Human Services*, 2 (1), 2003. Disponível em: http://fsw.ucalgary.ca/currents/megan_miller/miller.htm Acesso em 10/08/03.

MORAES, C.M. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: *Introdução à psiconcologia*. Org: Maria Margarida de Carvalho, cap. 2, pp. 57-64, Ed. Psy II, Campinas, São Paulo, 1994.

MOTTA, M. C. M. *Psiconeuroimunologia*. Disponível em: <http://ioh.medstudents.com.br/imuno5.htm> Acesso em 25/07/2001.

MUSTIN, R.T.H. e MARECEK, J. *The meaning of difference*. *American Psychologist*, vol. 43; n. 06; pp. 455-464, 1988.

NAVARRO, F. *Somatopsicodinâmica das biopatias: interpretação reichiana das doenças com etiologia desconhecida*. Trad: Maria Elisa Araújo, Ed. Relume e Dumará, Rio de Janeiro, 1991.

NEME, C. M. B. *Ganhos dos pacientes oncológicos como tratamento psicológico*. Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Ciências da UNESP BAURU, 1999.

OEI, S.G. et al. Utility and Validity of the STAI with Anxiety Disorders Patients. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 29, pp. 429-432, 1990.

OSKAMP, S. e CONSTANZO, M. *Gender: Issues in Contemporary Society*. Sage Publications, Califórnia, EUA, 1993.

POCCIONI, M. T. La importancia de la perspectiva de género para el diseño de políticas sociales en el campo de la salud. In: *Género y Salud - V Jornada de investigación de la Faculdade de Psicología UBA*. Coord: Graciela Zaldúa, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2000.

QUINTANA, A. M; SANTOS, L. H. R; RUSSOWSKY, I. L. T. e WOLFF, L. R. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(4), pp. 45-52, 1999.

REEVY, G.M. e MASLACH, C. Use of Social Support: Gender and Personality Differences. *Sex Roles: A Journal of Research*, abril, 2001

RODRIGUEZ, L. L. R. *Estudo da modulação de atividade "natural killer"*. Dissertação de Mestrado em Biologia Apresentado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 1987.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar In: *As mudanças no ciclo de vida familiar*, cap. 4, pp. 373-391, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

ROWLAND, J. H. Intrapersonal Resources: Coping. In: *Handbook of Psycho-oncology*. Cap. 4, pp. 44-57, org: Holland, J. S, NY, 1990

ROYO, E. M. C. *La Psico-oncologia*. Disponível em:
<http://www.opotanco/Apal/psicooncologia.htm> Acesso em 05/06/02.

SALES, C. A. C. C.; PAIVA, L.; SCANDIAZZI, D. e ANJOS, A. C. Y. Qualidade de Vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), pp. 263-72, 2001.

SAVÓIA, M.G. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vols. 25 e 26, pp. 377-386, 1999.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R. e MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*, v. 7, n 1/2, p.183-201, São Paulo, 1996.

SCHNOLL, R. A.; HARLOW, L. L.; STOLBACH, L. L. e BRANDT, U. A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, pp. 69-77, 1998.

SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica. In: *E a Psicologia Entrou no Hospital*. Cap. 3, pp.147-180, org: Angerami-Camon, V. A.; Chiattonne, H. B. C.; Sebastiani, R. W.; Fongaro, M. L. H. e Santos, C. T, Ed. Pioneira, São Paulo, 1998.

SEGAL, S. M. *Desfazendo Mitos: Sexualidade e Câncer*. Ed. Agora, 1994.

SILVA, C. N. *Como o Câncer (des)estrutura a família*. Ed. Annablume, São Paulo, 2000.

SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S. e CREIGHTON, J. L. *Com a vida de novo*. Tradução de Heloísa de M. A. Costa, Ed. Summus, São Paulo, 1987.

SOARES, E. G. B. Serviços de Psico-Oncologia em Hospitais. In: *Psico-oncologia no Brasil - Resgatando o viver*. Cap. 2, pp.99-103, org: M. M. M. J. Carvalho, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. *Câncer de Mama*. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/htmls/artigos.htm> Acesso em 02/04/01.

STEGINGA, S. K. The Supportive Care Needs of Men With Prostate Cancer. *Psycho-oncology*, 10, pp. 66-75, 2001.

STOLLER, R. J. *Masculinidade e Feminilidade: apresentações do gênero*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

STROBE, M. e STROEBE, W. *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. New York: Cambridge University, 1993.

TAJER, D. e VEGA, D. Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular, In: Zaldúa, G., *Género y Salud - V Jornada de Investigación de la Facultad de Psicología UBA*. Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2000.

TAVARES, J. S. C. *O processo de enfrentamento do câncer em famílias de mulheres com câncer de mama*. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal da Bahia, 2002.

TRIVINÓS, A. W. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. Ed. Atlas, São Paulo, 1987.

WAN, G. J.; COUNTTE, M. A. E CELLA, D. The influence of personal expectations on cancer patients' reports of health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, v.6, pp. 1-11, 1997.

WATSON, M e PETTINGALE G. S. Emotional Control and Autonomic Arousal in Breast Cancer Patients. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 28, n.6, pp. 467-74, 1984.

WHITE, E. Coping with Stress: Are There Differences Between Genders? Undergraduate Journal of Psychology, Vol. 13, 2000, University of North Carolina. Disponível em: <http://www.uncc.edu/psychology/UJOP/UJOP%202000/White%202000.html> Acesso em 15/03/02.

ZURUTUZA, C. Modelo para la promoción de la salud y los derechos de las mujeres y jóvenes de sectores populares. In: *Género y Salud - V Jornada de Investigación de la Facultad de Psicología UBA*, org: G. Zaldúa, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2000.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, autorizo o psicólogo Marcelo Márcio Siqueira Gianini, CRP 06/42144-7, a realizar consultas ao prontuário clínico e a efetuar entrevista gravada em áudio, de modo que as informações coletadas sejam utilizadas eticamente para fins de pesquisa sendo, portanto, garantido o sigilo e a preservação da minha identidade em publicações ou eventos científicos.

Fica aqui estabelecido que a partir do momento que eu comunicar ao psicólogo que não me interesso mais em participar da pesquisa, esta autorização será anulada, não alterando a continuidade e as opções de meu tratamento.

São Paulo, de _____ de 2003.

_____ (declarante)

RG _____

Marcelo Márcio Siqueira Gianini

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A. Dados Pessoais

Nome; Idade; Sexo; Escolaridade; Profissão; Estado Civil (tempo de co-habitação); Número de Filhos; Residência; Tipo de câncer; Tratamento realizado, Tratamento atual, Estadiamento.

B. Informações sobre a doença

Qual é o seu problema de saúde? Quando você foi diagnosticado?

Como foi para você receber o diagnóstico?

A quais tratamentos você se submeteu? Como foi?

Qual tratamento você faz atualmente?

O que você entendeu que estes tratamentos podem fazer por você?

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma? (funcionamento físico, psíquico, social)

C. Apoio Social

Como é a relação com seu médico e equipe responsável por seu tratamento? Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico? A sua família tem conhecimento do seu diagnóstico? Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares? Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles? Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente? Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

D. Situação Financeira

Por causa de sua doença e/ou tratamento sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras para ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

E. Crença Religiosa

Você segue alguma religião? Você acredita na existência de um ser superior? Qual o impacto desta crença em sua vida, neste momento? Sempre foi assim?

F. Aspecto Emocional

Como você está se sentindo ultimamente? O seu estado emocional se altera em determinadas horas do dia? Você tem se sentido triste, desanimado e sem vontade de viver? Você tem feito “grande esforço” para se animar? Você tem se sentido ansioso/preocupado com tudo ou em estado geral de alerta? Você tem se sentido extremamente irritado e impaciente? Você tem chorado muito? Você está tomando alguma medicação para estes sintomas?

ANEXO C - QUESTIONÁRIO BASEADO NO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

(FOLKMAN E LAZARUS,1985)

O que você fez depois que recebeu o diagnóstico? Como se sentiu?

Contou para alguém o que estava acontecendo?

O que as pessoas diziam? Como você se sentiu?

Mudou sua relação com as pessoas?

Os seus hábitos se modificaram depois da doença?

Você dorme bem? Tem insônia?

Ficou muito preocupado(a)? O que mais o(a) preocupa?

Qual a origem da sua doença? A que atribui sua doença?

Como buscou forças para enfrentar o problema?

Pensou em ignorar a doença?

O que pensava que iria acontecer? Foi como imaginava?

Quais mudanças ocorreram em sua vida depois da doença?

Você se modificou?

Como você se sente hoje? O que é mais importante para você?

Tem atividade sexual? Depois da doença alterou sua vida conjugal?

Sente sua masculinidade/feminilidade alterada?

Teve medo? Quais pensamentos te acompanham hoje?

O que tem sido mais difícil para você?

O que você tem feito para aliviar o momento que está enfrentando? Você acredita que está resolvendo?

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida? O que o(a) ajudou a superá-la?

ANEXO D - FATORES DE ENFRENTAMENTO

(FOLKMAN & LAZARUS, 1986)

Fator 1- *Confronto*: descreve os esforços agressivos para alterar a situação (e.g., “lutei pelo que eu queria”, “tentei achar o responsável e fazê-lo mudar de idéia”). Esse tipo de enfrentamento também sugere um grau de hostilidade (e.g., “eu expressei minha raiva para a pessoa que causou o problema”) e de correr um certo risco (e.g., “corri o risco ou fiz algo muito arriscado”, “eu fiz algo que sabia que não ia dar certo, mas pelo menos eu estava fazendo alguma coisa”).

Fator 2- *Afastamento*: descreve os esforços em se desligar de alguém (e.g., “não deixava que aquilo me atingisse _ eu me recusava a pensar muito sobre isso”, “tentava esquecer a coisa toda”). Outro tema diz respeito a ter uma percepção positiva (e.g., “inteirei-me da situação; eu me recusei a levar isso muito a sério”, “tentava olhar o lado positivo das coisas”).

Fator 3- *Autocontrole*: descreve os esforços em regular os próprios sentimentos (e.g., “eu tentei não demonstrar meus sentimentos”, “eu não contei para os outros o quanto as coisas estavam ruins”) e ações (e.g., “eu tentei não fechar todas as portas, mas deixar algumas possibilidades em aberto”, “eu tentei não agir muito apressadamente ou seguir meu primeiro impulso”).

Fator 4- *Apoio social*: descreve os esforços em procurar apoio na informação (e.g., “falei com uma pessoa para me informar melhor sobre a situação”), no apoio concreto (e.g., “falei com uma pessoa que podia fazer algo concreto sobre o problema), e no apoio emocional (e.g., “aceitei o apoio e a compreensão de uma pessoa”).

Fator 5- *Aceitação de responsabilidade*: reconhece o seu próprio papel no problema (e.g., “eu me critiquei, reprovei minha atitude”, “percebi que eu mesmo trouxe o problema”) com um tema concomitante de tentar consertar as coisas (e.g.,

“eu me desculpei ou fiz algo para me desculpar”, “eu fiz uma promessa para mim mesmo de que as coisas seriam diferentes da próxima vez”).

Fator 6- Fuga-esquiva: descreve o pensamento mágico (e.g., “eu desejava que a situação desaparecesse ou que ela se resolvesse de algum modo”) e esforços comportamentais para escapar ou evitar a situação (e.g., “eu tentava me sentir melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc”; “evitava a companhia das pessoas em geral”; “dormia mais do que o costume”). Estes itens, que sugerem fuga e evitação, contrastam com os itens da escala de afastamento, que sugerem desligamento.

Fator 7- Resolução de problemas: descreve os esforços deliberados de focalizar o problema para alterar a situação (e.g., “eu sabia o que tinha que ser feito, então redobrei meus esforços para fazer com que as coisas funcionassem”) em conjunto com uma aproximação analítica do problema (e.g., “eu fiz um plano de ação e o segui”, “cheguei a algumas soluções diferentes para o problema”).

Fator 8- Reavaliação positiva: descreve os esforços em criar um significado positivo, focalizando o crescimento pessoal (e.g., “eu mudei para melhor ou cresci como pessoa”, “eu saí da experiência melhor do que entrei”). Também tem um significado religioso (e.g., “encontrei uma nova fé”, “eu orei”).

ENTREVISTAS

Entrevista H1

Qual é o seu problema de saúde? Como foi descoberto?

“Tive câncer de próstata em 1996. Sentia a bexiga cheia e não conseguia urinar, também doía muito. Fui ao médico e ele disse para mi, que tinha que me operar”.

Como foi para você receber o diagnóstico?

“Fiquei chateado, eu não queria operar, mas fui obrigado”.

A quais tratamentos você se submeteu e como foi?

“Fiz a cirurgia e depois tratamento hormonal. Foi ruim, fiquei todo estranho depois da cirurgia”.

Estranho como?

“Não fiquei mais como era sexualmente. Não consegui mais ter relação”.

Qual tratamento você faz atualmente?

“Quimioterapia; já fiz 4 sessões”.

O que você entendeu que estes tratamentos possam fazer por você?

“Acho que vai me curar; é muito difícil todo tratamento, mas com fé em Deus, vai me curar”.

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma? (funcionamento físico, psíquico, social)

“Muito aborrecimento, fico nervoso, cansado, sinto enjoô”.

Como é a relação com seu médico e a equipe responsável por seu tratamento? Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico?

“Eles me tratam como amigo, como irmão. Pergunto tudo o que tenho vontade”.

A sua família tem conhecimento do seu diagnóstico? Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares?

“Sabem, conto tudo a eles. Minha atual esposa me acompanha. Meus filhos moram no interior. Eles ficaram tristes quando souberam. São bons, me ajudam em tudo o que preciso”.

Casou-se novamente? O que houve?

“Minha esposa morreu em 1997, então arrumei outra mulher para cuidar de mim”.

Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles?

“Não tenho amigos, não senhor. Meus amigos são minha esposa e meus filhos que não me deixam faltar nada”.

Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente? Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

“Minha esposa, ela é minha companheira. Conto tudo a ela, ela me apóia, fica comigo o dia todo”.

Por causa de sua doença e/ou tratamento sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras de ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

“Não me falta nada, meus filhos não deixam faltar. O convênio cobre o tratamento. Mas, tive que fazer vários cortes, tomo remédios caros.”

Você segue alguma religião? Você acredita na existência de um ser superior?

“Sempre fui fiel, sou católico. Rezo terço todos os dias”.

Sempre foi assim?

“Me apeguei mais em Deus”.

Como você está se sentindo ultimamente?

“Me sinto quase curado. Mas, fico triste, não faço mais as coisas como antes”.

Você é nervoso? Toma algum medicamento?

“Sou muito irritado e impaciente. Não tomo nada não, remédio só quando dói”.

O que você fez depois que recebeu o diagnóstico?

“O médico me deu um papel e fui fazer o tratamento pelo SUS. Não tinha o convênio, eu fiz depois”.

Contou para alguém o que estava acontecendo?

“Minha esposa estava junto”.

Sua primeira esposa?

“Isto mesmo”.

O que as pessoas diziam? Como você se sentiu?

“Meus filhos e minha esposa, sempre me apoiaram muito, me davam esperança. As pessoas de fora acham que a gente vai morrer”.

O que seus amigos e vizinhos lhe diziam?

“Não comento com ninguém, as pessoas de fora acham que a gente vai morrer”.

Os seus hábitos se modificaram depois da doença?

“Fiquei mais quieto, desanimado, não saio pra nada”.

Você dorme bem?

“Durmo pouco. Acordo várias vezes para ir urinar”.

Ficou muito preocupado? O que mais lhe preocupa?

“Não me preocupo. Está diminuindo o PSA!”.

Qual a origem da sua doença? A que atribui sua doença?

“Não sei o que pode ter sido isto. Nunca fui vadio, não bebi, não fumei. Fui selecionado para ter isto. Sofrer salvar a alma”.

Poderia me explicar melhor?

“Fui muito mulherengo, então veio como castigo”.

Como buscou forças para enfrentar o problema?

“A fé e a crença em Deus. Só Ele pode dar e tirar a vida. Com a ajuda dos médicos, claro”.

Pensou em ignorar a doença?

“Nunca”.

O que pensava que iria acontecer? Foi como imaginava?

“Pensei que não iria sobreviver”.

Você se modificou?

“Sim, muito. A mulherada, os prazeres não vale nada na vida”.

Como você se sente hoje? O que é mais importante para você?

“Feliz, por crer em Deus”.

Você tem atividade sexual? Depois da doença alterou sua vida conjugal?

“Depois do câncer perdi a vontade. O médico tirou meus testículos, fez sem me avisar. Não tive mais ejaculação”.

Sente sua masculinidade alterada?

“Fiquei chateado, depois eu me conformei”.

Teve medo? Quais pensamentos te acompanham hoje?

“Estou tranquilo. Não penso em nada. Sei que está tudo bem comigo, não preciso me preocupar. A doutora diz que está tudo bem”.

O que tem sido mais difícil para você?

“Agora está tudo bem”.

O que você tem feito para aliviar o momento que está enfrentando?

“Rezo, peço a Deus”.

Você acredita que está resolvendo?

“Claro que sim, só Deus pode salvar”.

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida?

“Não”.

Entrevista H2

Qual é o seu problema de saúde? Como foi descoberto?

“Em 96, tive câncer de próstata. Fui obrigado a operar, estava com dor. A cirurgia foi tranqüila, o problema que fiquei foi por causa da anestesia”.

Como assim? Anestesia?

“Doeu muito, até hoje eu faço tratamento por causa dela”.

A quais tratamentos você se submeteu e como foi?

“Fiz a cirurgia e depois hormonioterapia. Agora eu faço quimioterapia. Depois de 3 anos o médico operou o testículo, fiquei chateado. Rapaz, ele não precisava ter tirado”.

E como você se sentiu?

“Antes eu não era mais que ninguém, agora me acho meio inferior”.

O que você entendeu que estes tratamentos podem fazer por você?

“Tudo faz parte do tratamento, agora estou bom”.

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma? (funcionamento físico, psíquico, social)

“É... não sou mais o mesmo. Já sou velho.”

Como é a relação com seu médico e com a equipe responsável por seu tratamento? Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico?

“São legais. Gosto de todo mundo aqui no hospital”.

A sua família tem conhecimento do seu diagnóstico? Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares?

“Minha esposa me acompanha em tudo. Ela é muito preocupada. Se preocupa mais do que eu”.

Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles?

“É boa, conversamos bastante. Tenho dois cunhados que também tiveram o mesmo problema. Um mora aqui perto, o outro em Portugal. Pensei que aqui as coisas estavam mais avançadas, mas ele se curou primeiro”.

Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente? Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

“Então, contamos como é para cada um. Minha esposa me ajuda muito”.

Por causa de sua doença e/ou tratamento sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras de ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

“Não mudou, não”.

Você segue alguma religião? Sempre foi assim?

“Católico, sempre a mesma coisa. Peço para Deus e a meus santos: Nossa Senhora e Sto. Expedito”.

Como você está se sentindo ultimamente?

“Tudo bem. Acho que estou melhorando. Só não gosto de ficar sozinho”.

Você é nervoso? Toma algum medicamento?

“Não. Sou tranquilo”.

O que você fez depois que recebeu o diagnóstico? Como se sentiu?

“O médico primeiro me operou e depois me disse o que eu tinha. Já tinha operado mesmo, estava prendendo a bexiga”.

Contou para alguém o que estava acontecendo?

“Para a minha família, não é segredo pra ninguém. Não tem que esconder”.

O que as pessoas diziam? Como você se sentiu?

“Que acontece com muitos homens. Meus 2 cunhados tiveram. É normal com a idade.”

Os seus hábitos se modificaram depois da doença?

“Fiquei mais caseiro, agora eu quero é ficar em casa com a minha esposa. Não gosto de sair de casa. Antes eu passeava mais”.

Você dorme bem?

“Às vezes acordo para urinar”.

Ficou muito preocupado? O que mais lhe preocupa?

“No começo. Agora eu já acostumei”.

Qual a origem da sua doença? A que atribui sua doença?

“À idade, é normal. Eu nunca fiz exames”.

Como buscou forças para enfrentar o problema?

“O dia-a-dia foi me conformando”.

Pensou em ignorar a doença?

“Não. Ela vem e temos que cuidar. Deus manda”.

O que pensava que iria acontecer? Foi como imaginava?

“Foi mais complicado do que eu imaginava”.

Você se modificou?

“Sou a mesma pessoa”.

Como você se sente hoje? O que é mais importante para você?

“Viver o dia-a-dia com minha esposa, minha família e amigos”.

Você tem atividade sexual? Depois da doença alterou sua vida conjugal?

“Não, fui perdendo a vontade, não consegui mais. O carinho pela minha esposa sempre permaneceu o mesmo. Queremos muito bem um ao outro, nos conhecemos desde criança”.

Sente sua masculinidade alterada?

“Sim, alterou; agora me sinto inferior”.

Teve medo? Quais pensamentos te acompanham hoje?

“Não, nada é difícil”.

O que você tem feito para aliviar o momento que está enfrentando? Você acredita que está resolvendo?

“Assisto TV, gosto de jogo”.

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida?

“Não”.

Entrevista H3

Qual é o seu problema de saúde? Como foi descoberto?

“Tenho câncer de próstata. Sentia muita dor ao urinar então fui ao médico”.

Como foi para você receber o diagnóstico? O que sentiu?

“Para mim foi normal, meus filhos sentiram mais do que eu; encarei naturalmente. Eu tinha medo da cirurgia que foi sugerida pelo médico inicialmente, mas depois ele resolver fazer outro tratamento”.

O que o assustava na cirurgia?

“Afetar minha virilidade, ter incontinência urinária”.

A quais tratamentos você se submeteu?

“A 3 incisões de braquiterapia, 25 sessões de radioterapia e bloqueio hormonal.”.

O tratamento afetou sua ereção?

“Sim”.

Qual tratamento você faz atualmente?

“Quimioterapia”.

O que você entendeu que estes tratamentos podem fazer por você?

“Reduzir o tumor. O médico disse que as pessoas que fazem este tratamento se curam, não é?”

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma? Mudou alguma coisa? (físico, psíquico, social)

“Embora estava aposentado, eu trabalhava com comércio de carro, tive que parar. Também parei de fumar, fiquei mais caseiro; hoje faço caminhada e tenho amigos aposentados. Tenho casa na praia e um sítio; não vou lá há muito tempo, gostaria de voltar lá curado. Tenho receio de passar mal estando dirigindo”.

O que tem sido mais difícil para você?

“Os efeitos da quimioterapia me deixam enjoado; comparecer no hospital toda semana”.

O que você tem feito para diminuir o impacto do tratamento?

“Procuro ficar calmo, não lembrar da doença, durmo bastante, cuido das minhas criações (cachorros), também jogo bastante no computador”.

Você acredita que está resolvendo?

“Sim, me distraio bastante, tenho muitos amigos, hoje eu faço caminhadas; nunca gostei de atividades físicas”.

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida? *“Sim, quando meu filho levou um tiro e quando meu sobrinho morreu.”*

O que ajudou a superá-la?

“A minha família que é muito unida”.

Como é a relação com seu médico e com a equipe responsável por seu tratamento?

Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico?

“Só tenho a elogiar; são todos ótimos, atenciosos, dedicados. Alguns são mais difíceis de lidar, mas me sinto à vontade, sim.”

Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares?

“Sim, minha família sempre me acompanha em todo momento. Sempre algum filho me acompanha; posso contar com eles, sim”.

Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles?

“Ótima; converso muito com meus amigos e eles sempre perguntam como eu estou”.

Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente?

Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

“Sim, converso com minha família”.

Por causa de sua doença e/ou tratamento sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras de ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

“Não alterou minha vida financeira; o convênio cobre o tratamento”.

Você segue alguma religião? Você acredita na existência de um ser superior?

“Sim, católico. Com certeza”.

Qual o impacto desta crença em sua vida, neste momento? Sempre foi assim?

“Conversas, leituras. Não alterou, sempre fui assim.”

Como você está se sentindo ultimamente? Você dorme bem? Tem insônia?

“Bem, durmo bastante. Normal”.

O seu estado emocional se altera em determinadas horas do dia? Você tem se sentido triste, desanimado e sem vontade de viver?

“Não”.

Você tem feito “grande esforço” para se animar? Você tem se sentido ansioso/preocupado com tudo ou em estado geral de alerta?

“Não, eu sou muito nervoso, impaciente”.

Você tem se sentido extremamente irritado e impaciente? Você tem chorado muito?

Você está tomando alguma medicação para estes sintomas?

“Como lhe falei, sou nervoso e impaciente. Minha família fala bastante isto, então estou procurando melhorar. Não suporto coisas erradas e quando vejo reclamo mesmo. (Relata discussão que teve com um homem que parou o carro na frente da sua garagem). Não tomo calmante”.

O que mais o preocupa hoje?

“Nada, hoje faço o que tiver que fazer, nem ligo”.

Qual a origem de sua doença? A que atribui sua doença?

“Não sei, acontece; fatalidade”.

Entrevista M1

Qual é o seu problema de saúde? Como foi descoberto?

“Tive câncer de mama. Eu estava deitada no sofá, passei a mão no peito e senti uma bolinha. Fui ao médico, fiz mamografia, depois fizeram punção; foi quando disseram que o tumor era maligno”.

Desde quando você está doente?

“09.12.97”.

Que dia é este?

“É o dia da cirurgia. Sou boa de data”.

Como foi para você receber o diagnóstico? Como se sentiu?

“Eu fiquei assustada, desesperada, tive muito medo mesmo; eu não queria que fosse verdade”.

A quais tratamentos você se submeteu e como foi?

“Fiz cirurgia radical e depois quimioterapia por 06 meses, e neste tempo todo eu estava fazendo os exames regulares. Nos meses de Dez./Janeiro último, fiz o exame de sangue, mas como minha mãe estava muito doente (faleceu do coração), eu não levei o resultado do exame para o médico. Como eu estava sentindo muitas dores nas pernas fui ao ortopedista que solicitou ressonância, tomografia, cintilografia óssea; deu metástase na bacia”.

Qual tratamento você faz atualmente?

“Quimioterapia – 6 sessões e depois nova avaliação”.

O que você entendeu que estes tratamentos podem fazer por você?

“Para eu sarar; eu achava que já não tinha mais nada. Algumas amigas até diziam: - Acho que o médico não precisava ter retirado toda a sua mama. Eu dizia: imagina,

“você acha?... o médico sabe o que está fazendo! No início ele pedia exame todo mês, depois de 3 em 3 meses e, por último, de 6 em 6 meses”.

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma? Mudou alguma coisa?

“Ah, sim, estou mais sensível; eu tenho muitas dores nas pernas, dificuldades de locomoção, não estou fazendo nem os serviços, tenho que ficar de repouso”.

O que tem sido mais difícil para você?

“Ficar sem poder fazer minhas coisas, esta dificuldade de ficar em pé. Mas quando eu voltar a andar normalmente, vou assumir tudo”.

O que você tem feito para diminuir o impacto do tratamento?

“Converso com as pessoas, visitas, parentes, assistindo televisão, me alimentando melhor”.

Você acredita que está resolvendo?

“Sim, as dores estavam mais fortes, eu me sentia um bagaço”.

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida?

“Não, eu não me lembro de nada, não”.

Como é a relação com seu médico e com a equipe responsável por seu tratamento?

Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico?

“Fico à vontade, são muito bons”.

A sua família tem conhecimento do seu diagnóstico? Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares?

“Minha filha e meu marido me ajudam muito. Nos médicos, minha tia que me acompanha, minhas filhas e meu marido trabalham.”

Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles?

“Tranqüila, nunca escondi nada. Não quis fazer a reconstrução da mama, não pretendia mais ter filho, mesmo. Converso com as pessoas, sim”.

Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente?

Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

“Com minhas filhas, com meu marido e minha tia”.

Sua relação com seu marido mudou?

“Não, ele é muito carinhoso comigo. Na minha idade, já não ligamos tanto pra beleza”.

Por causa de sua doença e/ou tratamento sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras de ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

“Os remédios são caros e meu marido tem diabetes, também gasta com remédios. Ele trabalha muito, é taxista”.

Qual a origem de sua doença?

“Não sei, falam bastante coisa sobre o câncer de mama: gestões hereditárias, má alimentação, o jeito que vivemos hoje...”

Você segue alguma religião? Você acredita na existência de um ser superior?

“Sim, sou católica. Assisto as missas pela televisão”.

Qual o impacto desta crença em sua vida, neste momento? Sempre foi assim?

“Gosto de missa; aos sábados, quando podia, eu ia à missa do Padre Marcelo; eu sempre gostei muito de assistir. Passei a aceitar a vida como ela é, não adianta se revoltar”.

Como você está se sentindo ultimamente? Você dorme bem? Tem insônia?

“Desanimada quando dói; durmo bem”.

O seu estado emocional se altera em determinadas horas do dia? Você tem se sentido triste, desanimada e sem vontade de viver?

“Quando dói é muito ruim, tomo muitos remédios: moderatite, plasol, tilex, remédio de pressão. Estes remédios me afetam fisicamente”.

Você tem feito “grande esforço” para se animar? Você tem se sentido ansiosa/preocupada com tudo ou em estado geral de alerta?

“Preocupada com a situação financeira”.

Você tem se sentido extremamente irritada e impaciente? Você tem chorado muito?

Você está tomando alguma medicação para estes sintomas?

“Fico preocupada, mas não reclamo; não quero dar trabalho a ninguém”.

Qual a origem de sua doença? A que atribui sua doença?

“Não sei... ninguém na minha família teve”.

Entrevista M2

Qual é o seu problema de saúde? Como foi descoberto?

“Tomando banho eu senti minha mama diferente e marquei com o ginecologista, fui ao médico. Ele disse para eu tomar um remédio para desinchar. Não adiantou. Me mandou para o mastologista, foi necessário fazer uma biópsia. Quando voltei para pegar o resultado, ele falou que eu iria tirar a mama. Fiquei desesperada, chorei muito”.

O que você fez depois que recebeu o diagnóstico?

“O médico queria operar logo, pedi um tempo, eu não queria acreditar. Ele me deu uma semana, até sair os resultados dos exames. Eu quis ficar sozinha para não deixar os outros assustados; chorei muito sozinha”.

Contou para alguém o que estava acontecendo?

“Minha irmã estava comigo. E cheguei em casa e contei para meu marido e meus filhos”.

O que as pessoas diziam?

“Que eu iria me curar. Para não ter medo, não me preocupar”.

Como você se sentiu?

“Verdade, eu não entrego os pontos de jeito nenhum”.

A quais tratamentos você se submeteu e como foi?

“Fiz a cirurgia, mas mesmo operada eu fazia as coisas em casa. Depois, 44 sessões de radioterapia”.

Qual tratamento você faz atualmente?

“Agora eu faço quimioterapia”.

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma?

“Não, eu não tenho empregada e sempre fiz tudo em casa. Para falar a verdade... é uma mutilação muito feia. O primeiro banho é horrível, chorei muito, não conseguia me olhar. Sinto dores nas costelas, o médico disse que ficam hematomas. Qualquer dor me preocupa, pode ser a doença”.

Como é a relação com seu médico e com a equipe responsável por seu tratamento? Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico?

“Fico muito à vontade. Tive bons profissionais me orientando”.

Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares?

“Minha família sempre me paparicou muito. Somos muito unidos. Estamos sempre juntos. No médico eu vou sozinha, meus filhos e meu marido trabalham. Sempre fui muito disposta”.

Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles?

“As pessoas admiram, eu que dou força para os meus filhos. Pessoas que acham que estão doentes vêm falar comigo. Eu explico direitinho, que não é assim. Achar???? Tem que fazer exames”.

Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente? Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

“Os vizinhos são muito fraternos. Moramos lá há muitos anos. Converso bastante”.

Por causa de sua doença e/ou tratamento, sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras de ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

“Não houve alteração, não”.

Você segue alguma religião? Você acredita na existência de um ser superior?

“Católica. Meus santos sempre me ajudam. Sem Deus ninguém alcança nada”.

Sempre foi assim?

“Me apeguei mais ainda. Rezo muito, não vou em missa. Evito tumulto.”

Como você está se sentindo ultimamente?

“Estou muito melhor, chorava muito. De 6 quimios, 4 passei mal e voltei para o hospital. Tomei remédio para levantar a imunidade.”

Você é nervosa? Toma algum medicamento?

“Não, imagina... sou muito pra cima”.

Os seus hábitos modificaram depois da doença?

“Continuei com minha vida normal”.

Você dorme bem? Como é o seu despertar?

“Durmo a mesma coisa... nunca fui de perder o sono, também acordo cedo.”

Ficou muito preocupada? O que mais lhe preocupa?

“Ah... fiquei, quero ter minha vida normal. Cuidar dos meus filhos, da minha casa”.

Qual a origem da sua doença? A que atribui sua doença?

“Conversando com algumas pessoas, já pensei que pode ter sido por causa da perda da casa; tivemos uma queda financeira muito grande”.

Como buscou forças para enfrentar o problema?

“Em Deus, nas pessoas que me rodeiam, irmãos e família”.

Pensou em ignorar a doença?

“Não”.

O que pensava que iria acontecer? Foi como imaginava?

“Nunca achei que iria morrer”.

Você se modificou?

“Passei a ter mais consciência na vida”.

Como você se sente hoje? O que é mais importante para você?

“Hoje eu me sinto bem. Tive muito preconceito. Escondia o fato de ter tirado a mama. Eu queria que o mundo se abrisse e eu entrasse dentro”.

Você tem atividade sexual? Depois da doença alterou sua vida conjugal?

“Não é a mesma coisa. Eu e meu marido sempre dormimos agarrados, hoje sinto muito calor. Parou a menstruação, a secura também requer maior habilidade do parceiro”.

Sente sua feminilidade alterada?

“Não tenho mais disposição”.

Teve medo? Quais pensamentos te acompanham hoje?

“Fiquei com medo quando a minha cunhada morreu. Em pouco tempo, ela teve câncer e morreu. Aí fiquei assustada. Mas hoje vejo que cada caso é diferente”.

O que tem sido mais difícil para você?

“Me reservo, não fico me expondo”.

Está falando com relação a seu marido?

“Não, com ele é mais tranquilo. Ele me ajuda até fazer curativo. Digo com relação a outras pessoas. Quando vou comprar blusa e me oferecem algo mais decotado. Na praia, fico apreensiva, falo brincando para meu marido: fique de olho se o meu peito não sai nadando. E minha neta, quando quis tomar banho comigo? Que sufoco! Ela tem 4 aninhos. Ensaboei ela rapidinho, então ela disse: vovó, você tem um peitão e um peitinho!? Eu respondi rapidinho que sim e fui virando de costas.”

O que você tem feito para aliviar o momento que está enfrentando? Você acredita que está resolvendo?

“Contagem regressiva. Terminar logo o tratamento e voltar minha vida ao ritmo normal”.

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida? O que a ajudou a superá-la?

“Junto com tudo isto, perdi a minha casa. Fui para uma casa muito velha. Mas lutamos muito e reformei ela toda, junto com a cirurgia”.

Entrevista M3

Qual é o seu problema de saúde? Como foi descoberto?

“Notei meu peito diferente, ele estava ficando estranho, duro, não sei... diferente. Então, eu fui ao médico”.

O que você fez depois que recebeu o diagnóstico?

“Fui fazer novamente os exames, e procurei outro médico. Queria ver se era necessário operar mesmo”.

Contou para alguém o que estava acontecendo?

“Fui contando aos poucos; primeiro, só para o meu marido que sabia que eu ia ao médico. Depois, para minha filha, meus pais e meus sogros.”

O que as pessoas diziam? Como você se sentiu?

“Me irritavam muito, que não era nada... se eu não tinha visto a Ana Maria (Braga)... que eu iria tirar de letra. Achava isso tudo muito ruim”

A quais tratamentos você se submeteu e como foi?

“Tirei a mama, 25 sessões de rádio. Encarei, né... não é fácil.”

Qual tratamento você faz atualmente?

“Quimioterapia.”

Como foi para você receber o diagnóstico? Como se sentiu?

“Eu tive muito medo. Achei que iria morrer. Queria sumir de todo mundo”.

O que você entendeu que estes tratamentos podem fazer por você?

“Foi uma seqüência: tirei a mama e depois a rádio; e a químio era para prevenção”.

Os tratamentos afetam sua vida de alguma forma? Mudou alguma coisa?

“Nossa, totalmente! Eu saía mais, cuidava das coisas em casa. Agora, eu sinto fraqueza, não tenho ânimo”.

O que tem sido mais difícil para você?

“Esse tratamento é doloroso, sinto um calor que de repente some, minha boca seca, fica toda machucada”.

O que você tem feito para diminuir o impacto do tratamento?

“Tento não desanimar. Me preocupo com as coisas de casa, vou fazendo aos poucos; quando canso, deito um pouco. Também faço cromoterapia, fico mais tranqüila”.

Você acredita que está resolvendo?

“Acho que sim. Os exames serão feitos no final da quimioterapia”.

Você já atravessou alguma outra fase difícil em sua vida?

“Não; minha vida virou de cabeça para baixo.”

Como é a relação com seu médico e com a equipe responsável por seu tratamento?

Você se sente à vontade para fazer perguntas sobre o seu tratamento e prognóstico?

“Me dão atenção, pergunto tudo o que eu quero”.

A sua família tem conhecimento do seu diagnóstico? Como tem sido a relação com sua família desde o diagnóstico? Pessoas da sua família acompanham você a visitas médicas ou tratamentos? Você pode contar com seus familiares?

“Meu marido está sempre comigo. Mas eu não gosto, tem horas que eu queria estar sozinha, ele acaba me perturbando. Minha filha trabalha, coitada, eu não gosto de preocupar ela”.

Como tem sido sua relação com os amigos desde o diagnóstico? Você pode contar com eles?

“Nossa, apareceu tanta gente. Muita gente se preocupa. Me trazem simpatia, se oferecem para ajudar no serviço de casa”.

Você pode conversar com alguém sobre como você tem se sentido ultimamente?

Você tem recebido algum apoio por parte das pessoas?

“Falo com meu marido e minha filha. Só que eu não quero que se preocupem”.

Por causa de sua doença e/ou tratamento sua situação financeira mudou? De que forma? Você tem tido condições financeiras de ter acesso a tratamentos importantes para a recuperação de sua saúde?

“Muda... a gente gastava com outras coisas e agora tem que controlar mais”.

Você segue alguma religião? Você acredita na existência de um ser superior?

“Católica; mas nunca fui de freqüentar igreja”.

Qual o impacto desta crença em sua vida, neste momento? Sempre foi assim?

“Rezo muito, peço ajuda para superar tudo isso”.

Como você está se sentindo ultimamente?

“Cansada, vou sempre no hospital. Isso cansa”.

Mudou seu estado emocional? Está mais nervosa?

“Estou sem paciência. Não quero ir em local de multidão. Eu ia muito ao shopping, agora me irrita aquele monte de gente”.

O que mais a preocupa hoje?

“Onde vai parar tudo isso. Queria que nada disso estivesse acontecendo”.

Mudou sua vida conjugal?

“Não tenho paciência, não gosto que ele fique me olhando. Ele é bom, entende que eu não quero; fico nervosa”.

Sente-se menos feminina?

“A gente pára de pensar nisso. Não tem vontade de ter relação.”

Você se modificou? O que mudou para você?

“Fiquei mais sensível, aceitando as coisas como elas são”.

Qual a origem da sua doença? A que atribui sua doença?

“Não entendo por quê aconteceu comigo”.