

## **Núcleo de Extensão e Pesquisa (Nupex)**

**Curso: Medicina**

**Equipe:**

Professor Coordenador/orientador: **Edmundo de Oliveira Gaudêncio**

Alunos: **Ana Maria da Silva Anselmo**

**Diego Maciel Cavalcanti**

# **PERCEPÇÕES DA MASTECTOMIA: o que dizem médicos e pacientes quanto à comunicação do diagnóstico de câncer de mama e mastectomia?**

**Relatório de Pesquisa**

**Campina Grande**

**2010**

**EDMUNDO DE OLIVEIRA GAUDÊNCIO**

**PERCEPÇÕES DA MASTECTOMIA: o que dizem médicos e  
pacientes quanto à comunicação do diagnóstico de câncer  
de mama e mastectomia?**

Relatório de pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

**Campina Grande**

**2010**

## RESUMO

No presente trabalho, objetivando discutir questões atinentes ao comunicado do diagnóstico de câncer de mama e/ou mastectomia, os autores fazem uma revisão da literatura médica sobre o câncer mamário, bem como sobre mastectomia, destacando a questão do comunicado de tal ocorrência clínica e da eventual necessidade de tal cirurgia. Constituindo-se como trabalho empírico, de campo, embasado nos princípios metodológicos característicos da abordagem qualitativa, foram ouvidas seis pacientes e seis médicos (ginecologistas e mastologistas), número esse determinado pelo “princípio de saturação”, tal como proposto por Minayo (1992), sendo o material coligido submetido a análise, nos moldes preconizados pela Hermenêutica. Das inferências feitas quanto à forma e conteúdo do comunicado diagnóstico de câncer e/ou mastectomia, dá-se destaque à necessidade da formação médica estar investida de princípios humanitários e técnicos que possibilitem melhor acolhimento das demandas formuladas pelas pacientes que se encontram em tal situação-limite, dadas a ansiedade, a angústia e os lutos de que se reveste tal situação.

## **ABSTRACT**

In the present work, with the objective of discussing issues concerning the communication of the breast cancer diagnosis and/or mastectomy, the authors endeavour a revision of the medical literature on breast cancer, as well as on mastectomy, pointing out the issue of the communication of such clinical event and of the occasional need of such surgery. Construed as an empirical field work, based upon the methodological principles of the qualitative approach, six patients and six physicians (oncologists, gynaecologists, breast specialists) were listened, a number which was determined by the “saturation principle”, as proposed by Minayo (1992), being the gathered material subjected to analysis, according to the patterns established by the Hermeneutic. From the conclusions on the form and content of the cancer diagnosis and/or surgery communication, it is emphasized the need for the medical formation to be invested with humanitarian and technical principles that allow the requests done by patients in this border-line situation to be acknowledged in a better way, given the anxiety, anguish and grieving inherent to it.

## SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2.0 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>2.1. OBJETIVO GERAL</b>	<b>11</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>11</b>
<b>3.0 METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Tipo de estudo</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Método de abordagem</b>	<b>12</b>
<b>3.3. População</b>	<b>12</b>
<b>3.4. Amostragem</b>	<b>12</b>
<b>3.5. Procedimentos de coleta de dados</b>	<b>13</b>
<b>3.6. Instrumentos de coleta de dados</b>	<b>13</b>
<b>3.7. Procedimentos analíticos</b>	<b>14</b>
<b>3.8. Aspectos Éticos</b>	<b>14</b>
<b>4.0 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>4.1. O ponto de vista do médico</b>	<b>18</b>
<b>4.2. O ponto de vista da paciente</b>	<b>20</b>
<b>5.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>24</b>
<b>6.0 COMENTÁRIOS FINAIS</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE 2 – ROTEIROS PARA AS ENTREVISTAS</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE 3 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO HUAC</b>	<b>51</b>

## 1.0 INTRODUÇÃO

Para que possamos entender a gravidade de que se reveste o comunicado de um diagnóstico de câncer de mama, necessário se faz que o comunicante possua as informações técnicas imprescindíveis. Daí a urgência da discussão das premissas que se seguem, quando serão expostas noções básicas sobre o próprio câncer; sobre sua principal modalidade de tratamento, a mastectomia; e sobre os aspectos emocionais envolvidos em tal situação, tanto pelo médico comunicante, quanto, evidentemente, pela paciente e/ou familiares. Isso posto, tenhamos.

Toda relação humana implica em dupla polaridade: o lado de cá, o lado de lá, o Eu e o Tu; ou o Eu e os Outros. Da mesma forma é a relação médico-paciente, à qual o médico e o paciente comparecem cada um com o seu Eu, ambos nomeando o outro como Tu. Nessa relação, um desses Eus estará fragilizado, considerado distante, por si e pelos outros, de seu Eu “normal”. Na relação assim instituída, qualquer falta de empatia proporcionará um desarranjo, uma tal desarmonia na relação médico-paciente que pode promover o completo fracasso da terapêutica, sobretudo em situações graves, como em caso de necessidade de mastectomia.

Pondo em termos práticos tal questão, havemos que perguntar: De que modo médicos e pacientes percebem a mastectomia? Quais são os conceitos e sentimentos vivenciados por uns e outros? Que lições se podem extrair do confronto dessas percepções?

O câncer de mama é o tipo de tumor mais comum nas mulheres (com exceção dos tumores de pele) e a segunda causa de morte por câncer entre mulheres, após o câncer de pulmão. Os homens também podem desenvolver câncer de mama, porém é raro, constituindo menos de 1% dos casos da doença. Se diagnosticado em fases iniciais, o câncer de mama tem ótimas chances de cura, com uma sobrevida de cinco anos em 97% dos casos. (INCA, 2008)

Trata-se de neoplasia relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas, acima dessa faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente, apesar dos enormes progressos alcançados nas últimas décadas nos campos do diagnóstico precoce e do tratamento. O Brasil classifica-se entre os países com maior incidência de câncer de mama em todo o mundo. Segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), para o ano de 2008, estima-se que atinja, aproximadamente, 50 mil mulheres no território nacional. Os dados epidemiológicos que estão disponíveis atualmente permitem considerar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil. (INCA, 2008)

É, provavelmente, uma das moléstias mais temidas, devido à sua elevada frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos, que comprometem não apenas a integridade física, mas também a relação que a paciente estabelece com seu corpo, uma vez que a mama é o símbolo corpóreo, por excelência, da feminilidade, da beleza, da sexualidade e da maternidade.

Diante desse comprometimento, a literatura científica especializada afirma ser o diagnóstico do câncer de mama acompanhado do surgimento de sintomas intensos de estresse, ansiedade e depressão, face ao temor da mutilação, do sofrimento e da morte, além da eclosão e/ou acentuação de conflitos psicológicos e transtornos psiquiátricos. (INCA, 2008)

Muitas mulheres que desenvolvem o câncer de mama não apresentam fatores de risco, porém os estudos científicos mostraram que existem, sim, fatores que aumentam a chance de aparecimento da doença: faixa etária acima dos 50 anos; já ter tido câncer de mama aumenta a chance do desenvolvimento da neoplasia no outro seio; ter parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) diagnosticados com câncer de mama, elevando-se ainda mais as chances se houver mais de um parente com câncer de mama; menarca antes dos 12 anos ou menopausa após os 55 anos; nulíparas ou primíparas após os 35 anos. (ZELMANOWICZ, 2001)

Por outro lado, o tratamento do câncer de mama exige abordagem interdisciplinar visando ao tratamento integral da paciente, sendo a modalidade terapêutica mais freqüente a mastectomia, a qual, contudo, é um recurso altamente agressivo, que causa limitações físicas consideráveis e restringe a capacidade de movimentação corporal da mulher. Além disso, acarreta um

impacto psicossocial particularmente acentuado, visto que a mutilação mamária decorrente da remoção da massa tumoral afeta a auto-imagem e a sexualidade da mulher, gerando sentimentos de inferioridade e medo de rejeição por parte do parceiro (BARROS *et al* , 2001). A resposta à mutilação é individual e pode estar relacionada a fatores como idade, auto-estima, estado emocional e situação sócio-econômica. Como em qualquer mutilação, a mastectomia requer, além dos cuidados próprios à cirurgia, apoio emocional, objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da auto-imagem.

O medo da morte, a adaptação a uma nova imagem corporal, a reintegração à vida familiar e sexual, a readaptação ao trabalho são partes de uma longa trajetória que poderá ser vivida com muitas dificuldades, especialmente quando não se contar com ajuda e orientação de profissionais preparados e treinados. Apesar de serem menos agressivas, as demais modalidades terapêuticas – sobretudo a quimioterapia e a radioterapia –, quase sempre associadas à mastectomia, também causam debilitação física considerável e despertam repercussões psicossociais importantes, pois geram efeitos colaterais diversos, dentre os quais se destacam queda dos cabelos, escurecimento da pele, emagrecimento, surgimento de edemas e infertilidade. (BARROS *et al*, 2001).

Apesar do conhecimento das alterações psicológicas enfrentadas pelas mastectomizadas, presenciamos, ainda, uma abordagem médica enfocada quase que exclusivamente em procedimentos técnicos, em detrimento da subjetividade da paciente, ameaçada pela gravidade da patologia e do imaginário social que a cerca.

Condições graves como o câncer e, por conseguinte, a mastectomia, trazem consigo uma série de associações simbólicas, podendo afetar profundamente a maneira como as pessoas percebem sua doença e o comportamento de outras pessoas com relação às portadoras da condição patológica. Daí a importância de um estudo direcionado para as conseqüências psicológicas geradas pela mastectomia. A representação do câncer, como um mal, exprime um sentimento de desvalorização social; dessa forma, a doença não é apenas um desvio biológico, mas também um desvio social, onde o doente se vê como um ser socialmente desvalorizado.

É necessário compreender que a enfermidade consiste em uma experiência e, assim sendo, é resultado de uma interpretação. Ela adquire, portanto, um sentido particular à medida que é interpretada. Assim, a análise dos sentidos particulares deve considerar a construção histórico-social da mastectomia na configuração desses significados e interpretações individuais compartilhados nos diferentes grupos sociais. No caso específico do câncer, Gimenes (1998) destaca que significados e interpretações acerca da patologia e das situações que lhe estão associadas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença.

Tendo em vista a escassez de literatura que relate o confronto das percepções de médicos e pacientes em relação à mastectomia, desenvolvemos este estudo como eventual contribuição sobre o tema. Através dos resultados e do espelhamento das opiniões da população estudada, acreditamos estar contribuindo para com a discussão sobre a humanização dos cuidadores das pacientes mastectomizadas, de forma que passem a encarar o câncer como uma doença e não como enfermidade, ou seja, tomando a patologia não apenas como matéria clínica, mas como objeto das ciências humanas.

As mulheres com câncer de mama, que precisam se submeter à mastectomia e suas famílias necessitam de suporte constante por parte dos profissionais de saúde, com vistas a equilibrarem as complexas conexões entre a doença e a possibilidade da recorrência. Assim, este trabalho busca a compreensão de como se processam seus sentimentos, a partir da experiência do tratamento, enfocando as conseqüências advindas do processo traumatizante que é a mastectomia, compreendendo os fenômenos mais evidentes decorrentes de tal procedimento médico.

Isso porque, viver com uma doença estigmatizante, como o câncer de mama, dá margem a um processo de significação, gerado pela percepção que as mulheres tinham sobre a doença, possibilitando-lhes a reformulação de pré-concepções e a elaboração de novos conceitos sobre ter uma doença incurável. Esse processo é resultado ainda da interpretação da experiência de viver com a doença e seu tratamento, o qual tem a mastectomia como um de seus procedimentos mais agressivos, gerando sentimentos e atitudes que

refletem um elevado grau de incerteza existencial instalado a partir da revelação do diagnóstico e das concepções pessoais a respeito da doença.

Os fenômenos a serem identificados poderão ser utilizados para conscientizar os profissionais de saúde sobre os significados que as mulheres atribuem à mastectomia, bem como os medos que vivenciam no cotidiano de sua doença. Além disso, apontam as limitações enfrentadas por elas, tanto físicas como psicossociais, possibilitando a implementação de estratégias que as levem a se adaptar a essa nova situação e a melhorar sua qualidade de vida.

Cabe então defender, através deste estudo, a realização de pesquisas que busquem conhecer as repercussões psico-sócio-culturais da mastectomia, uma vez que sinalizará possibilidades de desenvolvimento de intervenções efetivas direcionadas à assistência integral em prol de um tratamento mais eficaz e com conseqüências atenuadas.

Tais repercussões podem estar em grande medida determinadas pela forma como é feito o comunicado da doença cujo tratamento implica em mastectomia. Objetivando investigar tal questão, foi aplicada, a médicos e pacientes, uma entrevista semi-estruturada, quando, dentre as questões formuladas, uma, pertinente ao diagnóstico, se sobressaiu: Como se dá a vivência de tal situação, tanto no que toca aos médicos, quanto no que tange a pacientes?

## **2. OBJETIVOS**

No desenho deste trabalho, são estes os nossos objetivos:

### **2.1 - OBJETIVO GERAL**

Analisar as percepções de pacientes e médicos acerca do câncer de mama e da mastectomia.

### **2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Analisar as vivências, por parte de médicos e pacientes, quanto ao comunicado do diagnóstico de câncer de mama e de mastectomia.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 - Tipo de Estudo**

Este estudo, em função da natureza de seu objeto, possui as características de uma investigação empírica, de campo, descritiva, analítica e de abordagem qualitativa.

#### **3.2 - Método de Abordagem**

O método é indutivo em sua forma incompleta ou científica, uma vez que parte de observações particulares para chegar a generalizações, como produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares (COSTA *et al*, 2000).

#### **3.3 - População**

A população deste estudo foi constituída por 06 pacientes mastectomizadas do grupo de apoio de Campina Grande, PB e por 06 médicos, mastologistas, oncologistas e ginecologistas, do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), Campina Grande, PB.

#### **3.4 - Amostragem – Critérios de Inclusão e Exclusão**

Trabalhamos com uma amostra intencional, uma vez que estabelecemos critérios para seleção das pacientes e médicos participantes. Os critérios de inclusão neste estudo se restringiram a:

- Haver sido diagnosticada como portadora de neoplasia mamária maligna e ter sido submetida à mastectomia.
- Fazer parte do grupo de apoio às pacientes mastectomizadas de Campina Grande, sendo participantes ativas do mesmo.
- Ser médico (a) mastologista, oncologista ou ginecologista do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).
- Dispor-se a participar de forma espontânea desta investigação.

Evidentemente foram excluídos da amostragem todos os outros sujeitos que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

Para delimitação da amostra, utilizamos o critério de saturação das informações coletadas nas entrevistas. Bauer e Gaskell (2002) relatam que “o processo de seleção é interrompido quando se torna claro que esforços adicionais dão lugar a retornos decrescentes”. Segundo Sá (1998), o critério de saturação apóia-se na repetição das informações, argumentos e discursos. Estes autores afirmam, ainda, que contar opiniões ou pessoas não é objetivo da pesquisa qualitativa, no entanto, faz-se necessário explorar o imaginário das opiniões como também as diversas idéias sobre o assunto pesquisado.

### **3.5 - Procedimentos de coleta de dados - O campo e a coleta de dados**

Os dados foram coletados junto a médicos (as) do Hospital Universitário Alcides Carneiro e junto a mulheres do Grupo de Apoio às pacientes mastectomizadas.

Os dados foram coligidos após obtenção da assinatura do Termo de Autorização Institucional para Realização de Pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados, respectivamente, pelo Diretor daquele Hospital e por pacientes e médicos (as) participantes da pesquisa. Tais procedimentos estão em conformidade com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ética na Pesquisa Envolvendo seres Humanos (BRASIL, 1996).

O representante legal da instituição, através do Termo de Autorização, e o usuário e seu responsável, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram informados da origem da pesquisa, dos objetivos, dos procedimentos para coleta de dados, além de terem assegurado o anonimato e o sigilo das informações consideradas confidenciais.

Para procedermos à coleta de dados, os horários para o encontro dos pesquisadores com as pacientes e os médicos foram previamente agendados, tentando não prejudicar a sistemática de atendimento adotada naqueles serviços.

### **3.6 - Instrumentos de coleta de dados**

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos:

- Entrevista semi-estruturada objetivando recolher, através de discursos, as percepções de pacientes e médicos (as) acerca do diagnóstico de câncer de mama e de mastectomia.

### **3.7 - Procedimentos Analíticos**

- A análise dos discursos se inspirou nos pressupostos da hermenêutica (SCHLEIERMACHER,1999). A análise dos dados seguiu os seguintes passos:
  - ✓ Tomada das entrevistas;
  - ✓ Transcrição das entrevistas;
  - ✓ Constituição de um *corpus*, ou seja, organização do conjunto das entrevistas que foram submetidas à análise.
  - ✓ Codificação das temáticas identificadas. A codificação consiste numa transformação das informações “brutas”, contidas nas entrevistas, através de recorte e análise temática à luz de textos científicos.

### **3.8 - Aspectos Éticos**

Os aspectos éticos que permearam o estudo desenvolvido estão alicerçados na Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, uma vez que se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos. Assim sendo, objetivando manutenção do anonimato, os nomes de nossos entrevistados são substituídos por apelidos fictícios.

#### 4. REVISÃO DA LITERATURA:

Objetivando compreender mais de perto a situação clínica no âmbito da qual se coloca o comunicado do diagnóstico de câncer de mama – que leva frequentemente à mastectomia –, é se impõe a presente e necessária revisão literária.

Dispensa-se dizer que o câncer de mama e a mastectomia produzem graves repercussões psíquicas para a paciente. Na relação clínica estabelecida em tais situações, geralmente, para o médico, a mastectomia é apenas uma técnica, enquanto para a paciente é sinônimo de luto.

Segundo os gregos, a relação médico-paciente deveria estar alicerçada em forte sentimento entre as partes, indo do médico ao doente e do doente ao médico. (HOSSNE, 2002, pág. 108). Esse sentimento profundo é o da amizade, isto é, a *filia*. O médico deveria exercer sua competência com amor (não o erótico, mas o amigável) pelo ser humano (filantropia) e com amor pela técnica médica (filotecnia); a filotecnia só teria sentido se posta a serviço da filantropia, isto é, a serviço do doente. (HOSSNE, 2002, pág. 108).

O exercício da Medicina traz um importante desafio no estabelecimento de uma adequada relação entre o médico e o paciente. Na Oncologia, essa situação é bastante evidenciada diante da gravidade do diagnóstico, potencializada pelas inseguranças, incertezas e mitos que cercam o câncer.

No câncer de mama, temos uma situação ainda mais delicada, quando da necessidade da realização da mastectomia, pois ocorrerá uma mutilação da paciente, com fortes repercussões psicológicas e sociais.

Necessário lembrar que existem diversos tipos de câncer de mama; logo, o tratamento não é o mesmo para todas as mulheres e depende de muitos fatores, incluindo o tipo de células cancerosas, o quanto a doença está disseminada e o tamanho do tumor em relação à mama. Dessa forma, o tamanho do tumor, junto à certeza ou suspeita de disseminação da doença

para outras partes do corpo, determinam a seqüência do tratamento. Frequentemente, neoplasia maligna da mama maior que dois centímetros será tratada com terapia sistêmica (quimioterapia), antes da cirurgia, com o objetivo de diminuir o tamanho do câncer e mensurar a resposta ao(s) quimioterápico(s) usado(s). Se o tumor não diminuir com um regime quimioterápico, ele pode ser substituído por outro anti-neoplásico para que um resultado mais efetivo seja obtido. (PESSOA *et al*, 2007).

A mastectomia é cirurgia realizada para a retirada da mama com finalidade terapêutica para o câncer de mama. Existem três tipos principais de tratamento cirúrgico para o câncer de mama: *mastectomia radical modificada*, *mastectomia total* e *mastectomia segmentar (parcial)*. Estas também podem incluir biópsia de linfonodo sentinela, com ou sem esvaziamento linfonodal axilar. (BARROS *et al*, 2001)

De acordo com Coberlline (2001), estudos realizados com mulheres indicam que, ao receber o diagnóstico de câncer da mama, a mulher começa a enfrentar um momento difícil em sua vida, passando a vivenciar três etapas diferentes e complexas: primeira, o diagnóstico de estar com câncer, palavra carregada de sentimento negativo em nossa sociedade; segunda, a realização de um tratamento muito longo e agressivo, muitas vezes com necessidade de retirada parcial ou total da mama para restabelecimento da saúde; e, a terceira, a aceitação de um corpo marcado e a convivência com essa imagem.

Percebe-se, assim, que o câncer da mama causa alterações físicas, sociais e emocionais gerando um grande impacto na vida das mulheres. Esse impacto pode ser mensurado por escalas de qualidade de vida. Os estudos revelam pior qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia quando comparadas àquelas submetidas à cirurgia conservadora da mama (MAKLUF *et al*, 2006). Bergamasco e Ângelo (2001) destacam, como características desse impacto psicossocial, preconceitos, medo da morte, sofrimento pela mutilação, sentimentos de desvalorização social.

Incluir medidas de qualidade de vida na prática clínica parece ser, então, um grande desafio. Portanto, diante do impacto, tanto físico quanto emocional e social causado pelo câncer de mama, essas medidas parecem ser cruciais para avaliar determinadas intervenções e as conseqüências da doença na vida dessas mulheres.

Segundo Maluf (2004), a partir do momento em que a mulher descobre que tem um nódulo na mama, tem início um processo interno de dúvidas e incertezas que podem ou não ser amenizadas através do exame físico e exames radiológicos. Havendo a confirmação de que aquele achado é um tumor maligno, a mulher passará por várias fases de conflito interno que oscilam desde a negação da doença, quando a paciente (e familiares) procuram diversos profissionais na esperança de que algum deles lhe dê um diagnóstico contrário aos achados, até à fase final, quando há a aceitação da existência do tumor.

Esses conflitos são demonstrações das alterações psicológicas por que passam a mulher portadora de câncer de mama e seus familiares, e que não terminam com a cirurgia, mas que vão além, com tratamentos mediante quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

A mulher portadora de câncer de mama, fica evidente, passa por vários lutos ao longo do processo de tratamento: o primeiro pela própria possibilidade de câncer; o segundo, quando do diagnóstico; o terceiro, quando do tratamento cirúrgico; um quarto luto gerado pela perda da imagem corporal e correlatos; um quinto luto causado pelas possíveis limitações conseqüentes à cirurgia e um sexto e último causado pelas quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, com todas as suas conseqüências como, por exemplo, a perda de cabelos, tão caros à imagem corporal feminina. (FREIRE e MASSOLI, 2006)

Bem entendido, o processo de luto é, por definição, um conjunto de reações diante de uma perda, envolvendo uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem, de acordo com Parkers (1998).

No sentido empregado por Freud (apud KAPLAN e SADOCK, 2000, p.339), pode significar tanto o afeto da dor como sua manifestação externa. Para ele, “o luto é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém”.

Na realidade, o processo de luto pelo qual passa a mulher com câncer de mama é um momento em que esta tem a oportunidade de entrar em contato com seus conteúdos internos, confrontando-os com a nova realidade, necessitando, com isso, elaborar sua nova auto-imagem, no contato com uma nova realidade, neste caso, o câncer de mama. Esse processo é doloroso,

acompanhando-se desde tristeza até depressão profunda, além de sentimentos como angústia, medo e desesperança. Assim, é sobretudo importante que a equipe médica que acompanha a paciente fique atenta aos sinais de problemas psicológicos, interagindo de forma mais sensibilizada e humanizada para com a paciente, frente ao luto pelo corpo perdido, pela feminilidade "roubada", sentimentos de menos valia por ser "menos mulher que as demais" que possuem seios.

Frente a tudo isso, como pacientes mastectomizadas percebem a mastectomia e suas implicações psico-sociais e, mais ainda, como médicos, notadamente ginecologistas, oncologistas e mastologistas, percebem os mesmos fatos, quais sejam, o câncer de mama e a mastectomia? Menos estudados que pacientes, o que se sabe acerca da forma como médicos percebem a mastectomia? Quais sentimentos vivenciados? Face à lacuna literária, responder a tais questões coloca-se como a originalidade maior deste trabalho, estudando precipuamente isto: como médicos e pacientes vivenciam o diagnóstico de câncer de mama e/ou da necessidade de mastectomia?

#### **4.1 – O ponto de vista do médico**

Com o surgimento do profissional médico, tivemos também o surgimento da relação médico-paciente, sendo esse um aspecto que sofreu mudanças com o passar do tempo e a descoberta de novas técnicas. De acordo com Caprara & Rodrigues (2004), o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética também contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade; as novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente; a tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação.

Le Shan (1992) afirma que a formação médica atual é orientada por uma ótica newtoniana, que considera o paciente como uma máquina com problemas, e não como uma pessoa. Por outro lado, o ambiente hospitalar tende a separar os pacientes de acordo com a doença ou o problema que

apresentam e os procedimentos hospitalares objetivam manter a conveniência da equipe hospitalar, e não o conforto do paciente. A equipe hospitalar é, assim, orientada a lutar contra a doença e não a favor do paciente, muitas vezes adotando condutas que não são autorizadas, nem mesmo entendidas, pelos pacientes. Dessa forma a maior parte da equipe que se responsabiliza pelo paciente, no entanto, não está realmente preocupada com o paciente como indivíduo, mas com a extirpação da doença e com a manutenção do status da instituição hospitalar que, por estar inserida num contexto capitalista, visa o lucro.

De acordo com Smith, *apud* Filho (2007), os avanços da medicina não estão reconhecidamente associados à maior satisfação dos médicos com a profissão. Por sua vez, os pacientes encontram-se descontentes, no que se refere à relação com os médicos. Esses fatores, somados à preocupação com o aumento dos custos com a assistência e a eclosão de questões conflituosas entre usuários e prestadores de serviços na área de saúde, conferem um interesse renovado a estudos e reflexões sobre a relação médico-paciente.

Jaspers, citado por Caprara (1999), enfatiza a necessidade de a medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, assumidos impropriamente pela psicanálise e esquecidos pela medicina, perseguindo um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados.

De acordo com Helman (1984), a racionalização científica da medicina moderna, baseada numa mensuração objetiva e quantitativa, bem como na visão dualista mente-corpo, subestima a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, com os significados que a doença assume para o paciente e seus familiares. Segundo Arrow (1963), médicos e pacientes, mesmo pertencendo à mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes; e além dos aspectos culturais, é relevante observar que médicos e pacientes não se colocam no mesmo plano, demonstrando ser, o relacionamento médico-paciente, uma relação assimétrica, na qual o médico detém um conhecimento do qual o paciente é excluído.

Ao tratar da saúde, Gadamer, referido por Caprara (1999), destaca os atributos da prática do médico na produção da saúde, profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar. Em todo o processo diagnóstico e

terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da arte médica. Gadamer (1994) conduz à reflexão sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Essa proposta, para a qual várias outras convergem, aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico.

A proposta de Gadamer (1994) também aponta para a formatação de um profissional preparado para não só para cuidar da patologia biológica do paciente, mas, sobretudo, para associar a enfermidade a fatores sociais, econômicos, psicológicos e culturais, quando o indivíduo deve ser investigado em todos os parâmetros possíveis da sua existência como ser humano.

A importância do conceito de ser humano complexo, sendo visualizada sobre vários parâmetros, deixa, no mínimo, a idéia de que esse ser deve receber investigação ampliada. Isso não impede que um único profissional perceba todas as informações necessárias e peculiares referidas ou visualizadas junto ao paciente. Importante, também, faz-se o diálogo entre paciente e profissional, na tentativa de se estabelecer uma terapêutica interdisciplinar, formulada por vários profissionais, onde cada membro desse relacionamento participaria como peças de um quebra-cabeça que, juntas, mostram uma imagem e geram um sentido, objetivando maior e melhor compreensão do que, para o nosso caso, são o câncer de mama e a mastectomia.

#### **4.2 – O ponto de vista da paciente**

De acordo com Melo *et al* (2002), quando a mulher é diagnosticada como portadora de câncer de mama, ela vivencia sentimentos de medo, tristeza e negação, associados à importância da mama como símbolo da feminilidade e, também, devido ao medo relacionado aos tratamentos que

poderão ser indicados, entre os quais se incluem a mastectomia e a quimioterapia.

O câncer de mama e seu tratamento constituem-se em traumas psicológicos para a maioria das mulheres. A danificação da mama, símbolo do corpo carregado de sensualidade, altera a auto-imagem feminina, gerando sentimentos de inferioridade e rejeição. Muitas mulheres sentem-se envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas, o que interfere em sua vida afetiva e sexual. Além disso, os tratamentos complementares como a radioterapia e a quimioterapia também provocam distúrbios na identidade feminina, pois podem acarretar aumento de peso e calvície, entre outros sintomas. (CARVALHO, 1994; QUINTANA et al., 1999)

Quintana *et al.* (1999) afirmam que é muito comum as mulheres com câncer de mama negarem a doença e as modificações corporais que ela acarreta, pela impossibilidade de lidar com a angústia que o diagnóstico desperta. Essa negação vai desde a situação em que a paciente rejeita totalmente a existência da doença e, conseqüentemente, seu tratamento, até aqueles casos em que a paciente lança mão da recusa, mesmo sabendo que tem câncer, embora siga acreditando que se trata de outro tipo de patologia. Algumas vezes, a paciente desloca sua preocupação para outro fato, como os problemas familiares. Acrescentam aqueles autores que a estreita ligação entre o câncer de mama e a mastectomia como forma de tratamento constitui-se como um dos principais fatores responsáveis pelo retardo na procura de atendimento médico após a detecção de algum nódulo mamário.

Outro fator é a representação do câncer como uma sentença de morte. Ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama, a paciente se defronta com o sentimento de portar uma doença identificada como incurável e cujo tratamento passa pela mutilação de uma parte do corpo fundamental para sua identidade feminina, obrigando-a a constatar sua fragilidade e seu desamparo, o que se constitui numa situação traumática. (BRAZ, 2001)

Para Arán *et al* (1996), as pacientes que se submetem à mastectomia apresentam maior índice de depressão em relação à população normal, o que é atribuído à alteração física decorrente da cirurgia. São comuns também os sentimentos de raiva com relação à doença, angústia, mecanismos de negação, medo e fantasias de morte.

Os primeiros meses de reabilitação de uma mastectomia são caracterizados pelo movimento de reorganização para uma re-inserção no mundo individual, social e espacial, visto que a mutilação decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. A forma como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta sua existência são pontos cruciais para o necessário entendimento da nova dinâmica que a vida dessas mulheres assume (BERVIAN & GIRARDON-PERLINI, 2006; FERREIRA & MAMEDE, 2002).

Um dos principais fatores que influenciam na imagem corporal da mulher é caracterizado pelos parâmetros que a sociedade impõe para a identificação do que seria um corpo feminino perfeito. A sociedade valoriza o corpo perfeito como essencial na atração sexual, e isso pode ser observado nos meios de comunicação, nos quais são utilizados corpos esculturais para vender os mais variados produtos, além do aumento significativo do número de cirurgias plásticas para implante de silicone. Nesse aspecto, a mastectomia pode provocar conseqüências importantes na vida da mulher em razão das modificações estéticas decorrentes e, assim, desencadear novas reações relacionadas ao próprio corpo e às demais pessoas. (PRADO, 2002).

No momento em que a mulher decide submeter-se à cirurgia, observa-se uma intensa busca por resolver rapidamente o seu problema, ocorrendo, dessa forma, um aspecto reconfortante, quando a mulher acredita estar colocando limites à enfermidade, vez que a remoção cirúrgica do tumor e as conseqüências do tratamento trazem a segurança de não se ter de preocupar com a doença. Entretanto, o alívio causado por essa etapa tem fim num curto período, quando a mulher se conscientiza, cognitiva e emocionalmente, iniciando-se o luto diante das consecutivas perdas. (BERGAMASCO & ANGELO, 2001; MALUF, J. M. & BARROS, 2005).

Para Fialho e Silva (1993), a ausência de orientações sobre o real estado de saúde, bem como sobre procedimentos terapêuticos e finalidades do tratamento agravam as preocupações e dificultam a aceitação das mudanças ocorridas.

O apoio da família é muito importante para a recuperação da mulher, pois ajuda a criar um sentimento de controle e esperança, uma vez que, junto à

família, a mulher pode mapear o futuro, preparando estratégias para enfrentar os possíveis acontecimentos. Além de que o processo de reabilitação da mulher mastectomizada é positivamente influenciado pela qualidade do relacionamento conjugal e a participação do marido nas etapas do tratamento. (RODRIGUES et al., 1998). Ou seja, o relacionamento marital, quando existente, é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, já que, por consequência da mutilação proveniente da mastectomia, a mulher tem sua auto-imagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e auto-estima. Dessa forma, nesse momento em que ela se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do companheiro se torna imprescindível para essa reestruturação psíquica (Arán et al., 1996).

Sabe-se que o câncer de mama e a consequente mutilação causada pela cirurgia não afetam apenas as relações familiares: as relações sociais são profundamente afetadas, já que o câncer ainda possui uma conotação de contágio e terminalidade, causando preconceito por parte das pessoas. Aliado a esse aspecto, o constrangimento associado à doença estigmatizante, o qual frequentemente leva a mulher a se afastar do seu convívio social. (MELO, SILVA & FERNANDES, 2005). E mais: Em sua pesquisa com um grupo de mulheres com câncer de mama, Caliri *et al* (1998) afirmam que o câncer trouxe profundas modificações na vida e na maneira de ver o mundo dessas pacientes e a espiritualidade costuma assumir uma dimensão mais ampla.

Tudo isso nos leva a afirmar que sim, constitui-se como matéria imprescindível o estudo de tais questões, considerando-se o fim específico a que se destina a Medicina: não apenas o atendimento à doença, mas ao doente; não apenas o tratar, mas o cuidar, sobretudo.

## 5.0 – RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Citando os “Direitos do paciente hospitalizado”, Gauderer (1998, p. 202) afirma: “Todo paciente tem direito [Art. 5º.] à informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico”.

Isso, porém, que se constitui como direito, constitui-se, também, como causa de ansiedade, angústia e luto, notadamente no que toca às informações referentes ao diagnóstico, sobretudo em situações graves, como o que ocorre em relação ao câncer e/ou à mastectomia. Ocasão solene, vez que ali estão colocadas todas as possibilidades ou impossibilidades para toda uma vida, na linguagem técnica do relatório do exame laboratorial, a situação de comunicado do diagnóstico consta, de um lado, angustiada, a paciente; do outro, o médico; entre os dois, o envelope geralmente branco, lacrado, remetido pelo laboratório. É nesses momentos em que mais se solicita humanidade no relacionamento médico-paciente.

Veza que o relacionamento médico-paciente é, antes de tudo, relação social, bem se percebe que na relação microsocial de comunicado de um diagnóstico estão, médico e paciente postos em situação de face-a-face: o médico, com suas apreensões técnicas, diante do paciente; o paciente, com seus medos, diante do médico. O que ali se espera do médico? E o que do médico espera a Medicina?

Em estado de espera, quando não de desespero, o paciente espera do médico honestidade, humanidade, atenção, esperando, também, a possibilidade senão de boas novas, pelo menos de esperança. Espera-se do médico, por outro lado, que possua conhecimentos técnicos relativos à matéria sobre a qual poderá ser questionado, esperando-se que possa acolher de forma amigável as demandas formuladas pela paciente a quem se comunica o diagnóstico. Nos entornos de ambos, os familiares, que sofrem às vezes mais

que a própria paciente quando de um diagnóstico desfavorável, uma vez que os diagnósticos favoráveis são quase sempre apenas e tão-somente motivos de júbilo, tal como no caso do comunicado de um teste gravídico a pais que ardentemente desejam um filho. Assim sendo, é fácil comunicar-se um bom diagnóstico. Difícil, porém, pelo menos para quem tenha sensibilidade, comunicar-se más notícias.

“Má notícia”, para Buckman (1992), pode ser conceituada como qualquer informação que implique em mudança grave, súbita e inesperada no futuro de alguém, geralmente determinando perdas, estando investida de sentido negativo.

Uma má notícia, sobretudo quando dada de forma equivocada, fria, distante, impessoal pode gerar ainda mais sofrimento, pelo descaso, por exemplo, com que seja feito o comunicado, o que apenas amplia os sentimentos de desvalimento e de menos-valia, por parte do paciente, diante de tal situação em que vida e morte se entrelaçam. Dessa mesma menos-valia pode sofrer o médico, muitas vezes tomado de sentimentos de impotência diante de um diagnóstico sombrio face ao qual faltem meios que providenciem a cura.

Entrementes, mais que de especulações este trabalho opera com discursos. E de que forma esse instante diagnóstico, vez que descortina todo um futuro ou sua impossibilidade, está posto para pacientes e médicos? Quais suas vivências a esse respeito? Vejamos, a partir do material coligido em campo, como estão postas tais questões, exigindo, o dizer de nossos entrevistados, longas citações, objetivando que melhor possamos apreender, nas falas de pacientes e médicos, o sentido do dito, sentido que tanto menos apreensível será, quanto mais truncadas forem as falas produzidas sobre a situação de diagnóstico.

Diz Dona H., 64 anos, casada, evangélica:

“Nunca pensei em câncer como morte, por que lá na rede, que é uma casa de apoio [em] que eu trabalho, eu sempre animava o pessoal, mas com aquela animação que eu nunca pensei que ia passar pela mesma coisa. Até esse dia eu tratava o câncer como uma gripe, não tinha medo, não tinha pavor,

como não tive. (...) Aí ele [o médico] disse abertamente: ‘Olhe ou você faz aqui e escolhe o especialista (e eu esperando que ele dissesse), ou então você vai prá São Paulo, por que deu um CA. Aí, eu disse: ‘O que é um CA?’ Eu ‘tava tão por fora que não entendi. Aí ele disse que a laranja que eu tinha achado no meu peito, que não era laranja não, era um câncer. Aí eu disse: ‘O que é que eu tenho que fazer’? (Ele depois disse a minha filha que quase cai da cadeira). Aí, ele respondeu que eu tinha que operar o mais depressa possível.

Afirma Dona O., 52 anos, casada, evangélica:

“Os dois piores momentos foram a notícia, quando eu recebi a biópsia, eu fiz uma punção e quando a médica me falou e ela foi muito sincera, que assim, a gente não gosta de ouvir aquilo, mas depois você agradece, por que eu não gostei realmente como ela me disse, ela me preveniu que ‘eu podia me preparar pra o pior’. Foram essas as palavras. Mas eu me preparei por que eu não fui com nenhuma ilusão para a cirurgia. Porque muitas pessoas ainda vão com muita esperança e talvez quando receba a notícia depois da cirurgia, talvez seja pior por que você já está passando pelo problema da cirurgia, já está debilitado e quando recebe aquela notícia que fez uma mastectomia talvez acho que seja um impacto maior e eu já tinha mais ou menos noventa por cento de certeza que eu ia fazer uma mastectomia; e o outro momento foi a quimio. Como todo mundo sabe, é um processo muito doloroso prá o paciente. Eu fiz a quimio, fiz a rádio e foi outra coisa muito marcante. (...) “Como ela já era médica da família, era uma pessoa conhecida já, não era uma pessoa que eu ao tinha contato e ela já me preparou. Ela disse que eu podia me preparar prá o pior por que ela não ia me enganar dizendo que eu poderia ir pra uma sala de cirurgia achando que não era nada. E realmente aquilo foi um choque pra mim, eu não gostei de ouvir, mas era a realidade. (...) Realmente eu acho que qualquer notícia que você vai receber e que não é boa você não quer ouvir, mas infelizmente era a minha realidade naquela hora.”

Relata Dona J.:

“O meu problema quando eu descobri foi num exame rotineiro. (...) Ele não teve coragem de me dizer, chamou minha filha e falou pra ela. (...) Ele não teve coragem de me dizer e me encaminhou para a doutora S. Eu fui para a doutora S. e quando cheguei lá, ela começou arrodando, desenhando, aí eu disse: ‘Oh, Dr<sup>a</sup> S., a senhora tá fazendo esse arrodio todinho pra me dizer que eu tô com um CA?’ Ela disse: ‘É, Dona J.’ Aí eu disse: ‘E daí, qual é o grau, como é que eu tô?’ Aí, ela disse: ‘Não, eu não dou cem por cento, porque cem por cento quem dá é Deus. Mas a senhora tem noventa e nove por cento de chance, porque o da senhora é no início, é uma microcalcificação.’ Então eu disse prá fazermos a cirurgia. Eu fiquei, claro, abalada, mas não tanto que chorasse, me desesperasse. Ao contrário, fiquei dando forças prá minhas filhas, por que a gente vinha de um período de muito sofrimento.

Expõe Dona S., 45 anos, solteira, espírita:

“Eu me desesperei no primeiro dia, mas depois não, eu comecei a procurar medidas, caminhos, o mais rápido possível. (...) Como a minha médica, além de médica, é minha amiga, eu nunca esqueço quando ela foi me dizer o diagnóstico. Ela começou a chorar e a bater o lápis numa folha de papel em branco, e chorava e a lágrima caía, e ficava dizendo: ‘Logo com você, com você... Poderia ter sido com qualquer pessoa, menos com você, esse tipo de câncer... Mas não se preocupe: eu vou ligar prá São Paulo... Vou atrás do meu professor e você vai sair dessa’. Mas ela chorou muito [tanto] que minha irmã, depois, sem eu saber, procurou-a e perguntou se ela tinha condições de me operar realmente, por que ela reagiu de uma maneira que a gente nunca esperava. Ela chorou muito. Ela chorava mais que eu própria. (...) Eu acho que eu só chorei uns dois dias, depois eu fiquei calma, querendo ver o que eu podia fazer, como era que eu ia deixar meu consultório, por que eu trabalho por conta própria e assim, na véspera da cirurgia, eu me olhava muito no espelho, é tanto que é uma revelação que eu nunca fiz: Eu me olhava muito no espelho e dizia ‘menina, como é que vai ser?’ “

Por outro lado, dizem os médicos:

Dr. O, mastologista, casado, católico, médico há trinta anos:

“A maior dificuldade que a gente encontra nesse relacionamento é que a paciente tem esse pavor de perder a mama. Então, quando ela faz uma biópsia de mama, ela cria uma esperança de que aquele tumor seja um tumor benigno. Ela pensa em um tumor maligno, mas existe dentro dela, mesmo com toda a suspeita, a grande esperança de que na realidade seja benigno. Então, quando ela recebe o histopatológico, [vez que] o patologista não tem contato com o paciente, ela traz esse resultado num envelope lacrado, e a gente vai abrir aquele envelope, vai ler, pois a gente não ‘tá sabendo. (...) Ela vai ficar de frente prá você, esperando uma resposta que pode ser de um tumor maligno ou de um tumor benigno, e a maior dificuldade é que você tem que dizer isso na hora: se é um tumor maligno, se é um tumor benigno. Geralmente, a gente, prá não dizer assim, que é um tumor maligno, eu, mais particularmente, eu começo a falar sobre o tipo de tratamento que deve ser feito nessa paciente. Então, nessa conversa, ela vai sentindo que aquilo ali se trata de um tumor maligno. Se você abrir um resultado e disser: a ‘A senhora ‘tá com um câncer de mama’, é um trauma, um choque violento. Então, tem que ir assimilando isso gradativamente. Você tem que falar inicialmente sobre o tipo de tratamento. Uma coisa importante que você deve dizer é que hoje as coisas estão mudadas; tem novas drogas de quimioterapia; a cirurgia a tendência é ser mais conservadora... Aí, você vai entrando nesse assunto, prá ela ir assimilando que aquele resultado dela é de um câncer de mama. (...) Eu falo sobre os tipos de tratamento, geralmente o tratamento de um câncer de mama se inicia com um tratamento cirúrgico, e dependendo do estadiamento desse tumor, depende do tamanho do tumor, do comprometimento axilar da paciente, então você tem que estabelecer, dependendo do estadiamento, o tipo de cirurgia, que é o tratamento inicial. E infelizmente, se o tratamento for a mastectomia, se for um tumor grande que você não pode fazer o tratamento conservador, aí você tem que explicar prá ela que o tratamento que traz maior benefício prá ela vai ser a mastectomia, mas que existe possibilidade de uma reconstrução mamária. Quando terminar aquele tratamento cirúrgico, vai haver

a necessidade de uma complementação do tratamento, com radioterapia, com quimioterapia e então, após esse tratamento, existe essa possibilidade de uma reconstrução mamária, e isso vai trazer pra ela conforto, porque, de qualquer maneira, uma reconstrução mamária vai devolver pra ela a estética, que é a principal que vai influenciar nessa negatividade dela. Então, você começa a falar sobre essa possibilidade da reconstrução mamária, pra trazer pra ela um conforto e uma segurança maior pra ela enfrentar esse tratamento. (...) A família, nessa hora, é a coisa mais importante. É tanto que à vezes a gente pede, exige, que traga uma pessoa da família, uma pessoa que ela confia, pra que a gente explique, também, porque, às vezes, na hora, a paciente fica tão sem rumo que fica sem resposta, sem chão, sem saber o que dizer... A gente acha até que a paciente aceitou muito bem e aquilo depois é que vem a ter efeito contrário. Quando uma paciente aceita instantaneamente numa boa, sem nenhum constrangimento, na experiência minha, não é bom, por que depois ela volta desesperada. É tanto que, quando a gente dá essa primeira notícia, seja qual for a reação da paciente, a gente pede que também venha uma pessoa da família, uma pessoa amiga que ela confie, por que dividir isso nesse momento é importantíssimo.”

Afirma a Dr. R., 34 anos, católica, solteira, 10 anos de profissão:

“Mas como é que a gente lida com isso? É explicando a importância e tentando estimular a paciente a não sentir aquilo como uma mutilação total da sua sexualidade, principalmente aquelas pacientes mais jovens; eu acho que a condição cultural, sócio-econômica acaba interferindo muito, mas o falar com a paciente e tentar explicar que realmente, pois você não pode dizer que não é nada, por que realmente pesa muito o lado mulher, mas é tentar mostrar pra ela que isso não é uma coisa que vai impedi-la de ter vida sexual, que é mutilante esteticamente, mas que ela pode tentar superar isso. (...) Eu costumo dizer o seguinte: tudo pode e deve ser dito, mas depende da forma como você diz. Então assim, a primeira coisa é que você tem que sempre falar a verdade, você tem que tirar aquele mito de que não pode dizer, que ao é pra falar a palavra câncer. A primeira coisa é que você tem que lidar com a verdade e conversar com a paciente, falar as possibilidades negativas e positivas tem que

ser ditas, mas tudo depende da forma como você vai dizer e abordar. Uma das coisas que eu costumo muito é dizer o que o paciente pergunta, por que você tem que entrar dentro do universo dele a partir do momento que ele se deixa entrar, você ao pode falar uma coisa quando ela não ta preparada pra ouvir e efetivamente é isso, é conversar de forma clara que ele entenda, no linguajar do paciente e se abrir pra ouvir o que o paciente tem a dizer, por que muitas vezes ele tem muito mais pra dizer do que pra ouvir, mas você tem que ouvir o que ele tem pra dizer, os medos, os anseios. (...) Você tem que perceber isso, o que ele ta sentindo e como está sentindo. Efetivamente isso ocorre muito ao diagnóstico, por que tem aquela fase de negação e de aceitação, e muitas vezes quando ela ta lutando já, na fase de lutar pela quimioterapia, na radioterapia ela já superou essa fase do baque, dos questionamentos e muitas vezes ela veio bem, sem questionar sem nada em todo o tratamento e no final do tratamento é que ela passa a questionar o que foi de seqüela que ela ficou, então isso você tem que ir lidando aos poucos e depende de cada paciente e do nível cultural de cada paciente.”

Afirma a Dra. S., mastologista, 46 anos, casada, católica, 20 anos de formação acadêmica:

“O que mais dificulta a relação médico-paciente no que se refere à mastectomia é o momento da notícia, é o medo que a paciente tem de ter câncer, pois o câncer ainda continua sendo realmente o maior temor, realmente elas tem um medo muito grande; elas vão fazer um exame com medo de já ter um câncer, de aparecer alguma coisa, então o que mais dificulta realmente essa relação é o medo da paciente, e que a gente tem que mostrar que nem tudo está perdido, você tem que ter uma boa conversa.(...) Eu acho que a maneira de contar à paciente é aos pouquinhos, mas você não tem que negar a uma paciente que ela tem câncer. Realmente eu não chego com o resultado e digo “olha isso aqui é um câncer”, então eu vou procurando meios de mostrar pra ela e depois do diagnóstico feito, eu tenho um atenuante em cima de tudo isso por que eu já passei pela mesma coisa, já tive um câncer de mama, e eu acho que até chegar pra paciente e dizer pra ela: olhe há cinco anos eu passei pela mesma coisa que você está passando; eu acho que pra

mim isso é muito bom de saber mostrar pra elas e elas se sentem, eu acho, com uma esperança maior. Eu continuo com minha vida do mesmo jeito, e pra mim, apesar da dor que é ter um câncer de mama, pra mim foi muita vantagem em relação à humanização.” (...) O que eu senti que mudou foi eu conseguir identificar o tamanho da dor da paciente, essa dor que eu sei que ela ta sentindo e pedir pra ela que ela processe realmente a dor, ela não pode negar aquela dor, então eu comecei a aprender, eu aprendi que a gente precisa processar as dores para que a gente enfrente o medo. Então não adianta você negar a dor. Quando chega marido, mãe, pedindo pra paciente não chorar, pois vai dar certo, eu digo que não, que ela precisa chorar que ela tem que processar a dor, por que aí você enfrenta. (...) Na verdade eu não me apavorei, eu achei que tinha que passar por isso, eu sou uma pessoa católica e tenho uma fé que eu não sabia que era desse tamanho, e em nenhum momento eu pensei assim:”ai meu Deus, eu tenho filho pequeno e vou morrer”, eu não pensei nisso; a única coisa que eu pensei foi que eu iria atrás de quem resolvesse isso pra mim, vou atrás de meu professor que foi quem me ensinou. O medo que eu tive foi como é que eu ia dizer a meu pai e a minha mãe, meus filhos eram menores na época mas eu não tive medo de morrer. Eu tenho tido uma preparação e psicologicamente venho me preparando por que um dia quando eu morrer tenho que deixar tudo organizado.”

Alega o Dr. J.L.

“Existem fundamentalmente três fatores, a idade, a paridade e a condição social da paciente. No caso da paridade, se a paciente já teve ou não filho, pois se teve já aceita mais a mastectomia do que uma paciente bem mais jovem e que ainda não teve um relacionamento com filho, o que é muito importante até por que faz parte da estética; embora fundamentalmente a mama seja um órgão funcional, pois ela tem uma definição como qualquer outro órgão e a função principal dela é a lactação. Então com relação à idade da paciente tem que se ter o cuidado, principalmente nas pacientes mais jovens, de alertar para se fazer uma mastectomia e uma reconstituição mamária, logicamente artificial, mas que continue com o processo da estética. (...) Na conversa com a paciente, a gente procura salientar o que é bom pra

saúde dela, a importância pra saúde de não ser portadora de um processo que vai culminar com um sofrimento grande e até mesmo passível de óbito. Por que a gente sabe que o câncer de mama é um câncer infalível e altamente violento. Então é necessário que a gente prepare psicologicamente a paciente, por que se sua paciente ta preparada psicologicamente para qualquer coisa a que venha se submeter, ela vai se dar muito bem, muito bem na cirurgia por que o cirurgião vai ficar mais a vontade, vai poder fazer uma maior exploração que vai dar uma condição de sobrevivência maior pra ela, uma mastectomia total, e se ela fica sabendo que ela vai ficar boa, ela não vai deixar fazer com sua mama o que for necessário.”

Afirma o Dr. R., oncologista, católico, 25 anos de profissão, casado:

“O que facilita, principalmente, é o grau de informação que a paciente tem, a educação, o preparo psicológico dessa paciente, a estabilidade emocional que essa paciente venha apresentando, não se esquecendo de um fator preponderante que é a questão da família, pois uma família bem estruturada, bem equilibrada, isso sinceramente ajuda bastante, e o que ajuda pouco, mas também tem seu ponto de referência é a questão do ciclo de amizade que essa paciente tem, dependendo do ciclo de amizade isso pode ajudar muito. Se você observar também tudo isso, mas se tiver, eu não chamaria propriamente de descontrole, mas um desequilíbrio de todos esses fatores, tiver um desequilíbrio psicológico da paciente, um desequilíbrio da família, da estrutura familiar e da questão também do ciclo de amizade isso prejudica em muito, tanto a questão da recuperação da paciente quanto a questão da execução do tratamento. (...) Quando você tem um tumor inicial, você passa por uma chance maior de dar um suporte psicológico melhor a essa paciente, pois se você tem um estágio I, essa paciente tem uma chance de mais de noventa por cento de cura, e vai ser muito mais fácil comunicar à paciente e aos seus familiares que o tratamento vai trazer uma chance imensa de cura pra ela, vai trazer um conforto maior pra ela, em relação ao medo e à angústia que ela apresenta, isso é um dado fundamental, segundo se essa paciente tem uma chance menor, ou não tem chance nenhuma, normalmente eu não comunico que ela não tem chance nenhuma de cura, eu procuro dar

sempre alguma esperança, eu comunico que ela tem um câncer e que precisa fazer o tratamento, mas eu tenho que dar alguma esperança pra ela, por que com esperança você pode deixar essa paciente a ter duas coisas: qualidade de vida pra essa paciente, pois você vai procurar diminuir a angústia dessa paciente e a questão de você dar uma chance maior pra essa paciente, pois com equilíbrio emocional, com equilíbrio psicológico ela tem uma chance de viver mais, não só viver mais, mas também de viver com melhor qualidade de vida. É claro que essas pacientes, de preferência, devem ser acompanhadas por um psicólogo, ou mesmo em algumas situações, por um psiquiatra pra dar um suporte maior e esse suporte também não é só questão da paciente é dos próprios familiares que fazem parte, que estão envolvidos também nesse tratamento.”

Afirma a Dr. S.M.P.O., oncologista, solteira:

“Eu converso com a paciente pra ela aceitar que entre a mama e a vida, a vida é a mais importante. Mas essa conversa entre o médico e uma paciente que tem um trauma grande não vai funcionar, então ela vai ter que ser encaminhada pra um psicólogo e infelizmente aqui no HU não tem esse serviço de psicologia, existe uma equipe que trabalha na enfermaria e prepara a paciente antes da mastectomia, pelo menos uma conversa prévia essas pacientes têm, mas aqui no ambulatório não tem, então acontece que a conversa aqui também é tão rápida que eu não tenho nem como entrar na vida pessoal das pacientes. Quando o atendimento vai se tornando maior, já que em oncologia não existe alta, a paciente vem e sempre vai tendo seguimento, e o que vai mudar nesse seguimento? O que vai se passar entre uma consulta e outra, então essa paciente vai ter mais espaço pra conversar com você sobre a vida pessoal dela, sobre os problemas dela. Então quando eu tenho oportunidade de abordar o assunto eu faço, eu converso sempre pra amenizar a situação, mas é quando vou tomar conhecimento que quando ela perdeu a mama o marido saiu de casa, que o marido trocou ela por outra, que o marido diz que ela é cancerosa, então você só vai sabendo disso à medida que você vai convivendo e claro que você vai tentar amenizar da melhor maneira possível, principalmente com a conversa, e sempre explicar a ela da

possibilidade de reconstruir essa mama. Infelizmente, existe a possibilidade mas existe a falta de profissional que possa reconstruir essa mama.”

Em linhas gerais, de que trata o núcleo temático das falas de nossos entrevistados? Trata disto: do comunicado de diagnóstico.

Dissecando o fenômeno que aqui denominamos de *comunicado diagnóstico*, diremos que ele se articula a partir de três componentes: *quem comunica*; *quem recebe o comunicado*; o *comunicado que se faz*, em termos de *conteúdo e forma de exposição*.

**Quem comunica:** O comunicado de diagnóstico é geralmente feito pelo médico(a), de quem se espera que possua conhecimento técnico sobre a matéria comunicada, aliado à necessária sensibilidade humanitária exigida pela situação (SOUZA e ALMEIDA, 2004)

**Quem recebe o comunicado:** Em geral o comunicado diagnóstico é feito à própria paciente e eventualmente a familiares acompanhantes, constituindo-se como situação evidentemente traumática, envolvendo aspectos afetivos que levam à angústia e ao medo, podendo levar à depressão.

**O comunicado propriamente dito:** O comunicado diagnóstico é, antes de tudo, um ato relacional, porque comunicacional. Como todo processo comunicativo, constitui-se pela presença de um *emissor* (aquele que faz o comunicado); de um *receptor* (aquele a quem se faz o comunicado); a *mensagem* (o comunicado propriamente dito); o *código* (o meio através do qual se dá o comunicado, geralmente sendo constituído pelas palavras empregadas na comunicação); o *canal* (aqui representado sobretudo pela fala) e o *ruído*, que nada mais é que tudo aquilo que pode eventualmente diminuir (ou impossibilitar) o processo comunicacional (SILVA, 1996). Na comunicação diagnóstica o mais evidente dos ruídos parece-nos ser representado pelo uso dos termos médicos ou jargões que podem dificultar a compreensão do que está sendo comunicado, por parte daquele a quem se faz o comunicado (SILVA, 1996). Quando, porém, falamos em linguagem, há que considerar-se a existências de diferentes formas de linguagem, utilizadas quase sempre simultaneamente, como a linguagem gestual, através da qual se pode reforçar o que se diz ou, por outro lado, pode se constituir como forma de contradito ao que seja falado. Considerando-se exclusivamente o caso da linguagem falada, há que observar-se que, ao lado da linguagem verbal propriamente dita,

coloca-se a linguagem para-verbal, quando, através de sons não articulados sob a forma de palavras, tais como “hum,hum” ou “psiu”, por exemplo, diz-se talvez muito mais que aquilo que está expresso sob palavras (SILVA,1996). Por outro lado, levando-se em consideração apenas a palavra falada, há que se convir que ela é constituída por duas facetas: o conteúdo frasal, aquilo que se diz; e o conteúdo afetivo ou inflexão, forma pela qual são moduladas as palavras com que se enuncia um diagnóstico. São esses fatores que modelam a forma do comunicado propriamente dito.

Por outro lado, no tocante exclusivamente ao conteúdo, fenomenologicamente falando, podem ser dois os conteúdos de um comunicado diagnóstico: Ou trata de boas notícias ou porta más notícias.

Sobre boas notícias, dispensamos maiores comentários, referindo apenas que se não são raras, pelo menos não desencadeiam, tanto em quem faz como quanto a quem recebe o comunicado, reações afetivas negativas, como tristeza. Doutra forma, uma má notícia em geral enseja vivências de luto, uma vez que o comunicado de má notícia quase sempre implica em comunicação de perdas, perdas parciais ou totais, provisórias ou definitivas (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Perda, por sua vez, é percepção da falta, constatação do “nunca mais”. Para Freud, segundo Kaplan e Sadock (2007), toda perda instaura em quem a enfrenta o que ele denominou de “trabalho de luto”, sepultamento dentro de nós mesmos daquilo que se perdeu. Diz Freud, sobre o conceito de luto: “reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de alguma idéia abstrata que tenha tomado o lugar de alguém, tal como o país, a liberdade, um ideal” (FREUD,1917, *apud* KAPLAN e SADOCK, 1984, p.339), manifestando-se, tal perda, sob a forma de “uma tristeza profundamente dolorosa, perda de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade” (*ibidem*).

Para aquele autor, as perdas, a depender da estrutura de personalidade da pessoa que passa pela perda, a depender da gravidade maior ou menor da perda e do menor ou maior investimento afetivo sobre a coisa ou ser perdido, uma perda, tanto pode implicar em um trabalho de *luto saudável*, no qual o objeto perdido é mais cedo ou mais tarde substituído por outros objetos de

assemelhado valor, ou em um trabalho de *luto patológico*, o qual pode implicar na produção de melancolia ou depressão (KAPLAN e SADOCK, 2007).

Na continuação dos estudos inaugurados por Freud, colocam-se os trabalhos de Elizabeth Kubler-Ross (1981, pp. 49-119), para quem, diante da constatação de uma perda, são cinco as etapas vivenciadas afetivamente na elaboração do luto pelo objeto perdido, aqui compreendido como entes queridos, objetos de estima, partes corporais, status econômicos ou sociais, ideais: *fase de negação*, *fase de barganha*, *fase de raiva*, *fase de depressão* e, por fim, *fase de aceitação*. *Negação*: ocorre, por parte do paciente, inaceitação quanto à situação diagnosticada, dando-se comportamentos mediante os quais se nega a circunstância rejeitada: busca de outras opiniões, repetição de exames, por exemplo; *Barganha*: recorrendo geralmente a idéias religiosas, propõe-se o paciente a mudar sua conduta de vida, desde que, milagrosamente, a situação rejeitada seja revertida; *Raiva*: tomado pelas impossibilidades determinadas pela condição clínica diagnosticada e em se comparando, mesmo inconscientemente, com as pessoas saudáveis que dele cuidam, o paciente – e às vezes seus familiares – projeta a raiva desencadeada pela situação em que se encontra geralmente contra seus cuidadores, sejam familiares ou técnicos; *Depressão*: falhos todos os mecanismos de defesa do ego até então utilizados, quase sempre o paciente (e eventualmente sua família), impotente em resolver a situação em que se encontra, entra em depressão mascarada (com anorexia, insônia, irritabilidade) ou manifesta (com crises de choro e negativismo, por exemplo, eventualmente acompanhadas de idéias auto-destrutivas); e, por fim, *Aceitação*: quando o paciente como que se resigna à sua condição, ora assumindo total passividade diante do fato clínico que o consome, ora procurando dar significado prático ou existencial mais profundo ao tempo de vida que lhe resta.

Embora não referido por Elizabeth Kubler-Ross, é de nossa compreensão que, como fica explícito, passam por essas fases não só a pessoa do próprio paciente, mas também seus familiares, amigos, companheiros, bem como os próprios cuidadores técnicos (médicos e enfermeiros, sobretudo), dados os vínculos afetivos formados a partir da relação médico-paciente, além de a situação muito frequentemente poder

representar uma ferida narcísica nos sentimentos de onipotência, freqüentes na dinâmica de personalidade do médico.

Dentre os autores que se dedicaram ao estudo da perda e do luto, em nosso interesse deve ser destacado o nome de Aldrich, citado por Kaplan e Sadock (2004), o qual elabora um conceito que nos é caro, qual seja, o de *perda antecipada* que, a nosso ver, seria tipicamente vivenciada em situação de comunicado de diagnóstico, sobretudo quando diante de mau prognóstico.

Para aquele autor, *perda antecipada* (ou *antecipação da perda*) nada mais é que “ qualquer aflição que ocorra antes da perda a que se refere, no que se distingue da tristeza ocorrida na ocasião ou após a perda” (ALDRICH, *apud* KAPLAN e SADOCK, 1984, p. 340).

Em tais circunstâncias, se por um lado são mobilizados mecanismos de defesa do ego que apenas objetivam menor gasto energético libidinal, por outro há que se questionar: A forma como se dá o comunicado diagnóstico pode interferir no trabalho de luto final? Se assim é, é também oportuna a pergunta: De que modo transmitir más notícias de modo a facilitar o trabalho de luto?

Em linhas gerais, podemos afirmar que se aplica à situação de comunicado diagnóstico aquilo que, em linhas gerais, se recomenda à prática do aconselhamento (SCHEEFFER, 1977; PATTERSON e EISENBERG, 1988): *envolvimento distanciado*, ou seja: envolver-se com a situação, posto tratar-se de condição humana, sem se perder, entretanto, o necessário distanciamento que possibilite a adequada aplicação da racionalidade, coisa impossibilitada quando do emprego das emoções, por sua vez resultantes da falta dessa necessária distância, o que, para o nosso caso, faz toda a diferença entre o técnico aparentemente frio, mas capaz de raciocínio, e o médico passional, cego por seus próprios sentimentos e mais ou menos incapacitado em tomar decisões racionais.

Exposta essa premissa, diríamos que, em uma situação de comunicado diagnóstico, oito questões não que ser respondidas previamente por aquele que fará o comunicado diagnóstico: O que dizer? A quem dizer? Quando dizer? Quanto dizer? Para que dizer? Por que dizer? Dizer ou não dizer? Como dizer?

Examinemos sumariamente cada um desses questionamentos.

O que dizer? Ora, dizer, de forma clara, objetiva, compreensível, do que se trata, do que precisa ser e como será feito, bem como dos resultados

esperados e eventuais complicações advindas, de modo realista, mas esperançoso (SOUZA e ALMEIDA, 2004)

A quem dizer? Dizer, evidentemente, à primeira interessada, mas também a seus familiares, explicando-lhes como melhor podem enfrentar a situação e como auxiliar no tratamento.

Quando dizer? Diante da urgência da situação, dizer o mais breve possível, desde que confirmado o diagnóstico e devidamente avaliadas a estrutura e dinâmica de personalidade do paciente, levando-se em consideração as circunstâncias específicas de cada caso.

Quanto dizer? Como norma geral, dizer a verdade, embora cabendo a questão: Toda a verdade?, resposta que somente o entendimento entre o médico e os familiares, para cada caso, poderá responder, levando-se em consideração, de um lado, os direitos do paciente (GAUDERER, 1998) e o princípio da *autonomia*, proposto pela Bioética (LOLAS, 2001) e, do outro, a possibilidade de, objetivando a diminuição de sofrimentos adicionais, a verdade, ou pelo menos parte da verdade poderá ser negada, em nome dos princípios bioéticos da *beneficência* e *não-maleficência* (LOLAS, 2001).

Para que dizer? Dizer por conta de questões técnicas, vez que a colabora, ao do paciente e de seus familiares é imprescindível ao bom andamento da terapêutica, mas dizer, também, como vimos, por questões éticas.

Por que dizer? Porque, simplesmente, é dever do médico e direito do paciente e de seus familiares.

Dizer ou não dizer? Como medida geral aplicável aos casos particulares, o que se deve afirmar que somente o médico, no uso do bom senso, do respeito à dignidade do outro, levando-se em consideração questões jurídicas relativas à capacidade civil, por exemplo, preferentemente ouvidos os familiares, é que pode decidir, senão quanto ao dizer ou não dizer, mas quanto à última questão, como veremos.

Como dizer? Posto tudo isso, esta a questão central neste trabalho: como comunicar uma má notícia, conteúdo freqüente em comunicação de diagnóstico? Constituindo-se como matéria pouco estudada entre nós, tal assunto é melhor ventilado em sites médicos da Internet. Ali, os estudiosos da “má notícia” em medicina, de acordo com Pires

([www.bioética.ufrgs.br/masnot.mtm](http://www.bioética.ufrgs.br/masnot.mtm)), são unânimes em propor medidas de caráter prático, aqui por nós resenhadas.

Aquela autora, citando Buckman (1992), Ptacket, Tara e Eberhardt (1993) e Miranda e Brody (1992), conceitua “má notícia” com “qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro em um sentido negativo”, destacando que, no tocante a comunicados dessa ordem, quanto ao paciente, encontra-se o medo à dor, ao sofrimento e à morte; quanto ao médico, o receio de ser considerado culpado, a sensação de impotência, o medo do fracasso, junto aos receios referentes à própria morte, suscitada pela idéia da morte de outrem.

Concordando com outros estudiosos do assunto, Pires (ibidem) aceita um protocolo de seis etapas relativo ao como enunciar uma má notícia:

“1-Começar adequadamente, o que envolve o contexto, o *setting*, quem deve estar presente, ou seja, o início propriamente dito, incluindo atitudes cordiais normais; 2- descobrir o quanto o paciente sabe sobre sua doença; 3- descobrir o quanto o paciente quer saber; 4-dividir, compartilhar a informação; 5-responder aos sentimentos do paciente e 6-planejar e combinar o acompanhamento do paciente.”

Tal como sugere, procedendo dessa forma, cabe ministrar as informações respeitando e acompanhando o *timing* de cada paciente.

Para os autores por ela citados, estes são os princípios cabíveis à comunicação de uma má notícia, eventual conteúdo de um comunicado diagnóstico:

- Escolher um momento em que o paciente e o médico estejam descansados e tenham tempo adequado;
- avaliar o estado emocional e psicológico do paciente;
- preparar o paciente, dizendo que tem um assunto difícil; para discutir com ele;
- usar uma linguagem clara e simples;
- expressar tristeza pela dor do paciente;
- ser humanitário;
- dar a informação de forma gradual e programar outro encontro com o paciente;

-ser realista, evitando a tentação de minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças;

-verificar como o paciente se sente depois de receber as notícias;

-reassegurar a continuidade do cuidado, não importando o que houver e

-assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas

(PIRES, ibidem).

Ainda segundo a autora, ocasionalmente, em função de características pessoais do cliente, talvez seja necessário repetir a informação, objetivando eliminar distorções provocadas no comunicado, eventualmente decorrentes dos estados emocionais desencadeados pelo próprio conteúdo do comunicado, concordando que, para os encontros iniciais, estes são os resultados desejados:

-Minimizar a solidão e o isolamento;

-alcançar com o paciente uma percepção comum do problema;

-enfocar necessidades básicas de informação, enfocar riscos médicos imediatos, incluindo risco de suicídio;

-responder imediatamente a desconfortos;

-estabelecer um plano de acompanhamento e

-antecipar o que não foi falado (PIRES, ibidem), estabelecendo, com isso, uma esperança realista que pode ser absolutamente determinante nos resultados da terapêutica.

Fica evidente que, nas medidas propostas, o que se sugere é o atendimento integral ao paciente, respeitadas a sua dignidade de pessoa posta às portas do sofrimento.

## COMENTÁRIOS FINAIS:

No tocante à enunciação do diagnóstico de câncer de mama e necessidade de mastectomia, necessário que o comunicante – por questões éticas, preferentemente o médico –, seja investido de adequados conhecimentos teóricos e técnicos, dados os questionamentos geralmente feitos em tal ocasião pelas pacientes. Daí a necessidade de prévios conhecimentos sobre os diversos tipos de cânceres mamários, bem como sobre as variantes, vantagens e complicações oriundas de eventual mastectomia.

Por outro lado, quando da comunicação do diagnóstico propriamente dito, quer diga respeito, tal diagnóstico, ao câncer, em si, ou à mastectomia, há que se considerar diversos fatores, dentre os quais se destacam, no tocante à paciente:

- Idade da paciente;
- Nível instrucional;
- Maturidade emocional;
- Estrutura de personalidade;
- Estrutura familiar e rede de apoio afetivo;
- Estádio da doença e maior ou menor gravidade clínica;
- No tocante a tudo isso, aspectos éticos estão colocados como pano de fundo para a relação médico-paciente, impondo-se a observação: Como dizer a verdade sem tolher a possibilidade de esperança?

Destaca-se, por outro lado, em relação ao médico:

- Idade e experiência;
- Existência ou inexistência de boa formação técnica e ética;
- Estrutura de personalidade e equilíbrio emocional;
- Capacidade ou incapacidade empática;
- Conhecimento ou desconhecimento dos ensinamentos trazidos à clínica pelas teorias sobre o luto;

-E, evidentemente, a formação humanística, por parte do médico, a qual lhe possibilitará bom ou mau acolhimento das demandas apresentadas pela paciente em situação de comunicação de diagnóstico.

Nessas ocasiões, espera-se que o médico aja com sensibilidade e humanitarismo, sem os quais o comunicado de diagnóstico poderá vir a se constituir como situação ainda mais traumática, quando desrespeitada a dignidade da paciente, uma vez tratada com impessoalidade e frieza, por exemplo.

O médico deverá, então, mais que especialista, ser um generalista capaz de perceber as necessidades afetivas que estão colocadas em tal situação; capaz de compreender que, em tal situação, lutos estão sobrepostos: luto pela saúde perdida; luto pela imagem corporal perdida; luto pela autonomia perdida; luto pela possibilidade de dor física e de sofrimento emocional; luto pela possibilidade do risco de morte. Diante de tantos lutos, nada mais justo que decaia a qualidade de vida da paciente e de seus familiares – matéria para cujo enfrentamento o médico deverá estar técnica e afetivamente preparado.

Por outro lado, verifica-se, com freqüência, da existência de situações em que, por conta de fatores pessoais, o médico tenta escapar à situação de diagnóstico, algumas vezes delegando a terceiros tal responsabilidade. Em geral tal fato se deve a imaturidade, por parte do médico; outras vezes, à existência de laços afetivos entre médico e paciente, o que sobrepõe à abordagem técnica aspectos afetivos de difícil manuseio; outras vezes porque uma doença incurável põe em causa o próprio sentido do *ser médico* – o que implica na necessidade de diminuição da onipotência médica que, em tais ocasiões, volta-se contra o próprio médico.

Por fim, resta por em destaque que, mais que *tratar*, função tipicamente médica, em tais situações impõe-se o *cuidar*, atividade primordial na compreensão do que seja humano e do que vem a ser humanidade, nunca sendo demais sublinhar que, se a Medicina, enquanto Ciência, aborda, antes de tudo, a doença, enquanto Arte, a Medicina deve priorizar o paciente – e justo isso o que foi demandado por pacientes e explicitado por médicos e médicas, nas entrelinhas de suas falas.

**REFERÊNCIAS:**

ALVES, PC. **A experiência da doença: considerações teóricas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1993, 3:263-71.

ALVES, PC & RABELO, MC. “Significação e metáforas: *aspectos situacionais no discurso da enfermidade*”. In, PITTA, A,M,R. **Saúde e comunicação**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 217-35.

ARÁN, M.R.; ZAHAR, S.; DELGADO, P.G.G.; SOUZA, C.M.; CABRAL, C.P.S.; VIEGAS, M. “Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama”. In, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 45(11): 633-639, 1996.

ARROW, K. “Uncertainty and the welfare economics of medical care”. In, **American Economic Review**, 1963.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BARROS, ACSD *et al.* “Diagnóstico e tratamento do câncer de mama”. In, **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. São Paulo: AMB, 2001.

BAUER, M. W. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERVIAN, P.I. & GIRARDON-PERLINI, N.M.O. (2006). “A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia”. In, **Revista Brasileira de Cancerologia**. 52 (2), 121-128.

BERGAMASCO, RB & ANGELO, M. “O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher”. In, **Revista Brasileira Cancerologia**. Rio de Janeiro: 2001, p.277-82.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução N° 196. Brasil: Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, MMJ. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus; 1998.

CALIRI, M.H.L.; ALMEIDA, A.M.; SILVA, C.A. “Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres”. In, **Revista Brasileira de Cancerologia**: 44(3): 239-247, 1998.

CAPRARA, A. & RODRIGUES, J. “A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico”. In, **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n.1. Rio de Janeiro, 2004.

COBERLLINE, VL. “Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido”. In, **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre22(1):42-68, jan. 2001.

FALLOWFIELD, LJ & HALL, A. “Psychological and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer”. In, **British Medical Bulletin** 47:388-399 (1991).

FERREIRA, MGR. **Enfrentando a doença**. São Paulo: Samaúma; c2001. Disponível em: <http://www.samauma.com.br/samauma%20-20aproximando%20uma%20grande%20familia/CNHcancer03.htm3>. [acessado em 18 Out 2007]

FERREIRA, M.L.S.M. & MAMEDE, M.V. (2002). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Acesso em 05/12/06. Disponível em <http://www.scielo.br/>

FIALHO, A.V.M. & SILVA, R.M. "Mastectomia e suas repercussões". In, **Revista Brasileira de Enfermagem**: 46(3/4):266-270, 1993.

FREIRE, Cacilda Aparecida & MASSOLI, Shirley Eliana. **A assistência da enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. Monografia para título de graduação em Enfermagem. Centro Universitário Claretiano. Batatais: 2006.

FREUD, S. "Luto e melancolia". In, **Edição standard das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 14.

GADAMER, H. G. **Dove si Nasconde la Salute**. Milão: Raffaello Cortina Editore, 1994.

GAUDERER, E.C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. Rio de Janeiro : Record, 1998.

GIMENES, MG. "A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica". In: CARVALHO, MMMJ. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

HELMAN, C. **Culture health and illness**. Wright, Bristol. 1984.

HOSSNE, Willian Saad. "Competência do médico". In: SEGRE, Marco & COHEN, Cláudio. **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 3ª edição. 2001.

**Instituto Nacional do Câncer**. A epidemiologia do câncer. <http://www.inca.org.br> (acessado em 29/Junho/2006).

JASPERS, K. In. CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. "A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica". In, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 15, p. 647-654, jul-set, 1999.

KAPLAN & SADOCK **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984.

\_\_\_\_\_ **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre : Artes Médicas, 2007.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo : Martins Fontes, 1981.

LE SHAN, L. **O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde**. São Paulo: Summus, 1992.

LOLAS, F. **Bioética: o que é, como se faz**. São Paulo : Edições Loyola, 2001.

MELO, E. M. et al. "Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo de comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy". In, **Revista Brasileira de Cancerologia**. V. 48, nº 1, 2002.

MALUF, M.F.M.; JO MORI, L. & BARROS, A.C.S.D. "O impacto psicológico do câncer de mama". In, **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51 (2), 149-154, 2005.

MELO, A.G.C. (2002). *Câncer de mama: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial*. Acesso em 25/11/06. Disponível em <http://www.cuidadospaliativos.com.br/>

MELO, E.M.; SILVA, R.M. & FERNANDES, A.F.C. "O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy". In, **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51 (3), 219-225, 2005.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MALUF, MFM. **A sexualidade das pacientes submetidas a mastectomia radical**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004. (monografia)

MAKLUF, Ana Sílvia Diniz; DIAS, Rosângela Correia; BARRA, Alexandre de Almeida. “Avaliações da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama”. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 52(1): 49-58. 2006.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

PÁDUA, E.A. (2006). *Câncer de mama não impede a prática sexual*. Acesso em 18.02.07. Disponível em [http://www.wmulher.com.br/print.asp?id\\_mater=3134&canal=sexo](http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo)

PARKERS, CM. **Luto: estudo sobre a perda na idade adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

PATTERSON & EISENBERG **O processo de aconselhamento**. São Paulo : Martins Fontes, 1988.

PESSOA, Eduardo Carvalho *et al.* “Avaliação da resposta à quimioterapia primária em amostra de mulheres brasileiras com tumores de mama localmente avançados”. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol. 29. nº 1. Rio de Janeiro, Janeiro de 2007.

PIRES, A.P. “Comunicação de más notícias”. Acesso em 10 de novembro de 2008. Disponível em [www.bioetica.ufrgs.br/masnot.htm](http://www.bioetica.ufrgs.br/masnot.htm)

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

PRADO, J.A.F.A. (2002). **Supervivência: novos sentidos na vida após a mastectomia**. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em 15.12.06. Disponível em : [www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0076.pdf](http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0076.pdf)

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

RODRIGUES, D.P.; MELO, E.M.; SILVA, R.M.; MAMEDE, M.V. “O suporte social para atender as necessidades das mulheres mastectomizadas”. In, **Revista Brasileira de Cancerologia** : 44(3): 231-238, 1998.

SCHEEFFER, R. **Aconselhamento psicológico**. São Paulo : Atlas, 1977.

SCHLEIRMACHER, F.D.E. **Hermenêutica: arte e técnica da interpretação**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo : Editora Gente, 1996.

SOUZA, A. & ALMEIDA, S. **Um doutor atendimento**. Salvador, BA : Casa da Qualidade, 2004.

ZELMANOWICZ, A. M. **Câncer de mama**. Acessado em: 18/02/07. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo>, 2001.

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,*  
 \_\_\_\_\_, *cidadão brasileiro, em pleno exercício*  
*dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Percepções da mastectomia: o que*  
*dizem médicos e pacientes” sob a responsabilidade do pesquisador Edmundo de Oliveira*  
*Gaudêncio.*

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pelo pesquisador, de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de pensarmos e discutirmos sobre como o tratamento do câncer de mama através da mastectomia é percebido pelos médicos que tratam da saúde da mulher e pelas pacientes submetidas a tal tratamento.
2. Seu objetivo é desenvolver uma abordagem mais humanizada no tratamento das mastectomizadas.

Os dados serão coletados através das seguintes técnica e instrumentos: identificação sócio-demográfica com a coleta de dados como idade, sexo, estado civil, religião, profissão, e de entrevista semi-estruturada.

3. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
4. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
5. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone 8842-7884.
6. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.

Os riscos e benefícios desta pesquisa serão: nenhum risco aos pacientes e benefício de tornar o atendimento mais humanizado às portadores de neoplasias malignas submetidas à mastectomia.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Participante

\_\_\_\_\_  
 Orientando

\_\_\_\_\_  
 Orientanda

## APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### ROTEIRO PARA AS PACIENTES

#### 1) Identificação sócio-demográfica:

Idade: Estado civil:  
Profissão: Religião:  
Escolaridade:

#### 2) Entrevista semi-estruturada:

- a) Antes do diagnóstico, qual o conceito que tinha sobre o câncer?
- b) Como foi a postura do médico ao revelar o diagnóstico e a terapêutica?
- c) Recebeu apoio da família e do médico? Que tipo de apoio?
- d) Qual sua reação ao descobrir-se com um câncer de mama?
- e) Qual o maior medo que você apresentou?
- f) E hoje, esse medo, ao seu ver, tinha sentido?
- g) O que fez para superar? Caso não tenha superado, o que acha que deveria fazer?

### ROTEIRO PARA OS MÉDICOS

#### 1) Identificação:

Idade: Sexo:  
Religião: Estado civil:  
Tempo que exerce a profissão:

#### 2) Perguntas:

- a) Quais os fatores que dificultam e os que facilitam a relação médico paciente no que se refere à mastectomia?
- b) Na Relação Médico-paciente que lugar ocupa os afetos, medos, angústia?
- c) Contemple os aspectos sociais, psicológicos, culturais, econômicos: de que modo eles se relacionam com a mastectomia?

## APÊNDICE 3 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

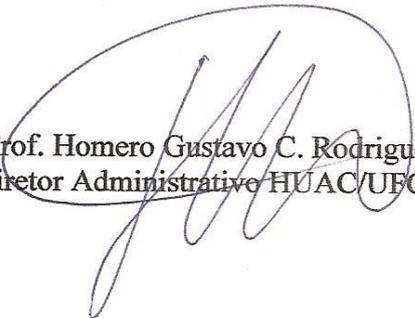


UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO  
DIRETORIA ADMINISTRATIVA

### AUTORIZAÇÃO

A Direção do Hospital Universitário Alcides Carneiro, autoriza a realização do Projeto de Pesquisa, “Percepções da Mastectomia: O que dizem Médicos e Pacientes?” com Médicos Oncologistas, Mastologistas e Ginecologistas desta instituição a ser realizado em suas instalações, de acordo com o plano de atividades contidas no do Núcleo de Pesquisa (NUPA), da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, tendo como orientador o professor, Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

Campina Grande, 21 de maio de 2008.

  
Prof. Homero Gustavo C. Rodrigues  
Diretor Administrativo HUAC/UFCG