

CAPÍTULO 1 - EXPERIÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA À MULHER COM CÂNCER E O INTERESSE PELO ESTUDO

O meu interesse em estudar mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero teve início na minha formação como enfermeira. Durante a graduação, fazendo o estágio de Enfermagem Ginecológica, no ano de 1993, no Hospital Emoção - situado em Itabuna, instituição filantrópica e de referência para o tratamento do câncer nas Regiões Sul e Extremo Sul da Bahia - tive o primeiro contato com a doença oncológica, ocasião em que me aproximei de mulheres com o "temido" diagnóstico de câncer.

A realidade desse hospital é de um elevado número de mulheres entre 40 e 60 anos com câncer em estádios¹ avançados e com reduzida possibilidade de cura. Nas atividades práticas, observei que a maioria das mulheres, ali internadas, apesar de residir em zonas urbanas, nunca havia realizado o exame de Papanicolaou² para a detecção de lesões precursoras do câncer e não tinha conhecimento da importância do referido exame. Percebi, também, que os profissionais de saúde que atuavam nas enfermarias do hospital supra-referido, ao desenvolverem suas atividades com esta clientela, não tinham a preocupação em saber como essas mulheres lidavam com a sua doença, nem, tampouco, pareciam demonstrar interesse em situações como realização prévia de exame de Papanicolaou e diagnóstico de câncer ou das medidas terapêuticas. A maioria desses profissionais limitava-se a entrar nas unidades de internação para a realização de procedimentos técnicos, como troca de soro e administração de medicação, retirando-se em seguida.

¹ Termo adotado a partir da Classificação dos Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Também usado como estágio, o termo é utilizado para a avaliação da dimensão do tumor primário, a extensão da disseminação em linfonodos regionais e a presença ou não de metástases à distância o que indica a sua classificação em I, II, III e IV (BRASIL, 2003).

² Também denominado colpocitologia, mais comumente conhecido como exame preventivo ginecológico ou simplesmente preventivo.

À época de minha formação como graduanda de enfermagem, quando do desenvolvimento de atividades práticas junto à clientela oncológica, a ênfase do ensino era na sua doença e na abordagem ao desenvolvimento de ações técnicas, com destaque para a prestação de cuidados, como realização de curativos, terapia medicamentosa, dentre outras. Não percebia a valorização de aspectos psicológicos apresentados pela clientela, embora as situações decorrentes da doença levassem ao surgimento de sentimentos, tais como o medo, a aflição e a angústia.

Tais oportunidades de aprendizado levaram-me a questionar a assistência dita como integral, já que situações de carência afetiva e social, bem como de sofrimentos apresentados ou referidos pelas mulheres me pareciam não ser considerados pela equipe de saúde, ao ser analisado o enfrentamento decorrente de uma enfermidade que, na maioria das vezes, não tinha a possibilidade de cura assegurada.

A experiência acumulada durante a graduação reforçou a idéia de que grande parte desses profissionais, ao lidar com pacientes oncológicos, preocupa-se, apenas, em estabelecer normas e rotinas de atendimento, não assumindo uma assistência integral na qual os aspectos psicológicos apresentados, tais como temor, angústia, abandono da família, dúvidas, solidão, fossem valorizados. Posso também ressaltar que esse comportamento vem sendo por mim observado em acadêmicos da área da saúde, com destaque para os de enfermagem.

Após a graduação, fui selecionada para atuar no Hospital Emoção, sendo lotada no Setor de Ginecologia e Obstetrícia. Nessa oportunidade, trabalhei com mulheres portadoras de câncer, lidando com esse diagnóstico, o cotidiano dessas mulheres, seu sofrimento, sua melhora, sua cura ou mesmo sua morte. Prestava assistência tanto no que dizia respeito aos aspectos físicos, quanto aos psicológicos, ouvindo-as e, assim, apoiando-as no surgimento de sinais de desespero, medo da morte e solidão, dentre outras, condizentes com a situação vivenciada pelas mulheres.

Conversava com cada paciente e com a família, quando essa se fazia presente, esclarecia as dúvidas e procurava me colocar à disposição para tentar auxiliá-las nas necessidades que, aos poucos, iam surgindo. Salientava a importância de serem mantidos os cuidados pós-alta e o compromisso com o retorno às consultas agendadas, para que fossem assegurados o tratamento e o acompanhamento, com o objetivo de não haver agravamento do quadro.

Em 1997, surgiu a oportunidade de fazer Especialização em Obstetrícia, curso oferecido pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) em convênio com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Percebi naquele momento, a oportunidade de resgatar a experiência adquirida na graduação e como recém-formada, propondo-me a estudar, mais profundamente, as mulheres com câncer do colo do útero.

Assim, como monografia, desenvolvi o estudo intitulado *Identificação dos fatores de risco para câncer cérvico-uterino em mulheres atendidas no Hospital Emoção*. A investigação, classificada como exploratória, teve como objetivos: identificar os fatores de risco para câncer de colo de útero em mulheres assistidas em uma instituição hospitalar no interior da região Sul da Bahia e fornecer subsídios para o oferecimento de programas educativos e assistenciais que visassem a sua prevenção.

Participaram 50 mulheres e as variáveis estudadas diziam respeito aos fatores de risco como: idade; grau de instrução escolar; pessoas de convívio no domicílio; número de parceiros sexuais; idade em que deu início à atividade sexual; condição profissional e socioeconômica; número de filhos; outras doenças; predisposição familiar para o câncer; tabagismo e exame preventivo.

Retomando aos resultados da monografia, destaco como fatores de risco apresentados pelas participantes: o baixo nível de instrução, situação de significativa influência para a compreensão de questões de saúde, dentre elas, a importância da procura aos serviços de

saúde; o início precoce da atividade sexual; a multiplicidade de parceiros; a baixa condição econômica; a multiparidade e o alto índice (76%) de não realização do exame de Papanicolaou.

Nesse sentido, visando obter informações sobre o percentual de mulheres com câncer de colo do útero, realizei um levantamento no livro de registro de atendimento do hospital. A análise dos dados do período de 1992 a 1998 permitiu-me afirmar ser preocupante a situação epidemiológica. Constatei que, dos 4279 casos de câncer atendidos no Serviço de Radioterapia, 1235 foram por esse tipo de câncer, assumindo uma taxa de incidência de 28,8%.

A partir de maio de 2001 até a data atual, exerço a função de docente substituta na Disciplina Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia da UESC, mantendo minha atuação nessa área, desenvolvendo atividades de prevenção do câncer do colo do útero através de palestras em Unidades Básicas de Saúde (UBS), coleta de exames citopatológicos e encaminhando as usuárias, quando necessário, para os serviços especializados. Nessas UBSs, atuo nos sub-programas de assistência pré-natal e de planejamento familiar. Além das atividades de acompanhamento do binômio materno-fetal, relativas ao pré-natal propriamente dito, atuo em outras pertinentes ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, dentre as quais, as que tem como foco, a prevenção e o controle do câncer do colo do útero e de mama.

Percebo que, apesar de todas as campanhas para a prevenção e controle do câncer do colo do útero, há uma limitação nas ações das(os) profissionais, destacando-se a repetição das rotinas ou a fragmentação da assistência.

Considerando a temática deste estudo, ressalto que, em alguns serviços, a rotina do pré-natal e do planejamento familiar não inclui a investigação sobre a periodicidade da

realização do exame de Papanicolaou, ou a solicitação para que as gestantes o realizem e retornem com o resultado.

As observações, dispostas até então, se justificam porque, ao prestar exame de seleção para o Curso de Mestrado da Universidade Federal da Bahia (UFBA), procurei manter a minha aproximação com o tema câncer do colo do útero, fazendo a opção pela linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação intitulada “Mulher, Gênero e Saúde”. Assim, encontrei a possibilidade de um maior aprofundamento nesse tema, procurando conhecer como a mulher com câncer invasivo do colo do útero, atendidas no Hospital Emoção, enfrenta tal situação. Dessa forma, a presente investigação está especificamente ligada à sub-linha do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM), intitulada “O Cotidiano da Prevenção do Câncer Ginecológico e de Mama”³.

Considerando a importância da temática câncer invasivo do colo do útero e a condição da mulher que enfrenta esse diagnóstico, torna-se importante e necessário que as(os) profissionais de saúde que lidam com essa clientela valorizem não só questões técnicas ligadas ao diagnóstico e tratamento, como também as questões emocionais trazidas por essa mulher, o que pode ser fator determinante para a manutenção do tratamento e até para a cura.

Diante disto, questionando quais as estratégias utilizadas pelas mulheres com câncer invasivo do colo do útero para enfrentar tal diagnóstico, a investigação teve como **objeto de estudo** mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento. Para a apreensão desse objeto, foram traçados como **objetivo geral** analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela mulher ao ter como diagnóstico o câncer invasivo do colo do útero e, como **objetivos específicos** identificar as modificações biopsicossociais decorrentes

³ Sob a coordenação da Prof^ª. Dr^ª. Regina Lúcia Mendonça Lopes, apresenta como ementa: análise das situações de prevenção, controle e tratamento do câncer cérvico-uterino e de mama. O cotidiano da mulher em questões de saúde e doença. Fatores de risco e população feminina. Morbidade e mortalidade feminina enfocada a partir da abordagem compreensiva. Implicações para a assistência de enfermagem.

do câncer; descrever a experiência da mulher frente a esse diagnóstico e descrever as estratégias de enfrentamento por ela utilizadas.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A problemática do câncer vem despertando o interesse em todo o mundo, sobretudo, em países de desenvolvimento dependente, onde o câncer persiste como um problema de saúde pública, com destaque entre a população feminina. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a dimensão do problema melhor se caracteriza ao compararmos os coeficientes de mortalidade em 1989 com os de 1994, ou seja, 7,5/100.000 mulheres e 6,81/100.000 respectivamente. Isso vem expressar que esses coeficientes demonstram uma estabilidade da doença ao longo dos anos e não uma diminuição nos seus índices (BRASIL, 2002a).

Ainda no panorama apresentado pelo INCA, os índices do câncer do colo do útero atingem um percentual de 18,3% e inserem-se logo após o câncer de mama, neoplasias essas que foram responsáveis por 10,86% dos 887.594 óbitos registrados, dos quais 46,05% entre as mulheres. Desses, o câncer do colo do útero foi responsável por cerca de 15% dos óbitos entre mulheres com idade acima de 35 anos (BRASIL, 2002b).

Já no ano de 1998, conforme o Ministério da Saúde (MS), de todas as mortes por câncer em mulheres brasileiras na faixa etária entre 35 e 49 anos, 16% foram devidas ao câncer do colo do útero. Além disso, a análise dos coeficientes específicos de mortalidade por esse tipo de câncer mostra uma elevação de 29% em 20 anos, passando de 3,44% por 100.000 mulheres em 1979, a 6,81% em 1999 (BRASIL, 2002c).

Segundo os dados do Programa de Controle do Câncer de 1998, da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2020 serão diagnosticados 15 milhões de novos casos de câncer por ano em todo o mundo. Desses, 70% ocorrerão em países onde apenas 5% dos acometidos possuirão recursos para controle da doença, podendo, caso não sejam tomadas as

medidas adequadas de prevenção e controle, haver um aumento em 100% de sua taxa de incidência (BRASIL, 1998a).

Os dados do *Cancer Incidence in Five Continents*⁴, relativos às décadas de 1960, 1970 e 1980, chamam a atenção para a incidência do câncer do colo do útero entre os países europeus e norte-americanos e os países da América do Sul, Ásia e África. Tal situação destaca-se, sobretudo, nos países europeus, onde foi realizada uma campanha de rastreamento que promoveu uma redução acentuada da incidência do câncer invasivo do colo do útero, enquanto que nos países em desenvolvimento, a incidência permaneceu inalterada (BRASIL, 2002d).

O MS informa que, nos países ocidentais, o câncer invasivo do colo do útero é raro em idade inferior a 35 anos, embora, em alguns países, tenha-se observado, recentemente, um aumento da morbimortalidade por essa causa nesse grupo etário. A incidência aumenta após os 35 anos e diminui após os 60 anos. Porém, não há dúvida de que houve, nos últimos 20 anos, uma diminuição da idade média de surgimento tanto dos precursores, ou seja, das neoplasias intracervicais, como do câncer invasivo (BRASIL, 2002e).

O MS faz um demonstrativo da existência de uma grande variação nas taxas de incidência no país, sendo as maiores estimativas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dos sete Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), o câncer do colo do útero apresentou maiores incidências em Belém, com 41,6% de todos os tipos de cânceres, em 1989-1991, e 93 casos novos; e em Goiânia com 25,9% de todos os tipos de cânceres, em 1995, e 130 casos novos (BRASIL, 1999a)

A estimativa, para o ano de 2001, foi o aparecimento de 16.000 casos novos e cerca de 4.000 óbitos. Para 2002, estimou-se, como taxas brutas de incidência e mortalidade, por 100.000 mulheres, e como número de casos novos e óbitos por câncer do colo do útero,

⁴ Incidência de Câncer nos Cinco Continentes (tradução nossa).

segundo localização primária, um total de 23.710 casos novos e 5.390 óbitos. Na distribuição dessas taxas, de todos os tipos de cânceres, segundo as regiões, destacam-se: a região Centro-Oeste, com 28,2 a 31%; a região Nordeste, com 8,2 a 15,3% e as regiões Norte, Sul e Sudeste, com 21,1 a 28,2%.

A Região Nordeste possui taxas de incidência e mortalidade semelhantes às das Regiões Norte e Centro-Oeste, visto que, nessas regiões, há como agravante os baixos índices socioeconômicos e culturais, destacando-se que as mulheres têm menos informações e maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e chama a atenção, igualmente, a abordagem do câncer do colo do útero na Bahia, cujos índices são alarmantes (BRASIL, 2002f).

A confirmação desse fato pode ser observada por meio dos dados do Hospital Aristides Maltez (HAM) - instituição filantrópica de referência em oncologia para o Estado - os quais mostram uma taxa de incidência desse tipo de câncer de 24,5%, entre 1991 a 1994. De acordo com o levantamento do DATASUS, foram realizados cerca de 292.740 exames de Papanicolaou entre mulheres com idade de 35 a 49 anos, em Salvador, na 2ª Campanha Nacional de Controle e Prevenção do Câncer do Colo do Útero, realizada em março e abril de 2002. Observa-se, portanto, que um número reduzido de mulheres realizou o exame, o que, no futuro, poderá ter, como reflexo, uma elevação dos índices dessa doença, visto que a maioria da população feminina não participou dessa Campanha (BRASIL, 2002g).

Em Itabuna, município⁵ no qual foi desenvolvido esse estudo, chamavam atenção as taxas de incidência e óbitos por câncer do colo do útero. À época da elaboração da monografia da especialização⁶, com o objetivo de obter informações sobre o percentual de mulheres com câncer do colo do útero, realizei um levantamento no livro de registro de atendimento do hospital. A análise dos dados do período de 1992 a 1998 permitiu-me afirmar

⁵ Referência regional para o diagnóstico e tratamento do câncer em geral.

⁶ Como citei na introdução deste trabalho.

ser a situação epidemiológica preocupante conforme já destacado nos dados anteriores. Já cursando o mestrado, no período de janeiro de 2001 a setembro de 2002, realizei outro levantamento, o qual apontou que dos 1733 casos atendidos, 598 foram também devidos ao câncer do colo do útero, o que representou uma taxa de incidência de 34,4%.

O câncer do colo do útero é uma doença de ação gradativa que se inicia com alterações neoplásicas intra-epiteliais, as quais podem evoluir para um processo invasivo em um período médio de 10 a 20 anos. Dessa forma, quando não diagnosticado e tratado precocemente, pode responder por um grande número de óbitos. Vale ressaltar, que dentre todos os tipos de câncer, o do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a 100% quando diagnosticado precocemente, sendo que 80% dos casos podem ser tratados em ambulatório. A detecção precoce em mulheres assintomáticas, denominada de rastreamento por meio do exame de Papanicolaou, permite a identificação das lesões precursoras e da doença em estádios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas (BRASIL, 2002h).

Os problemas que envolvem as ações que visam à redução da incidência do câncer do colo do útero são muitos, destacando-se o baixo percentual de mulheres beneficiadas pelos programas de prevenção e de diagnóstico precoce; prováveis barreiras responsáveis pelo baixo número de mulheres que realizam o exame de Papanicolaou, como a vergonha e o sentimento de que o exame não é adequado a ela; o não reconhecimento de si mesma como possível integrante do grupo de risco; o medo do exame e o desconhecimento de sua importância; a omissão dos profissionais; a objeção por parte dos companheiros; o temor à doença; a inatividade sexual e o nível socioeconômico-cultural baixo; os tabus e o atendimento rápido e impessoal, não possibilitando à mulher condições de elucidar suas dúvidas; as filas, o despreparo dos profissionais de saúde que trabalham com essa clientela e a demora na realização e na entrega dos resultados dos exames (BRASIL, 2002i).

Além desses problemas, que podem contribuir para a não adesão das mulheres aos programas de prevenção e combate ao câncer do colo do útero, o que nos leva a repensar as práticas assistenciais vigentes e a busca de alternativas que contemplem a conscientização e a valorização das mesmas seja com práticas educativas, grupos de apoio, entre outros, para que estas procurem os meios de prevenção e diagnóstico, tendo como resultado, uma melhor qualidade de vida e redução dos índices de morbimortalidade.

Diversos são os fatores de risco identificados para o surgimento do câncer do colo do útero, destacando-se fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida. São exemplos desses fatores: baixa condição socioeconômica que pode influenciar a uma precária condição de higiene corporal; atividade sexual precoce, antes dos 18 anos de idade; múltiplos parceiros sexuais; multiparidade; tabagismo, diretamente relacionado à quantidade de cigarros; idade acima dos 35 anos; uso prolongado de contraceptivos orais; infecções genitais de repetição e não realização do exame de Papanicolaou (DIAS; MORAES; PINTO, 2000).

Os mesmos autores apontam que o câncer do colo do útero é de incidência baixa entre as judias, sobretudo naquelas que têm companheiros também judeus, e, por conseguinte, circuncidados. A circuncisão contribui enormemente para evitar o acúmulo do esmegma, condição higiênica essa que diminui o risco do câncer do colo do útero.

Estudos recentes como os de Gonçalves e Lima (2002) mostram, ainda, que o vírus do papiloma humano (HPV) e o herpesvírus tipo II (HSV) têm papel importante no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na transformação das células cancerosas. Após mais de vinte anos de investigação sobre a associação do HPV e o carcinoma escamoso cervical, restam poucas dúvidas a respeito do papel central desse vírus na carcinogênese cervical. Apesar de muitas controvérsias a respeito desse problema, a maior atenção hoje é voltada para o desenvolvimento de vacinas para o vírus e para a prevenção da instalação do processo oncogênico cervical (PINTO; TULIO; CRUZ, 2002).

É necessário destacar que são vários os tipos de HPV relacionados ao surgimento de processos pré-cancerosos no colo do útero. Dentre as formas em que este tipo de vírus pode se apresentar, Carvalho (1993) relata: as lesões anatômicas como o condiloma acuminado; a lesão subclínica, como algumas alterações colposcópicas do epitélio; as lesões citológicas caracterizadas pela coilocitose ou então a lesão nuclear conseqüente à presença do DNA no núcleo da célula hospedeira sem qualquer outra manifestação.

Atualmente são conhecidos 70 tipos de HPV que infectam o ser humano, estando esses divididos em vírus de baixo grau de oncogenia e de alto grau ou oncogênicos. Os primeiros são os de nºs 6 e 11, que dificilmente levam a uma lesão maligna invasora, e os segundos são os de nºs 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68. Os mais encontrados nas lesões cervicais e vulvares são os de nº 16 e 18 (DIAS; MORAES; PINTO, 2000).

Conforme esses autores, está comprovado que o HPV tem uma relação muito estreita com as lesões pré-malignas do colo do útero, porém, ainda não se comprovou se o HPV isoladamente é o responsável direto por essas transformações. A forma pela qual o DNA do vírus atua sobre as células não está bem esclarecida, podendo ser através do estímulo à proliferação da célula infectada, ou por uma ação imunossupressora induzida pelo vírus.

Dias, Moraes e Pinto (2000) assinalam, também, que a incidência do DNA do HPV tem sido em torno de 95% nos condilomas cervicais, em todos os graus de neoplasia intra cervical (NIC) e nos carcinomas do colo do útero. A sua incidência e diagnóstico têm aumentado nos últimos anos, uma vez que hoje se têm novas técnicas de detecção, somando-se a isso, uma grande revolução sexual na última metade do século. É considerada, atualmente, uma das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) de maior incidência entre jovens de 20 a 40 anos.

O vírus do HPV está presente em 99% dos casos do câncer do colo do útero. Porém, é necessário esclarecer que a presença do HPV no trato genital não significa, obrigatoriamente, que a mulher desenvolverá tal neoplasia (CARVALHO, 1993).

É importante destacar que a relação do HPV com o câncer do colo do útero e os principais co-fatores na gênese do carcinoma escamoso, têm sido largamente investigados. Dentre esses estão: os fatores imunológicos, sendo que o processo que determina uma resposta imune eficiente contra as lesões do HPV não estão bem esclarecidos, podendo ter relação com a atuação do sistema imunológico ou com a composição genética do hospedeiro; a resposta imune local, que pode contribuir para o desenvolvimento e progressão do câncer cervical pela presença de células imunocompetentes (aumenta o grau da NIC); a resposta imune humoral, que também não está bem esclarecida, podendo haver uma associação entre anticorpos contra proteínas do HPV e doenças relacionadas ao vírus; a associação com a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), pois mulheres imunodeprimidas têm maior risco para desenvolver a neoplasia escamosa intra-epitelial e invasiva do trato genital inferior, incluindo aqui mulheres que foram submetidas a transplante de órgãos e estão usando drogas imunossupressivas e, mulheres que têm doença de Hodgkin ou estão infectadas pelo HIV; o tabagismo relacionado à idade de início, à exposição, ao período e à frequência de consumo de cigarros parecem ter influência na incidência da NIC e câncer cervical pela exposição direta do DNA das células epiteliais cervicais à nicotina e à cotidina; os contraceptivos orais que como aponta Aldrighi (2002) pode ter relação entre o câncer, o uso do anticoncepcional oral e o HPV.

Os esteróides femininos exógenos parecem atuar sobre o genoma do HPV, levando ao estímulo sobre o processo da carcinogênese cervical e descartando qualquer possibilidade do contraceptivo facilitar a infecção pelo HPV (PINTO; TULIO; CRUZ, 2002).

Ainda segundo os autores com relação ao diagnóstico, o método mais simples para a detecção do HPV é a observação da presença de verrugas genitais. Porém, a grande maioria dos casos é assintomática, o que requer, como métodos diagnósticos, o exame de Papanicolaou e a genitoscopia.

O diagnóstico citológico da infecção pelo HPV é feito pela avaliação da lesão; a genitoscopia é feita com o colposcópico, através da coloração dos tecido e que pode ser realizada no colo e vagina (colposcopia), na vulva (vulvoscopia), no pênis (peniscopia), na cavidade oral (oroscopia), reto e anus (anuscopia/retoscopia). Após esses exames, faz-se a biópsia dirigida das lesões visualizadas; a histologia e o estudo dos tecidos do corpo humano através de biópsia e o teste de captura híbrida possibilitando estimar quantitativamente a carga viral na amostra. É indicado para HPV de alto risco o controle pós-terapêutico, devido ao risco de desenvolvimento de lesões recorrentes (NICOLAU, 2001).

Ainda conforme o autor, o exame do HPV de alto risco está mais indicado a partir dos 30 anos, pois essa faixa etária é mais susceptível ao desenvolvimento de lesão de alto grau e câncer, embora idades entre 18 e 25 anos também devam ser pesquisadas para que sejam detectadas as lesões de alto grau. O exame de Papanicolaou tem uma sensibilidade de aproximadamente 68% enquanto que o Teste de Captura Híbrida tem uma sensibilidade em torno de 88,4%.

Segundo Carvalho (1993) não existe uma forma eficaz de se erradicar totalmente o HPV. Isso requer algumas condutas necessárias, como conter a ansiedade e a angústia; sanar os fatores responsáveis pelo comprometimento do sistema imunológico; erradicar as lesões anatômicas e colposcópicas, diminuindo, assim, a infecção de outras células e manter a observação citológica e colposcópica da paciente, para que se tenha o melhor controle da propagação.

O desenvolvimento do câncer a partir do epitélio escamoso normal ocorre seguindo fases bem definidas. Inicialmente, há uma fase pré-invasora, em que a doença fica restrita ao epitélio escamoso cervical, não ultrapassando a sua membrana basal. Essa fase compreende, do ponto de vista histopatológico, os três graus iniciais das chamadas lesões precursoras ou NIC, que são totalmente curáveis e cujo diagnóstico possibilita a prevenção de uma lesão secundária (GALVÃO; DÍAZ, 1999). A NIC I corresponde à displasia leve; a NIC II displasia moderada e a NIC III a displasia acentuada e ao carcinoma *in situ* (BRASIL, 2002j).

A maioria das displasias leves regride, o mesmo não ocorrendo com displasias moderadas. A maior parte das displasias acentuadas, por sua vez, quando não diagnosticadas precocemente, progride para o carcinoma *in situ* e/ou para o carcinoma invasor. Segundo Dias, Moraes e Pinto (2000, p.99),

O tempo de progressão das displasias para o carcinoma *in situ* é estimado entre 10m e 15 anos e o tempo entre o carcinoma *in situ* e o carcinoma invasor é bem menor, entre 5m e 10 anos. As lesões precursoras e o carcinoma invasor têm uma maior incidência no lábio anterior do colo.

As lesões precursoras não têm sintomas próprios, uma vez que os sangramentos, principalmente os relacionados ao coito, e o corrimento vaginal estão presentes também em processos benignos, como ectopias e processos infecciosos vaginais (DIAS; MORAES; PINTO, 2000).

Ainda segundo os autores, o câncer invasivo do colo do útero, em cerca de 90% dos casos, evolui a partir da NIC, porém, nem toda NIC progride para um processo invasor. É importante salientar que todas as NIC devem ser consideradas lesões significativas e, logo, devem ser tratadas. Para o tratamento da NIC, será preciso conhecer o seu grau para que se defina o método a ser utilizado.

O MS, por intermédio do INCA, já estabeleceu, desde 1997, as normas e recomendações básicas de prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, para todo o Brasil. De acordo com essas recomendações, para exames de avaliação de

mulheres com NIC, deverão ser tomadas as seguintes medidas: exame citopatológico de NIC I que persiste por mais de um ano e está associado à colposcopia sugestiva de NIC I, indicar a cirurgia de alta frequência (CAF); exame citopatológico sugestivo de NIC I, mas colposcopia negativa, manter a mulher sob controle citopatológico e colposcópico semestral; dois controles citopatológicos e colposcópicos semestrais normais, passa-se ao exame citopatológico anual; dois controles citopatológicos anuais consecutivos normais, passa-se ao exame colpocitológico tri-anual. Se forem constatadas alterações sugestivas de NIC, a CAF é realizada de imediato no ambulatório. Caso haja contra-indicação ou falta de condições técnicas para se realizar a CAF são utilizadas outras técnicas, como a conização do colo do útero (BRASIL, 2002).

Segundo o INCA (2000), 80% das pacientes com lesões de alto grau são tratadas ambulatorialmente e os outros 20% operadas sob anestesia em centro cirúrgico (BRASIL, 2000).

Em geral, o câncer do colo do útero causa poucos sintomas. Em sua fase inicial, a pré-invasiva, é quase sempre assintomático. Esporadicamente, pode surgir sangramento durante a relação sexual. Na fase de invasão inicial do estroma, essa perda sanguínea é mais comum. Já nas fases de invasão franca, a perda sanguínea espontânea ou induzida é o sinal mais sugestivo. Nesse momento, há presença de leucorréia fétida, aquosa, de coloração rósea; disúria; polaciúria; incontinência urinária; enterorragia e tenesmo. Ainda nesta fase, pode haver perda de urina e/ou fezes pela vagina; dores lombares e edema dos membros inferiores com comprometimento de estruturas extragenitais, em fases mais avançadas (GONÇALVES; LIMA, 2002).

Segundo os mesmos autores, a neoplasia invasiva é classificada em carcinoma espinocelular em 90% dos casos. Os demais são os adenocarcinomas da endocérvice e, raramente, os sarcomas. Segundo Dias, Moraes e Pinto (2000) há também o carcinoma de

pequenas células, extremamente agressivo e raro e o carcinoma de células claras, com as mesmas características. O carcinoma espinocelular apresenta características macroscópicas variáveis, podendo ser exofítico, papilífero ou ulcerado infiltrativo, atingindo estruturas adjacentes com áreas de necrose.

Ainda conforme Gonçalves e Lima (2002), histologicamente, o câncer invasivo espinocelular é, conforme o grau de diferenciação, classificado em: bem diferenciado; moderadamente diferenciado e pouco diferenciado, sendo que, a maioria desses, é moderadamente diferenciado. Os adenocarcinomas são compostos de células anaplásicas, delimitando estruturas glanduliforme. Está relacionado com o HPV, sendo que os fatores de risco mais comuns são a obesidade, a hipertensão e o diabetes.

Os autores ainda destacam que a propagação dos cânceres se dá por via direta, em que o carcinoma invade a vagina e o corpo uterino por continuidade, estendendo-se a paramétrios, bexiga e reto. A invasão indireta ocorre, principalmente, através dos vasos linfáticos e, também, dos vasos sanguíneos.

De acordo com Gonçalves e Lima (2002), o diagnóstico na fase inicial do câncer invasivo representa a parte mais difícil, devido aos poucos sintomas apresentados. O exame especular só é método diagnóstico quando se detecta tumor facilmente sangrante, necessitando-se, então, de profissional qualificado e de métodos mais específicos. Destacam como métodos diagnósticos, a citologia, através do exame de Papanicolaou; a colposcopia e o exame anátomo-patológico. Quando associados, o resultado é fidedigno em quase 100% dos casos; se isolados, há uma margem de erro próxima a 10 ou 15%. Caso haja diferenças em exames histológicos, aconselha-se a sua repetição priorizando a pior lesão.

Os métodos diagnósticos, subsidiários, para detecção do câncer do colo do útero, segundo Miranda e Freitas (1995), e a partir do que determina a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO - (1994) são a avaliação das vias urinárias através da

cistoscopia, urografia excretora, ultra-sonografia e avaliação intestinal, que é feita através da retossigmoidoscopia. Somando-se a esses métodos, inclui-se ainda, a radiografia de tórax, a ressonância magnética nuclear, o mapeamento ósseo e a tomografia computadorizada.

De acordo, ainda, com Miranda e Freitas (1995), os critérios topográficos de invasão do câncer do colo do útero são baseados, também, na Classificação dos Tumores Malignos da UICC além da FIGO (1994), que é a mais utilizada. Ela define o estadios 0 (carcinoma *in situ*); estadios I (limitado ao colo do útero); Ia (pré-clínico); Ia1 (invasão estromal até 3mm evidente ao microscópio); Ia2 (invasão estromal de 3 a 5 mm evidente ao microscópio); Ib (idem ao estadios I); Ib1(tumores com diâmetro inferior a 4cm.); e Ib2 (diâmetro superior a 4cm); II (tumor além do colo com comprometimento até 1/3 médio da vagina); IIa (comprometimento da vagina); IIb (comprometimento do paramétrio); III (tumor no terço inferior da vagina ou até a parede pélvica); IIIa (vagina); IIIb (extensão à parede pélvica e/ou hidronefrose ou exclusão renal); IV (tumor além da pelve verdadeira ou na mucosa da bexiga ou reto); IVa (tumor estende-se a órgãos adjacentes (bexiga e reto) e IVb (metástases a órgãos distantes).

Conforme apontam Dias, Moraes e Pinto (2000), no câncer do colo do útero, toda vez que o estadiamento não é preciso, ou seja, quando há dúvida, deve-se dar preferência ao estadios inferior, para não levar a um falso resultado na terapêutica estabelecida. Se um estadios já está constituído clinicamente, não deverá ser mudado após a cirurgia, mesmo se verificado a dúvida diagnóstica.

Alguns fatores devem ser considerados quanto ao prognóstico de mulheres com câncer invasivo do colo do útero para que se defina a terapêutica. Destacam-se entre esses: o estadiamento clínico, a presença de comprometimento do paramétrio, o volume e a propagação para o endométrio e a indução dos tumores pelo HPV de alto risco (GONÇALVES; LIMA, 2002).

Discutindo essa temática, Miranda e Freitas (1995, p. 1029) afirmam que:

importantes modificações na forma de se estadiar e tratar o câncer do colo do útero e suas complicações foram propostas nos últimos dez anos, havendo, ainda, muitas controvérsias. A conduta terapêutica vai se basear no diagnóstico, no estadiamento e nos fatores prognósticos.

Nos estádios Ib e IIa inicial, segundo os mesmos autores, a paciente pode ser submetida a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica se o tumor for pequeno e ela tiver condições médicas e cirúrgicas para a realização do procedimento. Já Gonçalves e Lima (2002, p. 8) argumentam que:

A cirurgia leva à cura nos casos dos tumores localizados. O estágio Ia pode ser tratado apenas com a conização ou, em casos selecionados, com a histerectomia total abdominal extrafascial. No estágio Ia2, a paciente é geralmente submetida a histerectomia total abdominal com linfadenectomia pélvica segmentar. Mulheres acima de 50 anos de idade submetem-se a anexectomia bilateral. Nos estádios IIb e III, recomendam-se apenas a radioterapia em toda a pelve e complementação parametrial. No estágio IV, recomenda-se a radioterapia e a braquiterapia (radiação interna).

No que se refere ao tratamento cirúrgico, o mesmo tornou-se possível após a descoberta da anestesia geral, em fins do século XIX, quando foi feita a primeira extirpação cirúrgica de um tumor neoplásico. Esse tratamento, nessa época, não conseguia a cura, restando ao paciente esperar pela morte (HOLLAND, 1990, p.79 apud SILVA, 2000, p. 21).

Como segunda forma de tratamento do câncer, surgiu, em 1920, a radioterapia sendo largamente empregada como tratamento paliativo. Hoje é muito utilizada como possibilidade de cura em vários tipos de cânceres. Pode ser usada isoladamente, associada à cirurgia (pré, peri e pós-operatório) e/ou à quimioterapia (antes, durante ou após), podendo ser local e/ou regional (BRASIL, 2002m).

A radioterapia é composta por radioterapia interna intracavitária ou braquiterapia e radioterapia externa. Aquela consiste na aplicação de ovóides de césio no colo e cavidade uterina para que o tumor local seja destruído; quanto à externa é baseada no cobalto e acelerador linear, para irradiar os paramétrios laterais e cadeias linfáticas pélvica, aórtica e fossa obturadora (DIAS; MORAES; PINTO, 2000).

A dose terapêutica é calculada e aplicada em sessões. A resposta dos tecidos às radiações vai depender da sensibilidade do tumor à radiação, bem como do tempo total em que ela é administrada. A radioterapia pode ser radical ou curativa, quando se busca a cura total do tumor; remissiva, quando se busca a remissão tumoral; profilática, quando a doença está em fase inicial; paliativa, para a redução dos sintomas como a dor intensa, o sangramento e a compressão de órgãos (BRASIL, 2002n).

Este tipo de tratamento apresenta algumas complicações que podem ser imediatas, como a perfuração uterina proporcionada pela colocação dos ovóides de césio na cavidade; febre muitas vezes causada pela infecção decorrente da necrose tumoral e das complicações tardias, que resultam da agressão da radiação ionizante sobre o epitélio da bexiga e intestino, produzindo vasculite e fibrose (DIAS; MORAES; PINTO, 2000).

Usada como terceira modalidade de tratamento, a quimioterapia é reservada para pacientes selecionadas em um protocolo especial que prevê o tratamento neo-adjuvante com altas doses de cisplatina e bleomicina, seguida de radioterapia ou histerectomia, caso o tumor seja clinicamente ressecável (MIRANDA; FREITAS, 1995). Este tipo de tratamento surgiu no final dos anos 40, com a descoberta do primeiro agente quimioterápico anticâncer (GIMENES, 1994). O primeiro tratamento em paciente com câncer foi realizado em dezembro de 1943, como indicação terapêutica para um linfoma maligno, sendo usada a mostarda nitrogenada e havendo remissão transitória da doença. Porém, o paciente foi a óbito algum tempo depois. Atualmente, tem-se utilizado agentes quimioterápicos mais ativos e menos tóxicos no tratamento do câncer, o que vem contribuindo, significativamente, com o prognóstico e a sobrevida desses pacientes (BRASIL, 2002o).

A maioria dos tratamentos por quimioterapia tem sido utilizada em casos avançados, como os estadios III e IV, com uma pequena contribuição tanto para o aumento da sobrevida, como para o aumento do intervalo livre da doença e melhoria da qualidade de vida. Os

quimioterápicos que têm melhor resultado são as platinas, pois apresentam menor toxicidade. Recentemente, a ifosfamida tem sido muito utilizada por apresentar melhores índices de resposta, quando utilizada em combinação com as platinas (DIAS; MORAES e PINTO, 2000).

Ainda segundo os autores a finalidade da quimioterapia prévia ou neo-adjuvante, ou seja, como primeira forma de tratamento nos casos avançados, é diminuir o volume e a extensão tumoral, para a melhoria do nível de oxigenação, e ajudar no tratamento radioterápico, tornando as lesões operáveis. Convém destacar, que a grande maioria das mulheres que tem câncer do colo do útero morre em uremia, com anúria por hidronefrose, devido à obstrução ureteral à altura dos paramétrios laterais, em decorrência da expansão da tumoração maligna em toda a pelve.

A invasão para os gânglios linfáticos é um fator importante no prognóstico uma vez que, quando os linfonodos pélvicos estão livres da invasão, a taxa de sobrevida é bastante alta. A sobrevida das mulheres com câncer do colo do útero vai depender do grau de invasão do tumor. No estágio Ia, a sobrevida de cinco anos aproxima-se de 100%; no estágio Ib cai para 75 a 85%, sendo maior quando o tratamento cirúrgico é acrescido da radioterapia (FREITAS, 1998).

Com relação à prevenção, Piazza et al. (2002) destacam alguns motivos pelos quais se faz necessária a melhoria no rastreamento do câncer do colo do útero. Um dos motivos refere-se ao fato de que a doença pode ser facilmente detectável através de um exame simples, como é a colpocitologia ou Papanicolaou; e o outro é que, apesar disso, esse câncer ainda é, em nosso meio, um dos que apresentam maiores taxas de morbimortalidade, de complicações e de altos custos com os tratamentos nas fases avançadas.

Conforme os autores acima, o valor do exame colpocitológico está pautado na experiência de quem realiza a coleta e, na qualidade da amostra coletada, uma vez que um

esfregaço inadequadamente obtido e fixado pode ser interpretado de forma errônea pelo citopatologista.

Apesar do câncer do colo do útero ser facilmente detectável e ter um elevado potencial de prevenção e cura, a sua detecção precoce não tem sido observada com muita frequência no Brasil, o que pode ser ressaltado pelos dados epidemiológicos já citados.

Apenas o exame preventivo ginecológico, de acordo com as informações do MS não foi suficiente para causar impacto no perfil de morbimortalidade da doença, passando então esse órgão a articular ações em todo o território nacional, motivando as mulheres mais vulneráveis ao câncer a realizarem o exame. A rede de assistência foi preparada para tal procedimento e encaminhamentos adequados daquelas com positividade nos seus exames (BRASIL, 1998b).

Como as taxas de incidência e de óbitos pelo câncer do colo do útero permaneceram altas, a sua prevenção tornou-se imperativa para o Governo que tem demonstrado através de políticas sociais de implementação de programas de assistência à saúde da mulher, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, com o PAISM. A assistência à mulher passou a ser integral, contemplando não apenas o ciclo gravídico-puerperal, mas as ações voltadas para a prevenção do câncer do colo do útero e de mama, planejamento familiar, direito ao aborto, quando em situações consideradas legais, dentre outras (BRASIL, 1999b).

No entanto, apesar do PAISM ter aumentado a cobertura de assistência à mulher nas diversas fases da sua vida, as taxas de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero permaneceram altas.

Com isso, apoiando-se na VI Conferência Mundial de Mulheres, realizada na China em 1995, o Governo Brasileiro através do INCA, por meio de uma ação conjunta de todos os 26 Estados brasileiros e o Distrito Federal, desenvolveu um Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero denominado Programa Viva Mulher, elaborando um projeto

piloto que foi implantado a partir do primeiro semestre de 1997, em Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe (BRASIL, 2002p).

Com base na experiência adquirida durante esse programa, no período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, foi realizada a expansão Nacional, denominada Fase de Intensificação. A partir de 1999, foi realizada a fase de consolidação, baseada na análise e reestruturação das estratégias utilizadas, com a inclusão das ações de controle do câncer de mama no programa.

A primeira Mobilização Nacional foi realizada de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, ocasião em que foram colhidos três milhões de exames. Desses, 65% foram na faixa etária de 35 a 49 anos de idade, sendo detectados 60 mil exames com algum tipo de alteração e foram acompanhadas e tratadas 77% das mulheres com lesões precursoras de alto grau e câncer. A segunda mobilização foi em março de 2002, com população de mulheres entre 35 e 49 anos que nunca fizeram o exame de Papanicolau ou que estava há pelos menos três anos sem realizá-lo. A meta foi de realizar coleta de exame citopatológico em 2,5 milhões de mulheres (BRASIL, 2002 q).

O MS vem tentando implantar, de forma definitiva e contínua, um programa de rastreamento para o câncer do colo do útero, visto que este tipo de programa teve êxito em alguns países, com queda significativa dos índices de mortalidade por essa doença. Porém, no Brasil, a falta de continuidade desses programas é freqüente, ocorrendo, na maioria das vezes, campanhas isoladas. Nesse sentido, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) do Conselho Nacional de Saúde, vem alertando o MS e o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto aos riscos para a população feminina da não efetividade das campanhas de rastreamento do câncer do colo do útero (BARACAT, 2001).

Isso é comprovado nos resultados apresentados pelo INCA, sobre a primeira Campanha Nacional em 1998, em que cerca de 2000 mulheres que apresentavam diagnóstico de lesão de alto grau ou câncer não puderam ser tratadas, devido às dificuldades que envolveram não só a localização dos endereços, bem como a escassez de serviços de referência, o que demonstrou uma má estruturação e administração da Campanha e

desrespeito aos direitos da população feminina à saúde (ARAÚJO; OLIVEIRA; ÁVILA, 2001).

Apesar de todas as mobilizações realizadas através das campanhas, estima-se que 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame de Papanicolaou (BRASIL, 2002r).

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), conforme Baracat (2001), vem propondo, junto ao MS, a realização de programas de rastreamento para que se torne uma ação contínua e duradoura com resultados mais efetivos, visto que as campanhas apresentam um tempo limitado de duração, o que pode resultar na ausência de impacto sobre a doença.

O rastreamento e o tratamento das mulheres devem ser uma preocupação constante, envolvendo ações governamentais conjuntas dos Estados e Municípios, norteadas pelo INCA. Salientamos também que, campanhas isoladas e em períodos pré-determinados já demonstraram que não têm sido eficazes no combate e controle do câncer do colo do útero. Sendo assim, faz-se necessária essa articulação visando a redução dos índices de morbimortalidade por esse tipo de câncer que continua a devastar a população feminina no nosso país.

2.2. AS MULHERES COM CÂNCER INVASIVO DO COLO DO ÚTERO E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

No que se refere às estratégias de enfrentamento, utilizou-se para o desenvolvimento do presente estudo, o referencial teórico da Psiconcologia⁷. Vislumbrou-se que a apreciação

⁷ A literatura também registra os termos Psico-oncologia e Psicooncologia.

de tal referencial teórico contribuirá para uma melhor abordagem sobre a mulher com câncer invasivo do colo do útero.

A Psiconcologia, subárea da Psicologia da Saúde que reúne conhecimentos teóricos e de intervenção, ancorados na área de conhecimento da Psicologia, tem tido um grande desenvolvimento no mundo inteiro, fato de grande relevância, já que o número de pacientes com câncer, independente do estadió do tumor, tem aumentado significativamente a cada ano. Assim, a construção no campo da Psiconcologia aponta para uma nova área de atuação a essa clientela específica, visando a abordagem dos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento e no tratamento considerando, afora os aspectos individuais, o contexto familiar e social.

Devemos destacar a construção histórica da concepção de saúde e doença, e do surgimento da Psiconcologia já, que tais aspectos estão diretamente relacionados ao tema deste estudo. Os conceitos de saúde e de doença remontam aos anos 500 a 300 a.C., quando filósofos gregos contribuiriam com os primeiros registros contendo tais conceitos. Foram várias as conceituações utilizadas e, diversos estudiosos, entraram em discussão por focar a tese de que a mente e o corpo eram entidades separadas, tendo as doenças apenas causas fisiológicas (GIMENES, 1994).

A idéia de que fatores psicológicos podem precipitar ou ser a causa de doenças vem de longa data. A noção de que o corpo e a mente são partes integrantes e interrelacionadas de um organismo e que a saúde é fruto do equilíbrio entre todas as partes constituintes do ser humano e desse com o meio ambiente, já estava presente nas concepções dos pais da Medicina Ocidental, Hipócrates e Galeno. Galeno chegou a observar que mulheres deprimidas tinham mais tendência ao câncer (CARVALHO, 1998).

Durante a Idade Média, a Igreja passou a ter enorme influência sobre as concepções de saúde-doença. Defendia-se a opinião de que supostas ações demoníacas afetavam a saúde,

sendo a doença considerada uma punição divina, por meio da qual se flagelava o corpo por torturas ou castigos, para libertação dos espíritos malignos. O corpo e a mente eram partes distintas e separadas (CARVALHO, 1998). Porém, já no século XIII, São Tomás de Aquino rejeitou esta concepção, propondo a idéia da inter-relação mente-corpo e o homem como um ser indivisível. Essa proposta, apesar de não ter apresentado grande impacto na época, reanimou o interesse pela questão mente-corpo (GIMENES, 1994).

Ainda segundo a autora, durante a Idade Média, estendendo-se ao período do Renascimento, permaneceu a idéia da dicotomia entre a mente e o corpo. Com o avanço dos conhecimentos médico-científicos nos séculos XVIII e XIX, sobretudo aqueles propostos por Descartes, ao sistematizar duas partes distintas, que seriam a parte abstrata e a parte concreta, inicia-se o desenvolvimento científico no mundo ocidental. Cada parte passou a ser estudada de forma separada e a doença passou a ser vista como um mal do corpo, surgindo, assim, um novo modelo de atuação denominado de modelo biomédico.

Esse modelo enfatizava que independentemente de processos psicológicos e sociais as doenças eram explicadas por alterações em processos fisiológicos que podem surgir dos desequilíbrios bioquímicos, infecções viróticas, bacterianas ou outras. O modelo biomédico trouxe grandes contribuições para a compreensão do processo saúde-doença embora, posteriormente, tenha sofrido muitos questionamentos (CARVALHO, 1994).

É importante salientar que a dicotomia entre mente e corpo era estabelecida apenas pelo sistema médico ocidental, uma vez que os sistemas médicos orientais já traziam a idéia do ser humano como um ser indivisível (CARVALHO, 1998).

Carvalho (2002a) demonstra que no final do séc. XIX, a integração mente-corpo foi retomada por Freud, em seus *Estudos sobre a Histeria*, vindo a abalar o posicionamento cartesiano da medicina. Esse estudioso demonstrou que as doenças não surgiam apenas devido a fatores orgânicos e, sim, devido à inter-relação entre os fatores biológicos,

fisiológicos, psicológicos e sociais, organizando o modelo biopsicossocial na Medicina. Com isso, aparecem novos campos de estudo, pesquisa e atuação, a saber: Medicina Psicossomática, Comportamental e Psicologia da Saúde (GIMENES, 1994).

A Medicina Psicossomática foi organizada a partir da idéia de que haveria a possibilidade do surgimento de sintomas físicos sem causas orgânicas (CARVALHO, 1998). A sua oficialização ocorreu com a fundação da *American Psycosomathic Medicine Association*, em 1939, reforçando a inter-relação entre mente e corpo (CARVALHO, 2002a). A Medicina Psicossomática enfocava a relação entre doença física e mente, feita por Freud e pela Psicanálise, sugerindo que as doenças são causadas por fatores psicológicos. Também é denominada de Psicologia Médica, sendo que, nesse caso, procura englobar a análise da interação médico-paciente e as condições biopsicossociais (KERBAUY, 2002).

Em 1943, foi criada a Sociedade Americana de Medicina Psicossomática, que incentivou o desenvolvimento de pesquisas na área, com ênfase na interpretação psicanalítica acerca de problemas específicos de saúde. Tal especialidade da medicina oferece condições de se compreender as relações entre os estados emocionais e o surgimento de sintomas somáticos e diferentes tipos de doença. A sua preocupação é com a relação entre fatores sociais e psicológicos, funções biológicas e fisiológicas (GIMENES, 1994).

No início dos anos 70, surgiu a Medicina Comportamental com o objetivo de estudar o papel da psicologia na doença. Essa área da medicina inicialmente desenvolveu-se a partir dos pressupostos da Psicologia Comportamental, que enfatizou a aprendizagem humana por meio de condicionamento clássico operante. Teve também influência do enfoque da Fisiologia Experimental, que destacava o efeito das emoções sobre o funcionamento do organismo. Esse enfoque teve início no passado pelo médico francês Charles Feré, alcançando destaque em 1935, com os trabalhos de Cannon e, em 1936 e 1946, com Seley, que abordaram o fenômeno do estresse e suas conseqüências para a saúde (GIMENES, 1994).

A autora ainda traz que a Medicina Comportamental originou-se a partir do trabalho de Pavlov. Esse mostrou a possibilidade de utilização de condicionamentos na modificação de comportamentos, podendo essas modificações ser usadas como forma de tratamento. Essa área permite a interdisciplinaridade e enfatiza o estudo e a pesquisa em saúde, considerando etapas envolvidas na situação saúde-doença, tais sejam, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

No final dos anos 70 emergiu a Psicologia da Saúde desenvolvida especificamente dentro da Psicologia, por isso, tem tal denominação. Essa área apresenta pontos em comum com a Medicina Comportamental, uma vez que ambas aparecem como uma alternativa à biomedicina, defendendo o rompimento com o modelo médico tradicional, no qual o paciente não tem papel ativo no seu processo de doença e tratamento (GIMENES, 1994).

Segundo a mesma autora, em 1978, a Associação Americana de Psicologia criou a divisão de Psicologia da Saúde e, no início dos anos 80, foi publicada a Revista de Psicologia da Saúde. A proposta dessa área incluía a promoção e a manutenção da saúde; a prevenção e o tratamento de doenças; a identificação da etiologia e diagnósticos e a atuação no sistema de política social da saúde.

Reforçamos o conhecimento de que ambas – a Medicina Comportamental e a Psicologia da Saúde - são distintas apenas do ponto de vista organizacional, porém as duas têm a mesma visão de que a saúde e a doença resultam da inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, presentes na vida das pessoas, consolidando, com isso, o modelo biopsicossocial, em detrimento ao modelo biomédico (GIMENES, 1994).

A Medicina Psicossomática, a Comportamental e a Psicologia da Saúde deram subsídios para o surgimento da Psiconcologia, há aproximadamente 25 anos. Essa última surge como um conhecimento sistematizado quando a comunidade científica reconhece que o aparecimento, a evolução e a remissão do câncer são intermediadas por uma série de fatores e

não se relacionam apenas à biomedicina. Somando-se a isso, é reconhecido que hoje vários fatores, tais como os avanços tecnológicos para o diagnóstico e o tratamento do câncer, aumentaram, consideravelmente, a sobrevivência de pacientes oncológicos. Tal fato tornou imprescindível o acompanhamento psicológico, tanto do paciente quanto da sua família e dos profissionais que o assistem em todas as fases de tratamento e do combate ao câncer (CARVALHO, 1998).

Segundo a autora supracitada, em relação a esses avanços médicos, destacamos a introdução da anestesia no século XX; o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para a remoção de tumores nos anos 20; o desenvolvimento de algumas modalidades terapêuticas, como a radioterapia também em 1920, a quimioterapia no final dos anos 40, já abordado anteriormente, e outras que contribuíram para a criação da especialidade Oncologia Clínica, começando, assim, a modificar a visão a respeito do câncer.

Ainda conforme assevera Carvalho (1998), com base nesses avanços, aumenta nos Estados Unidos o número de médicos oncologistas que passam a solicitar o auxílio da unidade de Psiquiatria para pacientes oncológicos, reconhecendo que os aspectos psicológicos desses, deveriam ser valorizados.

Com a idéia de que fatores psicológicos tinham cada vez mais participação no surgimento de doenças, influenciando não só a doença em si, mas os resultados assustadores do seu tratamento, tornou-se ainda mais necessária a presença do psicólogo dentro da equipe multidisciplinar, visto que esse tinha o papel de oferecer auxílio psicológico ao doente, à família e aos profissionais envolvidos no seu cuidado (CARVALHO, 2002a).

A autora lembra, também, que só a partir da década de 1970, os oncologistas passaram a solicitar a presença de psiquiatras e psicólogos na equipe. Isso devido, principalmente, à dificuldade em informar à família, sobretudo ao doente, a respeito do seu diagnóstico. Na

atualidade, outros profissionais, como a(o) enfermeira(o), assistentes sociais e psicoterapeutas, vêm integrando essa equipe multidisciplinar.

Bayés (1985) assegura que o desenvolvimento da Psiconcologia está associado a diversos fatores relevantes, destacando-se, entre esses: o reconhecimento de que a etiologia e o desenvolvimento do câncer estão associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais; o fato da importância da adesão do paciente aos inúmeros tratamentos existentes está sendo reconhecida pela comunidade da área de saúde; admitir que fatores psicológicos e sociais estão associados à adesão dos pacientes às diversas modalidades de tratamento para combater o câncer, desenvolver estratégias eficientes, assegurando, assim, a participação ativa desses nas diversas fases de tratamento; o reconhecimento da necessidade de se fazer uma substituição da tecnologia medicamentosa pela comportamental na área da Saúde e o fato de se ter aumentado o número de sobreviventes e o tempo de sobrevivência, como assinalado anteriormente, reforçou a idéia de que os profissionais de saúde, envolvidos, dessem mais atenção à qualidade de vida de seus pacientes.

Diante disso, Costa Junior (2001) destaca que a Psiconcologia passou a se constituir, nos últimos anos, em uma ferramenta indispensável como forma de promover essa qualidade de vida ao doente com câncer, vindo a facilitar o seu processo de enfrentamento. Esse enfrentamento inclui eventos estressantes, muitas vezes aversivos, que se relacionam ao tratamento da doença, destacando-se, principalmente, os de períodos prolongados; a terapêutica farmacológica agressiva, com os seus desagradáveis efeitos colaterais; a submissão aos procedimentos invasivos e dolorosos; as alterações de comportamento do paciente (incluídas aqui a desmotivação e a depressão) e os riscos da recidiva.

Destacando as definições do termo Psiconcologia, são várias as existentes, as quais refletem tanto a formação profissional, quanto o referencial teórico dos estudiosos que a sugerem. O doutor José Shavelson (1961), médico cirurgião e psicanalista argentino,

conforme aponta Gimenes (1994, p. 45) a define da seguinte forma : “ramo da medicina que se ocupa da assistência ao paciente com câncer, do seu contexto (familiar e social) e dos aspectos médico-administrativos presentes no contexto desse paciente”.

Bayés (1985), psicólogo e pesquisador do referencial comportamental, usa o termo Psicologia Oncológica e não Psiconcologia e menciona que essa se constitui em uma área especializada da Medicina Comportamental, pois se refere à aplicação de princípios psicológicos à Oncologia.

No Brasil, ainda não se tem uma definição formal para esse termo, porém o delineamento de seu campo de estudo e intervenção surgiu a partir do I Encontro Brasileiro de Psiconcologia, realizado em Brasília, em 1982, e reafirmado, em 1989, no II Encontro, ocorrido em Curitiba (GIMENES, 1998).

A autora salienta que, apesar disso, no Brasil, há relatos de atendimento psicológico a pacientes portadores de câncer, ainda que, de forma assistemática, desde cerca de 15 anos atrás. Atualmente, o atendimento encontra-se mais sistematizado, já existindo vários grupos de apoio à doentes em todo o país. Esses grupos são formados por profissionais de entidades particulares e de hospitais públicos, com o envolvimento, também, de pacientes. Há ainda o desenvolvimento de pesquisas e de cursos na área, visando à capacitação de profissionais de saúde, com o objetivo de ajudá-los a atuar junto aos pacientes oncológicos, no enfrentamento da doença, participando, assim, do seu tratamento e de sua recuperação. Destacam-se entre esses grupos: Grupo pela Vida (Salvador); Grupo de Apoio e Auto-ajuda para Pacientes com Câncer (Recife); e Serviço de Psiconcologia do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo).

Podemos destacar, ainda, os vários congressos realizados no país, abordando os aspectos da Psiconcologia e o curso de Especialização oferecido pelo Instituto *Sedes Sapientiae*, em São Paulo, o que vêm contribuindo para o engajamento de outros profissionais

na luta contra o câncer e para uma abordagem mais adequada entre a equipe, incluindo nessa, a clientela.

Dessa forma, Gimenes (1994, p. 46) define a Psiconcologia como sendo: “a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde”.

Para Costa Júnior (2001), a Psiconcologia é o campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores internos e externos, conforme já destacado anteriormente, sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Tem como principais objetivos, a identificação de variáveis psicossociais e ambientais em que a intervenção psicológica auxilia no processo de enfrentamento da doença, quaisquer que sejam as situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares estejam submetidos.

Gimenes (1994) ressalta que, o fato de se considerar a Psiconcologia como uma subespecialidade da Psicologia da Saúde, traz uma série de vantagens, dentre as quais: permitir a vinculação de profissionais de saúde, em geral como médicas(os), psicólogas(os), assistentes sociais e enfermeiras(os), todos tendo como compromisso as várias abordagens psicológicas; ter como principal preocupação da Psiconcologia a saúde, ou seja, focar o bem-estar dos pacientes e das pessoas com eles envolvidos, não levando em consideração a fase de evolução da doença, assim, enfatizando a qualidade de vida e não a doença em si. Chama a atenção para a importância do aproveitamento da tecnologia e dos conhecimentos advindos de outras subespecialidades da Psicologia, como a Educacional, do Desenvolvimento e a Organizacional, dentre outras.

A autora esclarece ainda, que, através da eliminação do termo medicina, a Psiconcologia está mais voltada para o estudo de variáveis psicossociais que direcionam as estratégias de intervenção com o paciente, do que no estudo de variáveis médicas ou orgânicas.

Costa Júnior (2001) ressalta que, na Psiconcologia, o atendimento profissional deve ir além dos limites do consultório e da prática psicoterápica, que são inadequados e insuficientes para que os objetivos dessa área sejam cumpridos. Deve, pois, buscar trabalhar com o paciente em qualquer local onde esse se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa ou em outro local qualquer) e incluir também a participação ativa de diferentes profissionais.

O autor, ainda, afirma que a intervenção em Psiconcologia é baseada em modelos educacionais e não em modelos médicos ou clínicos que dão ênfase às estruturas patológicas e atendimentos terapêuticos individuais. O profissional, no contexto da Psiconcologia, deve ter como prioridade, a promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo. A experiência de tratamento deve-se constituir em uma condição de aprendizagem sócio-comportamental e cognitiva para o paciente, e o psicólogo exerce o papel de esclarecedor dos repertórios de comportamentos demonstrados durante o tratamento que podem ser úteis em suas diversas fases.

Segundo Gimenes (1994), a Psiconcologia é uma área ainda emergente no Brasil, e sua incorporação à área de saúde ocorreu, formalmente, no início do séc. XX, com os trabalhos de Freud. Esse acontecimento se dá quando a comunidade científica reconhece que o aparecimento, a evolução e a remissão do câncer não se relacionam apenas à biomedicina.

Como áreas de aplicação da Psiconcologia, pode-se destacar: a assistência ao paciente oncológico, a sua família e aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; a pesquisa e o estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer e da organização de Serviços Oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando, de modo especial, a formação e o

aprimoramento dos profissionais de Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (CARVALHO, 1998).

O câncer, ainda hoje, surge como um caminho sem volta tanto para o paciente quanto para a sua família. Há uma total desestruturação física, psíquica e emocional, ao se ter esse diagnóstico, pois, muitas vezes, essas pessoas têm relatos de pacientes que não tiveram sucesso com a doença, vindo a transferir para si a idéia de que o seu resultado será igualmente negativo. É no instante em que se tem o conhecimento do diagnóstico, que surgem as indagações e dúvidas e, então, as buscas pelas soluções existentes (ARAÚJO; MEDEIROS, 2002).

Desse modo, ao receber o diagnóstico de câncer, Yamaguchi (1994) considera que o paciente traz em si a idéia da possibilidade da morte iminente. Esse diagnóstico é um evento potencialmente desestruturante não só para o doente, mas para os membros da sua família, que são considerados como uma das principais fontes de suporte social e de cuidados ao mesmo. Segundo Walker (1995 apud DEITOS; GASPARY, 1997, p.117) afirma que, o impacto trazido pelo diagnóstico é um processo individual, pois há evidência de que, quanto maior é a descrença da pessoa com a sua recuperação, menor será a sua sobrevivência.

Rowland (1990 apud SILVA, 2000, p. 25) destaca que o paciente é influenciado por três variáveis para se ajustar psicologicamente ao impacto trazido pelo diagnóstico do câncer. A primeira é o contexto sociocultural no qual o câncer ocorre: as crenças e as atitudes sobre o câncer, estigmas e significados a ele atribuídos, que atingem o paciente e a sua família. A segunda, o contexto médico a que se refere: ao estadio da doença, ao tratamento necessário e a localização do câncer. A terceira corresponde ao contexto psicológico no qual o câncer ocorre.

De acordo com a autora supracitada, a reação psicológica do paciente e da família ao diagnóstico de câncer começa com a suspeita da doença. Isso tem estigmatizado muitos

doentes e seus familiares. Tal situação para Sant'Anna (2000), se reporta à história da doença, visto que esta foi transformada num dos piores flagelos do mundo contemporâneo, tendo uma história de “imagens de vergonha”. Vergonha por ser acometido por uma doença relegada por todos; por abrigar um mal marcado pela imagem da corrosão ou de ter recebido um castigo divino, sendo rechaçado pelos indivíduos ao seu redor.

Deve-se ressaltar que, o diagnóstico do câncer e o seu tratamento se constituem em uma situação de estresse imposta sobre um indivíduo hígido, o que requer um processo de adaptação desse e de sua família, pois têm que se confrontar com bruscas e significativas mudanças que exigem um ajustamento rápido (KÜBLER-ROSS, 1996).

Ao se descobrirem vítimas de câncer, mesmo aquelas pessoas com um bom nível sociocultural, com uma boa inserção familiar, apresentam um certo grau de angústia, dúvidas e desespero. Percorrem, então, cada uma à sua maneira, fases que podem levá-las a várias formas de enfrentamento e colaboração ou à desistência. A reação individual, nesse momento é que vai direcionar a ação pela qual cada uma dessas pessoas será assistida, buscando-se a sua participação em todo esse processo (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Nesse sentido, a Psiconcologia atua sobre o conhecimento da luta da pessoa com câncer, das suas limitações físicas e psíquicas, do seu contexto familiar e social, desenvolvendo estratégias de enfrentamento que assegurem a sua participação como ser ativo nas diversas modalidades terapêuticas (ARAÚJO; MEDEIROS, 2002).

O termo enfrentamento, originário do vernáculo inglês (*coping*), foi incluído no campo da Psiconcologia já nos meados dos anos 40, quando os primeiros modelos teóricos foram propostos para explicar a diversidade de repertórios de comportamentos dos pacientes com câncer nas diferentes fases da doença (COSTA JUNIOR; COUTINHO; KANITZ, 2000). Esse termo expressa qualquer tipo de ação ou comportamento apresentado para lidar com o perigo ou inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas. Porém, a diversidade de conceitos

acerca do termo enfrentamento, utilizados na língua inglesa e portuguesa, tem resultado em equívocos, tanto no que se refere à sua definição, quanto à sua função e mensuração, gerando, assim, dificuldades em se compreender o que o termo realmente significa. O enfrentamento vem sendo abordado tanto de forma coloquial, quanto científica, o que explica essa confusão (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Tal confusão, além de estar relacionada à origem do termo, é compreendida, também, pelo fato de que o processo de enfrentamento tem como uma das principais características a plasticidade. Isso resulta do fato de que o ser humano tem diversas possibilidades de agir de maneiras diferentes, a depender da situação a qual é submetido. O ser humano tem características que lhe são próprias e, a depender da sua concepção de vida, do contexto no qual está inserido e das suas convicções a respeito de uma condição estressante, pode lidar de várias formas. Diante disso, conforme apontam Gimenes e Fávero (2000), a depender da abordagem teórica que o define e o mensura são destacadas duas formas principais que vêm sendo utilizadas para abordar o enfrentamento.

Aquela que apresenta o enfrentamento como estilo (*coping style*), ou seja, como uma característica de personalidade, como uma forma relativamente constante na qual a pessoa responde a determinadas situações estressantes e problemáticas. Essa abordagem recebeu influência da Psicanálise e da Psicologia do Ego, as quais a considera como um estilo ou um traço do eu (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Segundo Gimenes e Fávero (2000), a característica do enfrentamento como estilo é que é possível se fazer uma previsão da forma pela qual a pessoa enfrentará alguns ou todos os tipos de condições estressantes. Essa abordagem admite que a pessoa tem reações estanques ao estresse, assim os termos estilo e traço apresentam sentidos iguais, distinguindo-se apenas no que se refere à terminologia. O enfrentamento é entendido, então, como um estilo para lidar com a ameaça.

Essa noção de enfrentamento como um estilo, apesar de utilizado, vem sofrendo várias críticas, já que não se pode prever como uma pessoa irá reagir, em uma certa condição, apenas por ter conhecimento da sua personalidade, ou seja, do seu estilo de enfrentamento. Somando-se a isso, o enfrentamento é tratado de forma hierarquizada, de origem psicanalítica, trazendo em si um julgamento *a priori* da real eficácia do enfrentamento, sem com isso levar em consideração o contexto no qual o ser humano se insere. Nesse entendimento, são atribuídos valores positivos ou negativos a certos comportamentos, sendo o enfrentamento julgado como “efetivo e bom” e “inefetivo” ou “pobre” (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Diante disso, Antoniazzi, Dell’aglio e Bandeira (1998) salientam que, o ser humano desenvolve formas habituais de lidar com o estresse e que esses hábitos podem influenciar suas reações em novas situações, em maior ou menor grau. Porém, esses estilos não necessariamente implicam na presença de traços subjacentes de personalidade que possa predispor a pessoa a responder de certa forma. Ao contrário, esses estilos podem refletir uma forma particular de resposta a uma série específica de circunstâncias.

No final da década de 70, o enfrentamento com ênfase em estilo e traço foi abandonado, vindo a surgir a perspectiva que trata o enfrentamento como um processo, situação que se adequou à proposta da presente dissertação. Essa abordagem também apresenta algumas características fundamentais, dentre as quais, destaca que o enfrentamento é mutável na dependência da conjuntura em que esse ocorre, ressaltando, dessa forma, que o indivíduo tem autonomia naquilo que pensa e faz. De tal modo, os pensamentos e comportamentos de enfrentamento estão relacionados ao intercâmbio indivíduo/meio a depender da circunstância (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Diante disso, as autoras supracitadas elucidam que a natureza do enfrentamento como um processo, permite a compreensão de que, conforme um todo particular, o indivíduo pode

ter várias estratégias de enfrentamento ou pode ter várias estratégias de enfrentamento compondo processos de enfrentamento distintos.

É importante destacar que o processo de enfrentamento inclui um contínuo ir e vir, que vai desde a luta/confrontação e o esforço para não negar o diagnóstico, até as suas conseqüências. Quando o indivíduo lida de maneira adequada com a ocasião estressante, essas etapas no processo de enfrentamento são menos frequentes, porém as mesmas não são iguais, ou seja, não ocorrem de forma invariável para todas as pessoas. Pelo contrário, elas estão na dependência das estratégias cognitivo-afetivo-comportamentais que são ressaltadas no momento do processo no qual o sujeito é observado na sua interação com o contexto. O enfrentamento não pode ser entendido como uma seqüência de etapas, pois essas podem levar à noção de serem invariáveis, o que pode gerar expectativas de que pacientes com problemas semelhantes cumprem as mesmas etapas de enfrentamento (GIMENES; FÁVERO, 2000).

As autoras ainda salientam que uma outra característica importante do processo de enfrentamento é que, a depender da avaliação que a pessoa faz dela mesma, interagindo com o seu meio, essa será fundamental tanto na compreensão das suas respostas de enfrentamento, quanto no nível de estresse que enfrenta.

Além dos dois conceitos de enfrentamento delineados acima, alguns outros devem ser considerados. Em psicologia, por exemplo, o termo enfrentamento tem recebido um papel central no que se refere à adaptação do ser humano nas suas diferentes fases de desenvolvimento (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Gimenes e Fávero (2000, p. 114) apresentam a definição de Lazarus e cols. (1984) sobre o enfrentamento como um conjunto de estratégias para lidar com uma ameaça iminente que, segundo a análise psicológica, é o processo para lidar com exigências externas ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa.

As autoras (2000, p. 113) apoiando-se no pensamento de ressaltam que o enfrentamento corresponde a todas as atividades cognitivas e motoras que uma pessoa usa para preservar sua integridade física e psíquica, numa tentativa de restabelecer-se de alguma deficiência funcional reversível e/ou compensar as limitações impostas por quaisquer deficiências irreversíveis.

White (1974 também consultado por GIMENES e FÁVERO, 2000, p. 113), afirma que o enfrentamento refere-se à adaptação sob condições muito difíceis. Essas condições ocorrem quando a pessoa enfrenta mudanças drásticas de vida ou problemas que exigem novas formas de comportamento e provoca emoções ou estados afetivos desconfortáveis, tais como ansiedade, desespero, culpa, vergonha e luto.

Dessa forma, fica evidente para Gimenes e Fávero (2000, p.115) que:

o enfrentamento ocorre apenas quando a pessoa não pode se comportar diante das exigências de sua vida da mesma forma como vinha fazendo anteriormente, precisando apresentar novos comportamentos que representam estratégias de enfrentamento.

Conforme Carver (1989 apud ZANNON, 2001, p. 2), as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas quanto à função, em duas categorias: aproximativa e evitativa. Naquela, o enfrentamento é focalizado no problema, sendo que o paciente busca formas de modificá-lo, objetivando controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Neste tipo de enfrentamento são incluídas as estratégias de confrontação. A categoria evitativa refere-se ao enfrentamento focalizado na emoção, que teria como função regular a resposta emocional causada pelo problema com o qual a pessoa se defronta. Essas estratégias podem representar atitudes de afastamento, como negação ou esquiva em relação a esse problema. Além disso, incluem estratégias cognitivas ou comportamentais, que ajudam a evitar o problema ou a emoção negativa.

Já em relação ao tipo de processo, as estratégias de enfrentamento são classificadas em: comportamental e cognitiva. Nas do tipo comportamental, estão incluídas as estratégias

chamadas “solução de problema”, na qual a pessoa busca conhecer o seu problema e as alternativas para resolvê-lo, tomando decisão por determinada conduta. Busca apoio social, emocional, financeiro, físico e estratégias de relaxamento – meditação (GIMENES; FÁVERO, 2000). Marin (1984 apud GIMENES e FÁVERO, 2000, p. 119) destaca que no processo comportamental, o paciente tenta tomar uma decisão e modificar a situação problemática, assumindo condutas consideradas por ele efetivas.

No enfrentamento cognitivo, por seu turno, a pessoa lida com o problema apenas por meio da cognição. Pode minimizar o seu problema sem grandes preocupações; pode centrar a sua atenção nos aspectos positivos da situação; distrair-se com outras alternativas dirigindo a sua atenção para outras coisas; usar estratégias de comparação aprendendo que há problemas maiores do que os seus. O indivíduo pode, durante esses processos de autocontrole, lembrar de sucessos anteriores para enfrentar a condição em que se encontra atualmente. Destaca-se também a estratégia denominada aceitação ou resignação, na qual a pessoa se conforma com o problema, tendo a idéia de que as coisas podem melhorar (GIMENES; FÁVERO, 2000).

Diante disto, Lazan (1993 apud MACEDO, 1998, p. 2) define estratégias de enfrentamento como sendo orientadas tanto para a ação, como intrapsíquicas, para controlar (dominar, tolerar, reduzir, minimizar) demandas internas e ambientais e conflitos entre elas.

Moss (1991 apud MACEDO, 1998, p. 3), diante dessa definição, enumera algumas situações pelas quais o paciente terá que passar e, para isto, precisará lançar mão de algumas estratégias de enfrentamento tais como: lidar com o desconforto da dependência, a perda do controle, a dor e a fraqueza causada pela doença; lidar com o ambiente hospitalar e os procedimentos necessários ao seu tratamento; lidar com a dificuldade de relacionamento com membros da equipe; lidar com a manutenção de um equilíbrio emocional, racional, através do controle de sentimentos desagradáveis relacionados à situação da doença e, por fim, lidar com

a dificuldade em preservar os relacionamentos com amigos, família, uma vez que a necessidade de hospitalização provoca a quebra nos relacionamentos do paciente.

Conforme descreve Taylor (1990 apud MACEDO, 1998, p. 5), as estratégias de enfrentamento atuam na facilitação do ajustamento do paciente e dos seus familiares a essas situações. Diante disso, é importante frisar que as estratégias de enfrentamento utilizadas por um paciente com câncer são de suma importância para o seu prognóstico, uma vez que a literatura vem mostrando que o enfrentamento de resignação e passividade está associado a um prognóstico pouco favorável, enquanto que atitudes de luta, cooperação e participação no processo têm sido associadas a uma reabilitação mais positiva (ALMEIDA 1992 apud MACEDO, 1998, p.2).

Somando-se a isto, a escala *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* demonstrou que há maior risco de depressão em pacientes oncológicos, do que os acometidos por outras moléstias. Isso pode ser atribuído, muitas vezes, aos resultados das cirurgias mutiladoras por câncer; às possíveis formas de tratamento a que a pessoa é submetida, com o destaque para a radioterapia e a quimioterapia; à falta de apoio da família que, muitas vezes, não tem estrutura para enfrentar, juntamente com o doente, o seu diagnóstico, além do fato do câncer ser moléstia grave e de perspectivas associadas à proximidade da morte, dentre outros. Em contrapartida, salienta-se que alguns fatores como: nível socioeconômico e cultural; grau de relacionamento íntimo família-doente e histórias de vida podem influenciar na maneira pela qual ambos enfrentam o câncer, alterando os resultados para positivos ou negativos, de acordo com as intervenções de cada um (ARAÚJO; MEDEIROS, 2002).

Ao receber um diagnóstico de câncer, a pessoa pode enfrentá-lo de diversas maneiras, sendo suas reações apresentadas em fases. Destacam-se, dentre essas, a fase de negação, situação em que o paciente busca negar para si mesmo, como uma forma de defesa, que aquilo não está acontecendo com ele e procura não falar no assunto ou achar que o resultado

dos exames foi trocado. A negação e a ansiedade aqui presentes são devidas, muitas vezes, à forma pela qual o diagnóstico foi dado, às vezes, em momento inoportuno, por alguém sem preparo técnico e emocional para tal função. Com a negação vem o isolamento, quando o paciente busca esconder-se do mundo, do seu diagnóstico e dos que o cercam. Não se alimenta e entende que o seu problema não tem solução, considerando o isolamento como a única alternativa (KÜBLER-ROSS, 1996).

A mesma autora afirma que, após a fase de isolamento, surgem sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surgem os questionamentos sobre as razões da doença ter acontecido com ele e não com outra pessoa, sendo comum querer responsabilizar a família e os amigos pela própria situação na qual se encontra, bem como a Deus ou aos próprios médicos.

Ainda conforme a autora, após essas fases, o paciente entra na fase da barganha, que apesar de menos conhecida é de grande utilidade para si, embora seja utilizada por um período curto de tempo. Após ultrapassar as fases anteriores, inclusive a fase de ira e revolta, o doente passa a pensar que, caso se comporte de forma mais “calma”, clamando a Deus por melhora ou cura e tendo em mente que se apelar por ajuda, talvez o desfecho seja mais ameno. Baseado em suas experiências anteriores, o paciente tem em mente que o seu bom comportamento poderá ser recompensado, almejando, na maioria das vezes, a cura, o prolongamento da sua vida ou alguns dias sem dor ou sem males físicos. Outros pacientes usam, como forma de barganha, as promessas dos mais variados tipos.

Conforme a autora acima citada:

a barganha, na realidade, é uma tentativa de adiantamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma “meta” auto-imposta e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiantamento, caso o primeiro seja concedido. Em outras palavras, são como crianças que dizem: “nunca mais brigo com minha irmã, se vocês deixarem eu ir” (KÜBLER-ROSS, 1996, p. 97).

A autora ainda elucida que a maioria das barganhas é feita com Deus e normalmente mantidas em sigilo. Psicologicamente, as promessas podem ter ligação com uma culpa recôndita, o que requer que a equipe que presta assistência a esses pacientes valorize as observações feitas por eles. Essa atitude dará confiança ao doente para que ele não se sinta responsável e punido por alguma culpa excessiva.

Quando essas fases são superadas e ele entende que realmente o problema existe, surge, então, a depressão, o que pode fazer com que muitos não busquem tratamento, indo a óbito em pouco tempo. A depender da forma pela qual esse paciente é assistido em sua condição psicológica, ele, após ultrapassar essas fases negativas, externa seus sentimentos e passa a aceitar a situação em que se encontra, buscando alternativas para a sua cura ou melhoria (KÜBLER-ROSS, 1996).

Vários serviços de auto-ajuda vêm buscando, de alguma maneira, direcionar o doente com câncer, enfatizando que ele é o principal responsável pela evolução de sua doença e que se ele entender que pode participar desse processo, o resultado será positivo. Essa participação depende das convicções, sentimentos e atitudes que cada pessoa tem em relação à vida. Somando-se a isso, a resposta a todo e qualquer tratamento vai depender da idéia que cada um tem a respeito da eficiência desse tratamento e da confiança em relação à equipe que o assiste (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

Segundo esses autores a vontade de viver é essencial no tratamento de uma pessoa com câncer, pois se ela desiste de lutar contra a sua doença, o momento torna-se de grande preocupação, dado que o auto-controle, a auto-ajuda e a esperança de que algo mais pode ser feito é que vão representar a força para a busca de estratégias.

Em vista disso, a preocupação da Psiconcologia é de como direcionar essa pessoa como ser ativo para ter o suporte no tratamento, já que a etiologia e o desenvolvimento do câncer estão associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais (BAYÉS, 1985).

Apesar da evolução nos tratamentos, do aumento da sobrevida dos pacientes, do avanço da Psiconcologia e das diversas formas de estratégias de enfrentamento existentes, o câncer ainda é visto apenas em sua negatividade, como algo externo que de súbito ataca a pessoa e a família, desorganizando suas vidas. Assim, cada paciente deve ser tratado individualmente, através do estabelecimento de confiança e comunicação entre a equipe, a família e o doente, envolvendo a todos no processo de tomada de decisão, estabelecendo as expectativas e metas, esclarecendo dúvidas para que as estratégias de enfrentamento adotadas, conseqüentemente promovam um resultado positivo.

CAPÍTULO 3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1. TIPO DE PESQUISA

Considerando o objeto de estudo, os objetivos e o referencial teórico adotado, qual seja o da Psiconcologia, a pesquisa é classificada como um estudo exploratório descritivo, de caráter qualitativo.

Segundo Leopardi (2001), a pesquisa exploratória permite ao(a) investigador(a) aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

Triviños (1987) afirma que nesse tipo de investigação, parte-se de uma hipótese e aprofunda-se o estudo nos limites de uma realidade específica, buscando nos antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou experimental. Nesse sentido, um estudo exploratório pode servir para levantar possíveis problemas de pesquisa.

Complementando essa visão, Leopardi (2001) defende que o estudo exploratório é um tipo de investigação que necessita de uma revisão de literatura, entrevistas, observações, testes padronizados, escalas ou emprego de questionários, entre outros. Requer, pois, um esquema elaborado com a severidade característica de um trabalho científico. A partir desses dados, formulam-se, também, sugestões para a melhoria de práticas administrativas, educacionais, de saúde, entre outros. Diferencia-se da pesquisa diagnóstica, porque apresenta sugestões ou intervenções e não somente informações.

Para Marconi e Lakatos (1995), é um tipo de investigação empírica, cujo objeto é a formulação de questões ou de problemas, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses,

umentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, e modificar ou clarificar conceitos.

A pesquisa qualitativa nasceu da necessidade de se obter informações que não são passíveis de quantificar, precisando ser interpretadas de forma mais ampla do que a circunscrita a um simples dado objetivo.

Destacando a abordagem qualitativa nessa dissertação, foi pertinente a sua utilização, uma vez que ao falarmos de saúde ou doença, tais situações trazem consigo uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não podem estar contidas apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico (MINAYO, 1992).

Salienta-se, também, que essa investigação levou em consideração os sujeitos de estudo com determinada condição social, pertencente a um determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados, com sua complexidade em permanente transformação (MINAYO, 1992).

Conforme assinala Bogdan (1983 apud TRIVIÑOS, 1987, p. 82), a pesquisa qualitativa apresenta algumas características, a saber: tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como elemento-chave. É ressaltada a importância que o ambiente possui na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito. O(a) pesquisador(a) é considerado(a) importante, à medida que não esquece a visão ampla e complexa do real social; outra característica é que é descritiva sendo o fenômeno captado não só na sua aparência, mas em sua essência, rejeitando toda expressão quantitativa, numérica, toda medida; a outra característica é que os(as) pesquisadores(as) estão preocupados(as) com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; analisam seus dados indutivamente, ou seja, o significado e interpretação surgem da percepção do que acontece visto num contexto; o significado é a sua preocupação essencial, tendo como atenção preferencial os pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas.

3.2. CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO DE ITABUNA: ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E QUESTÕES RELATIVAS À SAÚDE

Talvez seja conveniente dizer que considero importante, destacar aspectos específicos a Itabuna, município fundado em 28 de julho de 1910, e que se encontra localizado na mesorregião Sul Baiana e microrregião Ilhéus-Itabuna.

Esse município possui uma população estimada em aproximadamente 196.675 habitantes, distribuída entre a zona urbana (85%) e rural (15%). Destes, 102.290 são do sexo feminino, o que equivale a 52% da população (DATASUS, 2002).

Sua extensão territorial é de 584 Km² e densidade demográfica de 412, 32 hab. /Km. Limita-se ao Norte com os Municípios de Governador Lomanto Júnior e Itajuípe; ao Sul, Jussari e Buerarema; a Oeste, Itapé e Ibicaraí e a Leste com Ilhéus. O sistema rodoviário que integra o Município com os demais da região é formado pela BR-415 que dá acesso à BR-116 e BR-101. As estradas municipais dão acesso às comunidades interioranas. Sua localização possibilita uma grande concentração de imigrantes, em decorrência das várias rodovias, constituindo-se num pólo regional, referência para toda uma população, que ao longo da história, tem em Itabuna o atendimento às mais diferentes demandas. Tem como principal atividade econômica, a agropecuária, com destaque para a cultura do cacau e de subsistência, seguido do comércio, que apresenta grande diversificação. Merece atenção a expansão da pecuária, em especial o rebanho bovino (BAHIA, 1996).

Com relação à saúde, o Município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB-SUS 1/96. Possui uma rede de serviços de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) composta por 7 UBSs, 14 Unidades de Saúde da Família - USF, 7 hospitais, 5 unidades de referência, 17 laboratórios, 8 clínicas de radiodiagnóstico, 7

serviços de atendimento traumato-ortopédicos e de fisioterapia, 5 para ultra-sonografia, 4 para endoscopia, além de serviços de alta complexidade (BAHIA, 1996).

Em janeiro de 2001, o Município de Itabuna encaminhou solicitação para a mudança da condição de Gestão Plena da Atenção Básica para Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Em fevereiro, a Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIBE) aprovou o pleito e, no período de 14 a 17 de março, a Secretaria Estadual de Saúde realizou a pactuação entre Itabuna e 32 municípios. A partir de 9 de maio de 2001, passou efetivamente à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

No que se refere à saúde da mulher, toda a rede básica tem, no sub-programa assistência pré-natal, profissionais como enfermeira(o) e médica(o) gineco-obstetra. Quanto à gravidez de alto risco, é referenciada para o Hospital Manoel Novaes. Além disso, o município tem disponibilizado 47 leitos na Maternidade desse hospital e 60 leitos na Maternidade Éster Gomes (BAHIA, 1996).

Foi implantado o Programa de Humanização do Parto e Puerpério – PHPN. A assistência ao puerpério é assegurada através de visitas domiciliares e consulta médica e/ou da(o) enfermeira(o). O planejamento familiar só está implantado em 3 Unidades Básicas.

A atenção à mulher no climatério está sendo iniciada como ação do município. É assegurada a consulta com ginecologista nas unidades básicas, porém, ainda não estão asseguradas as medicações específicas, especialmente as de reposição hormonal.

No tocante às ações voltadas para o atendimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs - foram descentralizadas das UBS e USF para o centro de referência, Unidade Júlio Brito, após treinamento de profissionais de nível superior em abordagem sindrômica. Os casos mais complexos são encaminhados para a essa unidade de referência de média complexidade. Tal unidade faz parte do conjunto de serviços prestados pela Coordenação Municipal de DST/AIDS. Outros serviços também são oferecidos por essa

Coordenação, como o Serviço de Ambulatório Especializado - SAE - para portadores de HIV/AIDS, acompanhamento de gestantes portadoras de HIV, serviço de ginecologia para portadoras de DST/HIV/AIDS, dentre outras.

A prevenção e o controle do câncer ainda são ações em fase de implantação. Efetivamente, as mulheres de faixa etária a partir de 35 anos são atendidas e encaminhadas para a rede ambulatorial. Os casos de NIC II e III são referenciados para o Centro de Controle Oncológico – CECON. O Hospital referência para o tratamento do câncer ginecológico é o HMN, com 12 leitos disponíveis para o internamento dessas mulheres, cabendo ressaltar o oferecimento dos tratamentos de radioterapia, quimioterapia e braquiterapia.

3.3. CARACTERIZANDO O *LOCUS*

O estudo foi realizado no Ambulatório de Oncologia do Hospital Emoção⁸, localizado no bairro de Fátima, na cidade de Itabuna-Bahia. Esta instituição filantrópica com 167 leitos foi fundada em janeiro de 1917, por um grupo de Empresários da cidade, sendo denominados de Irmandade da Santa Casa. A entidade integra a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna. O referido ambulatório atende, em média, 120 pacientes por dia, funcionando das 7:00 horas às 3:00 da manhã, de segunda à sexta-feira, em um total de 4 turnos diários de atendimento.

O ambulatório tem como equipe assistencial, 1 físico-nuclear, 2 oncologistas, 1 cirurgião de cabeça e pescoço, 1 hematologista e 4 auxiliares de enfermagem. Como pessoal de apoio, tem 11 técnicos para atuação em bomba de cobalto e suporte da oficina-molde, 3 recepcionistas, 1 assistente administrativo que coordena as atividades e 3 funcionários dos serviços gerais, todos distribuídos nos turnos de atendimento. Esse ambulatório funciona

⁸ Atualmente sob a coordenação de Francisco Vieira, médico com especializações em radioterapia e oncologia.

como referência para o atendimento ao câncer em geral atendendo as regiões Sul e Extremo Sul do Estado da Bahia.

É importante destacar que o serviço não conta com a(o) profissional enfermeira(o), e que isso vem gerando alguns problemas como má distribuição dos horários de atendimento, desmotivação da equipe que percebe a necessidade dessa profissional no setor e realização de funções por profissionais não qualificados.

Os(as) clientes que aí chegam preenchem uma ficha cadastral da qual constam, dentre outras informações, nome, endereço, diagnóstico, data de nascimento, número do CPF, sem o qual o paciente não pode iniciar o tratamento, norma essa estabelecida pelo MS.

Após preencher tal ficha, o(a) paciente é atendido pelo(a) oncologista, que avalia os meios diagnósticos, os exames especializados a serem solicitados, a utilização da cirurgia, dentre as demais terapias e o posterior início do tratamento, quando indicado, através da radio e/ou quimioterapia ou pela liberação, quando essas modalidades terapêuticas não são necessárias. Em caso da indicação de radio ou de quimioterapia, são preenchidos no prontuário os dados referentes ao diagnóstico, estadió, sendo agendada a data do início do tratamento previsto. Os(as) pacientes são submetidos a avaliações periódicas pelo grupo de médicos do setor e, quando necessário, são internados na unidade destinada a essa clientela.

Essa unidade para a qual os pacientes são encaminhados, quando há necessidade de internamento, conta com um número total de 10 leitos para o sexo feminino com câncer ginecológico e de mama. Os demais são internados no Hospital Calixto Midlej Filho, outro hospital que integra a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna. A equipe da unidade tem 6 técnicos de enfermagem, 5 enfermeiras, 1 oncologista e 1 radioterapeuta, e para o serviço geral, 3 funcionárias. As clientes internadas são visitadas diariamente e, quando estão em tratamento radioterápico, são encaminhadas ao setor específico. Em caso de quimioterapia, são encaminhadas ao serviço localizado na clínica Oncosul (Itabuna e Ilhéus).

3.4. APROXIMAÇÃO COM AS MULHERES E A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Considerando-se o objeto de estudo, participaram da investigação, mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero (estádios III e IV), atendidas no ambulatório do Hospital Emoção. Como critérios de inclusão foram observados os seguintes dados: idade entre 28 e 61 anos. Essa faixa etária foi determinada, pois, conforme aponta o MS (BRASIL, 2002e), houve uma diminuição da idade média de surgimento do câncer e redução da sua incidência a partir dos 60 anos; tempo de diagnóstico entre 1 mês a 5 anos e as que se encontravam em tratamento.

Respeitando os aspectos éticos, o projeto após a qualificação ocorrida em 21 de fevereiro de 2003 foi encaminhado para o Comitê de Ética do Hospital Emoção (ANEXO A). Após a autorização, o instrumento de coleta foi testado em uma paciente do ambulatório, sendo verificado que a estrutura organizacional do mesmo, bem como as questões norteadoras não necessitariam ser modificadas.

Visando a aproximação com as prováveis depoentes e o pessoal do Serviço, no período de 5 a 8 de maio de 2003 realizei os contatos iniciais no Ambulatório de Oncologia do hospital acima citado. Cabe destacar, que faço parte do quadro de funcionários desse referido hospital e tal fato facilitou a minha aproximação.

Ao chegar ao setor, solicitei o apoio dos(as) funcionários(as), esclarecendo-lhes sobre o objetivo do estudo, informando-lhes que se tratava de uma pesquisa e que eu agradecia, antecipadamente, a colaboração de todos(as) para a realização das entrevistas.

Para melhor clareza quanto aos procedimentos efetuados, cabe aqui alguns esclarecimentos sobre o método da entrevista. Segundo Marconi e Lakatos (1995), a entrevista é o encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a

respeito de determinado assunto. É um procedimento utilizado na investigação social para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Ampliando essa perspectiva, Minayo (1999) afirma que é aquela em que o informante pode abordar livremente o tema proposto e/ou responder a questões previamente formuladas sobre o tema. É o procedimento mais usual no trabalho de campo, em que o(a) pesquisador(a) busca obter informes contidos na falas dos atores sociais com propósitos bem definidos. A autora reafirma que, na pesquisa qualitativa, a interação é essencial.

Visando, assim, o estabelecimento da interação, solicitei ajuda mais direta das funcionárias que trabalhavam diariamente com a clientela e que tinham conhecimento de quais pacientes estavam cientes do diagnóstico, para que eu fosse cautelosa na abordagem com elas.

Cabe ressaltar que algumas mulheres atendidas nesse ambulatório não têm noção do diagnóstico, referindo-se ao mesmo como sendo uma “*inflamação no útero e que precisa ser tratada para não virar câncer*”, situação que, muitas das vezes, é desencadeada pelos(as) próprios(as) profissionais.

Assim, algumas mulheres se referiram ao problema como sendo algo diferente do câncer, conforme demonstram as falas que se seguem:

Eu estou com uma inflamação no meu útero, mas não é câncer não, não é câncer não.

Bom, eu estou com um tumor no meu útero e estou em tratamento para não virar câncer... graças a Deus não é câncer.

Após esse primeiro contato, agendei o meu retorno para o dia 9 de maio, pela manhã, para a realização das primeiras entrevistas. Ao chegar ao local, aguardei a chegada das clientes e, após indicação feita pelas funcionárias já citadas, requeri às mulheres que me acompanhassem a um local reservado para que pudéssemos conversar em grupo. Esclareci os objetivos da pesquisa, sua importância, o instrumento que seria utilizado para a coleta de

dados, informando-as quanto às questões éticas, assegurando-lhes a liberdade para participar ou não.

As que aceitaram participar da pesquisa, foram solicitadas a assinar um termo de consentimento informado, de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre a ética na pesquisa com seres humanos (APÊNDICE A). Expliquei que todas as entrevistas seriam feitas por mim, individualmente, que não haveria filmagens nem fotografias, apenas a gravação das falas em fita cassete.

Todo esse cuidado porque, segundo Cruz Neto (1994), a apresentação da proposta de trabalho aos(às) participantes da pesquisa é importante, uma vez que esses devem ser esclarecidos sobre aquilo que se pretende investigar e as possíveis repercussões da investigação.

A minha primeira pergunta era sempre no sentido de ter certeza se as mesmas sabiam do diagnóstico. Após confirmado, começava com uma conversa informal para que elas se sentissem à vontade. Procurava questionar sobre a vida pessoal de cada uma, hábitos de vida, como estavam se sentindo em estar ali, o que esperavam do tratamento, entre outras coisas. Cada uma ia aos poucos se sentindo à vontade, falavam sobre o que gostavam de fazer, os desejos, as dúvidas sobre a doença, que, na medida do possível, iam sendo esclarecidas. É importante destacar que a maioria delas tinha dúvida de como surgia o câncer, se teria a cura e se poderia ter uma vida normal.

Como notei grande preocupação em torno da doença, após essa conversa comecei a fazer algumas técnicas de aproximação com as mulheres do estudo. Solicitei que todas imaginassem como era o câncer para elas. Algumas o imaginavam como uma cela na qual encontravam-se presas e não havia saída; outras o viam como uma ferrugem que aos poucos ia corroendo o seu corpo. Nesse momento, ressalttei que as doenças, dentre elas o câncer, são

sempre uma possibilidade para as pessoas, sendo, muitas vezes, possível vencer “essa batalha”.

Com base na leitura do livro *Com a Vida de Novo*, de Simonton, pedi para que elas imaginassem o seu câncer como uma pedra de gelo, sendo elas o sol. Aos poucos, com o calor por elas irradiado, o gelo começaria a derreter. Dessa forma, destruiriam o câncer e veriam que a sua força era bem maior que a dele. Diante disso, as mesmas demonstraram entusiasmo e felicidade por imaginarem o câncer daquela forma. As mulheres passaram a ter mais confiança na minha presença ali e, a cada momento, iam dividindo com o grupo suas experiências com o câncer, seus medos e suas aflições.

Ao lançar mão dessa estratégia de aproximação, pude adquirir uma maior confiança e disposição para entrevistar as mulheres. Pude conhecer um pouco mais da história de cada uma delas e tenho certeza de que no ato de ouvi-las, ajudei-as de alguma forma.

Utilizando essa dinâmica, tornou-se mais fácil a realização das entrevistas, visto que eu estava trabalhando com sentimentos, o que requer segurança e controle emocional. As mulheres expressaram com mais tranquilidade tudo o que pensavam e faziam em relação ao enfrentamento do câncer. Terminei o encontro grupal agradecendo a todas e colocando-me à disposição para qualquer ajuda. A seguir, das 7 participantes, selecionei aquelas que eram sabedoras do diagnóstico, realizando, nesse primeiro dia, 4 entrevistas.

Conversei com as funcionárias da recepção sobre a possibilidade de retornar na parte da tarde, o que me foi possibilitado. Ao chegar ao ambulatório, tive o contato com 5 mulheres para o tratamento do câncer do colo do útero, mas como essas não eram conhecedoras do diagnóstico, não fiz entrevistas.

No dia 12 de maio, tive a oportunidade de entrevistar 2 mulheres. Apresentei-me e conversamos em um local reservado, como no meu primeiro encontro. As depoentes começaram a discorrer sobre suas vidas com a família, marido, amigos, como se sentiam no

tratamento e declararam que tinham muitas dúvidas e, se possível, gostariam de esclarecê-las comigo, já que não tinham muita oportunidade de conversar com o(a) médico(a). Ambas eram evangélicas e mostravam ter uma imensa fé em Deus para realizar um milagre na vida delas. Passei a falar sobre as causas do câncer, os sintomas, a importância do tratamento, das consultas subsequentes, assim, aos poucos, ficamos mais à vontade. A maior preocupação delas era, também, com a cura, e disseram que iriam fazer tudo da forma correta para que pudessem ficar boas. Após essa conversa, entrevistei cada uma individualmente.

Retornei ao ambulatório nos dias 14, 18, 20 e 22 de maio. Nesse período, ou não compareceu nenhuma mulher ou as que estavam agendadas não tinham conhecimento do diagnóstico.

Assim, marquei o meu retorno para o dia 27, já que, nesse dia, haveria muitas mulheres para o atendimento. Nessa data fiz, então, 3 entrevistas. Antes, utilizei a mesma técnica do primeiro encontro, só que orientei as mesmas a imaginarem o seu câncer como um soldado e elas como um exército em um cavalo branco. Esse exército, sendo mais forte do que o soldado, com o tempo venceria a batalha. Todas as mulheres mostraram muita satisfação com o encontro e disseram que falta esse contato mais direto para o esclarecimento de dúvidas. Disseram sentir-se mais fortes e confiantes diante de uma doença que traz tanto medo para todas.

O encontro seguinte foi em 28 de maio, quando tive a oportunidade de entrevistar apenas 1 mulher. O encontro foi realizado sem as dinâmicas, apenas com esclarecimento das dúvidas e orientações.

Cabe ressaltar que à medida em que eu realizava as entrevistas, essas eram lidas no sentido de verificar se, de acordo com o alcance do objeto e dos objetivos, já teriam alcançado a saturação. Assim, o encerramento da coleta de dados deu-se no dia 29 de maio, com apenas 1 entrevista e a mesma técnica do penúltimo encontro.

Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro (APÊNDICE B) contendo, em sua primeira parte, dados de identificação, sócio-econômicos e culturais. A segunda parte continha as seguintes questões norteadoras:

- 1- Como a Sr^a soube do seu diagnóstico?
- 2- Isso foi há quanto tempo?
- 3- Como foi para a Sr^a receber tal informação?
- 4- A partir daí, como tem sido a sua vida? (relacionamento marido/companheiro, filhas(os), demais familiares, amigas(os), vizinhas(os), colegas de trabalho).
- 5- Como a Sr^a tem lidado com essas questões?
 - A Sr^a tem discutido com alguém sobre a sua situação?
 - Tem discutido isso nas consultas?
 - Que orientações profissionais vem recebendo?

As entrevistas foram gravadas e transcritas com a finalidade de possibilitar a apreensão mais fidedigna e segura das informações relatadas (APÊNDICE C).

O número total de mulheres que participaram do presente estudo foi de 12. A faixa etária das mesmas variou entre 28 e 61 anos. Estes dados confirmam a afirmativa do MS (BRASIL, 2002e), de que houve uma diminuição da idade média de surgimento do câncer invasivo do colo do útero e de que a incidência diminui após os 60 anos. O estudo demonstrou que a maior incidência desse tipo de câncer foi entre 35 e 59 anos. Das depoentes, 8 se encontravam nessa faixa etária.

No que se refere ao grau de instrução, 9 das entrevistadas eram analfabetas, e com relação ao nível sócio-econômico, a maior parte delas tinha renda entre 1 e 2 salários mínimos. Segundo dados do MS (BRASIL, 2002f), o nível sócio-econômico e cultural baixo é um dos fatores agravantes dos altos índices do câncer invasivo do colo do útero. Em relação

à paridade, o número de filhos variou entre 2 e 18. Dias; Moraes e Pinto (2000) afirmam que a multiparidade é um dos fatores de risco para este tipo de câncer.

No que se refere ao número de parceiros sexuais, a grande maioria, possuía, ao longo de sua vida sexual, apenas um parceiro. Logo, as mesmas não tinham como fator de risco, múltiplos parceiros sexuais para contribuir para o surgimento do câncer que, segundo os autores acima citados, a quantidade de parceiros é um dos fatores de risco para o câncer.

Apesar de muitas depoentes optarem por serem chamadas pelos próprios nomes, as verdadeiras identidades foram resguardadas, para que, dessa forma, pudessem ser mantidos o sigilo e o anonimato. Para tanto, optei por uma denominação associada à sentimentos que me foram transmitidos por cada uma, ao longo de cada relato. Assim, tive como participantes: ***Respeito, Fé, Carinho, Paixão, Paz, Esperança, Serenidade, Amor, Ternura, Meiguice, Afeto e Alegria***, cujas informações sócio-demográficas, extraídas da ficha de categorização, encontram-se em quadro anexo (APÊNDICE D).

A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise temática, que se encontra classificada dentre as demais técnicas que integram a análise de conteúdo.

À medida que as entrevistas eram coletadas, realizava uma leitura das mesmas com a finalidade de decidir o momento de encerrar a coleta, uma vez que as falas passaram a se tornar repetitivas, não surgindo elementos novos que respondessem aos objetivos da pesquisa e contribuíssem para a interpretação final dos dados. Com o término de todas as entrevistas, realizei uma leitura exaustiva de todo o material para que houvesse uma melhor compreensão desse fazendo o agrupamento das regularidades e irregularidade com o objetivo de facilitar e elucidar a análise final. A medida que a análise era realizada eu fazia simultaneamente a leitura dos referenciais teóricos tendo o cuidado de não colocar as minhas impressões pessoais acima das falas que foram coletadas.

De acordo com Minayo (1992), os(as) pesquisadores(as) encontram, na fase de análise dos dados, três grandes e destacados obstáculos. O primeiro é a "ilusão da transparência", ou seja, o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse de forma nítida a quem pesquisa; o perigo é ainda maior no momento em que se tem a impressão de familiaridade com o objeto. O segundo obstáculo é aquele que leva a esquecer a fidedignidade do significado do material coletado e referente às relações sociais dinâmicas; por fim, o terceiro obstáculo é a dificuldade de unir teorias e conceitos abstratos aos dados recolhidos no campo.

Diante disso, consoante a autora, com base nos procedimentos adotados pela técnica de análise de conteúdo após a coleta do material, a análise desse terá, como objetivos, ultrapassar a incerteza em relação à leitura e ao que o(a) pesquisador(a) percebe na mensagem contida; enriquecer a leitura visando ultrapassar o olhar imediato e espontâneo, atingindo, assim, a compreensão de significação, a descoberta de conteúdos e estruturas latentes; e integrar as descobertas que, segundo Bardin (1977), vão além da aparência, referindo-se à totalidade social na qual as mensagens se inserem.

É importante salientar, conforme Triviños (1987), que a obra mais significativa sobre análise de conteúdo foi a de Laurence Bardin, publicada em Paris, em 1977, quando configurou, em detalhes, os princípios e a técnica de emprego dos seus conceitos fundamentais.

Corroborando essa afirmação, Bardin (1977, p.42) declara:

a análise de conteúdo é 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 destas mensagens.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977) é organizada através de três etapas. A primeira, denominada de pré-análise, é a fase de organização propriamente dita e consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais com posterior reformulação do material coletado, elaborando, assim, indicadores que

orientem a interpretação final. Estão incluídas nesta fase: a leitura flutuante que permite ao(a) pesquisador(a) ter maior contato e entendimento do material coletado, tornando-se o seu conteúdo mais compreendido; a escolha dos documentos a serem submetidos a análise e a formulação das hipóteses e dos objetivos. Nessa fase são determinados a unidade de registro (frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 1992).

A exploração do material, que caracteriza a segunda fase, consiste, essencialmente, na operação de codificação. Os dados brutos são tratados com o objetivo de compreender o texto de maneira que esses sejam significativos e válidos.

Finalmente, na última fase, que consiste no tratamento dos resultados e de sua interpretação. Os dados brutos são submetidos a operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial), permitindo que se enfoque as informações obtidas.

Conforme assinala Bardin (1977), é necessário saber o motivo pelo qual se analisa, para que se possa saber como analisar. Tratar o material é codificá-lo. A codificação é a transformação, segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, efetuada através de recorte, agregação e enumeração, que permite atingir uma representação do conteúdo. A categorização é uma das operações utilizadas na análise de conteúdo, sendo conforme assinala Bardin (1977, p. 117), assim considerada: “é uma operação classificada de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos”.

Ainda segundo a mesma autora, entende-se por categorias as rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo), com um título genérico, no qual o agrupamento é feito por meio das características comuns existentes entre os elementos.

Para que seja realizada a categorização, o critério utilizado pode ser: semântico, feito através das categorias temáticas (por exemplo, categoria ansiedade); sintática, que são os verbos e adjetivos; lexical, em que as palavras são classificadas de acordo com o seu sentido, e expressivo, referente à linguagem.

A categorização tem, como principal objetivo, condensar, de forma simplificada, os dados brutos. Bardin (1977) ressalta que, na elaboração de categorias, essas devem possuir as seguintes qualidades: a exclusão mútua, em que um elemento só deve existir em uma divisão; homogeneidade, ou seja, ter um único princípio para a organização das categorias; a pertinência, em que a categoria deve estar adaptada ao material de análise escolhido e pertencer ao quadro teórico definido; a objetividade, a fidelidade e, por fim, a produtividade, ou seja, fornecer resultados férteis.

Uma outra operação trazida por Bardin (1977) é a inferência, entendida como a indução a partir dos fatos. A análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução, para que se investiguem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores), embora possa ocorrer a previsão dos efeitos a partir dos fatores conhecidos.

Ainda conforme a autora acima citada, qualquer análise de conteúdo passa pela análise da própria mensagem e constitui o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual a análise seria impossível. Há ainda duas possibilidades que correspondem a dois níveis de análise: o do código, que revela realidades subjacentes, e a da significação, a partir da qual revela a análise de conteúdo.

São várias as técnicas de análise de conteúdo, as quais, de acordo com Minayo (1999), têm sido desenvolvidas na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo. Dentre essas técnicas, a autora enumera a Análise de Expressão, a Análise das

Relações, a Análise da Enunciação e a Análise Temática, cada uma com pressupostos próprios.

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesse estudo, procurou-se analisar os dados a partir da análise categorial, termo este utilizado por Bardin (1977), como já assinalado anteriormente, que também é abordado por Minayo (1999) como análise temática. Nessa análise, os elementos coletados são classificados em um sistema de categorias definidas, após a leitura exaustiva de todos os dados contidos nas entrevistas. A opção feita pela análise temática é pertinente ao estudo qualitativo desenvolvido nessa pesquisa, uma vez que, conforme aponta Minayo (1999), é a forma que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde.

Serão apresentadas e discutidas, a seguir, as categorias temáticas decorrentes da classificação dos dados empíricos. As categorias foram organizadas e constituídas em temas com a mesma ordem semântica, sendo assim agrupadas:

4.1 CATEGORIA I

O ESPAÇO TEMPORAL ENTRE A BUSCA INICIAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE: REVENDO ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTOS

Essa categoria destaca o tempo, representado por aquele dispendido pelas mulheres em busca de assistência à saúde, inicialmente visando obter um diagnóstico. Tal busca aborda, diretamente, a questão da acessibilidade aos serviços de saúde, situação complexa que envolve não só os aspectos relacionados à precariedade das instituições públicas, como, também, aqueles que dizem respeito aos recursos humanos que prestam assistência a essa parcela da população.

O câncer do colo do útero, apesar de ser prevenível e curável em seus estádios iniciais, representa, ainda hoje, uma grande ameaça à população feminina, visto que os seus índices de

morbi-mortalidade permanecem altos. Não se pode negar que foram elaboradas estratégias governamentais para diminuir esses índices, porém os resultados continuam insatisfatórios, principalmente, naquelas regiões de níveis sócio-econômicos mais baixos como o caso da região em que se desenvolveu o presente estudo.

Destaco que, a maioria das mulheres estudadas, um total de 8, pertencia a uma classe sócio- econômica baixa, tendo como renda mensal um a dois salários mínimos, o que as caracteriza como uma população que depende dos serviços públicos de saúde. Afora isso, muitas, ou seja, 9 delas não possuíam nenhum grau de instrução, reforçando o fato de que o analfabetismo em muito, influencia na tomada de decisão quanto à procura de assistência. Conforme assinalam Fernandes et al. (2001), o câncer do colo do útero é um problema muito evidente em países em desenvolvimento e, por esses países terem recursos bastante limitados, no que refere à saúde, educação, moradia, entre outros indicadores sociais resulta na falta de uma expansão satisfatória dos serviços de rastreamento, estando a população mais exposta a essa problemática, o que se observa no estudo.

Os autores supracitados enfatizam que a maioria dos estudos que aborda a prevenção do câncer do colo do útero, não engloba a mulher em todo o seu contexto, sendo as questões sociais, culturais e as características dos serviços de saúde pouco enfatizados. Isso fica evidenciado quando se analisam os programas implementados pelo governo, que são colocados em prática, nas mais diferentes regiões do país, sem uma análise mais aprofundada das reais necessidades e características das populações a quem tais ações governamentais se destinam.

Além das ações realizadas de maneira vertical, Mandú et al. (1999) chamam a atenção para o fato de que, as práticas assistenciais não consideram as opiniões e as reivindicações das mulheres usuárias dos serviços de saúde. Destaco que, embora o próprio texto do PAISM reconheça que, tal clientela tem importante papel no processo de discussão das necessidades

de assistência em geral, ainda, nos dias atuais, não lhe é assegurada a oportunidade de expressão, o que continua dificultando e reduzindo as chances de um atendimento integral.

Isso colabora com a atual condição que a mulher enfrenta de ter a assistência direcionada, quando muito, para a resolução de suas queixas imediatas, ou seja, os sinais e sintomas que apresenta no momento da consulta. Não existe a participação mais ativa e presente da clientela, no que se refere à avaliação da qualidade da assistência recebida; quanto à fiscalização dos serviços e às contribuições que a mesma pode oferecer visando o bem-estar da população. Isso pode estar fundamentado, conforme assinala Mandú (1997), na própria condição de ser "mulher", situação que nega, a essa, direitos adquiridos ao longo de toda a sua trajetória, como ser social, e, ainda, direitos de satisfação das suas necessidades específicas, como liberdade de expressão, participação social, condições de existência, dentre outros.

Gómez (2002) ressalta que, em termos de utilização e acesso aos serviços, as mulheres procuram assistência mais freqüentemente que os homens, porém, isso não significa que exista uma melhor atenção voltada para elas. Pelo contrário, pois a equidade de gênero não traz em si o significado de que são empregados recursos e serviços na mesma proporção para homens e mulheres, havendo, sim, uma diferença na designação para quem será dispensado esses serviços e, também, de quanto será recebido por esse de acordo com as necessidades de cada sexo e com o contexto sócio-econômico individual.

Mandú (1997) vem concordar com essa afirmativa quando diz que, as práticas nos serviços ocorrem de forma discriminatória, reforçando estereótipos sobre os papéis masculinos e femininos. Ressalto que, tal atitude faz com que para que os(as) profissionais tenham dificuldade em considerar as mulheres como sujeitos que devem estar incluídos nos processos de discussão e solução dos problemas de saúde.

Por ser o câncer do colo do útero uma doença insidiosa, que se apresenta de forma assintomática em seus estadios iniciais, a mulher, muitas das vezes, não realiza consultas

médicas regularmente, uma vez que não apresenta sintomas e isso termina por incluí-la nas atuais estatísticas para o câncer.

O INCA (BRASIL, 2002i) enumera alguns motivos pelos quais as mulheres não realizam exame de Papanicolaou como rotina, dentre esses, destacam-se: a situação de não ter conhecimento a respeito da importância do referido exame; a vergonha; a dificuldade em se deslocar até o Posto de Saúde; a ausência de sintomas. Isso é demonstrado nas falas que se seguem:

... eu soube que eu estava com câncer porque eu estava sangrando muito... aí eu fui lá e conversei com ele (o médico). Começou um mês que vinha mais... passava um mês vinha mais... então começou a me dar hemorragia. Eu falei: ah não! Eu vou procurar o médico que eu sei que isso é algum problema difícil... alguma doença. Já tinha uns três anos que eu não ia ao médico porque eu sempre estava bem. Eu saía... não sentia nada... sempre tive saúde e não ia aos médicos a toa não é?.

Respeito

... Um dia eu estava na roça trabalhando...então depois eu comecei a sentir um peso assim na virilha... depois eu vim em Conquista e fiz os exames e deu inflamação. Depois eu fiz aquele exame... a biópsia e já estava com câncer. Já tinha uns quatro anos que eu não ia ao médico porque... eu não sentia nada, achava que estava tudo bem, não queria fazer exame porque eu também não gosto... morando longe do Posto de Saúde, então sempre deixando para depois.

Paz

Os depoimentos enfatizam a falta de esclarecimento e conhecimento das mulheres sobre o seu corpo, o que não lhes permitiam a identificação mais imediata de sinais e sintomas associados a problemas de saúde ginecológica. Percebe-se, também, que as mesmas não têm incorporado a idéia de prevenção associada ao exame de Papanicolaou, nem, tampouco, conhecem a recomendação quanto à periodicidade do mesmo. Tais situações, de certo, podem ter contribuído para o diagnóstico tardio do câncer.

Saliento que metade das mulheres encontrava-se na faixa etária de 50 a 60 anos e, conforme destacam Zeferino et al. (1999), as ações voltadas para a implantação de programas de prevenção do câncer do colo do útero só começaram a ser efetivadas no final da década de 60, tendo sua expansão bastante limitada na década seguinte.

Com a implementação do PAISM, programa governamental já destacado anteriormente, objetivou-se, dentre outras estratégias, o aumento da cobertura das ações de prevenção do câncer do colo do útero (SEPÚLVEDA, 2002). Com o Projeto *Viva Mulher*, criado em 1997, o MS vislumbrou aumentar a adesão das mulheres na faixa etária entre 35 e 49 anos, embora os resultados continuem aquém do esperado (BRASIL, 2002p).

Diante disso, as mulheres em faixas etárias mais avançadas, como as que participaram desse estudo, tiveram acesso aos serviços de saúde quando ainda não se tinha, totalmente implementado, o programa nacional de prevenção do câncer do colo do útero. Não terem acesso às informações sobre a importância e necessidade do exame de Papanicolaou, pode ter colaborado com a forma pela qual as mulheres enfrentaram o seu processo de saúde-doença, considerando-se saudáveis por se sentirem bem, como o observado nas falas anteriores. Tal comportamento em saúde também foi observado por Alvarez (1998), em estudos realizados com mulheres chilenas, residentes em Santiago.

Um ponto a ser considerado é a dificuldade de acesso encontrada pelas mulheres na busca pela assistência médica, o que culmina com a perda de tempo e com a demora entre a realização do exame e a emissão do resultado. Inclui-se, aqui, nessa árdua busca assistencial, a necessidade de peregrinação aos vários serviços que garantam o atendimento; as dificuldades próprias de cada mulher, que envolvem, na maioria dos casos, delegar o cuidado da casa e dos filhos à outra pessoa, na maioria das vezes outra mulher, para que, acordando cedo, haja uma esperança de adquirir uma ficha, situação não raramente difícil; a distância entre as residências e os postos de saúde; o atendimento impessoal e frio dos(as) profissionais, que, muitas vezes, despreparados(as), justificam o mau atendimento com as precárias condições de trabalho que enfrentam no dia-a-dia assistencial.

Ao analisarem o atendimento da rede pública de saúde no país, Cechin e Wiethauper (2003) destacam que, as mulheres, por serem as principais usuárias dos serviços

governamentais são as que mais, diretamente, sofrem com as dificuldades de acesso. Nesse sentido, Arelha (1987, p. 4) afirma que: "... pela má distribuição geográfica das instituições locais de atendimento, pelo horário de funcionamento, pela excessiva burocratização dos serviços, pela quantidade de atendimento que, se não for adequado, acaba gerando desistência...".

De acordo com Campos (1997), é necessário que as instituições públicas desenvolvam mecanismos para amenizar a rigidez da relação profissional/usuária(o), dos horários e das padronizações de condutas e atendimentos. Diante disso, saliento que se faz urgente a necessidade de melhorar as relações entre as(os) profissionais que lidam com o público, capacitando-as(os) para novas práticas educativas em saúde da mulher; flexibilizando os horários de atendimento, conforme a demanda; revendo as práticas organizacionais do serviço, garantindo, assim, o atendimento à demanda, colaborando, dessa forma com o retorno das usuárias aos serviços.

Observa-se que regras rígidas e tomadas de decisões, de forma vertical, sem o envolvimento da população específica, resultam em transtornos e prejuízos à mesma. Vejamos o relacionamento distante estabelecido entre profissional e cliente ilustrado nas falas a seguir:

... Eu não converso nada com a médica... quando eu estou sentindo alguma coisa eu falo a ela e ela passa um remédio... só isso, ela não me fala nada sobre a minha doença, fica sempre séria. **Paixão**

... Eu não converso nada com a médica, ela não fala nada, ficava muito calada... não falava nada... nada. Tudo que eu sei é quando eu leio em algum livro, revista, quando eu leio alguma coisa... Ninguém me fala nada. **Ternura**

Ao se deparar com todas essas dificuldades, a mulher passa a ter influências negativas no processo de enfrentamento do câncer, uma vez que essa assume estratégias evitativas, no que tange à busca de consultas médicas, protelando, ou mesmo evitando, ir aos serviços de

saúde levando-a a não utilizar o tempo que dispõe para o cuidado com a sua saúde, finalizando com o diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero.

Reforçando essa situação específica, Mandú (1997) declara que o desafio não está apenas em melhorar a acessibilidade da mulher aos serviços de saúde, em todas as fases de sua vida (universalidade), englobando todos os níveis de assistência (hierarquização dos serviços) mas, antes de tudo, existe a necessidade de uma reestruturação geral dos serviços com a finalidade de se tomar medidas voltadas para o perfil socio-epidemiológico da mulher em conformidade com a sua verdadeira e real condição de vida. A continuidade das ações governamentais já existente termina por ferir esse propósito.

Outras situações, trazidas pelas mulheres, a serem consideradas nesse estudo são a vergonha e o medo do exame, o que as influenciam, negativamente, na motivação em cuidar da saúde. Muitas vezes, por questões socialmente construídas, a mulher não se permite ser examinada por um profissional do sexo masculino e desiste de ir às consultas ginecológicas. O medo do desconhecido, do que irá acontecer, de como será a consulta também são outras barreiras que comprometem o diagnóstico precoce. Vejamos a fala da depoente a seguir:

... Na verdade eu tenho medo de tudo... a gente fica assim... um pouquinho com medo (risos e gargalhadas)... ainda mais eu que tenho medo de médico, com medo se vai doer, com medo de... de mexer, porque a gente fica um pouco com medo de mexer aqui embaixo... com receio de machucar alguma coisa... .

Esperança

A situação de medo e vergonha de procurar o profissional médico, também foi identificada por Fernandes et al. (2001) ao estudarem 138 mulheres sobre conhecimento e prática do exame de Papanicolaou. Os relatos denotam dificuldade de expor o corpo ao profissional homem, preocupação com o que os maridos pensariam e medo do que aconteceria com as mesmas durante as consultas.

Conforme afirmam Aquino et al. (1986), o câncer do colo do útero apresenta uma lenta evolução facilitando, com isso, o diagnóstico na fase não invasiva em que não há o surgimento de sintomas. Porém, asseveram os autores, a demora na busca aos serviços de

saúde leva ao diagnóstico tardio, situação encontrada no presente estudo, já que nas entrevistas, foi referido, por muitas, que a busca pela consulta só se deu quando já apresentavam sintomas característicos do câncer invasivo como a dor intensa e a hemorragia.

De acordo com o INCA (BRASIL, 2000m), na fase de franca invasão do câncer, a perda sangüínea espontânea ou induzida é o sinal mais sugestivo seguido da presença da dor, como as dores lombares. Vale ressaltar ainda que, segundo Dias, Moraes e Pinto (2000) o tempo de progressão entre o carcinoma *in situ* e o carcinoma invasor dura em média de 5 meses a 10 anos. Isso confirma a situação na qual as mulheres se encontravam, ou seja, terem um câncer invasivo e um longo período de tempo sem avaliação médica.

Diante dessa afirmativa, além dos fatores de risco apresentados pela maioria das mulheres estudadas, como a alta paridade, a idade acima de 35 anos e o baixo nível sócio-econômico e cultural, elas, só esporadicamente realizavam o exame de Papanicolaou. Com isso, essas mulheres não tiveram a possibilidade de ter diagnosticado as lesões precursoras do câncer como as (NIC) ou o *ca in situ*, o que não permitiu a interferência no curso da doença a partir de um diagnóstico precoce e posterior tratamento surgindo, dessa forma, a situação de câncer invasivo.

Vejamos os relatos a seguir:

... Eu soube que eu estava com câncer porque eu senti uma dor muito forte... eu não sentia nada, de repente apareceu essa dor... a dor era tão forte... a dor vinha daqui (aponta para a região do baixo ventre) até o joelho. Então eu chorava, gritava, chorava... chorava de dor, que a dor vinha tão forte que eu não agüentava... foi quando eu fiquei internada. Já tinha uns cinco anos que eu não fazia exame... eu não sentia nada...então eu não me preocupava.

Fé

... Bem, eu comecei a sangrar... de repente esse sangramento começou e não parava então eu fui em Camacã e fiz o exame. Eu fiz a biópsia e falaram que era câncer. Eu não ia ao médico há uns cinco anos porque era difícil achar ficha para os médicos, as filhas grandes...

Amor

Esses relatos vêm reforçar as barreiras já citadas, encontradas pelas mulheres na busca

por um atendimento e o seu desconhecimento em relação à necessidade das consultas ginecológicas de rotina que tenham o Papanicolaou como medida preventiva.

No que se refere ao tempo estimado entre o início da doença e o diagnóstico definitivo, cabe destacar que, algumas situações vêm contribuindo, sobremaneira, para o diagnóstico tardio da doença. O INCA (BRASIL, 2002i) destaca que o atendimento rápido e impessoal no que se refere à assistência médica, não permite à mulher o esclarecimento de dúvidas.

Gonçalves e Lima (2002) chamam a atenção para a dificuldade em diagnosticar o câncer em sua fase inicial, já que isso requer qualificação da(o) profissional e métodos mais específicos como o exame de Papanicolaou, a colposcopia e o exame anátomo-patológico. É preciso levar em consideração as queixas das mulheres e a valorização dessas queixas, para que não venha ocorrer erros e perda de tempo até a emissão de um diagnóstico definitivo.

Concordo com os autores acima, uma vez que a mulher, em muitos serviços, não é vista como um ser integral e ao ser atendida, devido a fatores como a grande demanda e a existência de profissionais pouco comprometidos com o assistir, dentre outros, não tem uma avaliação cuidadosa ficando, assim, exposta aos riscos de uma doença não diagnosticada em tempo hábil.

Alguns sintomas que levam à necessidade de afastar a possibilidade diagnóstica de câncer do colo do útero são o sangramento durante e após o coito e a leucorréia, sinais que também estão presentes em afecções ginecológicas benignas. Tal fato pode contribuir para o diagnóstico tardio da doença e com a sua evolução para as formas avançadas, caso não seja realizada uma avaliação criteriosa.

Os depoimentos a seguir deixam evidentes essas situações específicas abordadas acima:

... Eu sempre fazia o exame preventivo... todo ano eu fazia... não dava nada, só dava assim uma "micose"... nunca dava nada e eu nada de melhorar, sempre com corrimento. Então me deu tipo uma hemorragia e o médico falou que era problema de pressão... pressão alta. Então eu fiz uma transvaginal e deu normal. Então eu fui em outro médico, médico particular,

fiz o preventivo e ele pediu uma biópsia. Quando o resultado veio, constou que eu estava com câncer avançado no colo do útero (chorando). Foi muito difícil ouvir isso porque se eu não fizesse exame sempre... **Paixão**

... Eu sempre fiz exame, todo ano. Sempre que eu ia ter relação com o meu esposo... começava a ter sangramento. Então eu fui a vários médicos... fui em médico pago mas ele só passou o que... pomada. Passei para outros e eles só passavam pomada... mas nos exames dava: pequena lesão. No decorrer de dois anos para cá eu indo ao médico, sempre fazendo exame de prevenção... era tanta pomada que eu usava e não estava resolvendo... eu sempre estava com aquele corrimento. Quando eu procurei outro médico há cinco meses, ele fez a biópsia e saiu o resultado que eu estava com câncer...

Esperança

... Eu já estava sentindo muitas dores, sangramento... eu já estava desconfiada e fui ao médico e fiz um preventivo e não deu, deu negativo mas eu sempre ruim, com aquela secreção... Então eu resolvi procurar outra médica, foi quando eu descobri no exame de colposcopia. Nesse exame eu descobri que eu tinha um tumor no colo do útero ai fez a biópsia e constatou que eu tinha câncer no colo do útero. Eu sempre fazia exame preventivo e não dava nada grave... eu acho que dessa vez os médicos demoraram muito de descobrir...

Serenidade

Os relatos enfatizam a afirmativa de que a demora no diagnóstico do câncer pode resultar em descoberta tardia e chances mais remotas de cura. É interessante destacar que, segundo Gonçalves e Lima (2002), os métodos diagnósticos através do exame de Papanicolaou, da colposcopia e do exame anatomopatológico, quando associados, o resultado é fidedigno em quase 100% dos casos. Reforçam que, caso tais exames sejam isolados, há uma margem de erro próxima dos 10 a 15%, o que aponta, mais uma vez, para o cuidado na avaliação da mulher que busca os serviços de saúde e para a importância da realização desses exames na detecção precoce do câncer do colo do útero. Destaca-se também que, caso seja coletado um esfregaço inadequado, esse poderá ser interpretado de maneira errada pelo citopatologista, levando, assim, a um resultado falso-positivo.

Em alguns depoimentos, um fato que chama a atenção é que ao se depararem com o diagnóstico de câncer invasivo, as mulheres passaram a valorizar a necessidade de fazer consultas médicas periódicas, como uma forma de se precaver de outras situações inesperadas.

Gimenes (1998) aborda que ao nos depararmos com situações problemáticas e estressantes podemos ter, como resultado, o favorecimento de adoção de algumas medidas, estratégicas, antes não priorizadas, que venham a minimizar a situação de desgaste pela qual estamos passando, tendo, dessa forma, como resultado uma sensação de bem-estar psicológico.

Vejam os relatos que se seguem:

... Graças a Deus estou em tratamento e tenho certeza que Deus é bom e maravilhoso e ele vai me dar a minha saúde. Hoje eu já sei que eu tenho que procurar o médico, fazer exames para que isso não piore e não apareça outras doenças. Eu aprendi isso...
Respeito

... Eu quero ficar boa para cuidar de mim... ir aos médicos todo ano, não demorar tanto como eu demorei dessa vez...
Amor

Essas situações específicas contrapõem algumas anteriores, nas quais as mulheres deixam de procurar os serviços de saúde devido às barreiras já citadas. Ao se depararem com a condição de estarem com uma doença considerada grave por todos, as depoentes revêm essas barreiras e passam a enfrentar a situação, priorizando a saúde.

4.2 CATEGORIA II

AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA SÃO INFLUENCIADAS PELO CONTEXTO EM QUE AS MULHERES ESTÃO INSERIDAS

Nessa categoria foram incluídos aspectos que destacam a importância de considerarmos o contexto no qual a mulher com câncer invasivo de colo de útero se encontrava engajada, como uma forma de sustentação das estratégias de enfrentamento por ela traçadas.

Ter câncer é algo que traz, em si, muitas indagações à pessoa que adoece. O diagnóstico de câncer, ainda hoje, suscita os muitos tabus e crenças que foram construídos, e estão arraigados no imaginário social. Pensa-se na morte, no afastamento de amigos, no

desamparo, na dor dos parentes, na auto-estima, no próprio sofrimento físico e em outras situações consideradas conflitantes. Na minha prática assistencial tenho observado que, embora essas sejam as reflexões mais externadas pelas mulheres, outras pessoas têm no processo de adoecimento, uma oportunidade de crescimento pessoal que se expressa, a cada dia de sobrevivida, sob a forma de luta.

Vejamos os depoimentos abaixo:

... Ah quando eu soube que eu estava com câncer, eu me senti uma pessoa assim... em outro mundo assim... que não tinha mais condições de viver, eu pensei que eu ia morrer logo, eu chorava demais, eu não comia... eu parei de trabalhar... eu tinha medo das pessoas, meus parentes, meus amigos se afastarem de mim... eu tinha muito medo.... eu achei que ia ter o fim... ia ter a morte...

Meiguice

... Quando eu soube que eu estava com câncer eu encarei normal... isso me fez ver a vida diferente porque eu pensei... me desesperar é pior não é? Então eu estou lutando, procurei o tratamento e estou buscando a minha cura...

Paixão

Por mais que a ciência tenha avançado, a descrença e o temor nas terapias vigentes são algumas das barreiras que a equipe assistencial se depara devido, sobremaneira, ao caráter agressivo que o tratamento tem. Não raramente, tanto o doente como os seus familiares não têm total segurança quanto ao êxito do tratamento podendo, assim, culminar com o abandono ou com a não aceitação dos meios terapêuticos.

Isso é reforçado por Yamaguchi (1994), ao enfatizar que, até meados do século XIX, o câncer era de difícil diagnóstico e, quando descoberto, devido ao processo avançado, havia poucas possibilidades de sobrevivida, uma vez que os tratamentos não eram eficazes para combatê-lo.

Talvez uma das causas para que isso ocorresse fosse a falta de atenção aos aspectos psicossociais dos pacientes e à falta de diálogo entre profissionais e a pessoa doente no que se refere ao diagnóstico, ao tratamento, ao prognóstico e a qualidade de vida. Observemos os relatos que se seguem:

...Ter que fazer a quimioterapia foi muito difícil... eu vomitava, enjoava e eu pensava:será que eu vou agüentar meu Deus passar por isso? Fiz a primeira e eu tive aquela sensação... eu passava mal e pensava se ia valer a pena tudo aquilo... passar por tudo aquilo e morrer... às vezes eu pensava em desistir com medo de morrer mesmo com aquele tratamento todo...

Serenidade

... Eu... tinha temor do tratamento, do que ia acontecer porque muita gente se trata de câncer e depois morre... foi assim com minha amiga. Às vezes eu penso que eu vou morrer de tanto sofrimento porque eu nem conhecia nada da quimioterapia e das aplicações...

Afeto

Com a regulamentação da Resolução de nº 196/96, no que concerne à pesquisa com seres humanos, considero que houve um avanço em relação ao respeito ao paciente, já que nas atividades investigativas houve uma ampliação do processo de comunicação entre o pesquisadoras(es) e pacientes. Tal fato veio garantir maiores esclarecimentos às pessoas de modo geral envolvendo, assim, a informação diagnóstica aos(às) pacientes com doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer.

Na constatação de que fatores psicológicos podem influenciar no aparecimento e na evolução das doenças e na prestação de cuidados aos(às) pacientes com câncer, já está havendo uma preocupação de muitos(as) profissionais em considerar os aspectos subjetivos que envolvem o processo de adoecer.

Sant'Anna (1997) reforça tal situação ao afirmar que a medicina passou a reconhecer a complexidade do câncer destacando que este tem causas não apenas internas, mas externas, sendo essas de natureza fisiológica e psíquica.

Chamo a atenção para o fato de que durante a realização desse estudo, todas as mulheres mostraram-se surpresas em ter-me como uma profissional preocupada com aspectos pessoais que envolviam o enfrentamento da doença. Algumas das depoentes enfatizaram que, há a necessidade de ter um psicólogo com quem elas possam conversar sobre as tristezas, as aflições e os medos que enfrentavam, pois, em muitas circunstâncias, embora todas

estivessem cientes do diagnóstico, os médicos não conversavam sobre os sentimentos delas. A fala a seguir exemplifica essa necessidade:

*...Hoje conversando com a senhora sobre o meu câncer eu estou sentindo alegria... estou me sentindo bem porque... aqui a gente não conversa com ninguém... a gente precisa disso, de alguém que explique as coisas... que converse para ver se o nosso medo e temor diminuem... todo mundo aqui (as pacientes) têm muitas dúvidas... medos... tristeza mesmo... **Amor***

É importante destacar que Gimenes (1998) enfatiza que na vida todo ser humano está sujeito a situações problemáticas que podem ter níveis variados surgindo, assim, como pequenas dificuldades cotidianas, e/ou problemas de maior complexidade como no caso do aparecimento de doenças graves. A natureza e o grau de impacto trazido à vida da pessoa que vive uma situação de gravidade vão depender da relação que esta tem com a situação problema e isso é, inquestionavelmente, influenciado pelo contexto sócio-cultural .

Diante disso, destaco que ao entrevistar as mulheres portadoras de câncer invasivo do colo do útero, pude identificar em suas falas situações semelhantes entre si que revelaram que, as estratégias de enfrentamento do câncer recebiam influências do contexto em que essas se encontravam. Analisando os dados através da Psiconcologia e, destacando as estratégias de enfrentamento, me esclareceu que, a depender da trajetória que a mulher segue no seu cotidiano pode resultar, em maior ou menor grau, em alterações no seu comportamento no que se refere aos aspectos sociais e emocionais.

Nesse sentido, a experiência vivida pela mulher com câncer, conforme descrevem Silva e Mamede (1998), está fortemente associada às alterações biopsicossociais tanto no que se refere às questões pessoais, como no âmbito familiar. Cada pessoa enfrenta e se ajusta a um problema à sua maneira, não existindo regras pré-estabelecidas ou etapas estanques pelas quais a pessoa terá que passar.

Conforme assinala Kübler-Ross (1996) as etapas e as formas de enfrentamento são variáveis para cada indivíduo, mesmo que esse tenha a mesma doença e esteja no mesmo estadio em que se encontra a patologia de outro indivíduo. Corroborando a fala da autora

supracitada destaca que as estratégias de enfrentamento são um constante ir e vir e variam de acordo com o contexto no qual a pessoa interage, bem como, de acordo com as suas características pessoais (LISBOA et al., 2002). Isso foi evidenciado ao longo das entrevistas uma vez que as falas deixam claro que tanto o contexto, como as características pessoais de cada depoente traziam influências ao processo de enfrentamento da doença conforme vemos a seguir:

... Quando eu soube que eu estava com câncer eu comecei a chorar... eu não comia, eu não saía eu não fazia nada... só ficava no quarto porque nem o meu marido me apoiou... não falou assim... uma palavra de conforto, de carinho, não quis nem saber o que eu tinha, me desprezou aí... (choro) o que eu pensei em fazer foi desistir de tudo, me isolar e morrer... **Respeito**

... Quando eu soube do câncer eu falei com as pessoas, falei com os meus filhos, falei com o meu marido... e então todo mundo ficou assim me dando... assim uma força, todo mundo me ajudando tanto, os amigos todos querendo me ajudar, me incentivando. Na mesma época que a médica me falou lá... eu já vim logo para aqui e comecei o tratamento, graças a Deus e a força que eu recebi... **Ternura**

Os relatos demonstram que **Respeito** e **Ternura** agiram cada uma a sua maneira diante do câncer invasivo do colo do útero. Bachion et al. (1998) reafirmam que cada pessoa desenvolve um padrão de enfrentamento individual diante de situações problemáticas.

Saliento que apesar de estudar mulheres com câncer invasivo do colo do útero, todas em estádios III e IV, ambas apresentavam diferenças no seu processo de enfrentamento concordando, assim, com a afirmativa de Kübler-Ross (1996) e chamo a atenção, também, que elas lançaram mão tanto do enfrentamento aproximativo (focalizado no problema) quanto do evitativo (focalizado na emoção) confirmando mais uma vez que o enfrentamento não é algo estável e não obedece a uma seqüência de etapas. As mulheres do estudo mostraram que no processo de enfrentamento do câncer buscaram várias estratégias e não apenas uma. Havia uma variabilidade de estratégias utilizadas, simultaneamente, para lidar com a situação que trazia o estresse nesse caso específico, o câncer invasivo. Apesar dessas mulheres terem o

mesmo diagnóstico, umas iniciaram o enfrentamento lutando contra a doença e outras se isolando.

Essa situação também foi percebida por Lisboa et al. (2002) ao estudarem as estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças vítimas de violência doméstica no qual essas autoras enfatizaram que a pessoa ao lidar com uma mesma situação estressante utiliza diferentes estratégias.

Vejamos os relatos a seguir:

... Eu fiquei como você está me vendo aqui sem acreditar... parecia um sonho... depois eu comecei a chorar, chorei muito, fiquei muito triste e então eu disse: eu vou me tratar, vou fazer o que o meu médico mandar e vou ficar boa, vou tomar os meus remédios... é isso que eu vou fazer...

Alegria

... Eu às vezes fico muito preocupada... fico preocupada, porque ter essa doença, se eu vou morrer... Como eu falei, no começo foi muito ruim. Muitas vezes, mesmo no tratamento eu vou ao jardim, ao rio para tentar esquecer tudo isso, essa doença, para ver se eu me acalmo... às vezes eu nem quero conversar sobre isso, quero é esquecer...

Alegria

Diante dos relatos de ***Alegria*** nota-se que a mesma enfrentou o câncer, inicialmente, por meio da aproximação, decidindo pelo tratamento e, posteriormente, passou a utilizar a estratégia de evitação tendo como uma forma de esquecer o seu sofrimento, ir a locais considerados por essa prazerosa, como estar à beira de um rio.

Tamayo e Tróccoli (2002) destacam ainda que durante o processo de enfrentamento a pessoa pode utilizar, também, estratégias do tipo comportamental e cognitiva. Nos depoimentos essas ocorrências foram bem evidentes. Percebi que algumas das mulheres tentavam solucionar o seu problema, que era o de ter câncer invasivo, assumindo a postura de buscar por soluções, fossem essas através de leitura de livros sobre o assunto, conversa com amigos ou familiares, dentre outras. Elas tentavam modificar a situação na qual se encontravam empregando, assim, uma estratégia comportamental. Observemos o relato que se segue:

... Às vezes eu ainda fico triste assim... mas aí eu saio, vou à Igreja, converso com meus filhos, dou risada... tento não ficar pensando tanto e então eu vou superando... eu procuro esquecer de tudo aquilo e isso tem me feito muito bem...
Carinho

Em outras circunstâncias algumas depoentes falavam para si mesmas que o seu problema poderia ser pior ou recordavam de algum êxito com outras doenças já vividas. Nesse momento percebemos que o enfrentamento ocorria por meio da cognição que, conforme assinalam Tamayo e Tróccoli (2002), está relacionado com a maneira como o indivíduo percebe a sua situação e das emoções que essa lhe produz.

Vejamos a fala a seguir:

...hoje eu estou melhor porque... porque eu já tive outra doença... já tive tuberculose e fiquei boa porque eu procurei o meu tratamento e vou ficar boa do meu câncer também (risos). Eu sei de uma mulher que mora perto daqui que se tratou de um câncer pior do que o meu... o dela estava espalhado pelo corpo e o meu não, por isso eu sei que eu vou ficar boa...
Carinho

Esse relato aponta para uma circunstância na qual **Carinho** se baseou para enfrentar o seu câncer. Primeiro, no sucesso anterior com uma doença pregressa e segundo, na comparação do seu câncer com o de uma conhecida. Isso fez com a mesma tivesse o seu estresse diminuído ou controlado e trouxe-lhe a confiança e a certeza do êxito do seu tratamento agindo, assim, por meio da cognição.

A seguir passo a destacar algumas situações contextuais surgidas com a influência do estabelecimento de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres que participaram desse estudo, quais sejam: **suporte familiar e de amigos, experiência prévia com adoecimentos, valorização da religiosidade e confiança depositada nas(os) profissionais de saúde.**

4.2.1 Suporte familiar e de amigos

Ao receber o diagnóstico de câncer, uma doença que traz tantos sofrimentos e preocupações, essa situação é desestruturante não só para quem é por ela acometido mas, também, para a família que se vê surpreendida por um momento de grande estresse, que leva, quase que imediatamente, a mudanças de comportamento. Esses comportamentos irão definir que estratégias serão utilizadas para os momentos de confrontação com a situação de adoecimento.

Ao trabalhar em oncologia, devido a todo o estigma da doença, conforme assinala Silva (2000), é importante que o(a) médico(a), responsável direto pela(o) paciente, tenha a preocupação em informar adequadamente a essa pessoa e a sua família sobre a sua real condição. Nesse momento, as informações quanto ao tratamento, as reações adversas próprias a cada terapia, os cuidados específicos a serem tomados, a importância da manutenção do tratamento e a necessidade do apoio familiar, serão imprescindíveis nessa fase de revelação do diagnóstico.

Saliento que, não só conhecimento sobre a doença, bem como seu processo evolutivo poderão oferecer um melhor suporte a(o) doente e aos familiares uma vez que esses saberão o que poderão vir a enfrentar. Algumas das depoentes expressavam essa necessidade de detalhamento através do(a) médico(a) que as assistem expectativa essa que, muitas vezes, não foi alcançada. Vejamos esse depoimento específico:

*... Eu soube da minha doença porque eu vi o meu médico conversando com o motorista da ambulância... eu o vi conversando então eu escutei... o médico não me falou nada... se era eu que estava doente, ele tinha que falar tudo para mim como era, como não era... a senhora não acha não?... **Fé***

Ribeiro (1994) assinala que doenças que suscitam o sentimento de proximidade da morte trazem, em sim, momentos de muita dor. Porém, quando as famílias vivenciam a condição de ter um ente com câncer, essas passam a agir como se a terminalidade fosse inquestionável e imediata tendo, muitas vezes, seu sofrimento aumentado.

A confirmação do diagnóstico leva o doente e a família a questionarem sobre possíveis decisões, analisando a viabilidade das mesmas, no sentido de minorar o sofrimento de todos, em especial de quem vivencia a doença. Na maioria das vezes são percebidas dificuldades no estabelecimento de ações concordantes por parte da família, e, de acordo com Simonton (1990), isso se deve ao fato de que não é uma prática familiar corrente a tomada de decisões, que leve em consideração as várias situações conflitantes expostas por todos os membros desse grupo. Considero que tal prática é necessária para que não venham a eclodir discórdias irreparáveis devido ao desrespeito às opiniões emitidas, às vezes, de maneira emocional.

Diante disso, o movimento de construção de estratégias de enfrentamento pode ser afetado em suas fases tanto por parte do familiar, quanto por parte do doente. Chamo a atenção, nesse estudo, para essa problemática na qual muitas mulheres foram envolvidas já que era patente a falta de coesão familiar repercutindo na dificuldade de estabelecer e de manter estratégias de enfrentamento. Observemos o relato abaixo:

... Minha família toda sabe do meu problema... meus filhos... ficaram preocupados. Uns queriam que eu me tratasse aqui mas meus filhos de São Paulo queriam que eu fosse para lá me tratar e eu não sabia o que fazer... se eu fosse para lá ia ser ruim porque lá a viagem fica muito longe porque eles moram longe... para ir para o hospital tem que pegar duas, três conduções... então eu decidi ficar aqui mesmo, por minha conta e já estou em tratamento...

Afeto

Fica evidente com esse relato que a falta de comunicação entre os membros da família pode levar a uma decisão isolada da mulher sem o apoio que expresse ações conjuntamente planejadas. Tal planejamento permitiria uma tomada de decisão mais segura e tranqüila no momento de enfrentar essa etapa que é a busca pelo tratamento.

O enfrentamento segundo Gimenes e Fávero (2000) ocorre quando a pessoa exposta a uma situação de estresse não mais se comporta da mesma forma como fazia anteriormente. As mulheres do estudo, ao terem informação do diagnóstico, juntamente com a família, os

amigos, os colegas de trabalho, passaram a assumir formas diferentes de comportamentos estabelecendo as suas estratégias. Destaco, para isso, os seguintes depoimentos:

... Quando eu soube que eu estava com câncer eu comecei a chorar... eu não comia, eu não saía, eu não fazia nada... só ficava no quarto... o meu marido quando soube da doença queria era sexo mas eu não podia... então ele falou que eu estava com...safadeza que...(choro com a cabeça baixa). Então foi quando ele resolveu sair de casa... foi muito ruim tudo isso... a parte financeira... o tratamento... tudo... mas eu não podia fazer nada... o que eu ia fazer... obrigar a ele a ficar comigo?.

Respeito

... Essa doença me deixou angustiada... chorei bastante e tive medo de perder o marido... Quando ele soube que eu estava doente ele não me falou nada... ele só fez dizer assim: que ele não ia ficar morando com uma mulher... doente... para ele ter que conseguir outra na rua... Eu convivi 28 anos com ele e ele foi embora... foi difícil demais ficar sozinha nesse momento... Ter que fazer tudo sozinha, ir aos médicos...

Alegria

Diante disso, considero que ao se ver sozinha, em um momento tão difícil da vida isso termina por trazer prejuízos psicológicos, afetando, assim, o prognóstico e o estímulo para a manutenção do tratamento. Ribeiro (1994) enfatiza que as relações afetivas são de suma importância e imprescindíveis para que se mantenha o bem-estar físico e psicológico de qualquer indivíduo.

Ribeiro (1994) aponta para o fato de que, em muitos estudos de Psiconcologia, a família é destacada como organismo dinâmico e que se há alguém doente no seio dessa família isso trará mudanças no seu funcionamento e, em contrapartida, esse mesmo doente será influenciado por essas mudanças. A família não reage pura e simplesmente ao estresse trazido pela doença, mas sofre um processo de adaptação ao mesmo. O depoimento a seguir vem a ilustrar como a doença trouxe conseqüências para a família e não só para a pessoa doente:

... Quando eu descobri a doença foi muito ruim para o meu marido também... ele não recebeu muito bem a notícia, teve uma depressão... ele emagreceu muito, tomava remédio... ele ficou triste porque ele só pensava que eu não ia ficar bem e eu tive que ser forte também para ajudar ele... foi ruim para todo mundo mas ele ficou do meu lado...

Serenidade

Esse depoimento vem de encontro aos depoimentos de *Alegria e Respeito*, nos quais alguns membros da família não suportaram a situação complexa que envolvia o adoecimento e tomaram a decisão de sair de casa. Indubitavelmente, a situação da doença atinge, em maior ou menor grau, toda a família sendo, pois, fundamental o apoio de todos.

Diante disso percebo que a depender de como a família recebe e aceita a atual realidade, refletirá na sua relação com o doente, ou seja, de lutar juntos ou de abandoná-la como forma de fugir da situação conflitante.

As depoentes evidenciaram em seus discursos que necessitavam do apoio da família e de amigos na sua luta contra o câncer e isso, mais uma vez, é destacado nos depoimentos seguintes:

... Minha família tem me dado muito apoio, muito... muito... todas as pessoas, os amigos, vizinhos. O meu marido também tem me ajudado muito... me dá atenção, apoio, carinho, ficou do meu lado, me acompanha nos exames... isso foi muito bom e importante para eu enfrentar o que eu estou enfrentando senão eu acho que eu já teria desistido de tudo (risos)...

Ternura

... Minha família tem me dado muito apoio, tem me ajudado em tudo... tem orado, me dado carinho... tudo... como é bom isso tudo!...

Meiguice

Esse suporte relatado pelas mulheres evidencia como foi importante para as mesmas passar por esse processo. Em outras falas, as mulheres mostram como foi difícil enfrentar a doença sem o apoio da família conforme relatado anteriormente. Ribeiro (1994) afirma que todo ser humano precisa de relações afetivas principalmente em situações estressantes para que, dessa forma, melhore a sua qualidade de vida biopsicossocial e contribua com as suas estratégias de enfrentamento.

4.2.2 Experiências prévias com adoecimentos

A depender do contexto em que as situações conflitantes ocorram, conforme já abordado, as estratégias de enfrentamento sofrerão influências. Aqui serão abordadas

situações que destacam a influência que experiências prévias com adoecimento de outrem, na maioria das vezes, familiares, trazem para a condição atual da mulher que está doente.

É sabido conforme assinala Kübler-Ross (1996) que existem algumas fases no processo de enfrentamento da doença, destacando a negação, o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Essas fases não ocorrem de maneira seqüencial e não são estanques, uma vez que, a depender de todo processo que envolve a pessoa doente, essa poderá sair da fase de aceitação para a de negação.

Com o diagnóstico de câncer, conforme assinala Simonton (1990), uma das primeiras interrogações que surgem é *Por que eu?*. Essa necessidade de responder a essa questão oferece a pessoa doente a sensação de que tudo tem um porquê, uma razão de ser e isso parece oferecer-lhe um maior controle sobre a doença. De acordo com Leal (1993) algumas variáveis psicológicas estão presentes no processo de enfrentamento do câncer e a perda de algum ente querido, por uma doença, dentre elas o câncer, é uma delas.

Durante as entrevistas, tornou-se evidente que ao se deparar com uma situação de câncer na família ou entre amigos, tendo culminado com a morte, algumas mulheres apresentaram um certo grau de transtorno em seus pensamentos, negando a doença, ou, às vezes, acreditando que teriam o mesmo destino. Assim, vejamos o depoimento:

... Eu tive medo de morrer dessa doença... porque eu tenho uma amiga que teve câncer do colo do útero e teve que tirar o útero e depois ela morreu logo, mesmo fazendo o tratamento... aí eu acho que comigo vai ser igual... eu nem sei se eu vou continuar esse tratamento...para morrer?.

Afeto

Essa situação vem confirmar a necessidade de ter um profissional que faça o acompanhamento dessas mulheres, conforme já expressado por elas anteriormente. Araújo e Medeiros (2002) afirmam que ao se considerar as variáveis psicológicas no processo de enfrentamento das doenças, os resultados serão mais positivos sendo que a presença do profissional permitirá a participação do doente como um ser ativo em todo esse processo.

É importante lembrar que, o processo de enfrentamento é um constante ir e vir, conforme assinalam Gimenes e Fávero (2000) e que, a depender das influências recebidas pela pessoa doente, essa poderá sair de uma fase de luta e de confrontação e passar a negar o seu diagnóstico. Ao se confrontar com situações de outras doenças na família as mulheres se mostravam interessadas em saber os resultados. Dos relatos pude apreender que quanto mais elas tinham conhecimento de sucessos, mais decidiam lutar. Quando eram sabedoras da falta de êxito e do falecimento de alguém doente por câncer, os depoimentos denotavam pensamento de desistência, mesmo daquelas que já estavam em tratamento, conforme o ressaltado no depoimento anterior.

Já o depoimento abaixo traz um testemunho de luta contra a doença:

*... No início foi horrível... tive medo de tudo... foi muito ruim.. achei que não era verdade... Depois eu fui me acostumando, ficando mais calma... mais confiante no sentido de que eu comecei a fazer o tratamento, vi o testemunho de pessoas que passaram pelo que eu estava passando e conseguiram vencer... isso me estimulou porque sei que também posso vencer... **Paz***

Leal (1993) em estudo realizado com pacientes oncológicos observou, também, que as situações problemáticas como a existência de doentes da família exercia influência no processo de enfrentamento.

Chamo a atenção para o fato de que ao se deparar com o câncer algumas das mulheres mostravam sentimentos negativos como raiva e indignação, estando, assim, no segundo estágio do processo de enfrentamento conforme assinalado anteriormente. Essa raiva foi externada em alguns depoimentos ao saberem que alguém conhecido ou da família tinha passado por todo o processo pelo qual elas estavam passando. Nesse estágio, conforme assinala Kübler-Ross (1996), torna-se difícil tanto para a família, quanto para as(os) profissionais de saúde, lidar com a situação. O que a autora enfatiza é que, nesse momento, é preciso se colocar no lugar da pessoa doente para que se entenda quais as estratégias usadas, no intuito de colaborar com a superação dessa etapa.

Concordo com a afirmação dessa autora pois quando temos experiência de morte por câncer e estamos também enfrentando o câncer, isso aumenta os níveis de ansiedade e de aflição, fato verificado nas entrevistas desse estudo. O depoimento abaixo ilustra tal afirmativa:

... Saber que tinha câncer me fez ficar triste... não tinha alegria, não saía de casa... brigava toda hora com o meu marido, me dava um nervoso... eu brigava com todo mundo... brigava porque eu estava com esse câncer não é? Eu tinha raiva porque minha tia tinha morrido de câncer e eu tinha medo... meu marido conversou comigo, disse que era para eu ter calma... para eu procurar o tratamento que ele sabia que eu ia me curar, que eu não iria morrer igual a minha tia e eu fiquei mais calma e fui buscar a minha melhora...
Amor

Diante desse depoimento fica evidente que o apoio recebido do esposo contribuiu com a depoente fazendo com que a entrevistada visse o seu problema com o mesmo desfecho da sua tia. Pelo contrário, levou-a a assumir uma estratégia de aproximação do problema, indo em busca de soluções sem comparar a sua atual condição de doente com câncer com as experiências prévias de morte. Carvalho (2002b) aponta para o fato de que ao manter os sentimentos de raiva e de revolta, a pessoa enfrenta sensações de incapacidade, fragilidade e vulnerabilidade, esquecendo-se que ainda poderá ter forças para lutar. A confiança que o indivíduo tem em si mesmo, nas suas próprias forças, torna-o capaz de desenvolver as mais difíceis tarefas servindo, com isso, como um estímulo para que esse continue vivendo.

Uma outra situação a ser destacada, é o fato de que muitas mulheres procuravam esquecer a lembrança do ente ou amigo que faleceu por um câncer semelhante ao seu, usando como estratégia a substituição de lembranças desconfortáveis por algo que as fizesse felizes ou as tornassem mais tranquilas, estratégia essa denominada evitativa, ou seja, evitar pensar no problema. Conforme apontam Dell'Aglio e Hutz (2002), nessa estratégia, o indivíduo inclui tentativas cognitivas ou comportamentais de manter-se distante do estressor.

Salimena e Cadete (2003) evidenciaram que na tentativa de evitar lembrar de alguém que teve ou que tem câncer, e que não está tendo sucesso com o tratamento, uma das

estratégias utilizada por essa pessoa é recompor as energias através de atividades consideradas positivas como, lazer, leitura de livros, conversa com os amigos, ida a uma igreja, enfim, a busca de maneiras eficientes para enfrentar as situações do cotidiano. Analisemos os depoimentos:

... Às vezes eu ainda fico triste assim... pensando na minha amiga que morreu mas, aí eu saio, vou à Igreja, converso com meus filhos, dou risada... tento não ficar pensando tanto e então eu vou superando...eu procuro esquecer de tudo aquilo e isso tem me feito muito bem... **Carinho**

Com isso ressalto que, a experiência de adoecer pode trazer conseqüências positivas ou negativas, a depender de como a pessoa concebe a doença, a relação que faz do seu processo de adoecimento com alguém do seu convívio e do apoio que venha a receber em suas fases de enfrentamento.

4.2.3 Valorização da religiosidade

Quando uma circunstância considerada estressante surge, uma das estratégias que as pessoas em geral utilizam é a busca da religiosidade. Referem sentir-se apoiadas pois encontram a paz que buscam para tentar minimizar o sofrimento ao qual se encontram expostas. Isso foi evidenciado no desenvolvimento desse estudo, momento em que pude apreender a fé expressada pelas mulheres quando elas, apesar de estarem com uma doença tão temida, mostravam-se confiantes que Deus as libertaria do sofrimento ou iria, de certa forma, amenizá-lo, ou até garantir-lhes a cura. As mulheres encontravam na fé a estratégia para sair daquele “túnel”.

Carvalho (2002b) observa que, quando temos consciência de que a vida pode chegar ao fim e que seremos alcançados pela morte, procuramos uma força maior que nos torne mais resistentes e poderosos para enfrentar a situação problema e, quem sabe, alcançar a cura. O suporte em uma força Suprema foi fortemente salientado nos relatos que se seguem:

...Eu confio em Deus, estou orando e... e com fé em Deus eu vou me curar... eu sei que vou porque Deus pode tudo e... e eu... eu estou me sustentando nele porque só ele pode me dar a minha cura e eu já me sinto sã, me sinto curada... **Amor**

...Antes eu não comia, não dormia... agora não, eu estou confiante, graças a Deus... me sinto mais forte e sei que vou ficar boa em nome de Jesus porque eu tenho fé em Deus que eu já consegui a minha cura.... **Carinho**

... Eu estou no tratamento... estou com fé que Jesus... Deus vai me curar... eu estou com fé... diz que a fé que cura e eu tenho fé e sei que já estou curada, graças a Deus eu já estou curada... **Afeto**

Os relatos corroboram a estratégia de luta utilizada pelas mulheres no momento em que as mesmas confiam na cura e decidem continuar lutando, já que se apóiam naquele considerado por elas como o Ser Supremo, capaz de todas as coisas.

Durante as entrevistas, tornou-se claro que a espiritualidade era algo que confortava, que amenizava o sofrimento de algumas das depoentes, crendo essas que sempre poderia haver algo mais a ser feito. Essa afirmativa é salientada por Halstead e Fernsle (1999 apud LINARD; SILVA, F; SILVA,R, 2002, p. 32), ao mencionarem que a espiritualidade é uma estratégia de suporte que, com frequência, é utilizada pelos sobreviventes de câncer.

O que muitas vezes chamou a minha atenção nos depoimentos foi que, na maioria das vezes, as mulheres mesmo com todos os problemas que enfrentavam, as dúvidas, os medos, a incerteza da cura, mostravam algum grau de esperança em Deus para dar-lhes a recuperação e, quem sabe, a cura. As mulheres referiam, também, que muitos familiares e amigos assumiam essa postura e tentavam fazer com que elas se firmassem sempre nessa esperança, afastando-se da possibilidade do desânimo.

Kübler-Ross (1996) assevera que essa atitude tanto do doente, quanto do familiar, ajuda-os a levantar o ânimo fazendo com que prossigam no tratamento, submetam-se a exames e conservem essa sensação de esperança que serve de auxílio em ocasiões especificamente difíceis. Consideremos esse depoimento:

... A reação do tratamento era muito ruim... aquele mal-estar... e às vezes eu pensava em parar tudo mas então eu pensava.... não, essa doença é grave

mas eu vou conseguir, eu tinha fé em Deus e isso levantava o meu ânimo, a minha confiança... **Esperança**

Em trabalho desenvolvido por Ferreira e Neves (2003) é revelado que manter os sentimentos de fé e confiança, para os pacientes com câncer, era de primordial importância para o enfrentamento dessa enfermidade. Essa atitude, nesse momento de enfrentamento da doença em fase tão avançada, permite não só a própria pessoa o fortalecimento de suas forças, de sua esperança, mas contribui com o seu poder de cura, melhorando o seu bem-estar, mesmo quando essa tão almejada cura não seja mais possível.

Minha experiência profissional tem-me permitido testemunhar quão árdua é a caminhada da pessoa com câncer. No entanto, na oportunidade da coleta dos depoimentos, pude compreender melhor a importância da religiosidade como estratégia de enfrentamento da doença. O suporte religioso, incontestavelmente, permitiu àquelas mulheres percorrer tal etapa da “estrada da vida” com mais alegria, confiança e tranquilidade. Tal fato torna-se bastante claro nos seguintes testemunhos:

... Até aqui foi muita luta mas... não é fácil não... mas o meu coração está contrito a Jesus Cristo e eu sei que eu vou sair dessa curada... a minha rocha é Jesus (risos)... ele é o meu conforto... eu estou muito mais calma hoje e vou continuar (risos)... **Fé**

... Como eu falei, no começo foi muito ruim, mas hoje eu estou me sentindo bem, estou alegre, me sinto melhor porque a minha confiança é Deus, ele tem me dado essa paz e eu sei que vou ficar boa (risos)... **Alegria**

Os relatos evidenciam que sustentadas na fé e na esperança muitas mulheres puderam construir estratégias para ultrapassar os obstáculos inerentes à doença e ao tratamento demonstrando ter alcançado, assim, a sensação de segurança. Com a religiosidade, as depoentes lançaram mão de uma estratégia capaz de mantê-las firmes no tratamento e no enfrentamento do câncer, aceitando-o e lutando contra o mesmo.

Tavares (2002) ao desenvolver trabalho com famílias de pacientes oncológicos, também observou a importância do suporte religioso. Tal estratégia foi utilizada pela maioria

das famílias pesquisadas, que, na religião, encontraram o suporte e o alicerce para enfrentar a doença e contribuir para estimular a manutenção da vida.

Embora as(os) profissionais de saúde, no cotidiano assistencial à pessoa com câncer, nem sempre valorizem essa questão, o presente estudo demonstrou que todas as depoentes encontraram em Deus o suporte fundamental e inquestionável para ajudá-las na difícil luta para enfrentar tal realidade.

4.2.4 Confiança depositada nas(os) profissionais de saúde.

Serão incluídos, nesse contexto, temas que revelam o enfrentamento das mulheres através da confiança depositada nas(os) profissionais de saúde. A relação médico-paciente é de suma importância, sobretudo, em momentos de um estresse tão evidente como é o caso de pacientes que estão com câncer. Relações baseadas em mentiras ou um distanciamento muito grande entre ambos só trarão conseqüências desfavoráveis ao processo assistencial, situação essa que pode evidenciar durante a coleta desses dados.

Silva (2000) explana que apesar do câncer ainda ser visto como uma sentença de morte, e envolver, na maioria dos casos, tratamentos agressivos, as(os) profissionais de saúde devem fornecer todas as informações necessárias a respeito da patologia buscando trabalhar com a possibilidade de desenvolver, na pessoa doente, a esperança e a confiança. Outro ponto trazido por Bergamasco e Ângelo (2001), é que as(os) profissionais devem estabelecer um diálogo aberto, tratando a clientela, tão específica, com seriedade, valorizando todas as suas queixas e temores, uma vez que o doente encontra na(o) profissional um suporte para o enfrentamento da doença.

Nos relatos desse estudo foi observado que todas as mulheres decidiram pela busca do tratamento e mostravam a necessidade de conhecer mais sobre a doença. Durante o curso de

uma doença, ao se ter noção da mesma, as estratégias de enfrentamento são tomadas com maior segurança. Algumas depoentes valorizaram o recebimento de informações das(os) profissionais responsáveis por seu tratamento, como retratam as seguinte falas de **Amor** e **Afeto**.

... Ah! Eu tive medo de morrer... mas os médicos me explicaram tudo... falaram que o meu problema é no colo do útero, que eu tinha que ter cuidado. Falaram para eu me tratar... explicaram tudo então eu fiquei mais confiante e estou em tratamento até hoje, estou bem (risos)... **Amor**

... A minha médica sempre me fala tudo... fala sobre os exames que eu fiz... sobre as dores que eu sentia, sobre o repouso, do tratamento, me diz tudo o que fazer... tem sido muito bom isso... **Afeto**

No entanto, como afirma **Paz**, tal atitude não foi observada no processo de seu acompanhamento profissional:

... Quando eu soube que eu estava com câncer eu busquei logo o meu tratamento...mas nas consultas ela (a médica) não me explica nada... ela só pergunta como eu estou, eu falo que eu estou bem... só isso, não fala mais nada... eu queria saber mais sobre a minha doença mas... você sabe não é? A gente fica assim sem jeito, com vergonha de perguntar...(cabeça baixa)...

Com esses depoimentos fica evidenciado a importância que as mulheres atribuem ao diálogo e à confiança que depositam nas(os) profissionais. Destaca-se, também, que de acordo com as orientações recebidas e a relação humana estabelecida, as estratégias de enfrentamento podem levar a manutenção das decisões já tomadas ou na desistência das mesmas, como, por exemplo, iniciar ou continuar o tratamento.

Em alguns depoimentos as mulheres salientavam que a falta do diálogo entre as(os) profissionais e as mesmas se constituíam em mais um obstáculo encontrado no processo de enfrentamento do câncer. Isso, em alguns momentos, levou-as a pensar em desistir de tudo, inclusive, considerando a possibilidade de retorno aos seus lares. Destaco os seguintes relatos:

... Eu não converso nada... nada nas consultas... ninguém nunca me falou nada, nenhum profissional e eu fico muito preocupada com isso... se eu vou morrer... Ninguém fala nada. Às vezes eu penso em nem voltar mais aqui... **Alegria**

... A médica nunca fala nada... o pessoal que trabalha aqui também não, ninguém... eu não sei nada que eles tenham falado... sei lá... não fala nada... isso é muito ruim... a gente chega e ela fica calada... **Esperança**

Bergamasco e Ângelo (2001) revelam que as(os) profissionais de saúde são considerados elementos importantes no enfrentamento de uma doença. Seu papel destaca-se, não somente quando informam sobre a patologia e sua evolução, mas, sobretudo, quando ouvem, encorajam e confortam o(a) doente. Concordando com essa afirmativa ressalto que, em todo e qualquer processo de relação, em especial naqueles que envolve situações estressantes e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, o estabelecimento de diálogo franco e aberto é fundamental. Quanto a esse aspecto, ao descreverem situações em que os(as) médicos(as) foram pouco acessíveis ou não se mostraram dispostos(as) a esclarecer suas dúvidas, as depoentes desse estudo apontaram para a necessidade de transparência nas relações com as(os) profissionais de saúde.

Wanderley (1994) traz que em um processo de enfrentamento de uma doença em estágio avançado, a pessoa modifica o seu relacionamento com a médica(o). Assim, a esperança pode ceder lugar ao medo, e a fé depositada no(a) médico(a), caso não seja bem trabalhada, poderá ser transformada em abandono das alternativas existentes. Essa autora ressalta, também, que o padrão de comunicação da pessoa doente varia de acordo com o estágio da doença e que, as(os) profissionais envolvidas(os) devem estar atentas(os) para isso, para que possam respeitar esses padrões comportamentais.

Afirmo que se esses padrões forem respeitados, a pessoa doente terá mais segurança em conversar com as(os) profissionais, expondo as dificuldades que tem encontrado no estabelecimento de estratégias de enfrentamento da doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a confirmação de que o câncer tem causas não apenas físicas, mas psíquicas, o doente oncológico necessita de uma assistência mais integral, que respeite situações subjetivas, sendo valorizado aspectos bio-psicossociais, que, inquestionavelmente, auxiliam no processo de construção de estratégias de enfrentamento da doença.

O desenvolvimento desse estudo levou-me a redirecionar meu olhar para as mulheres que enfrentam o câncer invasivo do colo do útero. Motivada pelo desejo de identificar como tal clientela oncológica enfrenta a doença, ouvi relatos, muitos dos quais, repletos de angústia e de dor que, muitas vezes, mobilizaram minhas emoções e me levaram a refletir sobre o agir profissional.

Amparada nos conhecimentos da Psiconcologia pude compreender como se dá a construção de estratégias de enfrentamento da doença. As estratégias utilizadas pelas mulheres, às vezes, denotavam comportamentos que traduziam a vontade de se isolar, esquecer do mundo, de não mais realizar necessidades básicas e tarefas cotidianas. Em outros momentos, tais estratégias apontavam claramente a decisão de lutar e vencer a doença. Apesar do desânimo que pôde, em alguns momentos, tê-las abatido, a esperança na cura estava fortemente presente, valorizando a importância do suporte que precisam receber dos familiares, dos amigos, da religiosidade e das(os) profissionais de saúde.

O adoecer por câncer, cujo estadió encontra-se avançado, é uma situação extremamente desgastante e que requer, conforme demonstraram os resultados desse estudo, que as(os) profissionais compreendam o processo de construção das estratégias de enfrentamento tanto por parte das mulheres enfermas, como, também, por parte dos seus familiares.

Para mim foi evidenciado, com esse estudo, que o fato de adoecer por câncer e tê-lo em seu estadio invasivo é uma condição que conduz a importantes alterações estruturais e/ou emocionais tanto para a pessoa doente, quanto para as demais em seu convívio, sendo necessárias medidas por parte da equipe profissional. Essas medidas incluem: diálogo mais informal, claro e preciso entre a pessoa, a família e as(os) profissionais; inserção de um profissional especializado na equipe que ofereça suporte psicológico; e tratamento diferenciado para cada etapa do processo de enfrentamento do câncer, desde o momento do recebimento do diagnóstico até a decisão sobre quais decisões conjuntas serão tomadas visando à superação de qualquer adversidade que possa surgir em decorrência da doença.

Ressalto ainda que, conforme descreve Kübler-Ross(1996), as estratégias de enfrentamento não são estanques. Pude apreender no estudo que algumas mulheres, ora aceitavam a doença e estavam dispostas a lutar pela cura, ora queriam desistir. Enfrentar o câncer é algo que requer muita luta, força de vontade e fé, e a confiança encontrada nos serviços de saúde para o acompanhamento e tratamento representa peso significativo.

Nesse sentido, considero importante destacar que o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pela rede pública, bem como o preparo profissional, são aspectos que, em muito, influenciam na decisão da usuária buscar a assistência. Particularmente, nesse estudo, ocorreu um sério comprometimento da assistência preventiva já que a maioria das depoentes deixou evidente que, muitas vezes, não procurou serviços médicos devido à falta da qualidade e da não garantia de atendimento.

Quero ressaltar, também, que as mulheres procuraram os serviços de saúde para o esclarecimento de sinais e sintomas de gravidade já instalados, como a dor, o corrimento e a hemorragia. No entanto, informaram que já haviam procurado assistência médica anteriormente, tendo recebido diagnósticos associados à afecções ginecológicas benignas.

Algum tempo depois, ao receberem o diagnóstico de câncer invasivo, muitas se mostraram descrentes no atendimento de saúde recebido.

Considero necessário que a assistência à mulher seja repensada pelas(os) profissionais de saúde, e, em especial aquelas(es) que atuam junto à clientela oncológica, visando considerar que, compreender as estratégias de enfrentamento traçadas pela mulher com câncer de colo de útero representa um importante aspecto da integralidade assistencial.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, E.F. I consenso Brasileiro de HPV. **Revista Medicina e Mulher**. V.3 n.4. 2002
- ALVAREZ, S.L. Aspectos sócio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria Del cáncer cérvico uterino. **Cadernos de Saúde Pública**. n.14. 1998.
- ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos em Psicologia (Natal)**. Vol. 3, n. 2 jul/dez.1998.
- AQUINO, E.M.L.; CARVALHO, A.I.; FAERSTEIN, E. e RIBEIRO, D.C.S. Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. n.2. 1986.
- ARAÚJO, C.O. e MEDEIROS, M. Acompanhamento psicológico beneficia pacientes oncológicos. **Revista Prática Hospitalar**. Ano IV, n. 22 jul.-ago./2002.
- ARAÚJO, M.J.O.; OLIVEIRA, E.M. de; ÁVILA, M.B. Campanha Nacional de prevenção e controle de câncer do colo do útero. **Jornal da Rede Saúde**. n.24 dez. 2001.
- BACHION, M.M.; PERES, A.S.; BELISÁRIO, V.L e cols. Estresse, Ansiedade e *Coping*: Uma Revisão dos Conceitos, medidas e Estratégias de Intervenção Voltadas para a Prática de Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. V. 2, p. 33-39, 1998.
- BAHIA. Prefeitura Municipal de Itabuna. **Plano Municipal de Saúde**: 1996. Itabuna-Secretaria Municipal de Saúde.
- BAYÉS, R. **Psicologia Oncológica**. Barcelona: Martinez. Roca.1985.
- BARACAT, E.C. Por um programa contínuo de rastreamento do câncer cervical. **Jornal da rede saúde**. n.24. dez 2001.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. França: Edições 70, 1977.
- BERGAMASCO, R.B. & ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de **mama**: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 47(3), 2001, p. 277-281.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Previsão de Surgimento do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 de agosto de 1998a.
- _____. Ministério da Saúde. **Dados Epidemiológicos do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 05 de agosto de 1998b.
- _____. Ministério da Saúde. **Registros Gerais do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 08 de agosto de 1999a.

_____. Ministério da Saúde. **Registros Gerais do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 08 de agosto de 1999b.

_____. Ministério da Saúde. **Dados Epidemiológicos do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 de outubro de 2000.

_____. Ministério da Saúde. **A problemática do Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 de agosto de 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Dados Epidemiológicos do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 de agosto de 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Coefficientes de Incidência e de Óbitos por Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 de agosto de 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Coefficientes de Incidência e de Óbito por Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 05 de agosto de 2002d.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 08 de agosto de 2002e.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 04 de setembro de 2002f.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/deteccao>>. Acesso em: 04 de setembro de 2002g.

_____. Ministério da Saúde. **Caracterização dos diversos tipos de Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 04 de setembro de 2002h.

_____. Ministério da Saúde. **Exame de Papanicolaou**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/fatoresderisco>>. Acesso em: 10 de setembro de 2002i.

_____. Ministério da Saúde. **Estadiamento do Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002j.

_____. Ministério da Saúde. **Estadiamento do Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002l.

_____. Ministério da Saúde. **Tratamento do Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002m.

_____. Ministério da Saúde. **Tratamento do Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/vivamulher>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002n.

_____. Ministério da Saúde. **Tratamento do Câncer de Colo de Útero**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/pgprogramas/vivamulher>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002o.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Viva Mulher**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Viva Mulher**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002q.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Viva Mulher**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2002r.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Rastreamento do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 10 de março de 2003.

_____. **O Problema do Câncer no Brasil**. Ministério da Saúde – INCA, 1995.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v. 4, 1996.

CAMPOS, G.W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, S.T. O conhecimento da população sobre prevenção do câncer. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. São Paulo.1993.

CARVALHO, M.M.M.J. de. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Psy, 1994.

CARVALHO, M.M.M.J. de. **Resgatando o Viver**. São Paulo: Summus, 1998.

CARVALHO, M.M.M.J. de. Psiconcologia: História, Características e Desafios. **Psicologia USP**. Vol. 13, n. 1, São Paulo, 2002a.

CARVALHO, M. **O sétimo passo**. Rio de Janeiro: Revinter. 2002b.

CECHIN, P.L.;WIETHÄUPER, F. Usuárias da Rede Pública de Saúde opinam sobre seu atendimento. **Revista Enfermagem Atual**, nº 16, jul/ago, 2003. p. 30-35.

COSTA JUNIOR, A.L. O desenvolvimento da Psico-oncologia. **Revista Psicologia, Ciência e profissão**. n.21.v.2, 2001.p.36-43.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C. DE S. (org). **Pesquisa Social:teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

DEITOS, T.F.H. e GASPARY, J.F.P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 43, 1997. p. 117-125.

DELL'AGLIO, D.D. & HUTZ, C.S. Estratégias de *coping* e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. **Revista Estudo de Psicologia**, n. 7, 2002. p.5-13.

DIAS, E.F.; MORAES, A.C. & PINTO, S.U. **Manual de câncer ginecológico**. São Paulo: Revinter. 2000.

FERNANDES, S.M.; BRENNA; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C. & NAMURA, I. Conhecimentos, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 17. n. 4 jul/ago. Rio de Janeiro. 2001.

FERREIRA, S. da S. e NEVES, E.P. Ser enfermeira vivenciando o cuidado ao cliente com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Técnico-científica de Enfermagem**. nº 1, v.1, 2003, p. 49-54.

FIGO/UICC. **Câncer cérvico-uterino. Estadiamento clínico**. São Paulo. 1994.

FREITAS, R.C.G.M. fumo e câncer cervical. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. São Paulo.1998.

GALVÃO, L. & DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1999.

GIMENES, M da G.G.(1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO. M.M.J. de (Coord.). **Introdução a Psiconcologia**. São Paulo: Ed. Psy II.

_____. A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. In: CARVALHO M.M.J. de (Org.). **Resgatando o Viver**. São Paulo: Summus, 1998.

GIMENES, M.da G.G. e FÁVERO, M.H. **A Mulher e o Câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

GÓMEZ, E.G. Equidad, género y salud: retos para la acción. **Revista Panamericana de Salud Pública**. V.11, n 5-6, mai/jun. 2002.

GONÇALVES, W. e LIMA, G.R. de. Carcinoma invasor do colo do útero. **Revista Compacta – Temas em Ginecologia**, São Paulo. Vol. II, n. 4. abr 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KERBAUY, R.R. Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios. **Revista Psicologia USP**. Vol 13, n. 1. São Paulo, 2002.

LEAL, V.M.S. Variáveis Psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**. nº 39, v. 2, 1993, p. 53-59.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. Santa Maria Palloti, 2001

LINARD, A.G.; SILVA, F.A.D. e; SILVA, R.M. da. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 48(4), 2002, p. 493-498.

LISBOA, C.; KOLLER, S.H.; RIBAS, F.F. e cols. Estratégias de *Coping* de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002, v. 15, p. 345-362

MACEDO, P.S.L. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos à transplante de medula óssea. Hematologia Virtual. **Jornal a Tribuna de Santos**. São Paulo, 1998.

MANDÚ, E.N.T. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. **Revista Bahiana de enfermagem**. V. 10. n.1/2 abr/out, Salvador, 1997.

MANDÚ, E.N.T.; DIÓZ, M.; REINERS, A.O.; TOMIYOSHI, J.T. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Revista. Escola de Enfermagem. USP**, v.33, nº1, mar 1999. p. 35-37.

MARCONI, M.A. e LAKATOS, E.M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MINAYO, M.C. de S. Fase de Análise-Tratamento do material. In: **O desafio do conhecimento. Pesquisa Social**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1992, p. 197-247

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1999.

_____. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MIRANDA, C.R.R.; FREITAS, M.M.S. Carcinoma do colo do útero – Distribuição de variáveis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol. 17, n.10, nov/dez, 1995.

NICOLAU, S. HPV de alto risco. **Instituto de Pesquisa em Oncologia Ginecológica**. N.10, jul/ago, 2001.

PIAZZA, M.J.; CARVALHO, N.S e cols. Citologia Oncótica. Qual a metodologia ideal para a coleta? **Revista Feminina**. N. 1, vol. 30 jan/fev 2002.

PINTO, A.P.; TULIO, S. & CRUZ, O.R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da Associação Médica Brasileira**. V. 48 n.1 São Paulo jan/mar. 2002.

RIBEIRO, E.M.P.C. O paciente terminal e a família. In: **Introdução à Psiconcologia**. CARVALHO, M.M.M.J.(Coord), São Pulo: Psy II, 1994.

SALIMENA, A.M. de O. & CADETE, M.M.M. O medo como ameaça de perda: o vivido pela mãe diante da cirurgia do filho. **Revista Técnico-científica de Enfermagem**, v.1, nº 2, mar/abr, 2003, p. 135-138.

SANT'ANNA, D.B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. da G. G. (org). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Ed. Psy II. 1997

SEPÚLVEDA, M.A.C. Breve histórico dos programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil. **A mulher e os serviços públicos no Brasil**. São Paulo. 2002.

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

SILVA, R.M. da e MAMEDE, M.V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, departamento de Enfermagem, 1998.

SIMONTON, O.C.; SIMONTON, S.M. e CREIGHTON, J.L. **Com a Vida de Novo**. 7 ed. São Paulo: Summus, 1987.

SIMONTON, S.M. **A família e a Cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença**. 2 ed. São Paulo: Summus, 1990.

TAVARES, J.S.C. **O processo de enfrentamento do câncer em famílias de mulheres com câncer de mama**. Salvador, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

TAMAYO, M.R. e TRÓCCOLI, B.T. Exaustão Emocional: Relações Com a Percepção de Suporte Organizacional e Com as Estratégias De *Coping* no Trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**. 2002, v. 7, p. 37-46

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987.

YAMAGUCHI, N.H. (1994). O câncer na visão da Oncologia. In: CARVALHO, M.M.J (Coord.). **Introdução a Psiconcologia**. S/ed. São Paulo: Psy II, 1994.

WANDERLEY, K.da S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: **Introdução à Psiconcologia**. CARVALHO, M.M.M.J.(Coord), São Pulo: Psy II, 1994.

ZANNON, C.M.L.C. Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 17, n. 3. Brasília, set. 2001.

ZEFERINO, L.C.; COSTA, A.C.; MORELLI, M.G.L.D.; TAMBASCIA, J.; PANETTA, K e PINOTTI, J.A. Programa de detecção do câncer do colo do uterino de Campinas e região. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v 45. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: *Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento*

Solicito que a Sr.^a leia esse texto que traz informações sobre a pesquisa acima citada.

Essa pesquisa é uma atividade do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia, tendo como interesse: **mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento**; e como objetivo: **analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela mulher ao ter como diagnóstico o câncer invasivo do colo do útero**.

Para compreender tal situação, será realizada uma entrevista a ser gravada, ocasião em que farei cinco questões principais: *Como A Sr.^a soube do seu diagnóstico? Isso foi há quanto tempo? Como foi para a Sr.^a receber tal informação? A partir daí, como tem sido a sua vida? Como a Sr.^a tem lidado com essas questões?*

Será muito importante a sua participação, sendo respeitada a sua decisão em colaborar, sendo-lhe garantida a desistência a qualquer momento. Sua identidade (nome) e demais informações serão mantidas em sigilo. Esta pesquisa não lhe conferirá riscos, não implicará em despesas pessoais e nem afetará as rotinas de seu tratamento.

Caso necessite, a Sr.^a terá acesso a gravação da entrevista e eu me colocarei a disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Ao assinarmos esse documento, confirmamos que ocorreu o esclarecimento sobre a pesquisa, aceitando a participação.

Itabuna,..... de de 2003

.....
Assinatura da entrevistada

.....
DEJEANE DE OLIVEIRA S.BARROS
Enfermeira COREn-Ba 79029
Contatos: resid: 612-0387
celular: 9132-6191

APENDICE B – Roteiro de Entrevista

Pesquisa: *Mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento*

Data da entrevista:
Local da entrevista: () residência () instituição

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Iniciais:Nome auto-referido para a pesquisa:Idade:

Estado civil: Cor auto-referida:

Residente em Itabuna:() sim () nãopara o tratamento fica em:.....

Situação conjugal atual:

II- DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E CULTURAIS

Grau de instrução: () analfabeta () grau incompleto () grau completo

Profissão: Ocupação atual ()sim () não:deixou há()nunca teve

Nº e idade do(s) filho(s):.....

Renda familiar mensal:s.m.

Co-habitantes:

Religião:

III-QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Como a Sr.^a soube do seu diagnóstico?
2. Isso foi há quanto tempo?
3. Como foi para a Sr.^a receber tal informação?
4. A partir daí, como tem sido a sua vida? (relacionamento marido-companheiro/filhas(os)/ demais familiares/ amigas(os) / vizinhas(os)/ colegas de trabalho)
5. Como a Sr.^a tem lidado com essas questões?
 - A Sr.^a tem discutido com alguém sobre a sua situação?
 - Tem discutido isso nas consultas?
 - Que orientações profissionais vem recebendo?

APÊNDICE C - Entrevistas

DEPOENTE 1 (FÉ)**D- COMO A Sr^a SOUBE DA SUA DOENÇA?**

F- Como eu soube? Porque eu senti uma dor e dessa dor, então, eu vim para Ilhéus, fiquei 7 dias em Ilhéus. De Ubatã, Ipiaú, Ubatã, Ipiaú. Depois me enviaram pra Ilhéus. Foi tomando remédio e nada da dor passar.... Eu soube que eu estava com câncer porque eu senti uma dor muito forte... eu não sentia nada, de repente apareceu essa dor... a dor era tão forte ... a dor vinha daqui (*aponta para a região do baixo ventre*) até o joelho. Então eu chorava, gritava, chorava... chorava de dor que a dor vinha tão forte que eu não agüentava... foi quando eu fiquei internada. Já tinha uns cinco anos que eu não fazia exame... eu não sentia nada... então eu não me preocupava.

D- SIM.

F- Quando eu tomava injeção, era injeção, mais injeção, a dor aliviava. Quando a dor... quando terminava o efeito do remédio, a dor venha aqui. E vamos a gemer, vamos a chorar até não querer mais. (*baixou a cabeça*). Depois eu vim para aqui. Um vereador me trouxe para aqui... Então esse rapaz que me trouxe para aqui, foi Deus que enviou ele. Que eu não fui atrás dele, não pedi a ele, foi ele que me viu lá deitada no Hospital de Ubatã. Ele olhou assim para mim e falou assim... Eu vou, eu vou, eu vou... O que eu puder fazer com você eu faço. Então foi enviado por Deus. Então ele veio, me deixou internada em Ilhéus, então a dor continuou... Quando eu tomava o remédio, a dor passava. Depois uma mulher falou assim... Paulo, você quer ajudar ela? Por que você não tira o líquido, como é o nome do exame que tira o líquido?

D- CITOLOGIA?

F- Não, o que tira o líquido

D- PREVENTIVO?

F- Sim. Preventivo. Então ele foi e pagou R\$ 25,00 reais. Foi R\$ 25,00 reais. A moça tirou o líquido... Quando tirou o líquido, eu vi aqueles “farelos de pus” (*baixou a cabeça*) e doeu, doía muito. Depois ela disse assim: A Sr^a é casada? Eu falei, sou. O seu marido sente o que? Eu falei assim: ele não sente nada, para mim ele não fala que sente nada. Então ela foi e falou bem assim...É porque o seu útero está muito inflamado. Está com inflamação muito, muito no colo do útero. Também ela só fez passar isso e falou assim: Hoje mesmo você vai levar ela para Itabuna, a internação dela tem que ser em Itabuna. Então ela passou para esse médico daqui. Quando chegou aí, ele (*Dr^o A*) me disse. Então ele (*o líquido*) não serviu. Então ele teve que tirar outro líquido. Foi quando deu.

D-HÁ QUANTO TEMPO A SR^a NÃO FAZIA EXAME MESMO?

F-Ah! já tinha uns cinco anos que eu não fazia exame, eu não sentia nada então eu não me preocupava...

D- QUEM FOI QUE FALOU PARA A SR^a?

F- Foi... Quem me... Eu o vi conversando com Paulo Silva (*o motorista*). Eu o vi conversando, então eu escutei. Eu soube da minha doença por isso porque eu vi o meu médico conversando com o motorista da ambulância... eu o vi conversando então eu escutei... o médico não me falou nada... se era eu que estava doente, ele tinha que falar tudo para mim como era, como não era... a senhora não acha não?.

D- TEM QUANTO TEMPO ISSO?

F- Foi agora, no fim desse mês, no fim desse outro mês que eu vim aqui... Que eu estou internada aqui. Tem 1 mês

D- E A MÃE DA SR^a? A SR^a NÃO FALOU QUE FOI ELA QUE LHE CONTOU?

F- Não... foi depois que eu sai daqui também. O que me trouxe (*Paulo*) chegou lá e falou com ela

D- A MÃE DA SR^a LHE FALOU O QUE?

F- Então a minha mãe me deu conselho, que não é pra eu ficar triste... para eu me apegar com Deus. Então é assim que eu estou, apegada... Apegada com Deus. Não estou triste, não estou nada, estou nas mãos do Senhor.

D- E COMO FOI PARA A SR^a SABER QUE ESTAVA COM ESSA DOENÇA?

F- Bom... eu não tive a noção de nada não porque a minha vida sempre foi boa, calma, com o meu marido, meus filhos e tudo que acontece é da vontade de Deus e isso também foi.

D- NÃO TEVE NOÇÃO...

F- Não... não...

D- FALA PRÁ MIM UM POUCO SOBRE ISSO

F- Bom... no começo assim eu fiquei triste, preocupada com a vida, com os vizinhos, com o que eles iam pensar, se eu ia ficar boa, se o meu marido ia me largar, fiquei triste... mas eu estou com meu coração contrito a Jesus Cristo e eu espero em Deus que eu saia daqui curada em nome de Jesus. Eu sei que eu vou ter a cura e o que Deus fizer comigo está bem feito. Eu sou dessas, o que Deus fizer comigo... porque ele não quer que aconteça alguma coisa ruim. Então eu também cheguei em casa falei logo com as minhas vizinhas. “Coloquei a boca delas no canudo”... venha na minha casa quem quiser vir. Agora, durante a Semana Santa, eu fui lá. Minha mãe falou com o médico então ele deixou. Passei a Semana Santa lá com a minha família. Falei logo com os meus vizinhos, tudo sobre a minha doença. Quem quiser vir a minha casa venha, quem não quiser não venha... eu não peguei não foi com a minha mão.

D- A SR^a ME FALOU ANTES QUE COMEÇOU COM ESSA DOR E QUE CHORAVA. FALA UM POUCO MAIS PRA MIM SOBRE ISSO

F- Eu não sentia nada, de repente apareceu essa dor. A dor era tão forte... Não foi aqui dentro (*aponta para o baixo ventre*). A dor vinha daqui (*baixo ventre*) até o joelho. Eu não sentia nada... nada dentro da vagina, não. A dor era aqui, de um lado, aqui (*baixo ventre*)... então eu chorava, gritava, chorava... chorava de dor, que a dor vinha tão forte que eu não agüentava. Eu não sabia porque eu estava com aquela dor. Hoje aquela dor que eu sentia não estou sentindo. Agora, eu não estou me sentindo mais triste.

D- NÃO ESTÁ TRISTE...

F- Não... quer dizer que eu não vivia triste... eu vivia assim... pensando assim... Meu Deus, será que eu vou me curar? Também Jesus, se o Senhor ver... eu pedia tanto a meu Deus que se ele visse que eu ia ficar em cima da cama sabe? Viver cuidado pelas mãos dos outros, eu quero que Jesus me tire. É isso que eu peço a ele.

D- É ISSO QUE A SR^a PEDE.

F- É... mas hoje, depois do tratamento eu estou melhor, sem dor, com o meu marido, meus filhos, meus vizinhos, confiando sempre em Deus. Então eu me sinto feliz porque eu creio na vitória.

D-COMO É QUE TEM SIDO HOJE A SUA VIDA?

F- Está tudo normal, não mudou nada, todo mundo vem a minha casa, ma trata bem... eles estão orando por mim. O que está me confortando mesmo é que todo mundo lá disse que ia orar por mim, para eu ficar boa, que Jesus iria me curar... e como de fato, graças a Deus. Hoje eu estou me sentindo feliz porque eu estou com Deus não é minha filha?... estou confiando em Deus, confiando nele.

D- COMO É QUE TEM SIDO COM OS SEUS FILHO?

F- Meus filhos estão bem... estão conformado. Eu falei com eles e eles ficaram todos... todos dizendo que iam orar por mim, foi o que eles falaram. O que puderam fazer foi isso. Vão todos continuar orando por mim, pedindo a Deus por mim, que Deus me dê a minha saúde.

D- E NO SEU TRABALHO?

F- Eu não falei nada para minha patroa. Quem está lavando a roupa é a minha cunhada.

D- E COM O SEU MARIDO, COMO TEM SIDO?

F- Bom... meu marido diz que está orando muito por mim também porque ele disse que quer a minha saúde para eu cuidar da casa... dele também e dos nossos filhos.

D- E COMO A SR^a TEM LIDADO COM TUDO ISSO?

F- Com alegria, tudo normal. Eu como, eu saio, durmo, está tudo igual. Eu tenho fé e esperança que eu vou ficar boa. Até aqui foi muita luta mas... não é fácil não... mas o meu coração está contrito a Jesus Cristo e eu sei que eu vou sair dessa curada... a minha rocha é Jesus (*risos*)... ele é o meu conforto... eu estou muito mais calma hoje e vou continuar (*risos*).

D- TUDO COM ALEGRIA...

F- Bom... a minha alegria é que eu estou com Deus não é? Primeiramente Deus, depois de Deus os médicos que estão cuidando de mim. Eu acredito em Deus. Eu espero que com o tratamento eu saia daqui curada, em nome de Jesus. Depois que eu sair daqui eu vou cuidar da casa e não vou mais lavar roupa.

D- NÃO VAI MAIS LAVAR ROUPA...

F- Não porque eu não vou mais lavar para fora sabe? Eu vou cuidar dos meus filhos, do meu marido, da minha família porque a roupa maltrata muito a gente, aquelas roupas grossas acabam com a gente.

D- SIM...

F- É... porque preste atenção: se a gente lava roupa com aquelas... com aquelas calças grossas, umas calças jeans, então maltrata a gente. Eu acho que foi porque eu lavava roupa que eu adoeci de câncer.

D- A SR^a TEM CONVERSADO COM ALGUÉM SOBRE A SUA DOENÇA?

F- Não... com ninguém

D- E NAS CONSULTAS, TEM RECEBIDO ALGUMA ORIENTAÇÃO?

F- Não, com os médicos eu não conversei nada.

D- E A SR^a TEM RECEBIDO ALGUMA ORIENTAÇÃO DE ALGUM PROFISSIONAL?

F- Não... nada, nada.

DEPOENTE 02 (RESPEITO)**D- COMO A SR^a SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

R-Soube porque... que eu estava sangrando muito.

D- MUITO...

R-Então eu fui lá e conversei com ele (*o médico*) e ele disse: Não, sobre esse sangramento não tem problema, agora se passar do prazo de vir ou se aumentar, a Sr^a vem aqui que eu passo um remédio. Eu falei: está bom. Então quando começou... começou a aumentar não é? Começou um mês que vinha mais... passava um mês vinha mais... então começou a me dar hemorragia. Eu falei: ah não! Eu vou procurar o médico que eu sei que isso é algum problema difícil, alguma doença. Então eu fui.

D- E HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ NÃO IA AO MÉDICO?

R- Já tinha uns três anos porque eu sempre estava bem. Eu saía... não sentia nada... sempre tive saúde e não ia aos médicos a toa não é?

D- SEI...

R-Foi quando eu fui ao médico, ele passou os exames para mim. Passou ultra-som, passou preventivo e foram esses exames todos, que ele fez... passou para mim. Eu fiz. Na minha ultra-som, quando eu fui pegar, deu mioma. Falei graças a Deus! (*expressão de tranquilidade*) pelo menos é mais fácil para tratar. Então eu fui fazer o preventivo... aí peguei o resultado, levei de novo então o médico falou assim: Ôh Dona Respeito, a Sr^a vai operar mas não vai operar comigo porque eu não faço essa operação, vai operar com Dr^a B. Eu falei: ah Dr^o mas eu fiz os exames e deram todos normais, como é que eu vou ter que operar? Então ele falou: é tem que operar...

D- LÁ EM CANAVIEIRAS MESMO?

R-Canavieiras mesmo. Eu disse: então eu vou. Manda o papel lá para... para o Bem-estar Social e lá as meninas lhe enviam, ou para Ilhéus, ou para Itabuna.

D-SIM...

R-Eu falei está bem...Eu fui lá e a mulher do Prefeito me enviou aqui para Itabuna, para uma clínica que tem ali... do médico dela, ali na beira rio, um médico bom... Então ela ligou para ele... ligou para ele, conversou com ele e tudo então ela... ela mandou me trazer. Fui lá e ele falou: você é a mulher que... que... que a mulher do Prefeito mandou? Eu falei: é... ela mesma, sou eu mesma. Então ele conversou e me mandou para... Vou mandar a Sr^a ir lá para o Hospital A, lá para o Hospital A.

D- E ISSO TEM QUANTO TEMPO?

R-Tem... isso foi logo. Eu cheguei aqui quarta-feira fez quinze dias... Foi na Semana Santa, porque o médico não estava então eu voltei.

D-SEMANA SANTA A SR^a FICOU SABENDO?

R-Foi... na Semana Santa eu fiquei sabendo então eu vim, o médico estava viajando, eu voltei... marcou para vir no dia 23... no dia 23 eu vim, já fiquei aqui.

D-AÍ ELE FALOU QUE A SR^a ESTAVA COM CÂNCER.

R-Foi... estava com câncer

D- E COMO FOI PARA A SR^a SABER QUE ESTAVA COM CÂNCER?

R- Ah! O médico... Foi o meu médico lá que me falou. Quando eu soube que eu estava com câncer eu comecei a chorar... eu não comia, eu não saía eu não fazia nada... só ficava no quarto porque nem o meu marido me apoiou... não falou uma palavra de conforto, de carinho, não quis nem saber o que eu tinha, me desprezou então...(*choro*) o que eu pensei em fazer foi desistir de tudo, me isolar e morrer... quando o meu marido soube da doença a única coisa que ele queria era sexo mas eu não podia... então ele falou que eu estava com...safadeza que...(*choro com a cabeça baixa*). Então foi quando ele resolveu sair de casa... foi muito ruim

tudo isso... a parte financeira... o tratamento... tudo... mas eu não podia fazer nada... o que eu ia fazer... obrigar a ele ficar comigo?.

D-SIM...

R-Ah minha filha você nem sabe!... eu tive muito medo de perder o meu marido, os vizinhos, os amigos. Parei de comer, de dormir... fiquei desesperada. Ele... ele... ele, o médico falou um nomezinho... um nomezinho que eu... eu não sabia nem como era, para mim era câncer mesmo o nome não é? Então eu falei: mas e isso é o que mesmo? Essa doença é o que mesmo? Então ele disse: ah... eu vou falar para a Sr^a que eu não vou deixar a Sr^a enganada, é câncer mesmo. Então eu comecei a chorar... (*choro*), eu nunca esperava ter essa doença porque eu nunca senti nada. Eu nem acreditei quando ele falou e ele disse para eu procurar o tratamento. Então foi que eu comecei a chorar mesmo...

D-COMEÇOU A CHORAR...

R-Eu comecei a chorar e ele disse: não fica chorando não, o que a Sr^a tem, a Sr^a procura o seu tratamento. Então eu fui para Assistente Social, cheguei lá... cheguei chorando, as meninas me abraçaram e começaram... aí eu... elas disseram: é mesmo? Eu falei: é (*baixou a cabeça*). É mas a Sr^a vai para Itabuna, fica tranqüila, não se apavora, nós vamos em sua casa conversar com sua família e tudo. Quando eu cheguei lá (*em casa*) já encontrei as meninas já... já todas chorando, desesperada, chorando... então eu saí chorando (*choro e risos*).

D- QUEM FOI QUE FALOU A ELAS?

R- Na hora que eu cheguei... que elas... que eu falei: se vocês vêem eu demorar é porque eu estou internada. Então meio dia elas foram ao hospital, eu não estava.

D- AÍ A SR^a JÁ FICOU INTERNADA EM CANAVIEIRAS?

R-Não... não fiquei. Eu... eu falei com elas: se eu ficar internada, vocês... depois de meio dia vocês vão lá. Mas eu não fiquei internada, eu voltei. Então eu cheguei em casa, elas estavam lá aí estavam todas chorando e ficaram todas tristes. Aí eu falei: não minhas filhas, pára com isso... não vou morrer não e tudo... Aí eu vim para aqui e estou aqui, Graças a Deus estou me sentindo... eu sentia muito um ardor assim... assim dentro da minha vagina assim aquelas dores.

D- HOJE A SR^a NÃO SENTE MAIS?

R- Não, não estou sentindo não. Graças a Deus porque mesmo tendo medo de morrer eu procurei o meu tratamento e já estou me sentindo melhor, sem dor, sem sangramento.

D- E COMO É QUE TEM SIDO A VIDA DA SR^a COM O SEU MARIDO? A SENHORA ME DISSE QUE ELE SAIU DE CASA.

R-Ah! É difícil minha filha... minha vida tem sido muito difícil...

D- DIFÍCIL... FALA PRÁ MIM UM POUCO SOBRE ISSO.

R- Ah a vida é difícil... ele brigava muito. Ele era muito... é... é coisa séria, esses homens de cachaça... que ele bebia demais. Ele era um homem que quando estava sem beber era muito bom, mas quando ele começava a beber era dois, três porres por dia e então pronto... aí começava a falar e... sei lá.

D-A SENHORA ME FALOU QUE ELE SAIU DE CASA, FALA UM POUCO PRÁ MIM SOBRE ISSO.

R-É... Ele... ele... ele no início dessa doença ele queria sexo... queria... mas não podia (*baixou a cabeça*), que se eu estava doente não é? Se eu estava doente como é que eu podia fazer essas coisas? Nossa vida nunca foi boa, sempre teve brigas. Com os meus filhos não, eles tinham medo das brigas mas sempre me ajudaram.

D-EU SEI...

R-Era ruim para mim... para ele não, que era bom. Eu falei: mas rapaz, você está vendo que eu estou do jeito que estou, estou doente! Que nada... você está doente nada rapaz! Você está é com safadeza, não sei o que... (*choro com cabeça baixa*). Eu falei: está bem, já que eu estou com safadeza, não tem problema... eu sei é que eu vou procurar as minhas providências, vou

procurar meu... meu tratamento e você fique por aí. Então foi quando ele resolveu sair de casa e foi ruim porque nós não queremos que isso aconteça mas eu não podia fazer nada porque eu tive que me tratar.

D- A SR^a ME FALOU QUE TEM FILHOS. COMO É QUE TEM SIDO A VIDA DA SR^a COM ELES?

R- Sempre foi boa como eu estou falando, todos unidos e depois da doença eles se preocuparam mais ainda. As minhas filhas... as minhas filhas bem... minhas filhas, elas me tratam bem. Na minha doença elas cuidam direito de mim têm me ajudado bastante. Me dão amor, carinho e é só isso que a gente precisa porque essa doença traz muito pavor a nós porque nós achamos que já vamos morrer naquele dia.

D- A SR^a ME FALOU QUE QUANDO ELAS SOUBERAM QUE A SR^a ESTAVA DOENTE, ELAS FICARAM CHORANDO. FALA UM POUCO PRÁ MIM.

R-É.. ficaram chorando.. foi... preocupadas pensando que eu ia morrer e elas iam ficar sem mãe. Mas Graças a Deus estou aqui agora, bem... e elas ligam para mim preocupadas. Eu digo: estou bem minhas filhas... estou bem. Estou aqui porque procurei o tratamento, se eu não tivesse procurado eu acho que eu já estava morta.

D- SIM...

R- É porque eu conheço gente que não se tratou e morreu logo.

D- E COM RELAÇÃO AS OUTRAS PESSOAS DE SUA FAMÍLIA, SEUS AMIGOS, COMO É QUE TEM SIDO?

R- Ah! Minha família não sabe que eu estou doente. Os amigos também não sabem que eu não falei para ninguém lá em Canavieiras... não falei para ninguém não.

A- A SR^a NÃO FALOU PRA NINGUÉM...

R-É... eu não quis falar não porque o povo sempre gosta de comentar muito não é? Ainda mais...

D- E COM OS SEUS VIZINHOS COMO É QUE TEM SIDO?

R- Nem com meus vizinhos também não comentei porque agente mora nesses bairros pequenos, quando um comenta uma coisa assim, o comentário já sai... alarmando para longe não é? E aí... eu não gosto de ver minha vida assim...em conversa. As pessoas têm medo de pegar câncer e terminam se afastado da gente. Eu não queria falar do câncer porque você sabe não é? A gente tem vergonha do que vão falar, que eu estava com doença contagiosa

D-SEI...

R- É e eu não quero que isso aconteça, a gente quer a vida... passear, ir nas casas das vizinha sem preocupações...

D- DONA ANELITA E COMO É QUE A SR^a TEM LIDADO COM ISSO TUDO?

R-Bem... Passando não é?, passando assim a vida de gente fraca mesmo... a fraqueza, sabe como é não é? É assim... sei não... é...é... (*pensativa*). Eu não posso... eu não podia fazer o que? Nada, tem que passar assim do jeito que Deus quiser... Os meus filhos ficaram tristes... ficaram abatidos... (*choro*), as minhas filhas... e... mas já estão conformadas porque estão sabendo que eu estou melhor... depois que eu vim para o médico, aqui para Itabuna, Graças a Deus eu estou melhor então, elas já estão mais confortadas já... e eu também. Depois que eu procurei o tratamento, hoje graças a Deus eu estou melhor, mais tranqüila, confiante na cura, mais confortada.

D-CONFORTADA... FALA PRÁ MIM UM PORCO SOBRE ESTÁ CONFORTADA

R-Eu estou me sentindo confortada porque eu estou no meu tratamento não é? Eu... eu não podia está... está muito preocupada se... não tivesse... se fosse uma doença assim que já tivesse passada não tivesse... e os médico falassem assim: Oh, vá para casa porque você não tem mais jeito. Então agora eu estava passando... estava muito... muito preocupada mas, Graças a Deus estou em tratamento e tenho certeza que Deus é bom e é maravilhoso e ele vai me dar a minha saúde para eu voltar novamente para meus filhos, minha filha, cuidar deles... e

eles também cuidar de mim. Hoje eu já sei que eu tenho que procurar o médico, fazer exames para que isso não aconteça.

D- E A Sr^a TEM FALADO COM ALGUÉM SOBRE A SUA DOENÇA?

R-Não, com ninguém.

D- E NAS CONSULTAS? A Sr^a TEM CONVERSADO COM O MÉDICO?

R-Também não, não conversei nada ainda. Eu mesmo não tenho falado com meu médico não, só Dr^a J. Ela me ensinou como eu ia passar... como eu ia ter repouso da doença... ela me disse que era para eu ficar... tomar muito suco de beterraba porque eu estou anêmica, com anemia e... tomar... comer fígado, comer muita comida... não comer comida oleosa. Ela me explicou essas coisas assim, sobre a minha alimentação.

D- CERTO, SÓ SOBRE ALIMENTAÇÃO...

R-É... só sobre a minha alimentação

D- E A Sr^a TEM RECEBIDO ORIENTAÇÃO DE ALGUMA(O) ENFERMEIRA(O), ALGUM OUTRO PROFISSIONAL?

R- Não...não... Sim... em Ilhéu a Enfermeira me perguntou se... se Dr^a C tinha me perguntado se essa doença... se eu sabia o que era essa doença... Eu falei... eu falei: ela... ela... Dr^a C não me falou não, mas meu médico lá de Canavieiras me falou que era... que foi câncer e a moça de Ilhéus falou que era mesmo... só isso.

D- COMO É QUE A Sr^a ESTÁ SE SENTINDO FALANDO COMIGO SOBRE A SUA DOENÇA, O QUE A SENHORA PENSA DISSO TUDO?

R-Eu estou me sentindo bem minha filha... estou me sentindo bem, eu só queria ver... queria ter uma conversa com o meu médico, ver se quando eu saísse daqui... para... para ver se ele me dava um laudo para eu poder me encostar. Hoje minha filha eu posso lhe dizer que eu estou calma, menos triste, mais confiante. Graças a Deus estou em tratamento e tenho certeza que Deus é bom e maravilhoso e ele vai me dar a minha saúde. Hoje eu já sei que eu tenho que procurar o médico, fazer exames para que isso não piore e não apareçam outras doenças. Eu aprendi isso.

D- E A SR^a QUER SE ENCOSTAR... FALA PRÁ MIM UM POUCO

R-É... que eu pensei em trabalhar mas... quando eu vou poder trabalhar? Quando é? Não vou poder trabalhar tão cedo... porque hoje o povo não quer me dar mais trabalho com essa idade... eu vou tentar me encostar para poder ir vivendo não é?(*cabeça baixa, choro*).

DEPOENTE 3 (CARINHO)

D-COMO FOI QUE A SRª SOUBE DA SUA DOENÇA?

C-Eu fui adoecendo e fui fazendo exames. Eu já tinha operado já... quatro vezes não é? Operei de útero, deu mioma no útero então eu mandei retirar o útero. O médico retirou de duas vezes, e quando acabar os médicos daqui ficaram pensando que não tinha retirado, que retirou o útero mas não retirou o colo e então, agora, deu esse problema no colo do útero.

D- DEU UM PROBLEMA...

C- É que diz que deu essa... enfermidade no colo do útero, o tumor. E então eu fiz todos os exames... todos os exames que eu fazia não davam certo então, chegou em Porto Seguro eu fiz, mandei para Belo Horizonte e depois do exame já colhido então me transferiram para aqui.

D-OS PRIMEIROS EXAMES A Srª FEZ ONDE? FALA UM POUCO PRA MIM

C- Os primeiros exames eu fiz lá em Guaratinga depois me transferiram para Porto e depois eu vim pra aqui.

D-E ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

C-Issó foi de seis meses para cá que estou mexendo com isso, então não parei mais lá em casa não. Estou com saudades dos meus filhos (*choro*).

D- E TUDO COMEÇOU COMO?

C-No princípio... eu sentia “urinadeira” e sangue na urina, muita dor, dor eu sentia bastante. Então fui para Porto, de lá fiz a biópsia e foi para Belo Horizonte. Quando chegou o resultado eu fui encaminhada para Itabuna então o médico de Porto Seguro me falou que eu estava com câncer.

D- ISSO FOI QUANDO?

C-Foi em março de 2003.

D- E A SRª SEMPRE FEZ EXAME?

C- Não porque nós moramos na roça, tudo é mais difícil... dinheiro... Consulta e eu não fazia já tinha uns quatro anos.

D. E COMO FOI PRA Srª RECEBER ESSA INFORMAÇÃO?

C- A gente se entristece, mas tem que se apegar com Deus porque é assim (*choro*).

D- ENTRISTECE....

C- A gente fica desgostosa... fica assim distraída não é? Sem acreditar na doença, se perguntando por que isso aconteceu com a gente?. Eu não queria isso nunca meu Deus, eu fiquei muito desgostosa.

D- DESGOSTOSA... FALA UM POUCO PRA MIM

C- É desgostosa com a vida, com medo de não sarar e... (*choro*), perder minha vida e largar os filhos todos para trás (*chorando muito*).

D-MEDO...

C- Medo de morrer... a gente tem esse pavor não é? Pavor, aquela dor profunda que sente no coração (*chorando sempre*). Sabe o que é, a gente ficar fora dos filhos... dos parentes? É muito ruim. No começo de tudo eu voltei para casa, chorava muito, não comia... não saía, não falava com... com ninguém, sentia aquela dor profunda no coração.

D-DOR PROFUNDA NO CORAÇÃO...

C-Tinha dias que eu ficava pensando em ficar sozinha, longe dos parentes porque não podia nem... ficar um filho acompanhando a gente que a gente não tem dinheiro para pagar, fico sozinha...sozinha não que estou com Deus e meus amigos, graças a Deus. Depois eu fui ao médico e comecei o tratamento aqui em Itabuna porque só aqui que trata.

D-COMO TEM SIDO A VIDA DA SRª COM O SEU MARIDO?

C- Depois que eu adoeci quase que ele não fica em casa mas, está em Alcobaça porque ele está com problema de próstata. Minha vida minha filha sempre foi muito difícil por falta de

não ter dinheiro, mas meu marido sempre foi um homem bom e está me confortando, orando muito, mesmo longe de mim.

D- E COM OS SEUS FILHOS COMO TEM SIDO?

C- Todos bem, eles têm ligado para mim, me dado força para eu me apegar com Deus. Estão tristes não é? Com medo que eu morra (*choro*). Eles sempre foram bons para mim. Tão tristes porque eu estou afastada deles mas me ligam, pedem a Deus pela minha saúde.

D- E COM OS SEUS PARENTES, AMIGOS, VIZINHOS, COMO TEM SIDO?

C-Eles todos sabem...são todos assim comigo, todos legais. Mandaram eu procurar o tratamento e não “esmorecer”, me apegar com Deus. Eles todos sabem... eu não escondi de ninguém. Eles vão à minha casa, rezam, mandaram eu procurar o tratamento porque se não eu não ia me curar e eu procurei. A minha alegria é que todo mundo está comigo.

D-E COMO A SRA TEM LIDADO COM TUDO ISSO?

C-É com um pouco de tristeza... a gente passa assim um pouquinho distraído... de aperto mas... se apegar com Deus que vence não é?(*choro*). Eu falei... Só estou feliz porque todo mundo me ajuda. Eu estou triste porque eu tive que me afastar dos meus filhos e ficar aqui me tratando, não pude mais fazer nada em casa mas eu me apego com Deus. Às vezes eu ainda fico triste assim... pensando na minha amiga que morreu mas então eu saio, vou à Igreja, converso com meus filhos, dou risada... tento não ficar pensando tanto e aí eu vou superando...eu procuro esquecer de tudo aquilo... me apego com Deus e isso tem me feito muito bem.

D- SE APEGA COM DEUS...

C- É se apegar com Deus, tudo Deus facilita para nós merecermos não é? A saúde, o pão de cada-dia.

D-A Sr^a ME FALOU ANTES QUE SENTE UM APERTO NO CORAÇÃO, FALE-ME SOBRE ISSO.

C- Um aperto no coração assim... tem dias que a gente dar aquela saudade dos filhos assim, dos amigos, dos vizinhos, mas que jeito não é? Não dormia... pensando na vida, na dificuldade de viver longe um do outro (*choro*), pensando na família, nos filhos, não comia pensando nos filhos e então eu pedi licença a Deus que eu precisava dormir e agora não, estou bem graças a Deus, já me alimento, me sinto mais forte e sei que vou ficar boa em nome de Jesus. Antes eu não comia, não dormia... agora não, eu estou confiante, graças a Deus... me sinto mais forte e sei que vou ficar boa em nome de Jesus porque eu tenho fé em Deus que eu já consegui a minha cura.

D- A Sra CONVERSA COM ALGUÉM SOBRE A SUA DOENÇA?

C- Converso sim... converso com os amigos, meus parentes por telefone.

D- E NAS CONSULTAS, A Sr^a TEM CONVERSADO ALGUMA COISA?

C- Converso sobre o que eu sinto, que eu estou melhor, só isso.

D-A Sr^a TEM RECEBIDO ORIENTAÇÃO DE ALGUM PROFISSIONAL

C- Não.

D- A Sr^a QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

C- Só que foi bom conversar com a Sr^a e... hoje eu estou melhor porque... porque eu já tive outra doença... já tive tuberculose e fiquei boa porque eu procurei o meu tratamento e vou ficar boa do meu câncer também (*risos*). Eu sei de uma mulher que mora perto daqui que se tratou de um câncer pior do que o meu... o dela estava espalhado em tudo quanto era lugar e o meu não, por isso eu sei vou ficar boa

DEPOENTE 04 (PAIXÃO)**D- COMO VOCÊ SOUBE QUE ESTAVA COM CÂNCER?**

P-Eu fazia preventivo... Eu sempre ia aos médicos, eu sempre fazia o exame preventivo... todo ano eu fazia. Em dois anos eu fiz três preventivos e não dava nada, só dava assim uma “micose”.

D- ISSO FOI QUANDO?

P-A gente está em 2003 não é? Eu fiz um em 2002 e em 2003 agora eu fiz mais dois e nunca dava nada, só dava só uma “micosesinha”, e eu nada de melhorar e no último me deu assim, tipo uma hemorragia, um sangramento direto. Então eu procurei o médico... (*baixou a cabeça*) um dizia que era problema de pressão, pressão alta, o outro disse... aí passou uma ultra-som transvaginal para eu fazer então eu fiz e não deu nada, deu tudo normal na transvaginal.

D- LÁ EM IPIAÚ MESMO?

P-Ipiaú mesmo. Aí... sempre os médicos do sistema Único de Saúde(SUS) não sabe? então eu falei: meu Deus eu tenho que ver se eu consigo um médico particular para ver, porque eu não estava mais confiando nos exames do SUS. Então eu ajetei lá... fui em um médico particular. Cheguei lá falei meu problema para ele, ele foi, pediu outro preventivo e eu acho que nesse preventivo ele já notou alguma coisa diferente. Eu fiz esse preventivo, dois pelo SUS e um particular, acho que ele notou alguma coisa diferente que ele disse que ia me pedir uma... como é? pedir uma biópsia não é? Então ele pediu. No preventivo que ele pediu também não deu nada, só deu a micose e ele foi e me pediu esse exame.

D- QUANDO FOI ISSO?

P- Foi agora no mês de...abril, eu fiz esse exame no dia 28 de abril... 27 de abril.

D- EM MARÇO NÃO? NÓS ESTAMOS EM MAIO...

P-É foi em março, foi quando o resultado veio e constatou que eu estava com essa doença...com câncer avançado do colo do útero (*chorando*). Foi muito difícil ouvir isso porque se eu não fizesse exame sempre... . Isso tem um mês, então ele me encaminhou para aqui. Quando eu ajetei todos os papéis, eu cheguei aqui no dia 22 de abril, o exame foi no dia 27 de março. Já tem dois meses.

D- A Sr^a ME FALOU QUE DESCOBRIU O SEU DIAGNÓSTICO DEVIDO A UMA HEMORRAGIA. FALA MAIS UM POUCO PRA MIM

P-Eu tinha menstruação normal, eram três dias, não tinha alteração nenhuma, de repente apresentou hemorragia. Ela veio em dezembro, eu até brincando com minha menina, eu falei assim: Catarina, ainda bem, a minha menstruação já desceu, no Natal eu estou livre! então ela falou: olha mainha a minha está perto de descer. Natal foi um dia de quarta, quando foi no dia de sábado ela desceu de novo e então não parou mais, foi uma hemorragia, era aquele sangramento forte, aqueles pedaços, aqueles “negócios coalhado”. Depois dos exames meu médico me encaminhou para aqui, para procurar Dr. D.

D-COMO FOI PARA A Sr^a SABER QUE ESTAVA COM CÂNCER?

P- Minha filha quando eu soube que eu estava com câncer eu encarei normal... isso me fez ver a vida diferente porque eu pensei... me desesperar é pior não é? Então eu estou lutando, procurei o tratamento e estou buscando a minha cura. Eu pedi muita força a Deus, primeiramente a gente tem que pedir a Deus não é? Então eu encarei normal e estou encarando como uma pessoa assim... normal... porque se a gente for se desesperar é pior não é?. Ficar desesperada é pior... é... porque a gente se entristece, não se cuida, não procura o tratamento... eu resolvi que eu ia buscar a minha cura.

D- SIM...

P- É porque eu preciso procurar a minha cura que é o mais importante.

D- A PARTIR DAÍ COMO É QUE TEM SIDO A SUA VIDA COM O SEU MARIDO?

P-Olha minha filha eu acho que... que em um instante a minha vida complicou mais porque a minha vida com os meus filhos sempre foi boa, nós conversávamos, sorriamos, brincávamos... mas com o meu marido só complicou mais...

D- COMPLICOU MAIS...

P-É... no sentido assim... como é que eu vou lhe dizer? Da...da ajuda financeira sabe? Que quando ele estava dentro de casa, quando nada a despeza ele botava dentro de casa e saiu, sempre quando os homens saem, acham que não têm mais direito de botar nada. Porque a minha preocupação toda só está sendo essa.

D-SIM...

P- Eu não vou dizer que a gente vivia numa boa, porque não vivia, sempre discussão mas quando eu... comecei a ficar doente, e quando procurava para sexo eu não podia porque estava menstruada, com sangramento, eu acho que ele passou... sei lá... achou assim que eu não estava querendo ele porque eu não... eu não tinha nada, ele achava assim que eu não estava doente, que era mentira... era porque eu não queria ele então... foi chegando um tempo que não deu mais para a gente e ele saiu de casa. Foi muito ruim porque apesar de tudo isso não era o que eu queria... se eu pudesse eu nunca teria adoecido porque com a doença só piorou pois ele saiu logo de casa. Eu fiquei muito triste.

D-E COMO É QUE TEM SIDO A SUA VIDA COM OS SEUS FILHOS?

P-Eles encararam bem não sabe? Eles estão me dando a maior força. Tão me dando a maior força. Logo, eles ficaram preocupados, se eu iria morrer, o que eles poderiam fazer, agora que o pai saiu de casa mas a minha preocupação agora é em me tratar e poder cuidar deles... só isso.

D-E COM RELAÇÃO AOS SEUS FAMILIARES, AMIGOS, VIZINHOS, COMO TEM SIDO?

P-Os amigos, minha família, vizinhos todo mundo sabe porque essa é uma doença que a gente não pode enganar... tem que falar, então todo mundo sabe e tem me dado a maior força assim... conversa comigo, está tudo normal, a mesma coisa de antigamente, não mudou nada. Eles vão lá em casa, me ajudam como podem, cuidam dos meus filhos, oram, tudo como antes.

D- E COMO É QUE A Sr^a TEM LIDADO COM TUDO ISSO?

P-Eu acho que a minha vida mudou um pouquinho. Antes eu trabalhava, hoje não trabalho mais porque tenho que fazer o tratamento e isso está sendo difícil, está ruim...

D-MUDOU UM POUQUINHO, TÁ RUIM....

P-É...(silêncio e choro) sei lá, no jeito assim de eu não poder mais trabalhar... porque quando agente está... está sã, pode trabalhar, tudo bem, não imagina nem tanto, mas como agora, eu não estou podendo trabalhar. Minhas meninas não trabalham... só o que mudou só foi isso. E... sei lá... quando eu estou pensando assim... Meu Deus eu estou com essa doença, não sei o que...fico preocupada, se vou ficar boa... eu penso em uma coisa boa, penso em uma igreja, em uma coisa assim então, sai do meu pensamento essa doença (*sorriso*). Sempre que eu penso na doença, vem o medo da morte então eu penso em outra coisa e esqueço... isso que me acalma um pouco (*risos*).

D- SIM...

P- É porque eu não estou trabalhando... não sei se vou poder trabalhar de novo, não sei se vou ficar boa, e quando eu penso nisso, aí sim eu fico triste.

D- FICA TRISTE...

P-É porque tudo que eu quero é viver, ter saúde, trabalhar, cuidar dos meus filhos e eu não sei por quanto tempo eu vou poder fazer isso...

D-A Sr^a TEM CONVERSADO COM ALGUÉM SOBRE A SUA DOENÇA?

P-Não... sempre assim com as pessoas mais íntimas, as pessoas conhecidas assim da minha rua, minhas vizinhas.

D- E NAS CONSULTAS, A Sr^a TEM CONVERSADO SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

P- Eu não converso nada com a médica... quando eu estou sentindo alguma coisa eu falo a ela e ela passa um remédio... só isso, ela não me fala nada sobre a minha doença, fica sempre séria.

D- E A Sr^a TEM RECEBIDO ORIENTAÇÕES DE ALGUM PROFISSIONAL

P- Não. Eu só tenho fé que eu vou sair dessa, não sei quanto tempo vai levar (*sorriso*) mas eu tenho esperança que eu vou sair dessa. È tudo que eu quero para ter a minha vida como sempre tive.

DEPOENTE 05 (PAZ)**D-COMO QUE A SENHORA SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

P-Um dia eu estava na roça trabalhando...Depois eu comecei a sentir um peso assim na virilha... depois eu vim em Conquista e fiz os pedidos... os pedidos dos exames... fiz o exame e deu inflamação.

D-FALA PRÁ MIM SOBRE ESSE EXAME

P-O exame do útero... que colhe o líquido. Deu inflamação... depois... o doutor falou que ia passar para...para Drª E fazer outro exame.

D- LÁ EM CONQUISTA.

P- Em conquista. Ela (*a médica*) fez, deu pior que a outra... inflamação.

D-SIM...

P-Então ela fez a biópsia... então ela falou que era preciso operar. Eu levei a... a biópsia... depois... depois que eu operei, eu levei para fazer exame... exame de novo e já estava com o câncer.

D-O CÂNCER...

P-Foi, então ela mandou eu vir pra aqui. Com 30 dias ela disse que era para eu vir.

D- E A SRª SEMPRE IA AO MÉDICO?

P- Não... já tinha uns quatro anos que eu não ia ao médico.

D- SEI...

P- É porque... eu não sentia nada... achava que estava tudo bem... não queria fazer exame porque eu também não gosto... morando longe do Posto de Saúde, então sempre deixando para depois.

D- TEM QUANTO TEMPO ISSO?

P-Quanto tempo? Eu... eu operei no dia 20 de janeiro de 2003 e com 30 dias eu... eu vim pra aqui, em fevereiro... foi... em fevereiro, já está com quatro meses.

D- E QUEM FALOU PARA A SRª QUE A SRª ESTAVA COM CÂNCER?

P- Bom... Drª E ela... ela não falou para mim mas ela... ela...ela viu meus exames e encaminhou foi pra um sobrinho meu. Ela falou para meu sobrinho e aí meu sobrinho foi e falou pra mim.

D- AÍ A SRª VEIO AQUI PRA ITABUNA?

P- Foi... mas foi ela... a Drª que mandou eu vir, mandou que eu viesse me tratar aqui. Agora ela falou que depois que eu... eu fosse embora que eu fosse lá onde está ela... de novo.

D- E COMO FOI PARA A SRª SABER QUE ESTAVA COM CÂNCER?

P- Foi... foi depois que eu operei, que ela falou pra meu sobrinho. No início foi horrível... tive medo de tudo...foi muito ruim.. achei que não era verdade... Depois eu fui me acostumando, ficando mais calma... mais confiante no sentido de que eu comecei a fazer o tratamento, vi o testemunho de pessoas que passaram pelo que eu estava passando e conseguiram vencer... isso me estimulou porque sei que eu também posso vencer. Então ela perguntou: Você tem medo de operar? Eu falei: não tenho não, ficar triste é pior não é? Tem que se apegar com Deus e ficar alegre. Eu tenho muita fé em Deus por isso eu não fiquei triste e fui logo buscar o meu tratamento pra eu ficar boa.

D- E COMO É QUE TEM SIDO A VIDA DA SRª COM O SEU MARIDO?

P-Eu também... eu... eu falava, imaginava, porque eu já era de idade não agüentava operar, depois Drª E falou que não, que ela já tinha operado mulher de 80 anos, que não tinha problema eu operar não então eu operei lá em Conquista. O meu marido tinha hora que ficava triste, ficava alegre também. A minha vida com ele sempre foi boa... nós conversávamos, passeávamos, tínhamos nossos filhos, nós ríamos... depois da doença ele ficou muito triste.

D- FALA PRA MIM UM POUCO SOBRE ESSE FICAR TRISTE E ALEGRE

P- Ah ele ficava mais triste porque... durante... a pessoa doente... a pessoa não pode ter relação não é? por isso que ele ficava triste. Às vezes ficava alegre, orando pra eu ficar logo boa... curada. Ele queria ter sexo e depois da doença nós não temos mais sexo, eu não posso mais trabalhar e a nossa condição piorou porque nós já somos fracos e com a doença piorou...

D- E COM RELAÇÃO AOS SEUS FILHOS, COMO TEM SIDO?

P- A vida era normal... era boa com os problemas de todo mundo não é? Mas com a doença, elas ficaram preocupadas, queriam me tirar para levar para São Paulo pra eu fazer o tratamento lá. Eu só não fui porque já tinha feito todos os exames aqui... todos em Conquista daí... meu sobrinho falou que eu não posso não, que chegava lá tinha que fazer de novo porque eles não aceitavam os exames daqui, ai eu parei, não fui, fiquei aqui mesmo. Elas ligam direto perguntando como é que eu estou, se eu estou boa, como é que é... me ajudam com dinheiro, me confortam... e eu fico alegre.

D- E COM OS SEUS PARENTES COMO É QUE TEM SIDO?

P- Ah!, os parentes todos me ajudam, me confortam, me dizem para eu ficar alegre, que eu vou ficar boa está tudo normal. Eles fazem os trabalhos lá de casa, rezam, ligam pra mim... falam para eu manter o meu tratamento. Sempre me dei bem com todo mundo, depois da doença eles ficaram mais perto de mim.

D-E OS VIZINHOS E AMIGOS SABEM? COMO É TEM SIDO COM ELES?

P- Ah! eles falam muito, me dão conselho para eu não ficar triste, me apegar com Deus que tudo vai dar certo, porque tem muito vizinho lá. Domingo assim... eles vão lá para casa da gente, comem lá em casa... não ficaram com medo de mim, de pegar a doença...

D- EU SEI...

P-Eles dão muito conselho, para não ficar triste, me apegar com Deus que tudo vai dar certo e a Dr^a falou que não ficasse triste não que ia dar tudo certo. Todo mundo me dar conforto, carinho, têm me dado muito amor e isso me acalma.

D- COMO É QUE A Sr^a TEM LIDADO COM TUDO ISSO?

P- É tudo bem... tudo bem... com alegria e esperança que eu vou ficar boa com fé em Deus. Eu... eu procurei o tratamento porque se eu ficasse lá em casa eu não ia sarar ia? Eu procurei o tratamento porque eu quero saúde para mim... para eu cuidar da minha família. As pessoas perto de mim me ajudaram muito. Eu estou confiando em Deus, nos médicos, porque Deus deu o saber aos médicos de poderem cuidar da gente e eu confio no tratamento, nas aplicações que eu estou fazendo... continuo me alimentando, eu durmo, eu saio e sei que eu vou ficar boa. Eu confio que eu não vou morrer e vou ficar boa para cuidar dos meus filhos, trabalhar, voltar a ter sexo com o meu marido. É isso que eu quero.

D- A SR^a TEM CONVERSADO COM ALGUÉM SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

P- Ah eu tenho! Converso lá com as minhas amigas, meus parentes, filhos porque eu fico mais calma quando eu falo da minha doença.

D- E NAS CONSULTAS, A SR^a TEM FALADO SOBRE ISSO?

P- Não. Quando eu soube que eu estava com câncer eu busquei logo o meu tratamento... mas nas consultas ela (*a médica*) não me explica nada... ela só pergunta como eu estou, eu falo que eu estou bem... só isso, não fala mais nada... eu queria saber mais sobre a minha doença mas... você sabe não é? A gente fica assim sem jeito, com vergonha de perguntar... (*cabeça baixa*).

D-E A SR^a TEM RECEBIDO ALGUMA ORIENTAÇÃO DE ALGUM PROFISSIONAL?

P-Aqui não, só Dr^a F que falou... que eu não podia fazer nada durante seis meses, nem casa eu não podia varrer, não podia passar pano, até minhas roupas eram as meninas que tinham que lavar.

DEPOENTE 6 (ESPERANÇA)**D- FALA PRA MIM COMO VOCÊ SOUBE QUE ESTAVA COM CÂNCER**

E- Através do exame, fez a biópsia e deu.

D- FALA UM POUCO SOBRE ISSO.

E- Eu sempre fiz exame, todo ano. Então eu comecei a ter um sangramento... sempre que eu ia ter relação com o meu esposo, começava a ter sangramento. então eu procurei os médicos não é? Fui em vários médicos. Primeiro fui em Drº. G, esse foi até pago mas então ele só passou o que... pomada, passou pomada para mim. Eu passei para outro médico, fui no Drº. H., Drº I, e eles só passavam pomada, mas nos exames todos dava: pequena lesão.

D- TEM QUANTO TEMPO ISSO?

E- No decorrer de dois anos para cá eu indo em médico, sempre fazendo exame de prevenção. Do resultado tem cinco meses.

D- SEI...

E- Então já eu já tinha ido em médico demais já... era tanta pomada que eu usava e não estava resolvendo... eu sempre estava com aquele corrimento. Parava uma... vamos supor duas semanas... na terceira semana começava a sangrar novamente não é? E aí eu comecei a sentir dor, muita dor forte na coluna. Então foi quando me falaram de um médico não é? Ali do Posto B e aí eu fui. Através desse médico, graças a Deus ele fez exame, pediu exame. Só que no início ele também passou pomada para mim, para ver se resolvia e não resolveu.

D- SIM...

E- Então ele disse que eu tinha que fazer a biópsia, foi quando eu fui fazer, depois de uns 15 dias foi que saiu o resultado que eu estava com câncer. Foi no dia 18 de dezembro que saiu, já tem cinco meses.

D- COMO FOI PARA VOCÊ SABER QUE TINHA CÂNCER?

E- Para mim não foi assim... uma coisa de sete cabeças porque hoje em dia nós não estamos escape a qualquer coisa que venha sobre nós. Apenas eu confiei muito no Senhor e tinha certeza não é? E tenho certeza da vitória porque eu tenho certeza que o Deus que nós servimos é maravilhoso não é? E a sabedoria também que Deus deu aos médicos também vale muito porque os médicos com o que sabem, tem cuidado de muita gente, graças a Deus, basta a gente crer e confiar. Fazer tudo direitinho como ele determina. Quando eu soube que tinha o câncer eu tive o sentimento de lutar (*punho fechado, gesto de luta*)... de lutar.

D- LUTAR...

E- É lutar contra a doença... lutar, orar, buscar mesmo... de Deus, a cura. Se ele diz que é o Deus da cura, então ele cura, então é nele que eu estou confiante. Às vezes a gente fica assim... em dúvida, com um pouco de medo, pensando no tratamento, na dor, mas nós temos que crer.

D- A PARTIR DAÍ COMO TEM SIDO A SUA VIDA COM O SEU MARIDO?

E- Antes era tudo bem, ele dizia que me amava, a gente viajava, conversava muito, saía, vivia bem mesmo, mas logo quando saiu o resultado, eu estava acompanhada dele. O primeiro a abrir o exame foi ele. Depois foi passado para os médicos e ele saiu de casa

D- FALA UM POUCO PRA MIM SOBRE ISSO.

E- Ele me disse que o amor tinha acabado. Como eu te falei era tudo bom, tinha amor, sexo e quando eu adoeci, o amor de repente acabou. Mas naquele momento, para mim, eu só tive duas palavras a dizer: primeiro, que o amor do homem é falho e que o do nosso Deus é permanente e ainda que o homem me rejeite, o Senhor me acolhe. Eu só tive essas duas palavras para falar não é? Porque se ele não era capaz de me aceitar doente o que eu ia fazer? O amor deve existir na saúde e na doença mas... Hoje eu já posso dizer que eu já estou curada para a glória do nome do Senhor porque até os médicos mesmo eles ficam assim... de boca aberta com a minha recuperação porque muitos não davam nada por mim e hoje eu estou aqui.

Quem chegava assim dizia: ela vai morrer... ela vai morrer não é? Mas a fé que eu tenho em Deus me curou, mesmo eu tendo uma doença grave.

D- COMO VOCÊ SE SENTIA QUANDO AS PESSOAS DIZIAM QUE VOCÊ IA MORRER?

E- Eu tinha a certeza que eu não ia. Um dia eu vou morrer sim, mas não dessa doença porque eu sei... tenho certeza em quem eu tenho crido, em quem eu tenho confiado, em quem tem me chamado para uma boa obra e nele eu tenho esperança e confiança. As pessoas achavam que eu ia morrer porque para elas qualquer pessoa com câncer morre logo mas muitas sobrevivem e eu vou sobreviver.

D- O SEU MARIDO CONTINUOU FORA DE CASA?

E- Continuou, não retornou mais. Mesmo assim eu continuei a minha luta, o meu tratamento, estou mais feliz porque não é fácil você ser abandonada pelo marido principalmente porque você ama, você quer ter o apoio e hoje eu sou sustentada pela minha família porque não posso trabalhar.

D- E COM RELAÇÃO À SUA FILHA?

E- Eu sempre vivi bem com ela, eu converso muito sobre o meu problema, ela também é evangélica, crer muito em Deus e isso deu força a ela para ela aceitar a minha doença com um pouco de paz. Tem sido tudo uma bênção (*risos*). Ela tem se comportado muito bem graças a Deus. Eu falei para ela que era câncer, expliquei tudo.

D- SIM...

E- Logo no início assim... no primeiro dia ela ficou triste (*silêncio*), com medo de me perder e ficar sozinha, só com o irmão... mas do segundo dia em diante ela começou a falar: não mamãe, a senhora vai vencer porque a senhora é guerreira, a senhora vai vencer. E então foi passando o tempo e com o tratamento eu fui me recuperando. Deus é onipotente e nós vamos orar pela sua cura.

D- E COM RELAÇÃO A SUA FAMÍLIA?

E- Todos sabem... eu falei para todo mundo porque eu acho melhor, eu não tenho vergonha do que eu tenho, falei para todos.

D- SIM...

E- Todos me deram o maior apoio... me deram o maior apoio. Meus parentes todos me ajudam, me confortam, me estimulam e dizem que eu vou ficar boa. Isso tem me ajudado bastante a lidar com o câncer. No início, tomaram o maior susto porque não esperavam isso porque eu sou muito jovem e nunca tive nada, não acreditaram, perguntaram se o exame não estava errado e eu disse que não, ficaram tristes mas tentaram me ajudar da melhor maneira possível, me dando apoio.

D- FALA UM POUCO PRA MIM SOBRE ESSE APOIO

E- Eles sempre estão juntos comigo, em tudo. Sempre cuidam de mim, dos meus filhos e tudo, me ajudam financeiramente, nunca me deixaram sozinha. Me dão muito carinho, muito amor não é? Acho que... com ... acho não isso ajuda muito a pessoa que está assim com essa doença. Isso ajuda a pessoa a se recuperar porque ali, ver pessoas que amam, que... sempre estão ali dizendo, vamos, se levanta, você consegue! Até meus vizinhos mesmo, todos eles diziam: se levanta Esperança, você consegue... você é vencedora, você consegue. Nenhum deles se afastou de mim ou falou que eu não ia ter jeito e isso nesse momento foi muito importante.

D- SIM... E ESSE LEVANTA VANUSA, FALA UM POUCO.

E- Bom, teve uma época que eu estava muito ruim, agora eu estou boa, graças a Deus depois do tratamento eu parei de sentir os problemas, eu não sinto mais dores, eu não tenho mais sangramento, eu não tenho mais corrimento, estou bem.

D- ESTAVA RUIM...

E- Foi no início da quimioterapia... ficava deitada, decaída. Quando a pessoa faz um tratamento desse ela fica muito decaída... muitas das vezes a angústia batia, aquela aflição não é?, O choro, a vontade de se expressar... a vontade de às vezes... muitas vezes parar o tratamento... A reação do tratamento era muito ruim... aquele mal-estar... e às vezes eu pensava em parar tudo mas então eu pensava.... não, essa doença é grave mas eu vou conseguir, eu tinha fé em Deus e isso levantava o meu ânimo, a minha confiança.

D- VONTADE DE PARAR O TRATAMENTO...

E- É porque era muito ruim a reação, muitas reações de vômito, tontura, aquele mal-estar... e às vezes eu pensava assim: em vez de eu estar melhorando eu estou é piorando. Na verdade era medo daquilo tudo, mas aquela era uma reação da química. Eu pensei em parar o tratamento, eu emagreci muito, fiquei debilitada, mas eu vi que se eu parasse eu podia morrer e eu não queria isso. Então os meus vizinhos, amigos, chegavam e falavam: vamos lá Esperança você vai conseguir, levanta. Eu tinha fé e isso levantava o meu ânimo, a minha confiança. Com o apoio deles foi muito gratificante porque eu já estava sem o meu marido e como eu tive a ajuda, o amor deles, isso me deu forças para continuar.

D-SIM...

E- Todos me acolheram, não se afastaram de mim até hoje. Minha casa é cheia de gente, todo mundo para me ajudar a sair dessa, me dando uma palavra de conforto... eu tenho... eu posso dizer para você que minha vida tem sido uma bênção. Eu posso te dizer que em toda a minha vida eu agora estou sendo muito feliz porque eu estou aprendendo uma coisa e foi preciso Deus me ensinar isso... a confiar somente nele pois só ele não abandona o seu filho. Eu aprendi, também, que as pessoas, ao nosso redor, são muito importante e que a ajuda da família é necessária para quem tem câncer. Hoje eu estou feliz.

D- FELIZ...

E-É, feliz por poder lutar... que o Senhor ele me fez capaz de lutar e vencer qualquer coisa no nome de Jesus porque ele é poderoso e eu não perdi o apoio de ninguém, isso me confortou.

D- COMO VOCÊ TEM LIDADO COM TUDO ISSO?

V- Eu tenho lidado com calma, buscando o tratamento, fazendo a quimioterapia, as aplicações, confiante nos médicos que também são importante nisso tudo... estou com muita tranquilidade porque isso me fortalece. Hoje eu não penso em parar o tratamento de maneira nenhuma... o que Deus está permitindo fazer, eu vou fazer, entendeu? Porque Deus sabe o que é melhor para mim. Eu estou lutando contra a doença porque Deus é o Deus da cura então ele cura e é nele que eu estou confiante porque sei que eu já estou curada. Na verdade eu tenho medo de tudo... às vezes a gente fica um pouquinho com medo (*risos, gargalhada*)... ainda mais eu que tenho medo de médico, mas continuar o tratamento para mim é o mais importante.

D- E ESSE MEDO, FALA MAIS UM POUCO.

E- Ah! Com medo se vai doer, com medo de... de mexer porque a gente fica um pouco com medo de mexer aqui embaixo... porque a maioria das mulheres que passa por isso fica com... com receio de doer, de machucar alguma coisa... meu medo só é esse, sentir dor porque eu sentia muitas dores. Eu tenho esperança que eu vou ficar boa, voltar a trabalhar, criar os meus filhos e ajudar a quem tem câncer. Hoje eu confio mais ainda na cura e vou fazer a obra de Deus.

D- VOCÊ TEM DISCUTIDO COM ALGUÉM SOBRE O CÂNCER?

E- Tenho... até com as próprias pessoas que estão aqui com câncer. Eu tenho tentado passar para elas a mesma coisa que está acontecendo comigo, ânimo, confiança, fé e eles ficam alegres, mais confortados. Eles também passam palavras de alegria para mim, falam que eu sou um exemplo para eles... muitos falam isso. Eu estou tranquila porque o que é o câncer hoje em dia... o que é o câncer para o nosso Deus? Não é nada não é? Ele pode todas as

coisas. Agora... o que é bom é a pessoa confiar nele... ter confiança e não desistir de lutar... lutar com todas as forças que tiver (*risos*).

D- VOCÊ TEM DISCUTIDO NAS CONSULTAS?

E- Não, com nenhum deles... ainda não.

D- TEM RECEBIDO ALGUMA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL?

E- Só o que a médica disse que... depois de fazer o tratamento, que eu não tenho mais que me preocupar, que eu tenho que manter os retornos.

DEPOENTE 7 (SERENIDADE)**D- COMO VOCÊ SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

S- Bem... eu já estava sentindo já... muitas dores não é?, sangramento... Eu já estava desconfiada e fui ao médico e fiz um preventivo e não deu, deu negativo mas eu sempre ruim, com aquela secreção... Então continuei sentindo as mesmas dores, os mesmos sintomas e eu já estava lendo sobre isso não é? Sobre câncer. Minha irmã teve câncer e os sintomas eram os mesmos. Então eu resolvi procurar outra médica, foi quando eu descobri no exame de colposcopia. Nesse exame eu descobri que eu tinha um... um tumor no colo do útero então fez a biópsia e constatou que eu tinha câncer no colo do útero. Eu sempre fazia exame preventivo e não dava nada grave... eu acho que dessa vez os médicos demoraram muito de descobrir.

D- FALA PRA MIM UM POUCO SOBRE AS DORES.

S- Ah eram dores assim.. tipo de cólica menstrual, constantes, eu não podia me abaixar direito, não podia ter relação, não podia... pegar peso, nada, porque doía tudo, ficava dolorido aqui no “pé da barriga”. Depois eu vi que era por causa do câncer.

D- E ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

S- Isso foi no final de outubro, já tem sete meses.

D- E COMO FOI PRA VOCÊ SABER QUE TINHA CÂNCER?

S-No começo foi horrível, tive medo de tudo, fiquei sem acreditar direito. Tive medo de perder o meu marido. No começo foi muito ruim porque... você nunca quer, por mais que você saiba os sintomas, por mais que você esteja desconfiada, você nunca quer não é? Você pergunta por que comigo e não com outra pessoa? Apesar de estar lendo, de saber de tudo, no começo eu não acreditei, achei que o exame podia estar trocado, mas depois eu vi que era verdade, eu estava com câncer (*choro*). Depois eu fui me acostumando no sentido de que... eu comecei a fazer o tratamento, vi o testemunho de pessoas que passaram pelo que eu estava passando e conseguiram vencer. Com o tratamento eu fui melhorando e tenho fé em Deus que vou me curar.

D- NO COMEÇO FOI HORRÍVEL, FOI RUIM. FALA MAIS SOBRE ISSO.

S- Foi... o ruim é que você deita pensando nisso, você não consegue dormir direito que você fica pensando. Às vezes quando eu dormia que acordava, que via que... que era verdade, eu me sentia mal... não dormia mais, não comia direito, emagreci demais.

D- A PARTIR DAÍ COMO TEM SIDO A SUA VIDA COPM O SEU MARIDO?

S- Foi muito ruim para meu marido também... ele não recebeu muito bem a notícia, teve uma depressão... ele emagreceu muito, tomava remédio. Eu sempre vivi bem com ele, tinha umas discussões como todo casal tem (*risos*). Hoje está melhor porque ele está mais tranquilo, é uma pessoa muito compreensiva, ficou do meu lado desde o começo. O nosso relacionamento melhorou mais. Ele ficou triste no começo porque ele só pensava que eu não ia ficar bem e eu tive que ser forte também para ajudar ele... foi ruim para todo mundo mas ele ficou do meu lado. Ele tem me ajudado bastante, às vezes eu fico deprimida assim... por um instante, até por um dia então ele vai lá, conversa comigo, me coloca para cima, eu acho que o nosso amor, a nossa união cresceu mais. A tristeza maior era porque eu estava em um estadio avançado, estadio IIIb.

D- SEI...

S- Então eu... eu pesquisando, a médica não me falou que eu estava em um estadio assim... avançado, foi eu lendo, pesquisando e procurando saber... procurei saber o que era e o meu marido também, com os amigos dele... ele descobriu que eu não estava em um estadio bom.

D- E COMO FOI PRA VOCÊ DESCOBRIR ISSO?

S- Eu nem sei explicar...(choro), eu (*silêncio*) eu me senti triste demais (*cabeça baixa*), de poder caminhar, de poder comer, beber água, sair, conversar mas sabendo que tinha uma coisa

ruim dentro de mim (*silêncio*), que pode me matar a qualquer momento, era isso, medo de morrer rápido e não poder fazer o que você deseja.

D- E COMO TEM SIDO COM OS SEUS FILHOS?

S-Bem sempre foi tudo bem, eles são pequenos, são muito carinhosos e apegados a mim. Só o meu filho de 10 anos que entende não é? No início, ele ficou assustado porque eu expliquei tudo, ele chorou...(*choro*)... ele falou que não quer que eu morra, ele teve medo que eu morresse... que não quer que eu vá embora e eu falo para ele que não... que eu não vou morrer, eu tento dar o conforto a ele. Todo mundo passa por isso... algumas pessoas passam por isso e que ele tem que colocar na cabeça dele que se eu for embora algum dia, que eu vou encontrar com ele lá no céu, ele vai me ver um dia... eu tento ser forte e fortalecer a ele. A minha filha de 6 anos não sabe porque ela não entende, eu preferi não falar nada.

D- E COM RELAÇÃO À SUA FAMÍLIA?

S-Eu sempre achei que minha família fosse mais atenciosa, mas hoje eu sei que ela é um pouco desligada e não se preocupou comigo como eu esperava. Não me visitavam, não me deram apoio, carinho, nada... Foi muito difícil conviver com isso... sempre sem apoio, principalmente durante a quimioterapia. Minha mãe e meu pai sempre estão comigo, me ajudando no que eu preciso. Meus irmãos, tem um que sempre está comigo, do meu lado, os outros não, eles... são mais assim por fora, desligados, não se preocuparam comigo como eu esperava.

D- SIM...

S-Eles são desligados, não procuram saber como eu estou... como é que foi. Eu fiz o tratamento e eles não procuraram saber como é que eu estava, não me visitavam, não ligavam para mim, nada... nada.

D- SEI...

S-Eu fiquei muito triste e decepcionada porque às vezes... a gente adocece de uma gripe, de uma coisa comum... a gente quer que todo mundo, que todas as pessoas que gostam de você, que esteja perto de você, procure saber como você está. Imagine você está com um problema como esse, com câncer que é tão grave! Você quer o maior apoio possível. Quando eu fiz a quimioterapia foi uma parte muito difícil para mim, e quando eu fiz... eu fiz a quimioterapia, eu praticamente passei sozinha, só com o meu marido, porque eles não tinham aquele tempo disponível... eu... eu acho que as pessoas têm que cooperar assim.. com quem tem câncer porque não é fácil enfrentar tudo sozinho e quando a gente tem apoio, amor mesmo, isso estimula e a gente lida melhor com tudo.

D- A QUIMIOTERAPIA FOI DIFÍCIL. FALA MAIS SOBRE ISSO.

S-Eu fiz a radioterapia e depois fui fazer a quimioterapia. Ter que fazer a quimioterapia foi muito difícil... eu vomitava, enjoava e eu pensava: será que eu vou agüentar meu Deus passar por isso? Fiz a primeira e eu tive aquela sensação... Eu passava mal e pensava se ia valer a pena tudo aquilo... passar por tudo aquilo e morrer... às vezes eu pensava em desistir com medo de morrer mesmo com aquele tratamento todo.

D- VALER APENA...

S-É passar por tudo aquilo sozinha porque a minha família não ia comigo e não ia na minha casa, só os meus pais como eu te falei, e morrer (*cabeça baixa*)... Porque você sente muito enjoô, vomitava, eu não comia nada, não bebia nada, só água e... e voltava para a cama (*triste*), tudo isso só com o meu marido, foi tão difícil que eu não tenho nem como expressar (*choro*).

D- E COM RELAÇÃO AOS SEUS VIZINHOS, AMIGOS.

S- Eu não escondi nada de ninguém. As pessoas quando olhavam para mim... já viam que... a gente sentia assim... que elas tinham pena da gente e não é isso que a gente quer. Eu tive medo de não ser aceita como uma pessoa normal porque elas acham que a gente é diferente, tem pena e eu não queria isso.

D- TEM PENA...

S- É e eu me sentia mal porque... como é que eu posso explicar... porque quando você... quando as pessoas escondem que tem isso, eu acho que elas escondem com medo de... já com medo disso não é? Das pessoas de criticar... ou... ou então de sentirem essa pena mesmo não é? Então mesmo assim eu não escondi de ninguém, mesmo que isso acontecesse. Às vezes até em um aperto de mão que a pessoa te dar, você sente que ela está com pena de você, já te olha com aquele olhar pensando que você vai morrer e não é isso que a gente quer. A gente quer carinho, apoio confiança, incentivo para a gente se sentir melhor.

D- COMO VOCÊ SE SENTIA DIANTE DE TUDO ISSO?

S-Bem... de uma certa forma eu me aquebrantei mais, fiquei mais... mais sensível aos sentimentos das pessoas e as pessoas aos meus sentimentos porque a gente passa a amar mais... as pessoas passam a te amar mais e eu não sei se a sensação de morrer, o medo e morrer é que leva a isso (*pensativa*).

D- SENSACÃO DE MORRER... MEDO DE MORRER...

S-Era... de chegar assim... de deixar a família. Eu descobri o câncer perto do... do meu aniversário... eu faço aniversário em novembro e eu ficava imaginando chegar no próximo aniversário desse ano... não está mais viva (*choro*), é... olhava para os meus filhos e pensava... eu tenho uma filha de 6 anos, ela tinha feito e sete anos e... eu ficava imaginando ela fazer 15 anos e eu não está mais aqui... era isso... não poder criar os meus filhos, ficar com o meu marido. Eu tive esse medo e por isso eu decidi que eu ia me tratar.

D- SEI...

S-Apesar de tudo isso das pessoas terem pena, os meus amigos e vizinhos mais próximos são ótimos, eles são pessoas calorosas comigo, me visitam, sempre foram amigos e com a descoberta do câncer ficaram mais próximas, me apoiaram e a falta da minha família de certa forma foi compensada por eles. Eles estão sempre me agradando de todas as maneiras, vão à minha casa, cuidam dos meus filhos, e isso me traz mais um pouco de calma.

D- COMO VOCÊ TEM LIDADO COM TODAS ESSAS QUESTÕES?

S- Eu.. eu acho que eu cresci muito porque... quando a gente fala assim... ajuda a seus irmãos e... agora que eu precisei... Você passa a conhecer melhor as pessoas e como elas vêm a vida e quando você espera das pessoas, não todas, você não tem... aquele respaldo não é? Eu... eu tive uma ajuda muito grande da minha igreja, do Pastor, dos meus irmãos em Cristo, dos vizinhos, amigos mas... dos meus irmãos biológicos, da minha família, não. Então com isso, eu cresci muito, eu me importava demais com eles e quando eu tive que ser... ser preocupante para eles eu não fui tanto, está entendendo? Então isso me ensinou que... cada minuto que a gente vive tem que viver como se fosse o último. A gente tem que se amar primeiro pra depois amar os outros porque... amar o próximo é importante mas não tanto quanto você. Tenho que amar os amigos, os vizinhos, porque nos momentos mais difíceis eles estiveram do meu lado. Hoje eu estou mais calma, mais feliz por me sentir melhor, por ter o meu marido do meu lado por estar viva, graças a Deus e aos médicos que receberam a inteligência divina para tratar das pessoas. Hoje eu estou mais confiante na cura porque Deus pode todas as coisas. Às vezes eu ainda fico triste por causa de tudo que eu passei, da minha família, dos meus irmãos, mas com fé em Deus eu vou vencer tudo. Hoje me alimento melhor, dou risadas, vou à Igreja, não penso tanto na doença como antes e assim eu vou superando o câncer.

D- VOCÊ TEM CONVERSADO COM ALGUÉM SOBRE O CÂNCER?

S- Converso com a minha mãe, com o meu esposo.

D- TEM DISCUTIDO NAS CONSULTAS?

S- Não. O que sei é pelo o que eu leio.

D- TEM RECEBIDO ALGUMA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL?

S- Não.

DEPOENTE 8 (AMOR)**D- COMO A Sr^a SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

A- Bem, eu comecei a sangrar já tem um tempo, ano passado. De repente esse sangramento começou e não parava então o meu marido falou: isso é algum problema, vamos fazer um exame pra ver o que é... eu fui em Camacã e fiz o exame deu... mioma. Então eu fui... operei do mioma, vai fazer cinco meses que eu operei do mioma. O médico lá de Camacã disse que tinha dado um problema no colo do útero. Eu fiz a biópsia e me enviaram pra aqui. Chegou aqui... um dia eu podia vim outro dia não podia. Um dia vinha pra arrumar um lugar pra ficar, outro dia não achava. Agora eu vim e arrumei um lugar pra ficar que é aí na casa de Edna, essa moça que veio comigo... eu estou com ela.

D- A Sr^a OPEROU LÁ EM CAMACÃ E DEPOIS VEIO PRA AQUI. FALA MAIS UM POUCO SOBRE TUDO ISSO

A- Foi. Eu trouxe o objeto (*biópsia*) e enviaram pra Belo Horizonte esse objeto pra exame. De lá voltou, veio pra aqui, daqui levei pra meu médico em Camacã. De lá pegaram o exame falaram que era câncer e eu vim fazer o tratamento.

D- E A SR^a FAZIA SEMPRE EXAME?

A- Não porque era difícil achar ficha pra os médicos, as filas grandes... eu já não ia ao médico já tinha uns 5 anos.

D- QUEM FALOU A Sr^a QUE O RESULTADO ERA CÂNCER?

A- O meu médico lá de Arataca, perto de Camacã.

D- E ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

A- Já tem muito tempo isso... foi em setembro de 2002.

D- E COMO FOI PARA A Sr^a RECEBER ESTA INFORMAÇÃO?

A- Ah! Eu chorava muito, tinha medo, muito medo, fiquei triste demais. Saber que tinha câncer me fez ficar triste... não tinha alegria, não saía de casa... brigava toda hora com o meu marido, me dava um nervoso... eu brigava com todo mundo... brigava porque eu estava com esse câncer não é? Eu tinha raiva porque minha tia tinha morrido de câncer e eu tinha medo... meu marido conversou comigo, disse que era pra eu ter calma... para eu procurar o tratamento que ele sabia que eu ia me curar, que eu não ia morrer igual minha tia e eu fiquei mais calma e fui buscar a minha melhora.

D- MEDO... VOCÊ ME FALOU EM MEDO. FALA UM POUCO MAIS PRA MIM SOBRE ISSO

A- Medo de morrer porque as pessoas que têm câncer morrem logo, muitas conhecidas minha morreram logo com câncer...minha tia... tive medo do marido me deixar porque os maridos sempre largam as mulheres quando aparecem com isso não é? Eu nunca pensei de acontecer uma coisa dessa não é? Eu nem acreditei, falei que não era, que o sangramento era do mioma. Depois eu procurei outro médico, ele me examinou e disse que era câncer mesmo.

D- A Sr^a ME FALOU QUE CHORAVA MUITO. FALE-ME SOBRE ISSO

A- A minha reação foi de chorar muito... fiquei triste não é?... não tinha alegria... não tinha vontade de comer (*choro de cabeça baixa*), não saía de casa, fiquei dentro do meu quarto... brigava muito mais o marido, me dava um nervoso.

D- E ESSE NERVOSO?

A- Bom... brigava porque eu estava com isso não é? Quando eu soube eu falei: meu Jesus! Ai pronto. Aquilo ficou na cabeça... não tirava da cabeça direto, era preocupação demais que eu tinha, Ave Maria

D- PREOCUPAÇÃO...

A- É , preocupação com o problema que eu estava. Eu chorava, não tinha mais alegria assim... pra sorrir, viver alegre, ir nas casas das vizinhas como eu ia não fui mais... eu fiquei só dentro de casa, isolada, não saía de jeito nenhum, só chorava com medo de ser abandonada.

D-ISOLADA...

A- É, eu sentia assim que... que as vizinhas não... não queriam mais... ter aquela amizade comigo como era antes porque eu estava com aquele problema está me entendendo? Então eu fiquei só dentro de casa, era difícil ir à rua mesmo... me isolei (*tristeza*). Depois meu marido conversou comigo, disse que era para eu procurar o tratamento que ele sabia que eu ia me curar.

D- SIM...

A- Aí depois eu vim procurar o tratamento, buscar a minha melhora porque se eu tivesse ficado na minha casa aí sim eu ia morrer igual as minhas amigas. Ah eu tive medo de morrer... mas os médicos me explicaram tudo... falaram que o meu problema é no colo do útero, que eu tinha que ter cuidado, falaram para eu me tratar... explicaram tudo então, eu fiquei mais confiante e estou no tratamento até hoje... estou bem (*risos*).

D- A PARTIR DAÍ COMO TEM SIDO A SUA VIDA COM O SEU MARIDO?

A- Ah graças a Deus eu estou com ele até hoje. Esse é meu segundo marido e ele sempre foi muito bom. Ele é mais novo do que eu, tem 33 anos mas ele sempre me ajudou... a nossa vida sempre foi boa.... convivo com ele há 10 anos.

D- SIM...

A- E esse marido Deus me deu de mão beijada que ai de mim se não fosse ele nessa doença minha... ele está muito alegre depois que eu comecei o tratamento, enfrenta muita dificuldade por minha causa ... tem me dado muito apoio, se preocupa muito comigo. Trabalha para ter dinheiro para eu me tratar, me dar tudo, carinho, amor e é isso que importa pra mim.

D- E COM RELÇÃO AOS SEUS FILHOS, COMO É QUE TEM SIDO?

A- Filhos com esse marido eu não tenho não, os outros moram todos com o meu ex-marido. A minha vida com eles não é muito boa não. Nunca tive uma vida boa com eles depois que eu me separei. Eles foram morar com o pai e nunca me procuraram (*choro*).

D- NÃO É BOA... FALA UM POUCO PRA MIM.

A- As minhas filhas não são muito boa pra mim não. Elas não andam muito lá em casa... não me ajudam... têm condições e não me ajudam. Na minha doença não me deram apoio, não ligaram pra mim. Não se preocupavam se eu ia morrer ou se ia ficar boa e isso foi difícil... foi triste... foi pesado demais porque nessas hora a gente quer as pessoa do nosso lado...

D- E COM RELAÇÃO A SUA FAMÍLIA?

A- Do mesmo jeito, nunca foi boa... ninguém me deu apoio (*olhos cheios de lágrimas*). Eu tenho uma irmã em Camacã, nem lá em minha casa ela foi, só o meu marido que me ajudou e essa senhora que eu estou na casa dela. As vezes os desconhecidos estão mais do nosso lado dos que os de casa e foi isso que aconteceu.

D- E COMO FOI PRA SR^a NÃO TER ESSE APOIO?

A- Pra mim foi muito triste não é? Sentia muita tristeza. Chorava muito por causa disso. Tinha muito desgosto (*chorando*) mas eu venci em tudo porque eu pedia muito a Deus pra eu vencer e eu venci não é? O meu marido me apoiou demais. Eu queria a ajuda, o amor dos meus filhos, da minha família mas eu não tive...

D-E COM RELAÇÃO AOS SEUS AMIGOS, VIZINHOS, COMO É QUE TEM SIDO?

A- Sempre tive bons vizinhos e amigos, graças a Deus porque essa foi a minha “Valença”. Os meus vizinhos e amigos todos sabem. Eu tenho uma vizinha que reza muito por mim. No dia que vim pra aqui me internar ela ficou lá chorando... foi lá de noite me ver... eles têm me dado muito apoio, me ajudam, fazem as coisas dentro de casa, ficaram muito alegre porque eu vim procurar o meu tratamento e tão lá sabendo que eu vou voltar pra perto (*sorriso*). E eu estou muito alegre de lutar contra a doença e voltar pra minha casa que está lá abandonada... meu marido que falou que até fome está passando porque eu não estou lá, só não está pior por causa dos meus vizinhos. A força que eles me dão só Deus pra pagar.

D- COMO É QUE A Sr^a TEM LIDADO COM TODAS ESSAS QUESTÕES?

A- Com muita tristeza não é? Muita tristeza (*choro*)... de ver... de ver que sua família não se importa com você, não te ajuda com nada mas eu confio em Deus, estou orando, estou em tratamento e com a fé em Deus eu vou me curar... eu sei que vou porque Deus pode tudo e... e eu... eu estou me sustentando nele porque só ele pode me dar a minha cura e eu já me sinto sã, me sinto curada. Eu já saio de casa, me alimento, durmo melhor, não tenho relação com o meu marido porque não posso mas ele entende (*risos*). Eu quero ficar boa pra cuidar de mim, ir aos médicos todo ano, não demorar tanto e cuidar do meu marido. Eu sei que tudo vai dar certo.

D- A Sr^a TEM CONVERSADO COM ALGUÉM SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

A- Eu tenho vergonha de falar.

D- VERGONHA.. FALE-ME SOBRE ESSA VERGONHA

A- Sei lá... eu tenho vergonha porque... sei lá... as pessoas ficam... com medo da gente quando tem esse problema... de pegar não é? Muita gente me falou sobre isso. Muita gente chega lá em casa e eu não dou mais café como eu dava porque eu... pra mim aquelas pessoas ficam... com ‘cisma’ não é?. Eu fiquei aqui numa casa uns dias já fazendo esse tratamento, a mulher separou meu copo, minha colher e meu prato, até o sofá ela mudou de lugar pra eu não sentar. Não são todos, mas algumas pessoas pensam isso, então eu prefiro não falar nada.

D- SIM...

A- Eu senti um nó aqui tão grande (*põe a mão no pescoço*) que eu só me senti melhor quando eu sai da casa dela, meu marido me tirou de lá.

D- UM NÓ...

A- Foi. E chorei muito viu, escondido dela pra ela não saber porque essa doença não pega e nós nos sentimos mal quando alguém tem nojo da gente.

D- E A SR^a TEM DISCUTIDO SOBRE ISSO NAS CONSULTAS?

A-Não... só eles, os médicos que me disseram que o meu problema foi no colo do útero e pra eu me tratar.

D- QUE ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS A SR^a TEM RECEBIDO?

A- Nenhuma

D- E HOJE, COMO É QUE A Sr^a ESTÁ SE SENTINDO FALANDO SOBRE O CÂNCER?

A- Eu quero ficar boa pra cuidar de mim... ir aos médicos todo ano, não demorar tanto como eu demorei dessa vez. Hoje conversando com a senhora do meu câncer eu estou sentindo alegria... estou me sentindo bem porque... aqui a gente não conversa com ninguém... a gente precisa disso de alguém que explique as coisas... que converse pra ver se o nosso medo e temor diminuem... todo mundo aqui (*as pacientes*) têm muitas dúvidas... medos... tristeza mesmo. Hoje eu já saio de casa, me alimento... converso mais minhas amigas... dou risada não é? Vivo mais alegre... parece que eu estava numa cadeia sem poder fazer nada pra ficar melhor. Hoje eu estou feliz porque o meu tratamento está me melhorando e eu sei que eu vou ficar boa.

DEPOENTE 09 (AFETO)**D- COMO A Sr^a SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

A- Porque eu fiz o preventivo e levei pra o médico olhar aí ele me falou que eu estava com câncer...Eu sempre fazia exame, todo ano e quando ele falou que eu tinha câncer... quase que eu tive uma depressão, o médico me assombrou (*chorando*)... eu fiquei... em um estado que... parece que eu ia morrer quando ele me falou. Eu fiz o meu preventivo lá em Itapetinga e depois que ele olhou o preventivo, lá do Posto mesmo ele já mandou eu ir à pra Secretaria. Depois do preventivo eu fiz a biópsia e confirmou. Eu não sentia nada, só fui fazer o preventivo. Eu não sentia nada... nada, eu ando a pé, eu andava de lá da minha casa para o centro a pé e não sentia nada... nada. Depois do resultado, que deu o câncer, eu comecei a ir para Salvador, fui três vezes, agora na última vez que era para eu ir para Salvador eu falei que eu não queria não, depois eu comecei a vir para aqui fazer o tratamento. Tem oito dias que eu cheguei aqui, já vim com os meus exames todos encaminhados.

D- ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

A- Isso foi... há 4 meses.

D- COMO FOI PARA A Sr^a RECEBER TAL INFORMAÇÃO?

A- Eu quase entrei em depressão quando ele me falou... eu estava sentada na cadeira quando ele olhou o preventivo e falou... para mim. Parece que eu subi e voltei de novo, eu fiquei sem acreditar e falei: Ave Maria Doutor! Será que eu vou morrer? Eu tive medo de morrer. Ele disse assim: o problema da Sr^a é grave (*chorando com as mãos no rosto*).

D- EU QUASE ENTREI EM DEPRESSÃO...

A- É... Ah eu fiquei... eu não dormia, eu não comia, eu não saía, eu só chorava (*chorando muito com as mãos no rosto*). Então eu não saía para lugar nenhum, eu vivia com uma dor na alma (*silêncio e choro*)... com medo. Eu... tinha temor do tratamento, do que ia acontecer porque muita gente trata o câncer e depois morre... foi assim com minha amiga. Às vezes eu penso que eu vou morrer de tanto sofrimento porque eu nem conhecia nada da quimioterapia e das aplicações... Você está me vendo assim hoje assim... é de fraqueza. Eu perdi muito peso, eu não acreditava que aquilo estava acontecendo comigo, para mim era um sonho. Eu dormia, achava que era um sonho e quando eu acordava eu via que era verdade, eu chorava, tinha medo...

D- TINHA MEDO...

A- É... eu tinha medo de morrer da doença... eu sempre tive medo de morrer dessa doença (*chorando muito*). Porque eu tenho uma amiga que teve câncer do colo do útero e ela teve que tirar o útero e depois ela morreu logo, mesmo fazendo o tratamento... então eu acho que comigo vai ser igual... eu nem sei se eu vou continuar esse tratamento... para morrer?. Então eu fico com medo, tive muito medo... fiquei muito triste... não saía de casa, não comia, não conversava... Só pensava no que tinha acontecido com ela. O Dr^o falou para eu ter calma que o meu problema não é igual mas eu fiquei morrendo de medo porque dizem que essa doença não tem cura, todo mundo fala e então eu só tive medo e muita tristeza... fiquei dentro de casa sem comer, sem conversar, só chorando.

D- SIM...

A-Então eu fiquei muito... muito tempo sem comer, triste, com medo dos meus vizinho não me aceitarem na casa deles, medo deles não irem em minha casa, medo do tratamento, de sentir dor... medo de tudo. Depois que o Dr^o conversou comigo eu vim para aqui para eu me tratar. Eu estou comendo aqui agora na casa da minha colega aqui, depois que eu vim aqui, que o médico falou que ia me tratar então eu comecei a comer porque eu já era magra e mais magra eu fiquei (*aponta para o corpo*). Eu nem em balança subo mais para me pesar (*triste*).

D- E COMO É QUE TEM SIDO A SUA VIDA COM OS SEUS FILHOS DEPOIS DO CÂNCER?

A- A minha vida era tudo normal, eu sorria, eu saía, eu brincava, eu cantava, eu comia, eu cuidava da minha casa, dos meus filhos, fazia tudo. Minha família toda sabe do meu problema meus filhos... ficaram todos preocupados. Uns queriam que eu me tratasse aqui mas meus filhos de São Paulo queriam que eu fosse para lá me tratar e eu não sabia o que fazer... se eu fosse para lá ia ser ruim porque lá a viagem fica muito longe porque ele mora longe... para ir ao hospital tem que pegar duas, três conduções e... então eu decidi ficar aqui mesmo, por minha conta e já estou em tratamento. Quando eles souberam ficaram todos desesperados, chorando, minha mãe, meus parentes, eu... Ficaram todos com medo que eu morresse e deixasse eles. Ficaram com pena de mim, todos tristes mesmo. Mas eles ligam para mim todo domingo para saber como eu estou.

D- DESESPERADO... FALA MAIS PRA MIM SOBRE ISSO

A- Eles ficaram todos desesperados com medo que eu morra e começaram a rezar por mim...

D- E COM RELAÇÃO AOS SEUS FAMILIARES, AMIGOS, VIZINHOS, COMO É QUE TEM SIDO?

A- Sempre me ajudaram porque eu sou sozinha... Eles todos sabem, eu falei para eles todos porque eu achei melhor não esconder. Todos eles me ajudam. Ajudam dentro da minha casa, me dão alguma coisa, me levam para casa deles... meu filho está pagando uma pessoa lá em casa para cuidar da minha casa... estão me dando apoio e dizem para eu não fazer nada. Eles todos têm me apoiado, graças a Deus. Falam pra eu me cuidar e não me preocupar com nada que eu vou ficar boa, me ajudam muito.

D- COMO É QUE A SR^a TEM LIDADO COM TODAS ESSAS QUESTÕES?

A- Levando minha filha assim... a vida... na tristeza mas estou levando. Hoje eu já estou mais... conformada, mais confiante porque eu... eu já estou em tratamento, eu estou com fé que Jesus... os médicos e Jesus, primeiramente Jesus não é? Deus vai me curar e as mãos dos médicos... eu estou com fé, diz que a fé que cura e eu tenho fé e sei que já estou curada, graças a Deus eu já estou curada. Eu estou confiante nos médicos, estou nas mãos dos médicos e sei que vou me recuperar. Eu já estou me alimentando bem graças a Deus... estou me alimentando bem, não estou mais tão triste, agora eu estou melhor, mais calma, estou dormindo, estou feliz. Com a ajuda da minha família, dos meus amigos, filhos, eu me senti mais forte, estou contente e crendo que vou ficar boa.

D- A Sr^a TEM DISCUTIDO COM ALGUÉM SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

A- Converso com meus amigos, com meus vizinhos e isso me conforta... eu fico mais calma, mais forte.

D- A Sr^a TEM DISCUTIDO SOBRE ISSO NAS CONSULTAS?

A- A minha médica sempre me fala tudo... fala sobre os exames que eu fiz... sobre as dores que eu sentia, sobre o repouso, no tratamento, me diz tudo o que fazer... tem sido muito bom isso.

D- QUE ORIENTAÇÕES PROFISSIONAIS A SR^a VEM RECEBENDO?

A- Nenhuma.

DEPOENTE 10 (TERNURA)**D- COMO A SR^a SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

T- Eu fui à médica não é? Fiz exame então ela... viu... ela já notou logo que era alguma coisa anormal... então pediu a biópsia e... eu fiz a biópsia então quando veio o resultado ela me falou. Eu tinha assim um... eu ficava direto saindo um pouquinho... uma “salmoura”, uma “salmoura” e... eu achando que era da menopausa não é? Não sabia direito, então... desconfiei e fui fazer exames. Sempre sentindo aquelas dores, umas cólicas, já não tinha mais menstruação, então fui e chegou lá... já era, fiz a biópsia então deu adenocarcinoma. Quando o resultado chegou a minha médica de Ipiaú me chamou e falou: olha o seu resultado chegou e... não é um resultado... infelizmente o resultado seu deu um... um tumor. E eu falei: e é maligno ou benigno? Então ela falou que era maligno, que era câncer. Eu fiquei nervosa e falei: sim é câncer, mas tem cura?

D- ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

T- Eu recebi o resultado da biópsia no dia 17 de junho de 2002, já tem quase um ano o pior é que já tinha uns 4 anos que eu não fazia exame porque eu não sentia nada e achava que estava bem. Já tem 11 meses.

D- E COMO FOI PARA A Sr^a RECEBER TAL INFORMAÇÃO?

T- Foi bem difícil não é?

D- DIFÍCIL... FALA UM POUCO PRA MIM

T- Ah! difícil, triste assim... eu me assustei assim... achei que já iria morrer aquele dia logo, que eu já estava com câncer mas... fiquei angustiada porque são muitas pessoas que morrem por causa do câncer e eu achei que fosse ser assim comigo porque eu demorei muito de ir ao médico.

D- SEI...

T- É... então vim para aqui, comecei o tratamento e...estou aí pedindo força a Deus e levando aí adiante.

D- VOCÊ ME FALOU ANTERIORMENTE QUE FICOU ANGUSTIADA. FALE-ME SOBRE ESSA ANGÚSTIA.

T- Eu chorava muito... muito... muito, eu ficava pensando que era o fim de tudo, que eu estava com câncer e achava que...eu não pensava em outra coisa, só pensava no câncer e também a médica falou que já era assim... (*pensativa*)... as chances que eram... falou para mim que já... já estava muito, porque eu deixei passar muito, que já estava passado, que eu devia ter procurado o médico antes e eu não procurei. Então eu falei: é porque tinha que acontecer porque às vezes a gente quer que deixa passar não é? As vezes não tem sintoma nenhum então quando vai ver... é de uma vez. Então eu fiquei assim... chorava, me desesperava assim... tive receio do que iam pensar de mim, se iam se afastar... mas depois...

D- SIM...

T- No início eu não me alimentava, não saía, não dormia só chorava... eu tinha muito medo do meu marido não agüentar e se separar de mim... tomava 2 comprimidos de lexotan para dormir. Tomava dois comprimidos de lexotan que Dr. J passou para mim que eu estava muito deprimida, mas depois eu... eu chorava mas eu... eu conversava, eu... eu falei com as pessoas, falei com os meus filhos, falei com o meu marido... e então todo mundo ficou assim me dando... assim uma força, todo mundo me ajudando tanto, os amigos todos querendo me ajudar, me incentivando. Na mesma época que a médica me falou lá... eu já vim logo para aqui e comecei o tratamento, graças a Deus e a força que eu recebi.

D- E COMO TEM SIDO A SUA VIDA COM O SEU MARIDO?

T- Ah!... eu já não tinha... vida sexual... O meu marido sempre foi muito bom, claro que às vezes tinha aquelas brigas que todo mundo tem, discussões, mas no geral era bom, apesar... de como eu falei, a gente não ter mais vida sexual.

D- SEI...

T- Eu não tinha relação sexual e então... continua do mesmo jeito. Ele tem me dado apoio do jeito dele, ele me dar tudo que eu preciso, assim para vir ao médico, toda assistência assim ele dar. No início, como todo mundo, ele ficou com medo da morte, mas agora ele está mais calmo, mais confiante.

D- APOIO DO JEITO DELE...

T- (*risos*)... Assim... que ele é quieto assim... não é muito de conversar, não é uma pessoa assim que está muito perguntando as coisa mas... ele... tem me ajudado muito, me dado apoio, atenção, carinho, ficou do meu lado me acompanha aos exames e isso foi bom.

D- E COM RELAÇÃO AOS SEUS FILHOS, COMO É QUE TEM SIDO?

T- Sempre tivemos uma relação aberta, unida, muito saudável. Todos sabem, todos assim... me dão muita força. Eles quando souberam, ficaram todos assim... angustiados, com medo de me perderem querendo fazer o... o que fosse melhor, que me ajudasse... um jeito de ficar boa mas... quando eu cheguei aqui Dr J me falou que o meu caso já era bem... bem avançado, agora que eu ia melhorar bastante, agora eu não ia ter uma cura... total (*triste*).

D- SEI...

T-Mas mesmo assim, mesmo sem chance de ter a cura eu decidi manter o tratamento. Se eu ficasse em casa iria ser pior e então eu poderia morrer mais rápido do que eu imaginava...

D- E EM RELAÇÃO AOS SEUS AMIGOS, VIZINHOS E FAMILIARES?

T-Ah! tudo igual, ninguém não mudou nada na minha vida, acho até que as pessoas até me dão mais atenção ainda. Minha família tem me dado muito apoio, muito... muito... muito. Todas as pessoas, amigos, vizinhos. O meu marido também tem me ajudado muito... me dar atenção, apoio, carinho, ficou do meu lado... isso foi muito bom e importante para eu enfrentar o que eu estou enfrentando senão eu acho que eu já tinha desistido de tudo (*risos*). Eu vivo assim... como se... eu tivesse uma vida normal. Eu não gosto de falar muito, que eu estou com um problema de câncer porque às vezes a pessoa acha que a gente está com câncer... acha assim... ah! a pessoa é carente, tem que dar muita atenção àquela pessoa, as vezes a gente vai fazer uma coisa e elas dizem: não, não faz não que você não pode, acha que somos inválidos. Eu não gosto disso, eu gosto de me sentir assim... útil, fazer as coisas. Dentro de casa eu faço tudo que tiver dentro do... do possível para eu fazer, eu gosto de fazer as coisas. Eu me surpreendi com a ajuda que eu tive porque todos ainda têm muito medo do câncer mas me apoiaram muito... em tudo.

D- VOCÊ ME FALOU QUE O MÉDICO DISSE QUE O SEU CÂNCER ESTÁ AVANÇADO. COMO FOI PRA VOCÊ FICAR SABENDO DISSO?

T-Ah! Eu também já estava no sentido, fiquei como eu já estava me sentindo antes mas... como é que se diz? Eu... eu fiquei triste mas não foi tanto não porque eu já estava sabendo. Geralmente quando a gente fica sabendo que está com câncer, sabe o que é que espera não é?

D- SABE O QUE ESPERA...

T- É você pode viver muitos anos ainda e... e pode também morrer logo, isso vai depender da minha cabeça. O médico falou que dependia da minha cabeça, do meu jeito de pensar, do meu organismo. Eu tenho que passear, sair, distrair e... e...eu reagi bem, graças a Deus (*risos*). Sair, passear... eu não saio muito não mas... todo mundo lá em casa faz tudo para mim, para que eu me sinta bem, todo mundo me estimula, todo mundo então... eu estou bem. Eu sei que se a gente ficar bem, parece que melhora mais rápido e é assim que eu me sinto... bem melhor.

D- COMO A SR^a TEM LIDADO COM TODAS ESSAS QUESTÕES?

T- Ultimamente eu... eu mesma sinto assim que eu... eu estou reagindo bem mesmo. Eu não choro mais, eu não tomo tranquilizante de jeito nenhum, tem muito tempo que já não estou tomando, tem uns... mais de seis meses, tem mais, bem mais.

D- SIM...

T- Eu não tomo mais tranqüilizante. Tem dias que eu estou melhor, tem dias que... você sabe, quem tem esse problema sempre está tendo uma coisa e outra não é? Às vezes bem, às vezes não, mas eu vou controlando e digo: ah, eu não vou sentir nada, isso vai passar (*risos*) e eu vou levando assim, eu faço tudo para me ajudar porque tudo depende mais de mim do que dos outros não é? Se eu ficar pensando... triste assim eu... eu só pioro, eu faço tudo para eu ficar bem melhor (*risos*), eu não chorei mais, tem bastante tempo que eu não choro (*risos*). Eu tento pensar em coisas boas, nos filhos, na Igreja, em Deus, no tratamento que eu estou fazendo e na melhora que eu já sinto. Hoje eu sinto que quando eu estava deprimida, eu me sentia mal, parecia que o tratamento só piorava e hoje eu estou mais segura, confiante, bem melhor. É isso. Eu ainda tenho esperança na cura mesmo os médicos pensando diferente.

D- A Sr^a TEM DISCUTIDO COM ALGUÉM SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

T- Não, nunca conversei com ninguém assim não, como eu te falei antes.

D- E NAS CONSULTAS, TEM FALADO SOBRE ISSO?

T- Eu não converso nada com a médica, ela não fala nada, ficava muito calada... não falava nada... nada. Tudo que eu sei é quando eu leio em algum livro, revista, quando eu leio alguma coisa... Ninguém me fala nada.

D- A SR^a TEM RECEBIDO ORIENTAÇÃO DE ALGUM PROFISSIONAL?

T- Não, o que eu sei é quando eu leio alguma coisa.

DEPOENTE 11 (MEIGUICE)**D-COMO A Sr^a SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

M- Eu soube mesmo através do médico não é? Na minha cidade onde eu moro porque eu fui fazer esse exame, o preventivo, então ela falou: olha dona Meiguice a Sr^a está com uma ferida no útero e nisso que ela falou então eu pensei comigo: então eu estou com aquela doença. O exame preventivo eu não fazia todo ano então o médico me disse que eu demorei muito de fazer esse exame, demorei uns 4 anos, porque eu estava sempre bem. Então eu fiquei sabendo através desse exame que eu fiz. Eu fiquei sangrando então procurei o médico e deu. Então eu fui fazer uma ultrasonografia lá em minha cidade com a Dr^a L e ela... essa mesmo já falou mesmo, foi abertamente, ela falou que eu estava com câncer não é? Depois que eu fiz a biópsia em Santo Antônio de Jesus, então deu que era câncer.

D- ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

M- Foi agora em setembro... em setembro, esse que nós passamos.

D- SETEMBRO DE 2002.

M- Sim. Então em setembro eu já comecei a fazer todos os exames que me pediam, fiz todos os exames aqui e já me enviaram logo para aqui para Itabuna. Já tem 8 meses.

D-COMO FOI PARA A Sr^a RECEBER TAL INFORMAÇÃO?

M- Ah eu... eu quando ... quando eu soube que eu estava com câncer, eu me senti uma pessoa assim... em outro mundo assim... não... eu não era mais... eu... eu não era mais a mesma pessoa, eu já me sentia assim, outra pessoa diferente, completamente diferente. Eu achei que não era verdade, que o exame estava errado... foi tudo diferente.

D- DIFERENTE... NÃO ERA MAIS A MESMA PESSOA...

M- É, diferente assim... sentia assim... a pessoa que não era mais o que eu era, que eu não tinha mais condições de viver, medo das pessoas, meus parentes, meus amigos se afastarem de mim... eu tinha muito medo... eu achei que ia ter o fim... ia ter a morte e mesmo que eu vivesse com aquela doença, eu não era nunca que nem eu era antes porque as pessoas iriam se afastar de mim, eu não ia poder trabalhar mais, iam ter pena de mim...

D- FALA MAIS PRA MIM SOBRE NÃO SER MAIS COMO ERA ANTES

M- Ah! Não... não tivesse mais condições de viver, eu chorava demais, eu não comia, não dormia, eu não era mais uma pessoa normal como eu era antes. Eu fiquei triste com isso, fiquei triste e ao mesmo tempo fiquei pensando assim que... mas essa doença é uma doença que qualquer pessoa tem, eu não sou a primeira que tive essa doença nem que vou ter, isso vem de cantor, de artistas, tudo... e morre sempre. E eu pensei em morrer, eu tive essa noção de morrer, esse medo de morrer, medo assim... do tratamento, de não ter a cura... de me afastar dos meus filhos, eu só pensei em morrer.

D- PENSOU EM MORRER...

M- Foi... porque eu... porque eu pensei assim... eu falei: bom, como eu estou com essa doença e ela foi descoberta pelos médicos e se eu não procurar o tratamento, eu não iria nunca descobrir que eu estava com essa doença e... então ia ter o fim... ia ter a morte porque o câncer mata todo mundo.

D- IA TER A MORTE...

M- É... ia morrer logo.

D- COM RELAÇÃO AOS SEUS FILHOS, COMO É QUE TEM SIDO?

M- Ah! Dificultou muito a parte financeira porque eu não estou trabalhando. Eu criei meus filhos sozinha e nós sempre nos demos muito bem. Meus filhos não sabem porque eu preferi não falar porque dois filhos meu moram longe, trabalham fora, eu não quis falar para eles não ficarem tristes, eu não quero ver meus filhos preocupados e eu não falei nada.

D- E EM RELAÇÃO AOS SEUS FAMILIARES COMO É QUE TEM SIDO?

M- Minha família sabe. Eles têm me dado muito apoio, têm me ajudado em tudo, têm orado, me dão carinho, conforto e tem me orientado a me tratar... tudo... como é bom isso tudo.

D-- E EM RELAÇÃO AOS SEUS AMIGOS, COLEGAS, VIZINHOS?

M- Ah! Eles me tratam bem, me dão apoio, não me tratam diferente só porque eu tenho câncer, ao contrário, todos me tratam bem, não mudaram nada, parece até que melhorou e o medo que eu tinha deles se afastarem de mim agora eu não tenho mais.

D- COMO A SR^a TEM LIDADO COM TODAS ESSAS QUESTÕES?

M- Como eu falei, no início foi muito ruim, mas hoje eu estou me sentindo bem, normal... assim... eu como, bebo, eu me sinto melhor com o tratamento, converso com as pessoas, saio, a minha única preocupação é se eu não ficar boa porque se eu não ficar boa então agora vai ser o final da morte porque... eu não vou ter condições de me tratar e não vou ter mais coragem de vir ao hospital me tratar de novo. Se eu não ficar boa, acabou tudo

D- NÃO VAI TER CORAGEM... ACABOU TUDO...

M- É porque eu estou muito... eu fiquei muito assustada com tudo isso, com o câncer, com o tratamento... eu não tenho condições de voltar, eu fiquei traumatizada, eu prefiro ficar em casa sem me tratar. Eu sei que eu posso morrer, mas eu prefiro porque eu não vou ter mais condições de vir me tratar e nem coragem não (*chorando*). Eu não me sinto assim... a pessoa assim... corajosa assim para... que nem eu vim agora pela primeira vez porque se eu não me curar é porque não tem jeito e eu quero morrer em casa. Eu confio em melhorar e por isso eu ainda estou aqui me tratando, senão eu já tinha ido embora de vez. Eu peço a Deus pela minha recuperação.

D- A Sr^a TEM DISCUTIDO COM ALGUÉM SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

M- Demais, converso muito com as colegas, com amigos, sobre essa doença. Eu vou falar uma coisa: essa doença é uma doença muito triste, ela é “surdina”, essa doença ela é “surdina” porque ela rompe no corpo da pessoa, mesmo que a pessoa trata ela, ela volta... ela... ela tem condições de voltar de novo e é ruim porque ela é quieta, calada... ela é “surdina” e eu falo para as minhas amigas para irem ao médico para não acontecer o que aconteceu comigo.

D- E NAS CONSULTAS A Sr^a TEM FALADO SOBRE ISSO?

M- Eu converso como eu estou, sobre a minha alimentação. A médica fala que é importante eu me alimentar para o meu tratamento, manter as aplicações... essas coisas.

D- A SR^a TEM RECEBIDO ORIENTAÇÃO DE ALGUM PROFISSIONAL?

M- Não... não tenho não.

DEPOENTE 12(ALEGRIA)**D- COMO A Sr^a SOUBE DO SEU DIAGNÓSTICO?**

A- Eu comecei a apresentar uma hemorragia no ano passado. Eu estava em Ibicarai e estava com três dias que eu tinha menstruado, então a menstruação foi embora. Eu fui pegar lenha com as minhas amigas, quando cheguei lá chupei uma tangerina, peguei a lenha e viemos embora... eu só agüentei chegar em casa mas me deu uma hemorragia tão grande... tão grande que eu não botava sangue não, botava as tora... era aquelas tora. Então eu vim para aqui para Itabuna e fiz um bocado de exame, fiz a biópsia e deu o câncer no colo do útero. Eu moro na roça, nunca tive dinheiro sobrando e já tinha uns 5 anos que eu não ia ao médico.

D- ISSO FOI HÁ QUANTO TEMPO?

A-Eu fiquei sabendo em dezembro de 2002 que a Dr^o me falou, a Dr^o M. Já tem 5 meses

D- COMO FOI PARA A Sr^a RECEBER ESTA INFORMAÇÃO?

A- Eu fiquei como você está me vendo aqui sem acreditar... parecia um sonho... depois eu peguei a chorar, chorei muito, fiquei muito triste e então eu disse: eu vou me tratar, vou fazer o que o meu médico mandar e vou ficar boa, vou tomar os meus remédios... é isso que eu vou fazer.

D- CHORAR...

A- É que eu tenho filho pequeno e eu não queria ficar internada, eu tinha medo de morrer e deixar meus filhos.

D- SIM...

A- Eu não queria ficar internada que quem dava comida aos meu filho era eu e eu não tinha condições de ficar internada e o médico disse que eu não precisava me internar. Só uma coisa eu pedi a ele: que ele me falasse a verdade porque eu era uma mulher de coragem... eu criei 18 filhos com um homem muito cruel.

D- CRUEL...

A- É um homem que nunca gostou de trabalhar para mim ajudar e eu.. eu procurei manter minha honra porque foi ele que me tirou de casa, eu não queria abandonar ele, eu já com um monte de filho então eu agüentei tudo trabalhando na “pea”, trabalhando em tudo quanto era canto (*pensativa*), catando carvão para poder eu dar comida aos meu filho. Eu falei ao médico que o que eu tivesse era para falar para mim, não falar para mais ninguém, nem para minha irmã, para não ficar de ti ti ti nem ta ta ta... então ele me falou tudo.

D- FALOU TUDO...

A-Então eu fiquei tranqüila porque eu soube de tudo mas a gente sempre fica angustiada não é?

D- ANGUSTIADA... FALA UM POUCO PRA MIM

A- Ah! as pessoas conversam não é? Fala que a gente vai morrer e não é isso que a gente quer (*triste*)... a gente quer viver, ter a saúde para cuidar dos filhos, ser feliz... Eu tive assim... aquela dúvida de morrer, de não me curar, chorei bastante, tive medo de perder o meu marido porque ele já era um homem cruel, pior agora, eu doente.

D- A PARTIR DAÍ, COMO TEM SIDO A SUA VIDA COM O SEU MARIDO?

A-Ah! depois disso meu marido mora numa casa e eu em outra.

D- SEI...

A- Essa doença me deixou angustiada... chorei bastante e tive medo de perder o marido... Quando ele soube que eu estava doente ele não me falou nada... ele só fez dizer assim: que ele não iria ficar morando com uma mulher... doente... para ele ter que arrumar outra na rua... Eu convivi 28 anos com ele e ele foi embora... foi difícil demais ficar sozinha nesse momento... Ter de fazer tudo sozinha, ir aos médicos. Eu não falei nada para ele... eu só disse: meu filho o é problema seu... se nós convivemos 28 anos, você agora acha que eu não sirvo mais para você... nem para cozinheira para fazer uma comida para você... então problema seu, você quer

ir embora... pode ir, eu não impeço sua vida, você também não impata a minha vida. Se eu não sou importante para você, eu e meus filhos, então pode ir embora... E ele foi.

D- E COM RELAÇÃO A SEUS FILHOS, COMO TEM SIDO?

A- Meus filhos, eles sempre sofreram muito por causa do pai... eu sempre tive que trabalhar e eles também para nos mantermos. Quando eles souberam, ficaram tristes com medo de me perderem. Eu tive que juntar forças pra conversar com eles. Eles estão todos pedindo a Deus que eu fique boa... me ajudam em casa, dizem que eu vou melhorar.

D- E COM OS SEUS FAMILIARES, AMIGOS, COLEGAS E VIZINHOS, FALA PRA MIM COMO TEM SIDO

A- Olha, no Arraial que eu moro todo mundo sabe. Todo mundo tem me dado o maior apoio, tem sido tudo como sempre foi, vão lá em casa porque depois que o meu marido saiu tudo piorou na parte do dinheiro pouco e hoje eu estou dependendo dos vizinhos porque eu estou me tratando e não pude mais trabalhar.

D- E COMO A SR^a TEM LIDADO COM TUDO ISSO?

A- Ah minha filha tem hora que eu imagino tanto que eu tive que parar de trabalhar. Eu não tive mais dinheiro, estou dependendo dos outros, mas eu confio em Deus e tenho esperança que eu vou ficar boa e vou poder trabalhar de novo e cuidar da minha família.

D- SEI...

A-Tem hora que eu fico triste pensando em como eu vou botar o pão de cada dia dentro de casa para os meus filhos comerem (*triste*). A minha preocupação é essa. Eu rezo, peço a Deus e fico mais alegre, mais conformada em ter perdido o meu marido porque eu sei que ele não era homem... para mim. Eu me alimento mais e procuro estar bem para eu ficar logo boa. Eu sei que eu vou me curar... eu sinto.

D- A SR^a TEM DISCUTIDO COM ALGUÉM SOBRE A SUA SITUAÇÃO?

A- Ah! Eu converso sempre com todo mundo, com a minha família, meus amigos e isso tem me confortado.

D- E NAS CONSULTAS A Sr^a TEM FALADO SOBRE ISSO?

A- Não. Eu não converso nada...nada nas consultas... ninguém nunca me falou nada, nenhum profissional e eu fico muito preocupada com isso... se eu vou morrer... Ninguém fala nada. Às vezes eu penso em nem voltar mais aqui.

D- A SR^a NÃO TEM RECEBIDO ORIENTAÇÃO DE NENHUM PROFISSIONAL .

A- Não

D- A Sr^a QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA?

A- Eu as vezes fico muito preocupada... fico preocupada, porque ter essa doença, se eu vou morrer... Como eu falei, no começo foi muito ruim, mas hoje eu estou me sentindo bem, estou alegre, me sinto melhor porque a minha confiança é Deus ele tem me dado essa paz e eu sei que vou ficar boa (*risos*). Muitas vezes, mesmo no tratamento eu vou ao jardim, ao rio para tentar esquecer tudo isso, essa doença, para ver se eu me acalmo... às vezes eu nem quero conversar sobre isso, quero é esquecer.

APÊNDICE D - Caracterização das depoentes

Nome fictício	Idade (anos)	Estado Civil / situação conjugal	Cor auto-referida	Grau de instrução	Nº de filhos	Renda familiar	Religião	Ocupação	Cidade de Residência	Tempo de diagnóstico (meses)
<i>Fé</i>	43	Casada	branca	analfabeta	7	<1sm.	católica	doméstica	Ubatã	1
<i>Respeito</i>	51	Casada/abandono	morena	analfabeta	7	1sm.	evangélica	-----	Canavieiras	1
<i>Carinho</i>	61	casada	morena	analfabeta	10	2sm.	católica	-----	Guaratinga	2
<i>Paixão</i>	43	<i>Casada/abandonado</i>	negra	analfabeta	3	1sm.	católica	-----	Ipiaú	2
<i>Paz</i>	61	parceiro	morena	analfabeta	3	1sm.	católica	rural	Barra do Choça	3
<i>Esperança</i>	28	Casada/abandono	parda	1º grau incompleto	2	Sem renda	evangélica	-----	Itabuna	5
<i>Serenidade</i>	36	casada	mulata	1º grau completo	2	2sm.	evangélica	-----	Itabuna	7
<i>Amor</i>	43	amasiada	morena	analfabeta	3	1sm.	católica	-----	Arataca	8
<i>Afeto</i>	61	viúva	parda	analfabeta	10	3sm.	católica	-----	Itapetinga	4
<i>Ternura</i>	51	casada	branca	1º grau completo	3	3sm.	católica	-----	Ipiaú	11
<i>Meiguice</i>	51	separada	negra	analfabeta	3	1sm.	católica	doméstica	Vitória da Conquista	8
<i>Alegria</i>	43	Casada/abandono	branca	analfabeta	18	1sm.	católica	carvoeira	Ibicaraí	5

ANEXOS

ANEXO A – Apresentação da mestranda

Salvador, 07 de março de 2003

Ilm^a. Sr^a Mércia Alves da Silva Margotto
Presidente da Comissão de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna
Hospital Manoel Novaes

Prezada Sr^a,

Vimos pelo presente, solicitar a V. Sr^a permissão para que Dejeane de Oliveira Silva Barros, aluna do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado em Enfermagem desta Escola, vinculada à área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, proceda o levantamento de dados de sua Dissertação de Mestrado, cujo projeto intitulado “mulheres com câncer invasivo do colo do útero: estratégias de enfrentamento”, foi aprovado em 21 de fevereiro de 2003. (CÓPIA EM ANEXO).

Os dados serão coletados através de entrevistas com mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero, que estejam vinculadas ao Ambulatório de Oncologia desta Instituição, e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a ética na pesquisa com seres humanos.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Ângela Tamiko Sato Tahara
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem