

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico
submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão
Preto: um estudo clínico-qualitativo**

GISELE CURI DE BARROS

Ribeirão Preto

2007

GISELE CURI DE BARROS

**Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico
submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão
Preto: um estudo clínico-qualitativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental

Orientadora: Renata Curi Labate

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Barros, Gisele Curi de

Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo, 2007.

94 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Labate, Renata Curi.

1. Câncer ginecológico. 2. Braquiterapia. 3. Aspectos psicológicos. 4. Método clínico-qualitativo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gisele Curi de Barros

Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profª Dra. Renata Curi Labate

Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas Da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof Dr. Manoel Antônio dos Santos

Professor Doutor do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof Dr. Egberto Ribeiro Turato

Professor Doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres que me confiaram suas histórias, sua dor, seu sofrimento e também sua esperança, e a todos os profissionais de saúde que delas cuidam.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Renata Curi Labate, minha querida orientadora, por ser a pessoa *maravilhosa* que é, modelo de ser humano, profissional e pesquisadora, pelo empenho e extrema dedicação com que me conduziu à realização deste trabalho, suportando comigo todas as dores e delícias deste caminho.

Ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por suas valiosíssimas contribuições ao longo de todo este trabalho, pela generosidade com que me auxiliou no momento de pré-banca, por sua sensibilidade e seu amor ao conhecimento, sempre instigantes e inspiradores.

Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, pela oportunidade que me concedeu de cursar suas disciplinas, por demonstrar ser um professor e pesquisador apaixonado, pelas imensas contribuições na pré-banca deste trabalho, por me brindar com o método clínico-qualitativo.

À Profa. Dra. Maria José Clapis, por suas contribuições concedidas no exame de qualificação deste trabalho.

Às mulheres entrevistadas, por concordarem em participar desta pesquisa, depositando em mim sua confiança.

Aos meus pais, Arlete e Damião, fonte da minha vida, por tudo que sempre fizeram por mim, pela confiança em meu potencial, pelos incentivos em todas as etapas da minha formação.

À minha tia Ísis, pelo papel extremamente especial que exerce em minha vida, por seu carinho e atenção.

Ao meu irmão Marcelo, por ser eterna companhia em minha vida, meu grande amigo, que também está construindo seu caminho profissional, e de uma forma extremamente bela.

Às minhas primas Flávia e Ana Maria, queridas amigas, irmãs, minhas fiéis companheiras para intensas conversas.

Às minhas famílias de São Paulo, Guaratinguetá, Franca, Silva Jardim (RJ), Belo Horizonte (MG), especialmente, tio Ivanildo, tia Conceição, tia Alvanira, tia Alzira, tia Leila, tio Marcos, Ana Laura, tio João (*in memoriam*), Francisco, Frederico, Felipe, tia Sônia, Raul, Marineide, Carolina, Débora e Gláucia.

Às queridas amigas Karina Rodrigues, Anelisa Frateschi, Leandra Rossi, Juliana Leonardi e Kelly Macedo, que sempre torceram e me acompanharam nesta trajetória, por serem pessoas muito especiais pra mim.

À minha terapeuta Magda Maria Machado Colli, pelo vínculo maravilhoso que me possibilita a cada encontro nosso, por sua intensa capacidade de continência, por percorrer comigo lugares de sombra e de luz.

À equipe de profissionais do Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, especialmente Edvaldo, Irene, Roberta, Osmar, Harley, Felipe, Edenyse e Gustavo, que me acolheram com extrema gentileza e disponibilidade.

À equipe de profissionais do Setor de Radioterapia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da FCM-UNICAMP, especialmente Terezinha e Luiz Fernando, nossos contatos e conversas foram o ponto de partida para a idéia deste trabalho.

Aos queridos amigos do Pronto-Socorro Janjão, que me acompanharam durante etapas importantes deste trabalho, e compreenderam minhas ausências em festas e encontros.

Aos recentes colegas de trabalho e aos pacientes da UBS Jardim Guanabara.

Ao André e ao Mauro, da Encadernação Valmar, pela extrema gentileza e disponibilidade demonstradas para a confecção dos exemplares da dissertação.

À Sofie, pela elaboração dos resumos em inglês e espanhol.

À Bernadete, pelo auxílio com relação à elaboração das referências.

À CAPES pelo auxílio financeiro concedido

A tantas pessoas não citadas neste trabalho, mas que com certeza colaboraram para sua realização.

E, finalmente, ao Nami de Andrade Filho, não tenho palavras para agradecer sua imprescindível ajuda, seu carinho e sua dedicação marcados em mim eternamente.

EPÍGRAFE

**“Há espaços no coração do homem que
ainda não possuem existência, e o
sofrimento neles penetra para
que possam existir”**

Léon Bloy

RESUMO

BARROS, G. C. Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Uma das modalidades de tratamento para mulheres acometidas pelo câncer ginecológico é a radioterapia interna, também conhecida como braquiterapia. Caracteriza-se pela colocação de materiais radioativos junto ao tumor. No caso daquele tipo de câncer, para se efetuar a irradiação, é necessário introduzir um aplicador dentro da vagina. Este tratamento pode ser bastante desconfortável para a mulher, tanto no momento da aplicação, quanto após a mesma. Neste sentido, estudos sobre o tema apontam não apenas para efeitos colaterais físicos, mas também para conseqüências psicológicas na qualidade de vida de pacientes tratadas por braquiterapia. Entretanto, tais estudos são ainda incipientes, tendo maior concentração na área de Enfermagem. É quase inexistente uma produção de caráter psicológico que aprofunde o conhecimento a respeito de questões emocionais em mulheres submetidas a esse procedimento invasivo. Sendo assim, esta pesquisa qualitativa objetivou compreender aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas a essa modalidade radioterápica. Para tanto, foram realizadas sete entrevistas abertas com mulheres em tratamento junto ao Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. As entrevistas foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de acordo com o método clínico-qualitativo, utilizando-se a psicanálise como marco teórico para a interpretação dos dados. Foi elaborado um diário de campo como instrumento auxiliar de pesquisa. Após realização das leituras flutuantes e análise do material, observou-se que a braquiterapia é sentida pelas mulheres como uma agressão, gerando intensa angústia, desespero e raiva. A manipulação na região vaginal, com entradas e saídas de objetos (aplicador, sonda, etc.), desencadeia vivências e efeitos físicos desagradáveis, como dor, ardência urinária, sensação de queimação. Em uma perspectiva psicanalítica, o tratamento é vivido como um objeto hostil e persecutório que é introduzido na intimidade sexual, afetando a mulher em sua feminilidade. A posição física em que as mulheres permanecem para receber a irradiação acarretou sensação de submissão, vergonha e exposição de sua intimidade. Ainda com relação a este tratamento, foram feitas associações e comparações com a experiência anterior de gravidez/parto, possivelmente pela existência de conflitos e questões inconscientes relacionadas ao nascimento, mas também à morte concretizada pela doença grave. As mulheres atribuíram significados ao surgimento do câncer ginecológico relacionados à vivência de depressão, à sexualidade e à gravidez/parto, sendo que se evidenciou uma culpa inconsciente pela doença. Para enfrentarem as vicissitudes do tratamento, as mulheres tiveram que se basear mais no princípio de realidade – buscar a remissão da doença através do tratamento e da confiança na equipe – do que no princípio de prazer (ou evitação do desprazer), mas com considerável sofrimento psíquico. Neste sentido, considera-se relevante pensar numa assistência psicológica às pacientes, com o intuito de minimizar possíveis efeitos psicológicos adversos associados à braquiterapia.

Palavras-chave: Câncer ginecológico. Braquiterapia. Aspectos psicológicos. Método clínico-qualitativo.

ABSTRACT

BARROS, G. C. **Psychological aspects in women with gynecological cancer submitted to brachytherapy at a university hospital in Ribeirão Preto: a clinical-qualitative study.** 2007. 94 p. Master's Thesis – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

One of the treatment modes for women affected by gynecological cancer is internal radiotherapy, also known as brachytherapy. It is characterized by the placement of radioactive material near the tumor. For that type of cancer, the irradiation requires the introduction of an applicator inside the vagina. This treatment can be quite uncomfortable for the women, both during and after the application. In this sense, research on the theme appoints not only physical collateral effects, but also psychological consequences for the quality of life of patients treated with brachytherapy. However, these studies are still incipient, with a greater concentration in the Nursing area. Production of psychological nature, which deepens knowledge about emotional issues in women submitted to this invasive procedure, almost does not exist. Thus, this qualitative research aimed to understand psychological aspects in women with psychological cancer submitted to this radiotherapeutic modality. Therefore, seven open interviews were held with women under treatment at the Radiotherapy Service of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas*. The interviews were tape-recorded, fully transcribed and submitted to analysis according to the clinical-qualitative method, using psychoanalysis as a theoretical framework for data interpretation. A field diary was elaborated as an auxiliary research instrument. After floating reading and analysis of the material, it was observed that the women feel brachytherapy as an aggression, generating intense anguish, despair and rage. Manipulation in the vaginal region, with insertions and withdrawals of objects (applicator, probe, etc.), causes unpleasant experiences and effects, such as pain, urinary burning and a burning feeling. In a psychoanalytical perspective, treatment is experienced as a hostile and persecutory object, which is introduced in the sexual intimacy, affecting the woman in her femininity. The physical position in which women remain to receive the irradiation caused a feeling of submission, shame and exposure of their intimacy. Moreover, with respect to this treatment, associations and comparisons were made with previous experiences of pregnancy/delivery, possibly due to the existence of conflicts and unconscious questions related to birth, but also to death made real by the severe disease. The women attributed meanings to the appearance of gynecological cancer, related to the experience of depression, sexuality and pregnancy/delivery, evidencing an unconscious feeling of guilt about the disease. In order to face the vicissitudes of treatment, the women had to base themselves more on the reality principle – seeking the remission of the disease through treatment and confidence in the team – than on the principle of pleasure (or avoidance of displeasure), but accompanied by considerable mental suffering. In this sense, it is considered relevant to think of psychological care delivery to these patients, with a view to minimizing possible adverse psychological effects associated with brachytherapy.

Key words: Gynecological cancer. Brachytherapy. Psychological aspects. Clinical-qualitative method.

RESUMEN

BARROS, G. C. Aspectos psicológicos en mujeres con cáncer ginecológico sometidas a la braquiterapia en un hospital universitario de Ribeirão Preto: un estudio clínico-cualitativo. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Una de las modalidades de tratamiento para mujeres acometidas por el cáncer ginecológico es la radioterapia interna, también conocida como braquiterapia. Se caracteriza por la colocación de materiales radioactivos junto al tumor. En el caso de aquel tipo de cáncer, para efectuarse la irradiación, es necesario introducir un aplicador dentro de la vagina. Este tratamiento puede ser bastante incómodo para la mujer, tanto durante cuanto después de la aplicación. En este sentido, estudios sobre el tema apuntan no sólo efectos colaterales físicos, pero también consecuencias psicológicas en la calidad de vida de pacientes tratadas por braquiterapia. Sin embargo, tales estudios todavía son incipientes, con mayor concentración en el área de Enfermería. Es casi inexistente una producción de carácter psicológico que profundiza el conocimiento respecto a cuestiones emocionales en mujeres sometidas a ese procedimiento invasivo. Así, la finalidad de esta investigación cualitativa fue comprender aspectos psicológicos en mujeres con cáncer ginecológico sometidas a esa modalidad radioterápica. Para tanto, fueron realizadas siete entrevistas abiertas con mujeres en tratamiento junto al Servicio de Radioterapia del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo. Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas por entero y sometidas al análisis de acuerdo con el método clínico-cualitativo, utilizándose el psicoanálisis como marco teórico para la interpretación de los datos. Fue elaborado un diario de campo como instrumento auxiliar de investigación. Tras la realización de las lecturas fluctuantes y análisis del material, se observó que la braquiterapia es sentida por las mujeres como una agresión, generando intensa angustia, desespero y rabia. La manipulación en la región vaginal, con entradas y salidas de objetos (aplicador, sonda, etc.), desencadena vivencias y efectos físicos desagradables, tales como dolor, ardor urinario, sensación de quema. En una perspectiva psicoanalítica, el tratamiento es vivido como un objeto hostil y persecutorio que es introducido en la intimidad sexual, afectando a la mujer en su femineidad. La posición física en que las mujeres permanecen para recibir la irradiación acarrió sensación de sumisión, vergüenza y exposición de su intimidad. Además, con relación a este tratamiento, se efectuaron asociaciones y comparaciones con la experiencia anterior de gravidez/parto, posiblemente por la existencia de conflictos y cuestiones inconscientes relacionadas al nacimiento, pero también a la muerte concretizada por la enfermedad grave. Las mujeres atribuyeron significados al surgimiento del cáncer ginecológico relacionados a la vivencia de depresión, a la sexualidad y a la gravidez/parto, siendo que se evidenció una culpa inconsciente por la enfermedad. Para enfrentar las vicisitudes del tratamiento, las mujeres tuvieron que basarse más en el principio de realidad – buscar la remisión de la enfermedad a través del tratamiento y de la confianza en el equipo – que en el principio de placer (o evitación del displacer), pero con sufrimiento psíquico considerable. En este sentido, se considera relevante pensar en una atención psicológica a las pacientes, con objeto minimizar posibles efectos psicológicos adversos asociados a la braquiterapia.

Palabras-clave: Cáncer ginecológico. Braquiterapia. Aspectos psicológicos. Método clínico-cualitativo.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. A braquiterapia	5
3. Revisão da literatura	8
4. Objetivo	18
5. Recursos metodológicos	19
5.1. O método clínico-qualitativo	19
5.1.1. Técnicas para coleta de dados	26
5.1.2. Procedimentos previstos para a etapa de campo	28
5.2. Contexto do estudo	29
5.3. Amostra	31
5.4. A construção dos encontros	34
5.5. Tratamento dos dados obtidos na pesquisa clínico-qualitativa	46
6. Resultados e discussão	49
6.1. Vivenciando sentimentos e emoções durante a situação de tratamento	49
6.2. Rememorando o parto-início da vida: nascimentos, fenecimentos, renascimentos	60
6.3. Atribuindo significados ao câncer ginecológico	68
6.4. Fortalecendo a esperança na possibilidade de vida	77
7. Conclusões	82
8. Referências	85
9. Anexos	90

1. INTRODUÇÃO

Abrir este trabalho é como abrir uma página da minha vida... Penso que a melhor forma de introduzir este estudo é delinear de algum modo as minhas motivações para que o mesmo se realizasse, e que ganham sentidos porque têm a ver com a minha própria trajetória.

Hoje sou psicóloga, mas no ano de 2001, na ocasião meu último ano da faculdade, ainda estudante, fizera um estágio no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, junto ao Setor de Oncologia Pediátrica. Apesar do contato com o sofrimento devido ao diagnóstico de câncer e ao seu tratamento, muitas vezes prolongado, invasivo e doloroso, eu gostei muito do estágio e da possibilidade de atuar junto aos pacientes e familiares, oferecendo-lhes acompanhamento psicológico neste momento de suas vidas. Pude perceber que desejava continuar minha atuação no contexto hospitalar, e dentro deste contexto, havia uma predileção por estar junto ao paciente com câncer.

Neste sentido, no ano de 2003 ingressei no Programa de Aprimoramento em Psicologia Clínica na Saúde Reprodutiva da Mulher, junto à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. As atividades eram desenvolvidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, que incluía os setores de Obstetrícia, Ginecologia e Oncologia. Os aprimorandos podiam escolher a área de seu interesse para atuarem durante todo o curso. Assim, optei pelo Setor de Oncologia, já que eu mantinha o desejo de oferecer uma assistência psicológica às pessoas em tratamento para o câncer.

Eu realizava atendimentos a pacientes com câncer de mama e/ou câncer ginecológico, tanto na enfermaria quanto no ambulatório de Oncologia. Eram mulheres

que vivenciavam diversas etapas do tratamento, que podiam ser cirurgia, quimioterapia, radioterapia, ou uma combinação entre estas modalidades.

Confesso que a despeito de meu desejo por atender estas mulheres, eu sabia que não era fácil lidar com a questão desta doença grave, sobretudo em regiões do corpo feminino que estão intimamente ligadas com a sexualidade, a feminilidade, a maternidade, enfim, o ser mulher. E eu, sendo mulher também, não podia deixar de me sensibilizar com a dor e o sofrimento que as pacientes demonstravam sentir.

Com o decorrer do curso de aprimoramento, tomei contato com tratamentos que até então eu desconhecia. Cirurgias mutilantes na região genital me causavam grande comoção, pois muitas vezes alteravam a anatomia feminina de modo radical. Logicamente eu sabia que os procedimentos eram realizados tendo como objetivo a remissão da doença, mas mesmo assim era impactante ver a modificação do corpo da mulher. E me parecia que esta modificação não estava apenas relacionada ao corpo concreto, mas também à representação que este corpo tinha para cada mulher.

Prosseguindo com as atividades do curso, comecei a atender pacientes que faziam um tipo de radioterapia denominado braquiterapia. Esta palavra tem origem grega, o prefixo *brachys* significa “curto”, e o que a palavra “braquiterapia” quer dizer é que o tratamento de irradiação é feito de forma muito próxima ao tumor, ao contrário da teleterapia. O prefixo *tele* significa “à distância”, e o tratamento com teleterapia é a radioterapia geralmente mais conhecida, na qual a irradiação é transmitida à distância, ou seja, o aparelho não fica próximo ao tumor. Já para a realização da braquiterapia, conforme apontado acima, é necessário que o aparelho se aproxime do tumor, o que implica que se o câncer estiver localizado dentro de uma cavidade, será necessário introduzir o aplicador na mesma. Para mulheres com câncer ginecológico, seja no útero, ovário, colo do útero, etc., quando existe a indicação de tratamento com aplicações de

braquiterapia, será necessário introduzir um aplicador na vagina das pacientes, para que a irradiação seja feita de forma bastante localizada, isto é, somente no tumor. O objetivo de se irradiar localmente é para a preservação de áreas saudáveis da região, que assim não recebem a dose, ou recebem muito pouco da mesma. Isto já não ocorre com a teleterapia, que por ser feita à distância, a irradiação atravessa os tecidos saudáveis do corpo até chegar ao tumor.

Do ponto de vista médico, existem muitas vantagens de se realizar a braquiterapia. Entretanto, este tipo de tratamento se mostrava bastante agressivo para muitas pacientes, como eu pude perceber através dos atendimentos que realizei. As mulheres se queixavam de muita dor, de que não dariam conta de terminar as aplicações, de que o tratamento era muito difícil.

Ouvindo as falas das mulheres sobre este tipo de radioterapia, e tendo assistido a uma aplicação na época do aprimoramento (com o consentimento da paciente para que eu permanecesse na sala), comecei a sentir grande necessidade de compreender mais aprofundadamente como era para a paciente com câncer ginecológico fazer o tratamento com as aplicações de braquiterapia. O fato de fazer estas aplicações em uma região que considero íntima e delicada na mulher me conduzia a impressões muito fortes sobre este tratamento. Algumas questões se formularam dentro de mim: como as pacientes conseguem realizar a braquiterapia, como se sentem? Apesar de ouvir essas mulheres nos atendimentos, percebi que meu interesse passava de genuíno para curioso, no espírito da investigação científica. Amparada por meus questionamentos, desejei empreender um trabalho de pesquisa voltado à compreensão de aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia. Meu interesse em desenvolver este estudo partia de uma necessidade de apreender os sentidos e significados que as mulheres poderiam atribuir ao procedimento. Compreender tais

sentidos e significados pode auxiliar os profissionais de saúde a implementarem uma assistência mais condizente com as necessidades psicológicas das mulheres submetidas a este tipo de tratamento.

2. A BRAQUITERAPIA

Neste estudo, já apresentei algumas informações sobre a braquiterapia. Entretanto, considero relevante caracterizar, de modo mais abrangente, este tipo de tratamento que envolve procedimentos importantes a serem destacados. Contudo, para este trabalho não será necessária uma descrição pormenorizada deste procedimento, mas considero fundamental esclarecer e situar o leitor acerca do tratamento ao qual me reportarei ao longo deste estudo.

A braquiterapia é uma modalidade de radioterapia caracterizada pela colocação de materiais radioativos junto ao tumor, tendo sido utilizada pela primeira vez há quase cem anos. Os materiais liberam grandes doses de radiação apenas nas proximidades da área de implantação, evitando que um grande número de células normais seja atingido. As radiações destroem o tumor ou impedem que suas células aumentem (PINTO, 1995).

Com o passar dos anos, a braquiterapia foi experimentando novos avanços, com o desenvolvimento de métodos para cálculo de doses, de novos materiais radioativos e diferentes técnicas para a aplicação, sendo utilizados também computadores, tomografia computadorizada e ressonância magnética, melhorando a exatidão deste tratamento com uma melhor delimitação dos tecidos normais e neoplásicos (PINTO, 1995).

Existem várias formas de braquiterapia, que se diferenciam pela taxa de dose de radiação e pelo local de aplicação. Com relação à taxa de dose, a braquiterapia pode ser de alta ou baixa taxa de dose. Na primeira, a fonte radioativa permanece por pouco tempo no interior do organismo, o que é suficiente para a liberação da dose ideal de radiação. Na braquiterapia de baixa taxa de dose, a fonte de radiação permanece no interior do corpo durante um período mais prolongado, geralmente por alguns dias, ou é implantada definitivamente (PETITO, 2000).

A braquiterapia pode ser utilizada como modalidade terapêutica para diversos tipos de cânceres, inclusive para tumores ginecológicos, sendo possível a obtenção de resultados bastante satisfatórios conforme o estadiamento destes tumores. Ela pode ser de alta ou baixa taxa de dose, e para esta última a aplicação é feita em regime de internação da paciente, no qual ela permanece com um implante radioativo acoplado no interior da vagina por alguns dias. A mulher fica restrita ao leito, deitada, sem poder movimentar a região pélvica, para não haver deslocamento da fonte (PETITO, 2000).

Realizei este estudo com pacientes com câncer ginecológico submetidas à aplicação de braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose, em regime ambulatorial no serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Sendo assim, apresentarei mais detalhadamente este tipo de tratamento, e como é feita a aplicação do material radioativo nas mulheres neste serviço.

A paciente é conduzida por um técnico ou auxiliar de Enfermagem até a sala de aplicação, e permanece deitada em uma mesa em posição ginecológica. O médico radioterapeuta, auxiliado por aquele profissional, fará a preparação e colocação do aparelho para irradiação. O tratamento se inicia com a colocação de uma sonda na bexiga da paciente, é inserido um contraste nesta sonda, o que possibilitará a visualização da bexiga no momento em que forem tiradas as radiografias da região. Posteriormente, é feito o posicionamento do aplicador no canal vaginal da paciente. A posição exata do aplicador e dos demais órgãos da região é avaliada por exames radiológicos, e o planejamento (nome que se dá ao processo de cálculos que são feitos para realizar a distribuição de dose pela região, maximizando a irradiação do tumor e minimizando a irradiação das partes saudáveis, como o reto e a bexiga) é feito pelos físicos. Após o planejamento, é calculado o tempo de irradiação (por computador).

Durante a administração da fonte radioativa, a paciente permanece isolada na sala de aplicação até o término da irradiação, sendo observada pelos profissionais através de um monitor de TV numa sala ao lado (ante-sala). Previamente a este isolamento, se explica à paciente que o aparelho já está devidamente colocado em sua vagina; ela recebe informação sobre a irradiação que irá receber, e são feitas orientações para que não se movimente neste período. Caso haja alguma intercorrência com a paciente neste momento em que ela permanece sozinha na sala, ou ela queira dizer algo, há um interfone próximo, através do qual pode se comunicar com os profissionais da equipe que a observam através de um monitor de TV. Após o término desta etapa, e recolhimento da fonte, o médico retira o aplicador da paciente. Geralmente, são realizadas quatro aplicações, uma por semana.

As implicações psicológicas decorrentes desse procedimento são pouco investigadas. Deste modo, apresentarei em seguida uma revisão de literatura em que busquei apreender estudos envolvendo a consideração de aspectos psicológicos em mulheres tratadas por braquiterapia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Pensando nas implicações psicológicas que este tipo de tratamento pode trazer para as pacientes, senti necessidade de empreender uma revisão da literatura com o propósito de obter estudos que se referissem ao tratamento de braquiterapia para câncer ginecológico e também a questões psicológicas que pudessem estar envolvidas com o mesmo. O que estou considerando como “questões psicológicas” nesta revisão são aspectos relacionados aos sentimentos e emoções, e não defini nenhuma variável psicológica específica, tendo em vista que o importante foi averiguar a existência de uma produção científica voltada para aspectos emocionais de pacientes com câncer ginecológico submetidas à realização de braquiterapia, e qual seria esta produção.

Inicialmente, meu primeiro passo foi definir os descritores que melhor se adequariam ao objetivo proposto. Escolhi os termos braquiterapia (brachytherapy) e psicologia (psychology), porque foram os que possibilitaram a apreensão de um número maior de artigos, em detrimento de outros descritores. Consultei cinco bases de dados *on-line*, uma nacional e quatro internacionais, a saber: MedLine, PsycInfo, Web of Science, LILACS e Index Psi.

Para a busca do material, efetuei o cruzamento dos descritores já apontados. Os artigos encontrados foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: estarem compreendidos entre os anos de 1987 e 2007; o tipo de câncer ser o da região genital da mulher; o tipo de tratamento ser a braquiterapia, tanto de alta quanto de baixa taxa de dose; de algum modo se referirem a questões psicológicas das pacientes envolvidas no tratamento de braquiterapia.

O material foi primeiramente selecionado através de minha leitura dos resumos dos artigos, em que levei em conta os critérios de inclusão estabelecidos. Quando algum

resumo não contemplou informações suficientes possibilitando a aceitação ou rejeição do trabalho, houve a necessidade de buscá-las no artigo completo, permitindo maior discriminação com relação à pertinência do estudo para esta revisão de literatura.

Com a seleção dos resumos, procedi à apreensão dos artigos completos. Isto foi feito através de consulta às revistas especializadas disponíveis na Biblioteca Central do *Campus* de Ribeirão Preto – USP; às revistas não disponíveis nesta biblioteca, mas acessíveis pela internet, com os artigos *on-line*; por envio de e-mail ao autor ou revista, e por fim através do Programa de Comutação Bibliográfica dessa biblioteca (COMUT), que em parceria com as bibliotecas de outras faculdades, possibilita a busca por revistas que por ventura não estejam disponíveis em seu próprio acervo.

Os artigos foram lidos na íntegra e analisados de acordo com as seguintes dimensões: tipo de produção científica; ano de publicação; país de origem e área de concentração; temas estudados; objetivos; estratégia metodológica empregada; principais resultados obtidos.

Das cinco bases de dados consultadas, somente foram encontrados trabalhos no MedLine. No cruzamento dos descritores, surgiram 107 referências, que precisaram ser selecionadas tendo em vista os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Sendo assim, o material efetivamente apreendido para análise foi de 8 artigos, ou seja, menos de 10% do total de referências. Esta discrepância é explicada porque a grande maioria dos trabalhos fazia referência a outros tipos de cânceres, mais especificamente ao câncer de próstata, e um dos critérios de inclusão já preconizava que o tumor deveria ser localizado na região genital da mulher.

Cumprido destacar que, dentre os estudos selecionados, alguns não se referiram somente ao tratamento de braquiterapia, mas também a outros tipos de tratamentos, como cirurgia, radioterapia externa e quimioterapia, e, além disto, também houve

trabalhos que abordaram especificamente o tratamento de braquiterapia, mas o tipo de câncer não foi apenas o ginecológico, sendo incluídos outros tumores. Neste sentido, posso dizer que, a despeito de se reportarem a mais de uma modalidade de tratamento ou a diferentes tipos de cânceres, estes trabalhos pelo menos contemplaram, ao mesmo tempo, a braquiterapia e o câncer ginecológico, indicando que os critérios de inclusão pré-estabelecidos foram respeitados.

Pelo que pude depreender do número total de referências encontradas pela busca, sem considerar a especificidade do tipo de tumor, é possível dizer que há um número considerável de trabalhos produzidos que envolvem, de algum modo, o tratamento de braquiterapia e questões psicológicas. Entretanto, estes trabalhos foram contemplados apenas pelo MedLine, em detrimento dos demais sites de busca. Considerando a especificidade do tumor, isto é, o câncer ginecológico, o número de artigos diminuiu sensivelmente, indicando uma produção bem mais restrita no campo da saúde da mulher.

Com relação à primeira dimensão de análise, os artigos apreendidos são todos oriundos de trabalhos originais de pesquisa, sendo este dado bastante importante. Já que o campo de pesquisa parece ser embrionário, só apresenta vantagens na edificação do conhecimento científico uma produção feita com este tipo de abordagem. Não é de se surpreender que não haja trabalhos de revisão de literatura, pois se o campo ainda está sendo construído, o esperado é que primeiro se tenha uma relativa produção, para que posteriormente seja feita uma apreciação do tipo e qualidade desta produção, até como um norteador para futuras pesquisas.

Sobre a segunda dimensão de análise, a saber, o ano de publicação, os trabalhos são em sua maioria recentes, com maior concentração de pesquisas nos últimos seis anos. Mesmo o período selecionado tendo sido de 1987 até 2007, ou seja, vinte anos, os

trabalhos que se referem ao tratamento de braquiterapia para câncer ginecológico, e que trazem alguma referência a questões psicológicas, são datados a partir do ano de 1991.

A produção obtida se revelou notadamente internacional, com apenas um trabalho produzido no Brasil (CLAPIS; MAMEDE, 1996). Contemplando a terceira dimensão de análise, os trabalhos provêm de países europeus, dos Estados Unidos e Canadá, da Austrália e da Rússia. A amostra de artigos é bastante pequena, não possibilitando generalizações, mas se percebe que não há uma predominância de estudos em um determinado país. Entretanto, sobre a área de concentração, seis pesquisas foram produzidas por profissionais da área de Enfermagem, e publicadas em revistas também de Enfermagem, o que justifica a obtenção dos trabalhos somente no MedLine, em detrimento de sites como PsycInfo e Index Psi.

O fato de grande parte dos trabalhos ter sido realizada por pesquisadores da área de Enfermagem chama a atenção, uma vez que apenas uma das pesquisas está vinculada a um Departamento de Psicologia. Eu esperava que a maioria dos trabalhos fosse desenvolvida por profissionais da área de Psicologia, já que um dos descritores era justamente a palavra “psicologia” (psychology). Entretanto, levantei algumas hipóteses quanto a esta questão. A braquiterapia, por ser uma modalidade de tratamento médico, pode ser mais bem conhecida pelos profissionais que trabalham diretamente com ela, que geralmente são enfermeiros, médicos, físicos, técnicos de radiologia. Esta aproximação com o tratamento pode suscitar questões nos próprios profissionais, que os impulsiona a desenvolver pesquisas. Muitos pesquisadores e profissionais da área de Enfermagem têm realizado pesquisas que buscam abordar questões psicológicas, pelo fato de que em seu cuidado cotidiano, no “corpo-a-corpo” com o paciente, estas questões aparecem. Pode haver uma necessidade de compreender um pouco mais a

respeito dos sentimentos, percepções, dificuldades dos pacientes em relação ao tratamento a que são submetidos.

Uma outra hipótese a ser considerada é o fato de que o trabalho do psicólogo com pacientes com câncer, mais especificamente no contexto hospitalar, tem origem recente. A chamada Psico-Oncologia é um campo de estudos e intervenções cujo pioneirismo data das décadas de 70 e 80, porém se estabelecendo mais fortemente no final do século XX. Esta especialidade teve inclusive uma grande contribuição das pesquisas desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros, que combinavam suas percepções, em seu contato diário com os pacientes, com metodologias de pesquisa psicológica (HOLLAND, 2003).

Sobre a quarta dimensão de análise, os temas abordados pelos pesquisadores, Brandt (1991) pesquisou as necessidades de informação de pacientes com câncer recebendo braquiterapia de baixa taxa de dose. Os trabalhos de Clapis e Mamede (1996), Velji e Fitch (2001) e Warnock (2005) se referiram à experiência de pacientes com câncer ginecológico submetidas ao tratamento de braquiterapia de baixa taxa de dose. Preocupações com efeitos colaterais e qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento para câncer, sobretudo o ginecológico, foram abordadas nos trabalhos de Fielier (1997), Carlsson, Strang e Bjurström (2000) e Juraskova et al. (2003), sendo que este último trabalho se referiu mais especificamente ao ajustamento sexual após o tratamento para câncer ginecológico. Andersen e Adamsen (2001) desenvolveram um estudo no qual procuraram clarificar problemas na interação de enfermeiro-paciente durante a aplicação de braquiterapia de baixa taxa de dose, utilizando para isso uma nova ferramenta de pesquisa clínica para o cuidado de enfermagem aos pacientes com câncer, que é a gravação contínua em vídeo.

Os estudos relacionados à experiência de mulheres com câncer ginecológico submetidas à aplicação de braquiterapia de modo geral objetivaram compreender esta experiência; de modo mais específico, Clapis e Mamede (1996) buscaram identificar as dificuldades e problemas vivenciados pelas pacientes submetidas ao tratamento de cesiomoldagem (braquiterapia), além de oferecerem subsídios às enfermeiras para melhor compreensão dessa vivência, em sua atuação como elemento de apoio durante a assistência prestada. Warnock (2005) objetivou explorar a experiência das pacientes nos diferentes momentos do seu tratamento, a saber, antes, durante e depois da aplicação de braquiterapia.

Já os trabalhos referentes aos efeitos colaterais e qualidade de vida de pacientes submetidos ao tratamento de câncer tiveram objetivos diferentes: a descrição de efeitos colaterais e mudanças na qualidade de vida em pacientes recebendo braquiterapia de alta taxa de dose para câncer dos brônquios e ginecológico (FIELER, 1997); a investigação da qualidade de vida em pacientes em remissão clínica após o tratamento para câncer ginecológico (que envolveu várias modalidades, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia externa e braquiterapia), buscando apreender se haveria diferenças na qualidade de vida relacionadas à modalidade de tratamento, e se os efeitos colaterais estariam relacionados ao tempo (CARLSSON; STRANG; BJURSTRÖM, 2000); a investigação de problemas de ajustamento psico-sexual pós-tratamento em mulheres tratadas para o câncer de útero e endométrio que receberam várias modalidades de tratamento (cirurgia, radioterapia externa, braquiterapia), bem como o impacto do funcionamento sexual pós-tratamento sobre a qualidade de vida geral, e as necessidades psico-sexuais das mulheres e seus parceiros (JURASKOVA et al., 2003).

Brandt (1991) procurou determinar os tipos de necessidades de informação de pacientes com câncer recebendo braquiterapia, o grau de informação recebida e

participação no cuidado médico que os pacientes desejam, e as relações entre necessidades de informação e as seguintes variáveis selecionadas: preferência de participação, idade, educação, estágio da doença e estado emocional. Já Andersen e Adamsen (2001) objetivaram medir a quantidade de tempo usada para o cuidado de enfermagem a pacientes com câncer ginecológico e anal expostos à braquiterapia de baixa taxa de dose, tanto quanto investigar e descrever a interação e comunicação entre pacientes e enfermeiros durante o tratamento de radioterapia interna.

Com relação à sexta dimensão de análise, sobre a estratégia metodológica empregada, as pesquisas se equilibraram no uso das abordagens quantitativa e qualitativa. Esta última foi utilizada no trabalho de Juraskova et al. (2003) e nos trabalhos cujo tema foi a experiência de pacientes com câncer ginecológico submetidas ao tratamento de braquiterapia, entretanto, um deles foi um estudo de abordagem quanti-quali (WARNOCK, 2005). Também o estudo de Andersen e Adamsen (2001) mesclou as diferentes abordagens, usando análise estatística para avaliar o tempo de duração do tratamento de braquiterapia, e análise qualitativa para apreender como se estabeleceu a interação entre enfermeiro-paciente ao longo deste tratamento. Os demais utilizaram abordagem quantitativa, com aplicação de questionários e outros instrumentos.

Contemplando a sétima dimensão de análise, os estudos mostraram-se convergentes em vários aspectos de seus resultados. A importância do fornecimento de informação previamente à aplicação de braquiterapia, constituindo-se como um recurso que pode auxiliar no enfrentamento deste tipo de tratamento, foi reportada pela metade dos trabalhos (BRANDT, 1991; CLAPIS; MAMEDE, 1996; VELJI; FITCH, 2001; WARNOCK, 2005). Entretanto, as informações e orientações recebidas nem sempre prepararam suficientemente as mulheres para o tipo de situação que iriam vivenciar;

além disto, mesmo quando as pacientes se sentiam bastante informadas sobre seu tratamento, ainda assim havia muitas preocupações e ansiedade antes da realização do mesmo. Isto pode ser explicado pelo fato de que a braquiterapia constitui-se como um evento estressante para as pacientes, pelas próprias características desta modalidade de tratamento, impondo às mulheres uma série de desafios.

Quando o tratamento preconizado é a braquiterapia de baixa taxa de dose, as pacientes poderão permanecer continuamente com o implante radioativo por até quatro dias, e isto traz uma série de conseqüências às mulheres submetidas a esta situação. Clapis e Mamede (1996); Velji e Fitch (2001) e Warnock (2005) apontaram dificuldades sentidas pelas pacientes com relação à restrição ao leito e à impossibilidade de movimentação da região pélvica, para não haver deslocamento do aparelho; com relação à dor, sobretudo dor nas costas, dor devido à imobilidade, e dor na retirada do implante; ao tempo de duração do tratamento; ao isolamento; à fadiga; a dificuldades com a alimentação. Medicções analgésicas foram administradas para diminuição e controle da dor. Diante das condições de isolamento e demora do tratamento, as mulheres buscaram estratégias de enfrentamento, como assistir televisão, ler, ouvir música, refletir sobre sua vida, etc.

O tratamento de braquiterapia trouxe uma série de efeitos colaterais para as pacientes, como fadiga, alterações na freqüência urinária e ardência urinária (FIELER, 1997); também problemas com diarréia foram associados a este tipo de radioterapia (FIELER, 1997; CARLSSON; STRANG; BJURSTRÖM, 2000). De acordo com os autores, os efeitos foram mais intensos imediatamente após o tratamento, entretanto, alguns problemas persistiram ao longo do tempo, mesmo com o término do tratamento.

Com relação ao ajustamento sexual após o tratamento para câncer ginecológico, investigado pelo estudo de Juraskova et al. (2003), mulheres submetidas a tratamentos

que combinaram radioterapia externa e braquiterapia referiram que suas maiores dificuldades estavam relacionadas à atividade sexual e à satisfação sexual pós-tratamento. Diminuição da lubrificação vaginal, com conseqüente dispareunia; perda de sensações; redução da libido e encurtamento da vagina foram mudanças físicas mais referidas pelas mulheres irradiadas. Seus parceiros estavam receosos com relação à retomada do relacionamento sexual, devido ao medo de lhes causarem dor ou danos físicos. Ressaltou-se a importância do fornecimento de informações acerca de possíveis efeitos dos tratamentos sobre a vida sexual das mulheres. O estilo de enfrentamento das pacientes influenciou o reajustamento sexual e qualidade de vida, independentemente das modalidades de tratamento. Os dados sugeriram que as mulheres que utilizaram estratégias ativas de enfrentamento (como espírito de luta, determinação e cooperação) consideraram o tratamento e seus efeitos colaterais mais toleráveis e menos estressantes, mesmo quando deparadas com procedimentos invasivos como a braquiterapia.

Considerando que o tratamento de braquiterapia traz dificuldades às mulheres, sejam antes, durante, um tempo depois e bastante tempo depois de sua administração, a maioria dos estudos ressaltou a importância do conhecimento destas implicações pelos profissionais que assistem as pacientes, sobretudo os enfermeiros. Andersen e Adamsen (2001) encontraram em seu estudo que, a despeito da quantidade de tempo que enfermeiros tinham para proporcionar atenção e cuidado às pacientes, este tempo foi subutilizado, e a comunicação com as pacientes centrou-se sobre o cuidado físico, em detrimento de questões psicológicas.

Os estudos apreendidos, referentes ao tratamento de braquiterapia para câncer ginecológico e a questões psicológicas, se voltaram para uma compreensão das experiências das mulheres com este tipo de radioterapia, bem como seus efeitos na qualidade de vida das pacientes. A aplicação de braquiterapia, e seus efeitos colaterais,

impõem uma série de dificuldades físicas e psicológicas, e é importante que os profissionais de saúde compreendam melhor estas dificuldades, para que possam auxiliar as mulheres no enfrentamento desta modalidade de tratamento. Entretanto, senti falta, nestes estudos, de um aprofundamento do lado emocional. Embora tenham apontado para dificuldades psicológicas sentidas pelas mulheres, não tiveram estudos privilegiando, por exemplo, uma investigação de aspectos e questões inconscientes em pacientes tratadas com braquiterapia. Possivelmente isto aconteceu porque quase não houve trabalhos feitos por pesquisadores da área da Psicologia.

Considerando-se o exposto, o presente estudo propõe-se a contribuir com o olhar da Psicologia para a compreensão de aspectos psicológicos em mulheres submetidas à braquiterapia. Os estudos revisados, embora ainda escassos, apontaram para a incidência de sentimentos de desconforto emocional, angústia, ansiedade e preocupações nas mulheres, especialmente relacionadas a questões envolvendo a vivência da sexualidade. Sendo assim, é importante considerar os aspectos subjetivos que podem ser mobilizados nas pacientes. Compreender tais aspectos pode contribuir com subsídios aos profissionais de saúde para a implementação da assistência integral à mulher com câncer ginecológico, em particular ao tratamento que envolve aplicações de braquiterapia.

Neste sentido, considero relevante pensar no incremento da produção já existente, justificando assim minha escolha por realizar esta pesquisa.

4. OBJETIVO

Esta pesquisa qualitativa buscou compreender aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia de alta taxa de dose num hospital universitário de Ribeirão Preto.

5. RECURSOS METODOLÓGICOS

5.1. O Método Clínico-Qualitativo

Inicialmente, antes de apresentar o método clínico-qualitativo, escolhido para a realização deste trabalho e que se constitui como uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências do Homem, considere relevante tecer algumas considerações a respeito destes últimos.

Os métodos qualitativos têm uma história mais recente do que os métodos quantitativos, empregados nas Ciências Naturais. Estes se iniciaram com o próprio surgimento da ciência moderna, em meados do século XVI. Até esta época, as preocupações do homem com a descoberta e entendimento da natureza eram conduzidas por explicações religiosas, pelo conhecimento filosófico e pelo senso-comum. Posteriormente, teve início uma linha de pensamento que almejava compreender as relações entre as coisas da natureza e a explicação dos acontecimentos, adquirindo um conhecimento com maiores garantias, utilizando para isto a observação científica, juntamente com o raciocínio. Coube a Galileu Galilei o pioneirismo no emprego do método científico – uma tentativa de sistematização das atividades. Ele considerava que o conhecimento da essência íntima das substâncias individuais deveria ser substituído pela descoberta da lei que preside os fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 1991).

A corrente positivista fundada por Augusto Comte entendia como estudos científicos aqueles que recaíam sobre os fatos conhecidos pelas pessoas, ou seja, que eram passíveis de observação (TRIVIÑOS, 1987). Neste sentido, como colocam Martins e Bicudo (1989), o Positivismo orientou-se para a ciência enquanto um sistema de proposições e de procedimentos, reduzindo os sujeitos a detentores das fórmulas

metodológicas, não se ocupando do inquirido do próprio sujeito conhecedor. A ciência dos fatos excluiu de suas indagações as questões ligadas ao homem e sua existência.

De acordo com Turato (2005), a história dos métodos qualitativos, ou compreensivo-interpretativos, data de pouco mais de um século, aglutinando-se às idéias de se criarem as Ciências Humanas, em contraposição às já estruturadas Ciências Naturais. Entretanto, o autor ressalta que há bastante tempo, no campo dos estudos da Filosofia, já existia uma preocupação em compreender o próprio homem, tendo-o como objeto de investigação.

A metodologia das ciências humanas teve grande impulso com as idéias do historiador Dilthey. Em seus trabalhos, ele buscou alicerçar o estudo da história e da sociedade em bases diversas daquelas utilizadas nas ciências físico-naturais (PERESTRELLO, 1974). Em oposição ao positivismo, Dilthey considerava que os fatos humanos não eram passíveis de quantificação e de objetivação, resgatando-lhes um sentido próprio e identidade peculiar, necessitando de uma compreensão específica e concreta (MINAYO, 1996).

Os pensadores da época, segundo Turato (2003), começaram a perceber a impropriedade dos métodos das ciências experimentais para a compreensão dos fenômenos referentes ao homem e à cultura.

O caráter científico dos métodos qualitativos foi marcado inicialmente pelos trabalhos dos antropólogos e sociólogos, posteriormente se estendendo a metodologia de pesquisa qualitativa a outras áreas, como a educação (TRIVIÑOS, 1987; VIDICH; LYMAN, 1994). Turato (2005) ressalta ainda as importantes contribuições de Marx e Freud para a sustentação da cientificidade das ciências humanas, através do desvelamento, pelo primeiro pensador, dos mecanismos da Ideologia que atua nos

grupos da sociedade, e através da revelação dos mecanismos do Inconsciente que atuam no mundo psíquico das pessoas, pelo segundo.

Tendo por pano de fundo esses antecedentes históricos, destacarei a seguir as principais características do que se denominou método qualitativo de pesquisa no contexto das Ciências do Homem. O intuito de enunciá-las é para que eu possa, posteriormente, apresentar a concepção específica do método clínico-qualitativo, diferenciando-o dos métodos qualitativos gerais.

Denzin e Lincoln (1994) trazem uma definição genérica de pesquisa qualitativa. As autoras colocam que ela é uma pesquisa multimetodológica em seu foco, envolvendo uma abordagem naturalística e interpretativa para o seu assunto. Os investigadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural e procuram dar sentido ou interpretar fenômenos de acordo com os significados que as pessoas trazem para eles.

Neste tipo de estudo, o instrumento principal é o próprio pesquisador, que se introduz no local da investigação e despende bastante tempo em contato direto com os sujeitos, realizando a coleta e o registro dos dados. Outra característica de uma pesquisa qualitativa é sua preocupação com a descrição dos fenômenos, e não com a apresentação de dados numéricos (BOGDAN;BIKLEN, 1994).

É importante esclarecer a concepção de fenômeno utilizada na abordagem qualitativa. O pesquisador quantitativo trabalha com *fatos*, enquanto que o pesquisador num estudo qualitativo trabalha com *fenômenos*. Fato, numa concepção positivista, é tudo aquilo que pode ser estudado de modo objetivo e rigoroso enquanto objeto da Ciência. Já a expressão fenômeno significa aquilo que se mostra em si mesmo, aquilo que é manifesto (MARTINS;BICUDO, 1989). Os autores ainda ressaltam que “a idéia de fenômeno assume o sentido da entidade que se mostra em um local situado; e isso é que é o *locus* de um objeto com respeito aos eventos. [...] O fenômeno mostra-se a si

mesmo, situando-se. O fato é controlado após ter sido definido” (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 22).

Bogdan e Biklen (1994) ressaltam que numa pesquisa qualitativa seus investigadores interessam-se mais pelo processo, em detrimento dos resultados ou produtos. Os dados são analisados de forma indutiva, os pesquisadores não apreendem dados ou provas objetivando confirmar hipóteses que foram previamente colocadas, mas as abstrações são construídas à medida que os dados recolhidos vão se agrupando.

Sobre a amostragem, quando se desenvolve um estudo qualitativo, seus critérios de construção divergem sobremaneira daqueles utilizados nos trabalhos quantitativos. Em uma pesquisa qualitativa, conforme aponta Minayo (1996, p. 102):

preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério portanto não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Após esta breve introdução e explanação a respeito das características gerais de um estudo conduzido nessa abordagem, serão apresentadas as especificidades do método clínico-qualitativo, enquanto uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas.

Esta proposta de trabalho de investigação científica é o resultado de uma união seletiva entre duas áreas metodológicas densas (TURATO, 2003). Assim coloca o autor:

[...] temos, de um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos) de pesquisa desenvolvidos a partir das Ciências do Homem e, de outro lado, os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, como historicamente no campo da prática da medicina clínica. Em outras palavras: o método de que aqui falamos não se situa apenas sob os

referenciais paradigmáticos convencionalmente usados na sociologia compreensiva e na antropologia cultural, mas a partir deles, e diferentemente do que constatamos na literatura da pesquisa destas duas disciplinas, busca lançar mão de conceitos empregados da, ou melhor, deliberadamente buscados na prática clínica histórica e na psicanálise, para marcarem-se o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares em campo e, finalmente, a interpretação dos resultados do trabalho clínico-qualitativo (p. 225-226).

Turato (2003) ressalta que uma almejada atitude existencialista deve estar presente no pesquisador clínico-qualitativista, é a percepção das próprias **angústias** e **ansiedades** que o conduzirá na busca da compreensão profunda das questões humanas. Reconhecendo estes elementos em si mesmo, poderá identificar-se com os sujeitos de seu estudo, acolhendo humanamente as angústias e ansiedades destes. Complementa o autor que as pessoas que vivenciam determinadas condições ligadas a um problema de saúde podem apresentar certo sofrimento relacionado às mesmas. Deste modo, o estudioso das questões humanas estará atento à captura deste estado de sofrimento existencial, inclinando sua escuta e seu olhar aos indivíduos.

A opção por este modo de trabalhar com pesquisa qualitativa na área da saúde não implica necessariamente que se tenha graduação em Filosofia, ou se trabalhe com ela, nem tampouco requer alguma formação em Psicanálise. Conforme resume Turato (2003, p. 230), “basta ser um intelectual sensível ao convite da filosofia e da psicanálise para conhecer-lhes o que de simples e básico oferecem como instrumento de trabalho humanístico de pesquisa”.

A metodologia de pesquisa clínico-qualitativa sustenta-se, então, sob três pilares: a atitude existencialista de valorização dos elementos “angústia” e “ansiedade” que estão presentes na existencialidade dos sujeitos a serem estudados; a atitude clínica que consiste na acolhida do sofrimento emocional destas pessoas, deixando-se guiar pelo desejo e hábito de proporcionar ajuda, inclinando-lhes a escuta e o olhar, e finalmente a

atitude psicanalítica do uso de concepções que provêm da dinâmica do inconsciente dos indivíduos – estas concepções serão úteis para a construção e a aplicação dos instrumentos auxiliares, assim como para referencial teórico utilizado na discussão dos resultados da pesquisa (TURATO, 2003).

Considerando as particularidades da presente metodologia, ocorre uma ruptura epistemológica entre esse modelo e outras pesquisas qualitativas, mesmo na área da saúde (TURATO, 2003). Com as próprias palavras do autor:

[...] descobrimos, pouco a pouco, que os instrumentos de pesquisa, os procedimentos em campo, bem como os referenciais teóricos para a discussão dos resultados, tudo enfim carecia de uma metodologia particularizada. Esta deveria pensar um método com peculiaridades: que valorizasse e explicitasse as preocupações existenciais do pesquisador, que o inquietam na busca do sujeito, e que considerasse as fortes influências da instância do inconsciente humano na fala e no comportamento daquele sujeito, buscado com uma atitude clínica por parte do pesquisador (p. 233-234).

Por fim, cumpre apresentar a definição de método clínico-qualitativo, com as próprias palavras de seu autor:

A partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade. (TURATO, 2003, p. 242)

Gostaria de relatar, em seguida, como efetuei a escolha deste método. Adotei esta atitude por acreditar que, mais importante que um método em si, é o **sentido** que

ele adquire para o pesquisador. Sendo assim, considero significativo explicitar **como** o método clínico-qualitativo passou a existir para mim, e **o porquê** de sua escolha.

A partir da definição de meu objetivo de pesquisa, se fazia premente encontrar um método **compatível** não somente com este objetivo e com o tipo de pesquisa (qualitativa), mas comigo, com meu jeito de ser, com aquilo que acredito. Eu precisava me conciliar/harmonizar com um método.

Antes de ingressar no curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, ainda no período de elaboração do projeto de pesquisa, fui apresentada ao método clínico-qualitativo por minha futura orientadora. Recordo-me da leitura de alguns trechos do livro que trata sobre tal método... tudo era muito novo, o texto não estava organizado e integrado dentro de mim a ponto de revelar uma imagem nítida. Entretanto, como um quadro inacabado, mas já colorido de tinta, eu acreditava saber um pouco do que se tratavam aqueles “borrões”, o que queriam dizer. Chamou-me a atenção a parte que li sobre os três pilares sustentadores da metodologia clínico-qualitativa. Este foi o ponto de partida para mobilizar meu interesse por este modo de fazer pesquisa qualitativa.

Após o ingresso no curso, continuei lendo sobre o método clínico-qualitativo, e percebi que o **sentido** e a **compatibilidade** que eu almejava se faziam cada vez mais presentes. Considerei profundamente minhas características pessoais para efetuar a escolha deste método, num processo bastante dinâmico. Assim, se integrou dentro de mim o que eu buscava, e o que o método oferecia. Assim, me senti devidamente instrumentalizada para desenvolver meu trabalho de pesquisa.

5.1.1. Técnicas para coleta de dados

Ao discorrer sobre as técnicas científicas, Turato (2003) considerou oportuno fazer uma diferenciação entre “técnica” e “método”, pois que ambos muitas vezes são utilizados como sinônimos. Com as palavras do próprio autor:

O termo *método* vem sendo entendido, neste tratado, como uma concepção mais ampla, como um meio geral de conduzir-nos cientificamente a objetivos propostos segundo a natureza destes; enquanto uma técnica, como uma concepção mais restrita, ganha o significado de meios específicos de se viabilizar tal e qual método, podendo por sua vez cada um destes vir a comportar várias técnicas (p. 305).

Neste sentido, o método clínico-qualitativo será viabilizado pelas técnicas clínico-qualitativas, a saber, a entrevista semidirigida de questões abertas e a observação e auto-observação de fenômenos emergentes no *setting* da entrevista (TURATO, 2003).

A entrevista é considerada uma técnica de investigação científica em Psicologia, tendo seus próprios procedimentos ou regras empíricas, com os quais o conhecimento científico pode ser ampliado, verificado e aplicado (BLEGER, 1980).

Esta técnica é utilizada para diversas finalidades, entretanto, conforme ressalta Turato (2003), num estudo clínico-qualitativo a entrevista se caracteriza como um encontro interpessoal preestabelecido, uma relação “entre-olhos” criada para objetivos de pesquisa. O autor aponta algumas características a serem consideradas quando do emprego da técnica:

- 1) ela se constitui numa **relação assimétrica**, estando o técnico no papel de pesquisador que detém um saber científico, e o convidado sendo o receptor da abordagem técnica;
- 2) há **emergência parcial da personalidade**, pois é inviável a manifestação de sentimentos, pensamentos e posturas do entrevistado em sua totalidade;

- 3) as **ansiedades psicológicas normais** se produzem em ambos, entrevistador e entrevistado, por conta de uma esperada desorganização da personalidade diante de uma situação ainda desconhecida e perigosa ao ego;
- 4) a **ansiedade como termômetro** possibilita a manifestação de oscilações emocionais sinalizadoras da entrada em questões investidas de afeto;
- 5) o **entrevistador** se mantém **dissociado** reservando parte de sua personalidade para identificação projetiva com o entrevistado, estando a outra parte com atuação fora, para observação e controle de possíveis intercorrências;
- 6) há **alternâncias no comando da direção** da entrevista por ambos, revezando-se em acordo subliminar;
- 7) ocorrem **interposições propositais de liderança do entrevistador** solicitando o prolongamento da fala do entrevistado, se esta for considerada incompleta, e o esclarecimento de pontos obscuros;
- 8) o **discurso com livre associação de idéias** possibilita respeitar quaisquer expressões do entrevistado que sejam desencadeadas por estímulos internos ou externos a si;
- 9) a colocação de **questões abertas** é feita pelo entrevistador, mas a resposta tem o conteúdo organizado pelo entrevistado;
- 10) há a **valorização da transferência** considerando a atualização de sentimentos e atitudes inconscientes do entrevistado na relação com certo entrevistador;
- 11) há as **transferências coexistentes e alternantes** que são as transferências positiva e negativa normais e esperadas frente a características da pessoa do entrevistador;
- 12) ocorre uma **revisão da vida pessoal** de ambos entrevistador e entrevistado, e
- 13) a entrevista é regida pelo **princípio gestáltico**, considerando as manifestações do entrevistador e do entrevistado como partes da configuração de um todo.

Conforme coloquei anteriormente, a técnica da observação, concomitante com a auto-observação, também é um componente do trabalho de campo numa pesquisa clínico-qualitativa. O entrevistador dirigirá parte de sua atenção ao comportamento global do sujeito durante o curso da entrevista, ou seja, a linguagem verbal e não-verbal, a apresentação pessoal do informante, etc. Além disto, contará com a observação de elementos mobilizados em si mesmo como respostas às manifestações do entrevistado quando da realização do encontro. Após a entrevista, o pesquisador deverá registrar suas percepções, fazendo da observação e auto-observação instrumentos auxiliares de pesquisa (TURATO, 2003).

Turato (2003) ainda ressalta que pode haver coleta de dados complementares – pessoais e clínicos – junto aos registros escritos, como os prontuários das instituições de saúde e junto à equipe clínica responsável por eles, sendo esta tarefa realizada após a coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa. Tais informações complementares, de acordo com o autor, podem servir como contrapontos e associações com os dados colhidos junto aos entrevistados.

Apresentadas então as técnicas clínico-qualitativas, farei uma exposição dos procedimentos que são previstos para o trabalho de campo do presente modelo de pesquisa.

5.1.2. Procedimentos previstos para a etapa de campo

Minayo (1996) conceitua *campo*, na pesquisa qualitativa, como “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação (p. 105)”. Numa pesquisa clínico-qualitativa, o *campo* configura-se como o espaço físico no qual o investigador julga encontrar as

pessoas que poderão falar sobre o tema definido em seu projeto de pesquisa, almejando um inter-relacionamento com as mesmas a fim de ouvir um discurso pertinente e observar sua postura (TURATO, 2003).

O trabalho de campo na pesquisa clínico-qualitativa envolverá alguns procedimentos, que serão apresentados em seguida, situando-os na diferentes fases deste tipo de estudo, de acordo com o autor (TURATO, 2003):

- **Fase de aculturação:** deverá o pesquisador ambientar-se ao campo e estabelecer relações com as pessoas deste local (a equipe de saúde, os usuários, etc.). Posteriormente, realizará as entrevistas de aculturação, que são entrevistas do tipo livre, com o intuito de reorganizar seu roteiro inicial de entrevista a partir do que ouviu e observou nesta fase;
- **Fase de coleta de dados:** considerada a etapa da realização das entrevistas propriamente ditas. Inicialmente, o investigador faz a seleção dos sujeitos, de acordo com critérios gerais e específicos, posteriormente convidando-os para a participação na pesquisa. As entrevistas deverão ser agendadas de comum acordo, e realizadas em local reservado, para a manutenção da privacidade da relação.

5.2. Contexto do estudo

Realizei esta pesquisa junto ao Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Este hospital pertence ao Sistema Único de Saúde e atende pacientes da cidade de Ribeirão Preto e região. Caracteriza-se como um hospital-escola, dedicado ao ensino, pesquisa e assistência, e comporta diariamente docentes, alunos, estagiários, residentes de

Medicina, aprimorandos, pós-graduandos, funcionários e usuários que recorrem aos atendimentos oferecidos pela instituição.

No período em que efetuei este estudo, o Serviço de Radioterapia do HC/FMRP-USP recebia pacientes encaminhados de clínicas da própria instituição – através da solicitação de interconsulta, haja vista que estavam em tratamento para o câncer neste local, de hospitais e serviços da região ligados ao SUS, e também de serviços particulares conveniados ao Hospital das Clínicas. Considerando particularmente a rotina de atendimento às pacientes com câncer ginecológico encaminhadas ao Serviço de Radioterapia, fosse por solicitação interna ou externa, assim que elas compareciam ao local era-lhes agendada uma primeira consulta com um médico radioterapeuta. Nesta consulta, o profissional realizava o planejamento do tratamento, seja com teleterapia ou braquiterapia. As pacientes poderiam fazer um tipo de radioterapia, ou uma combinação entre estas duas modalidades, quando fosse o caso.

Com relação às aplicações de braquiterapia neste serviço, elas eram realizadas durante a semana, especificamente às quartas, quintas e sextas-feiras, por médicos radioterapeutas diferentes para cada dia. Quando ficava definido, no planejamento do tratamento, que as pacientes precisariam se submeter à braquiterapia, o médico fazia a programação para as aplicações, realizadas em quatro ou mais sessões, dependendo do caso. Cada aplicação era feita uma vez por semana (na quarta, na quinta ou na sexta-feira). Havia necessidade do intervalo de uma semana devido à dosagem de irradiação (braquiterapia de alta taxa de dose). As pacientes também recebiam assistência da equipe de Enfermagem durante o tratamento, e havendo necessidade, eram atendidas pela assistente social do serviço (que fazia uma avaliação dos casos no dia do agendamento para a consulta com o radioterapeuta). Solicitava-se às pacientes comparecerem ao hospital com um acompanhante durante o tratamento; no dia da

última aplicação de braquiterapia, após a sessão, o radioterapeuta fazia uma consulta para a avaliação do tratamento, e programação de alta das pacientes, quando então elas poderiam retornar à clínica ou serviço/hospital de origem.

À época em que realizei esta pesquisa, a equipe clínica e técnica responsável pela assistência às pacientes submetidas à braquiterapia era constituída por: três médicos radioterapeutas, dois auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, três físicos, uma técnica de radiologia (contratada para exercer função de técnica de radioterapia, após treinamento no próprio serviço) e dois aprimorandos pelo Programa de Aprimoramento em Física Médica. Havia uma psicóloga contratada para atuar junto aos pacientes de diversas clínicas oncológicas do hospital, e que eventualmente poderia atender ou acompanhar pacientes em tratamento radioterápico, caso fosse solicitado atendimento aos mesmos, através de pedido de interconsulta pela equipe do Serviço de Radioterapia, ou a profissional já estivesse realizando acompanhamento psicológico quando do início da radioterapia.

5.3. Amostra

Retomando o objetivo ao qual me propus para a realização desta pesquisa, a saber, a compreensão de aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia, somente poderia incluir neste estudo as pessoas que tinham esta vivência.

Conforme ressaltam Bogdan e Biklen (1994, p. 87), “a escolha do que estudar implica sempre ter acesso aos sujeitos envolvidos no estudo, bem como a avaliação das possibilidades de conseguir esse acesso”. Deste modo, como colocado mais acima, escolhi o Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de

Ribeirão Preto – USP, compreendendo que encontraria neste local as pessoas cujas características pessoais poderiam trazer as informações que eu necessitava para contemplar os objetivos de meu trabalho.

Assim, a amostra desta pesquisa foi intencional, e composta por sete mulheres que preencheram os seguintes critérios de inclusão: a idade acima de 18 anos, o diagnóstico clínico confirmado de câncer ginecológico, a informação clara deste diagnóstico, a vinculação ao Serviço de Radioterapia do HCFMRP-USP para realização de braquiterapia de alta taxa de dose, a concordância em participarem do estudo, a disponibilidade de um tempo livre para submeterem-se ao estudo, condições intelectuais, emocionais e físicas que possibilitassem sua expressão de modo natural a respeito do assunto deste trabalho.

Segue abaixo, no Quadro 1, uma caracterização mais detalhada das participantes com relação a algumas variáveis sócio demográficas e clínicas:

Quadro 1 – Perfil sócio demográfico e clínico das participantes do estudo

Nome*	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Nº Atual de Filhos	Tipo de Neoplasia
Wilma	45	Casada	Ensino Fundamental (4ª série)	Doméstica	6	Câncer do colo do útero
Joana	46	Casada	Superior Completo	Publicitária	1	Câncer do colo do útero
Lúcia	56	Casada	Ensino Fundamental (2ª série)	Do lar	7	Câncer do colo do útero
Célia	43	Viúva	Ensino Fundamental (1ª série)	Do lar	7	Câncer do colo do útero
Rita	58	Casada	Ensino Fundamental (2ª série)	Do lar	4	Câncer do colo do útero
Yara	66	Divorciada	Ensino Fundamental (4ª série)	Do lar	4	Câncer do colo do útero
Helena	51	Casada	Ensino Fundamental (4ª série)	Do lar	3	Câncer de endométrio

*Os nomes foram alterados com o intuito de preservar a identidade das participantes.

De acordo com as informações do quadro, as participantes deste estudo compõem uma amostra situada na faixa etária entre 43 e 66 anos, ou seja, mulheres de meia-idade, no período do climatério, sendo a maioria casada, de baixa escolaridade, cuja ocupação centra-se mais nos afazeres do lar, predominantemente multíparas e cujo diagnóstico foi, sobretudo, o de câncer do colo do útero. Sem uma pretensão de generalização destes dados, haja vista se tratar de um estudo qualitativo, algumas características chamaram-me a atenção. Joana é a única participante que possui o ensino superior completo, exerce uma profissão mais característica das classes média e/ou alta, sendo também a única a ter apenas um filho. Para esta amostra, parece haver uma relação entre escolaridade e ocupação/número de filhos.

O critério que utilizei para o fechamento da amostra foi a saturação dos dados (TURATO, 2003), ou seja, após a realização das sete entrevistas, considerei dispor de informações suficientes que puderam contemplar o meu objetivo de pesquisa, pois o material passou a apresentar repetições em seu conteúdo.

A fase de coleta de dados compreendeu o período entre março e junho de 2006. Neste intervalo, dez mulheres estiveram em acompanhamento no serviço para a realização de braquiterapia. Estabeleci contato com todas as pacientes apresentando-me como pesquisadora e convidando-as a participarem do estudo. Entretanto, cumpre ressaltar que três mulheres não puderam ser incluídas na pesquisa. Embora eu tenha agendado, previamente e de comum acordo, um encontro com cada uma delas para explicitação detalhada dos objetivos da pesquisa (e que chegou a acontecer, sendo feito em uma sala reservada, no próprio serviço), alguns critérios de inclusão não puderam ser contemplados. Uma das pacientes não apresentou condições emocionais que possibilitassem sua expressão natural sobre o assunto da pesquisa. Com outra mulher,

embora tivéssemos estabelecido um *rapport* inicial, o encontro precisou ser interrompido porque a paciente foi chamada para uma consulta médica. Combinamos então um novo agendamento, que seria em seu próximo retorno ao hospital, mas a paciente apresentou dificuldades em comparecer ao serviço, o que inviabilizou um novo contato com a mesma. Por fim, uma terceira paciente não foi incluída no estudo porque, embora eu tenha colocado que o encontro seria para fins de pesquisa, na compreensão dela nós teríamos uma conversa informal.

Este estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, tendo sido aprovado (Anexo A) juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), que foi elaborado em observância às determinações da legislação vigente para pesquisa com seres humanos.

5.4. A construção dos encontros

O principal instrumento de coleta de dados em uma pesquisa clínico-qualitativa é o próprio pesquisador. Será ele, com suas características pessoais, motivações e percepções, que dará vida ao trabalho. Refletindo sobre características pessoais, recordei-me de um material que li há algum tempo. Seu autor, um psicanalista, discorria sobre traços de caráter que ele procuraria em um aspirante à terapeuta (CALLIGARIS, 2004). Quando li suas considerações, ocorreu-me, de certa forma, que os tais “traços” se assemelhavam às características que uma pessoa inclinada à pesquisa clínico-qualitativa poderia ter.

Calligaris (2004), dirigindo-se ao leitor – o suposto “aspirante à terapeuta”, colocava que este deveria gostar das palavras e ter um carinho espontâneo pelas

pessoas, mesmo que estas fossem diferentes. Propunha também que o leitor conversasse com dois ou três moradores de rua, e os deixasse falarem livremente. E se conseguisse escutar, sem se recuar ou assustar caso estes indivíduos lhe passassem a mão encardida na camisa ou no braço, passaria no “teste”.

Uma extrema curiosidade pela variedade da experiência humana, com o mínimo possível de preconceito, também seria um atributo importante. O futuro terapeuta pode e deve ter suas crenças e convicções, entretanto, se as mesmas acarretarem aprovação ou desaprovação moral preconcebidas das condutas humanas, a chance de ser um bom terapeuta será reduzida (CALLIGARIS, 2004).

Ainda coloca o autor que, além de uma grande curiosidade pela variedade da experiência humana, seria interessante que o próprio futuro terapeuta, nesta variedade, tivesse certa “quilometragem” rodada. Ou seja, percebesse que ele mesmo não é um modelo de normalidade. A capacidade de considerar a variedade das vidas e das condutas com carinho e indulgência deverá vir da variedade “animada” da própria vida do terapeuta (CALLIGARIS, 2004).

Por fim, uma quarta característica que Calligaris (2004) esperaria encontrar nesse aspirante é uma boa dose de sofrimento psíquico. Será esta “dose” que motivará a busca por alguma ajuda ao longo da formação. Quem não possui seus conflitos, desistirá facilmente de uma exploração de questões internas. Além disto, durante os anos de profissão, muitas vezes o terapeuta duvidará da eficácia de sua prática, pois verá pacientes com grande dificuldade e resistência para deixarem seus sintomas. Mas poderá ter um conforto para prosseguir em seu trabalho caso considere que a prática que segue ajudou a pelo menos uma pessoa: ele mesmo.

Partindo de uma curiosidade pela compreensão de aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia, desejando ouvir, sem

preconceitos ou julgamentos, o que elas poderiam me contar, estando disposta a observar os sentimentos contratransferenciais despertados em mim (porque também tenho uma vida “animada”), buscando considerar e acolher as angústias destas mulheres, pois também sei o que é angústia, resolvi operacionalizar meu trabalho de campo.

Aproximei-me do Serviço de Radioterapia do HCFMRP-USP no final de 2005, mais precisamente em novembro, e fiz contatos com alguns profissionais explicando sobre a pesquisa e sobre meu desejo de realizá-la naquele local, obtendo as devidas autorizações. Surgiram algumas curiosidades, e um interesse com relação à pesquisa qualitativa que considerei muito bem vindo. Combinei com a equipe do serviço que retornaria a este local no início de 2006, realizando visitas para observar a rotina de atendimentos às pacientes encaminhadas à braquiterapia.

Efetuei, em fevereiro de 2006, a entrada efetiva no campo, realizando a fase de aculturação, já definida neste estudo. Procurei ambientar-me ao serviço, observando a rotina de tratamento das pacientes e conhecendo melhor as pessoas da equipe. Deste modo, pude amadurecer o modo como me aproximaria das mulheres para convidá-las a participarem da pesquisa.

Neste meu caminho como pesquisadora, e seguindo os passos do método clínico-qualitativo, escolhi a entrevista semidirigida de questões abertas como instrumento auxiliar de pesquisa, entretanto com apenas uma questão disparadora: **Gostaria que você me falasse como tem sido a vivência do seu tratamento – a braquiterapia** (Anexo C). A entrevista aberta permitiria que eu me lançasse num desconhecido, sem formulações prévias sobre questões referentes ao tratamento destas pacientes, suportando um pouco a ansiedade. Além disto, optei por manter um “diário de campo” também como instrumento auxiliar de pesquisa, registrando as observações e

auto-observações ocorridas durante a situação de campo e, posteriormente, no *setting* das entrevistas.

Após a obtenção da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, decidi realizar minha primeira entrevista – a entrevista de aculturação (que seria a entrevista semidirigida caracterizada acima). Eu já estava acompanhando uma paciente, Wilma, em suas aplicações. É importante explicitar que a equipe do serviço permitiu que eu permanecesse na sala de braquiterapia, na parte em que os físicos ficavam para fazer os cálculos, e que tinha o monitor de TV. Sempre que possível, eu observava as aplicações das pacientes, com o intuito de melhor compreender este tipo de tratamento. Assim, acompanhei Wilma em suas duas primeiras aplicações, e cogitei a possibilidade de realizar a entrevista de aculturação com ela.

Minha idéia inicial era realizar esta entrevista quando Wilma tivesse concluído todo o tratamento radioterápico, ou seja, todas as aplicações de braquiterapia. Deste modo, no dia em que ela compareceu ao serviço para a realização da terceira aplicação, decidi contatá-la para me apresentar e falar-lhe a respeito da pesquisa. Caso ela concordasse em participar, agendaria a entrevista para seu próximo retorno, pois ela concluiria o tratamento neste dia.

Os médicos e físicos da radioterapia estavam em uma reunião, e Wilma precisou aguardar um pouco. O auxiliar de enfermagem sugeriu que eu conversasse com ela antes do médico vir para a aplicação, e eu concordei. Ele providenciou uma sala e já chamou a paciente explicando que eu conversaria um pouco com ela. Apresentei-me à Wilma e expliquei-lhe sobre a pesquisa que iria desenvolver com mulheres que faziam o mesmo tratamento que o dela (a braquiterapia). Em seguida, informei os objetivos do estudo, coloquei que o trabalho poderia auxiliar os profissionais de saúde a compreenderem melhor como as pacientes tinham a experiência do tratamento;

expliquei umas três vezes, com a preocupação de que os objetivos do trabalho ficassem bastante esclarecidos. Ela pareceu compreender e concordou em participar, então propus fazermos a entrevista em seu próximo retorno ao hospital.

Na semana seguinte, Wilma compareceu para a realização da última sessão de braquiterapia. Ao término do procedimento, quando ela saiu da sala, me aproximei convidando-a para a realização da entrevista. Sua filha a estava esperando, Wilma perguntou se a moça poderia participar, eu expliquei que para o tipo de trabalho que eu estava desenvolvendo, necessitaria conversar somente com ela (paciente), para resguardo das informações. Solicitei que ela aguardasse meu preparo de uma sala reservada onde faríamos a entrevista, e de certo modo o meu preparo interno para esta primeira experiência. Logo em seguida convidei a paciente a me acompanhar até a sala.

Primeiramente, li o Termo de Consentimento retomando a explicação sobre os objetivos da pesquisa, e esclareci que Wilma poderia desistir de participar do estudo sem que isto lhe acarretasse qualquer prejuízo no atendimento que ela estava tendo no serviço. Em seguida, obtive alguns dados de identificação pessoal através de um roteiro utilizado em todas as entrevistas (Anexo C). Acredito que o fato de iniciar o encontro com este roteiro partiu de uma necessidade minha não apenas de coletar dados de identificação da participante, mas de possibilitar um tempo de *rapport*, uma espécie de preparação nossa (pesquisadora-entrevistada) para o momento da exploração do fenômeno sob investigação.

Wilma estava com 45 anos, completou a quarta série do Ensino Fundamental, estava casada havia trinta anos. Ela tinha seis filhos, já sofreu um aborto, e teve uma filha que posteriormente morreu. Residia com três filhos, sendo duas moças e um rapaz, além de um genro e um neto. Seu marido estava preso, em decorrência de ter cometido um assassinato, desde que ela começou o tratamento para o câncer. Percebi que a

paciente sentiu-se envergonhada ao dizer que o marido estava preso. Iniciei a entrevista pedindo que ela me falasse sobre o tratamento que ela estava fazendo (as aplicações de braquiterapia). Notei que no decorrer desta entrevista, a paciente falou bastante sobre a cirurgia que iria fazer, e também sobre a traição de seu marido com outra mulher, e ela se emocionou ao relatar este fato. Ela se prolongou mais nestes assuntos do que em relação às aplicações de braquiterapia, e eu me questioneei se ao invés de uma entrevista com apenas uma questão norteadora, não seria mais interessante preparar um roteiro com perguntas direcionadas para este tratamento. Entretanto, não levei esta idéia adiante porque considerei que isto fazia parte da minha ansiedade de pesquisadora principiante, e que o importante seria considerar o movimento associativo que eu e cada mulher iríamos estabelecer nos nossos encontros. Considerei esta entrevista de aculturação como a minha primeira entrevista de coleta de dados, compreendendo que ela fôra o ponto de partida para eu reafirmar a escolha da entrevista semidirigida com uma questão aberta.

A segunda mulher que entrevistei foi Joana. Eu já havia me questionado sobre o momento de realizar a entrevista (que foi por ocasião do contato com a terceira entrevistada, feito antes deste encontro com Joana, e será descrito mais adiante), não esperaria as mulheres realizarem todas as aplicações de braquiterapia. Deste modo, contatei Joana antes de sua terceira aplicação (teria um tempo suficiente pois o médico faria uma aplicação de braquiterapia em outra paciente). Ela estava muito comunicativa, esperei a paciente terminar uma conversa com uma das profissionais do serviço para me aproximar e falar sobre a pesquisa. Fomos para uma sala reservada, e eu explicitiei os objetivos do estudo. Joana perguntou se eu estava fazendo mestrado ou doutorado, eu disse que cursava o mestrado. Ela considerou a pós-graduação mais difícil que a graduação, também fez mestrado, e achou bastante trabalhoso.

Joana estava com 46 anos, casada pela segunda vez, residia com o marido e um filho de 26 anos, era publicitária. Pareceu ser uma mulher vaidosa, estava bem arrumada, maquiada, usava bijuterias. Durante a entrevista, ela falou bastante sobre o ocorrido em sua primeira aplicação. Ao decorrer do encontro, parecia estar gostando de falar, tive a impressão que estava bastante à vontade. Em alguns momentos riu, fez brincadeiras. Ao término da entrevista, quando desliguei o gravador, coloquei-me à disposição para qualquer esclarecimento envolvendo esta pesquisa, e ela também se colocou à minha disposição. Disse que eu tinha seu telefone e que ela gostaria de saber o resultado da pesquisa, pois tinha curiosidade em compreender como se conseguia organizar as falas das entrevistadas neste tipo de pesquisa de *opinião pública* (sic), como era possível encontrar um *denominador comum* de todo o material. Não me senti constrangida com estes questionamentos, expliquei-lhe que este processo eu também não conhecia a princípio, e que eu precisaria construí-lo. Ela fez mais algumas perguntas sobre meu mestrado, e então fiquei um pouco surpresa com esta curiosidade da paciente, embora tivesse me colocado à disposição para responder sobre suas dúvidas. Considerei muito natural de sua parte querer saber sobre meu trabalho que *ela* estava ajudando a elaborar, mas acredito que minha surpresa com suas perguntas residiu no fato de que nem eu mesma tinha as respostas, suas perguntas pareciam na verdade *minhas próprias perguntas*.

Lúcia foi a terceira mulher que entrevistei. No dia de sua primeira aplicação, após o procedimento, conduzi a paciente a uma sala reservada, apresentei os objetivos de meu trabalho e a convidei para participar. A paciente aceitou prontamente, disse que poderíamos conversar quando eu quisesse. Ela já foi contando sobre a dor que sentiu no momento em que o médico lhe inseriu o aplicador. Penso que Lúcia estava receptiva para nossa conversa e para a entrevista naquele momento, mas eu não me sentia

suficientemente preparada para ouvi-la, então achei melhor agendar com ela a realização da entrevista para o final de seu tratamento. Eu ainda mantinha minha primeira idéia de entrevistar as mulheres após todas as aplicações, não conseguia perceber que, feita a primeira sessão de braquiterapia, a entrevista se realizaria no momento que a paciente se sentisse à vontade para isso. Fiz uma supervisão com minha orientadora e conversamos sobre esta questão. Compreendi que deveria me guiar pelo tempo das pacientes, e assim optei por entrevistá-las no momento mais conveniente para as mesmas.

No dia de sua segunda aplicação, após a finalização do procedimento, Lúcia foi liberada e eu a convidei para conversarmos, tendo o cuidado de verificar se ela estava se sentindo bem para a realização da entrevista, pois ela sentira muita dor durante a aplicação, ao que ela respondeu que sim. Preparei uma sala reservada e pedi para a paciente me acompanhar, seu marido tinha ido com ela ao hospital e ficou esperando no corredor, sentado nas cadeiras.

Lúcia estava com 56 anos, era casada, tinha sete filhos, completou a 2^a série do Ensino Fundamental. Mantinha atividades do lar, mas já havia trabalhado na roça, com carteira de trabalho. Pareceu ser uma pessoa bastante simples, após a entrevista, mostrou-se preocupada, queria saber se ela tinha falado *certo*. Colocou que sentia dificuldade de se comunicar e de ser entendida, pois é descendente de espanhóis e fala “enrolado”. Eu confesso que achei um pouco difícil compreender o que a paciente me dizia na entrevista, em acompanhar os assuntos que ela trazia. Ela falou sobre outros temas, disse que nunca tinha ficado doente, esta era a primeira vez. Referiu que sempre foi uma pessoa muito ativa, por exemplo, acabava de ter um filho e logo em seguida estava cuidando de sua casa. Disse que estava sendo muito forte no enfrentamento deste tratamento. A paciente falou coisas muito interessantes após eu ter terminado de gravar,

e me arrependi de ter desligado o gravador. Finalizamos o encontro e ela referiu que poderíamos conversar num outro dia. Surpreendi-me com esta colocação sua e expliquei que a princípio seria uma entrevista apenas, mas se ela sentisse necessidade de me contar mais coisas, poderíamos conversar em outro retorno seu. Ela concordou; eu a acompanhei em outras aplicações, mas não chegamos a realizar outra entrevista.

Entrevistei Célia, quarta participante do estudo, antes de sua quarta aplicação de braquiterapia. Após preparar uma sala reservada para o encontro, chamei a paciente, expliquei sobre os objetivos da pesquisa, e ela concordou em colaborar com meu trabalho. Obtive as informações de identificação: Célia estava com 43 anos, completou a 1ª série do Ensino Fundamental, era viúva, tinha sete filhos, já trabalhou na roça e em padaria. Eu estava ansiosa nesta entrevista, fiquei com a impressão que a paciente poderia falar muito pouco, mas me surpreendi com este encontro. Célia falou bastante, e sobre assuntos tão interessantes que senti minha pesquisa crescendo. Ela falou bastante sobre a maternidade, mais do que sobre o tratamento com radioterapia. Gostei muito de entrevistá-la, e ela pareceu ser uma pessoa muito humilde.

Em um dos retornos de Rita, quinta entrevistada, apresentei-me a ela, expliquei sobre a pesquisa, convidando-a a participar. Fomos até uma sala reservada, explicito os objetivos do estudo, que a participante pareceu compreender, mas depois ela falou que não sabia o que era para fazer. Procurei explicar de modo mais simples e ela demonstrou entendimento, pois já foi me contando sobre o tratamento. Com esta paciente, senti que não precisaria obter os dados de identificação pessoal antes da entrevista, preferi deixá-la falar livremente, sem interrompê-la. Acredito que isto aconteceu porque eu mesma me permiti estar mais à vontade neste encontro, conforme me sentia mais segura no meu caminho de pesquisadora.

Considerarei esta entrevista de certo modo bem difícil de ser feita. Senti que a paciente estava ansiosa, preocupada se estava me falando *as coisas certas*, se eu estava lhe compreendendo. Mas penso que isto foi construído ali na **nossa** relação, pois eu pedia que ela me explicasse melhor o que estava contando (num sentido de entender o ponto de vista dela, e desejar que ela trouxesse mais informações sobre determinado assunto), e ela interpretava isto como se não estivesse sendo clara para mim. Questionei se a própria situação de entrevista não foi angustiante para ela, pois me pareceu que sim. E eu tinha dúvidas, em alguns momentos pensava em terminar aquele encontro, em outros insistia um pouco mais. Até que a própria Rita sinalizou o momento de finalizarmos, pois ela já estava se sentindo muito “atrapalhada” para contar mais coisas. Mas esta paciente de 58 anos, que estudou até a 2ª série do Ensino Fundamental, que era casada e teve quatro filhos, me contava muitas coisas através de seus comportamentos. Percebi sua ansiedade, sua confusão, suas dificuldades por falar de seu sofrimento. E isto me deixou ansiosa também, tive receios da situação de entrevista ter sido invasiva para ela.

Com a sexta e sétima participantes da pesquisa, talvez por estar mais segura com relação ao método, me detive um tempo maior no momento de *rapport*. Antes de realizar a sexta entrevista, procurei fazer um contato informal com a paciente Yara. Eu já tinha lhe falado rapidamente sobre a pesquisa. Entretanto, voltei a abordá-la em uma de suas aplicações, pretendia conversar com Yara numa sala, mas ela estava numa cadeira de rodas. Ficamos conversando no corredor mesmo, ela já foi dizendo vários assuntos, colocou que o tratamento era muito difícil, pois ela se sentia muito queimada na região íntima, me pareceu que ela ficou com os olhos cheios de água em determinado momento. Esse assunto ao qual se reportou - a queimação, ela retomou na entrevista comigo, realizada em seu retorno seguinte. Ela se mostrou muito disponível para

conversar. Primeiramente, obtive seus dados pessoais: Yara estava com 66 anos, completou a quarta série do ensino fundamental. Foi casada apenas uma vez, estando divorciada no momento da entrevista. Não estava trabalhando, mas já costurou, capinou e foi babá. Teve cinco filhos, sendo um homem (que foi assassinado) e quatro mulheres. Sofreu aborto da primeira gravidez, e atribuiu a culpa ao ex-marido, que, na sua percepção, a hostilizava muito.

Durante a entrevista, me senti à vontade, gostei muito de ouvi-la, e percebi que ela também pareceu gostar de falar. Entretanto, em certo momento, pensei que a paciente não estava se sentindo bem e perguntei se ela queria encerrar. Ela disse que sim, pois já tinha falado tudo. Quis ouvir um pouco da gravação para saber como sua voz tinha saído no gravador. Voltei um pouco a fita e ouvimos sua fala. Depois, ela retornou a falar sobre o tratamento, e disse coisas tão interessantes que eu pedi licença para voltar a gravar, ao que ela consentiu. A entrevista terminou quando sua filha veio chamá-la para a aplicação.

Por fim, Helena foi a última entrevistada deste trabalho. Em meu primeiro contato com ela, fui explicar-lhe sobre a pesquisa, conversamos numa sala reservada. Ela já tinha perdido seu ônibus, então concordou em falar comigo. Mostrou-se receptiva, mas de um jeito ainda meio tímido, possivelmente pensando “o que será que ela quer?” (foram estas as minhas primeiras impressões). Expliquei-lhe sobre a pesquisa, li o Termo de Consentimento para ela, que pareceu compreender o trabalho e já foi se colocando sobre o tratamento, dizendo que “bom não era”. Resolvi fazer a 1ª parte (dados pessoais) ali naquele momento, já que o próximo ônibus dela passaria dali uns 40 minutos. Ela foi bastante disponível, novamente se mostrou tímida no início, mas falou bastante sobre assuntos interessantes. A paciente estava com 51 anos, cursou o primário completo. Estava casada havia trinta e dois anos e neste primeiro contato

falou muito dos filhos, teve três, sendo dois homens e uma mulher, disse que as mulheres têm a tendência de ficarem mais com a mãe, mesmo quando casam, mas os homens acabam saindo de casa, ficam mais com as esposas, etc. Helena tem netos, e disse que eles estavam sendo sua alegria e distração para ela não pensar no tratamento, falou muito sobre a família. Comentou que sempre quis ter uma menina, mas só nasciam meninos, seu marido ficou muito feliz, mas ela sentiu-se um pouco frustrada, pois ainda queria muito uma menina. Até que posteriormente ela teve essa criança. Conversamos por bastante tempo, e depois combinamos a 2ª parte para seu próximo retorno.

Entrevistei esta paciente no mesmo dia da entrevista com a Yara, pois os retornos estavam agendados com o mesmo médico. Questionei-me quanto a esta postura, mas confesso que “segui meu coração”, me senti preparada para ouvir as mulheres no mesmo dia. Helena novamente mostrou-se tímida, disse que já tinha me contado tudo, mas eu insisti um pouco, dizendo que havia a segunda parte. Fomos para uma sala e surpreendi-me com a entrevista. Ela disse coisas bem interessantes, significativas, foi a entrevista de maior duração. Ao terminarmos, considerei ter atingido o critério de saturação, pois percebia a recorrência das informações. Assim, senti *profundamente* que minha amostra se completara, e que uma etapa deste trabalho estava finalizada.

5.5. Tratamento dos dados obtidos na pesquisa clínico-qualitativa

Segundo Bogdan e Biklen (1994), ao término de um processo de coleta de dados pesquisadores experientes costumam fazer um intervalo, ou seja, permanecem um período realizando tarefas que antes não fizeram. O objetivo deste “intervalo”, de acordo com os autores, é deixar o material assentar. Em consonância aos autores, Silva (1993) recomenda que o pesquisador contenha sua ansiedade de logo chegar a uma compreensão, e que deixe os dados repousarem por algum tempo na mente.

Assim, após finalizar a obtenção de todo o material das entrevistas (que foi áudio-gravado), concluí sua transcrição na íntegra (esta se iniciara na fase de coleta de dados) e deixei “os dados repousarem por um tempo” em minha mente. Posteriormente, realizei a análise do material transcrito de acordo com a técnica da análise de conteúdo – particularizada e refinada visando às características do método clínico-qualitativo (TURATO, 2003).

O autor coloca que o primeiro passo na abordagem do material coletado será a realização das leituras flutuantes, uma espécie de pré-análise das entrevistas transcritas. Neste processo, em analogia ao conceito psicanalítico de *atenção flutuante*, o pesquisador não deverá privilegiar de início qualquer elemento do discurso dos sujeitos, deixando sua própria atividade inconsciente trabalhar de modo mais livre possível, suspendendo as motivações que dirigem habitualmente a atenção (TURATO, 2003). De acordo com Lüdke e André (1986), é importante que haja a leitura e releitura do material até se obter uma espécie de “impregnação” de seu conteúdo. No momento de sua análise, esta não deve se restringir ao que está explícito no material, mas buscar desvelar “as mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente ‘silenciados’” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 48).

Após esta etapa, Turato (2003) propõe que seja realizada a categorização, e eventualmente a subcategorização, do conteúdo do material através dos critérios de repetição e de relevância. No primeiro, o pesquisador buscará no discurso dos entrevistados pontos que cada um deles tem em comum com os outros, ou seja, as colocações reincidentes. No segundo, o pesquisador colocará em destaque um ponto falado sem que tenha uma certa repetição no conjunto das entrevistas, mas que, de acordo com seu ponto de vista, se mostre rico em seu conteúdo, possibilitando confirmar ou refutar hipóteses iniciais do estudo. Conforme colocam Bogdan e Biklen (1994, p. 221), “determinadas questões e preocupações de investigação dão origem a determinadas categorias”.

A apresentação dos resultados será feita de modo descritivo, utilizando as citações ilustrativas das falas dos sujeitos, preparando para a discussão do material, em interlocução com o referencial teórico (TURATO, 2003). Sobre a interpretação dos resultados, realizada visando fomentar o arsenal científico, o autor ainda ressalta:

O que fará do trabalho um verdadeiro contributo científico é o autor se pronunciar sobre o que tudo aquilo quer dizer para seus olhos imaginativos e críticos (interpretar significações até então subjacentes) e para onde aquilo aponta (interpretar sentidos ainda encobertos). Em outros termos: é ver correlações e associações que os olhos comuns não vêem, é enxergar sob outro ângulo – ou no avesso – como pessoas comuns não fazem, para então poder descobrir novas explicações e compreensões que estão se fazendo necessárias a novas expectativas humanas (TURATO, 2003, p. 462).

Deste modo, as interpretações não surgirão magicamente dos dados, o processo de análise requererá do investigador um questionamento astuto, uma inexorável busca por respostas, além de uma observação ativa (MORSE, 1994).

A discussão do material envolverá o diálogo com um referencial teórico, conforme colocado mais acima. Para a pesquisa clínico-qualitativa, Turato (2003)

sugere um quadro eclético de referências, buscando contemplar o espírito da interdisciplinaridade. Como ilustração, alguns evidenciados pelo autor são conceitos básicos extraídos da teoria psicanalítica (inconsciente, desejo, transferência, mecanismos de defesa do ego, ganho secundário, atos falhos, perdas e luto), linguagem metafórica e por analogia, teorias leigas no trato com angústias e ansiedades, teorias gestálticas das manifestações globais do entrevistado, teorias balintianas tradicionais, teorias sistematizadas na psicologia médica brasileira, teorias das fases psicológicas frente aos fenômenos da doença e da morte, teorias da sociologia do conhecimento. A opção por um quadro eclético de referências é justificada da seguinte forma:

[...] procurar ser eclético na vida acadêmica significa não seguir um único sistema ou referencial teórico (seja da filosofia à medicina), mas ter como escopo pessoal selecionar e usar o que considerar os melhores elementos de todos os sistemas a que se possa referir o assunto em estudo (TURATO, 2003, p. 499).

Considerando todos esses procedimentos para o tratamento dos dados de minha pesquisa, após a análise do material – realização das leituras flutuantes e, posteriormente, categorização e subcategorização dos conteúdos das entrevistas em temas que considere relevantes, efetuei a discussão dos resultados utilizando conceitos extraídos da teoria de alguns autores psicanalíticos. Optei por mais de um autor porque julguei que, dependendo dos assuntos/temas surgidos, em um momento fazia sentido utilizar determinado conceito de um autor, mas em outro momento poderia apropriar-me de conceitos de um outro teórico. Assim, para esta pesquisa, utilizei conceitos extraídos da teoria freudiana (FREUD, 1996), kleiniana (SEGAL, 1975) e bioniana (ZIMMERMAN, 1999). Também serviram como auxílio à discussão materiais buscados na literatura da psicologia da saúde. Apresentarei, a seguir, os resultados desta pesquisa, com simultânea discussão teórica.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. *Vivenciando sentimentos e emoções durante a situação de tratamento*

Na ocasião da entrevista à paciente Joana, antes de sua realização, e mesmo de minha apresentação, permaneci um tempo observando-a no corredor do serviço de radioterapia. Neste local, há algumas cadeiras para os pacientes sentarem-se enquanto aguardam a chamada de alguém da equipe para a realização dos procedimentos (consultas, retornos, aplicações, etc.). Posso dizer que este corredor é como as *salas de espera* existentes em outros serviços. Percebi que Joana foi conversar com uma pessoa que trabalha no local. Ela contou-lhe sobre seu “ataque de pânico” (sic) durante a primeira aplicação de braquiterapia. Falou longamente sobre este assunto, e na entrevista comigo também pôde contar como tinha sido sua vivência do tratamento:

Olha, é, eu já parei, já pensei, já analisei de todas e, foi, é, hã, sabe quando, um frio danado na sala, pelo ar condicionado e tudo, eu pingava, o travesseiro que colocaram dava pra torcer, a roupa que eu tava dava pra torcer, eu num, eu sentia um calor terrível, e, e por mais que eu, porque você tenta uma técnica de relaxamento, respiração, e isso, e isso, mil coisas que você aprende ao longo do tempo, mas eu não conseguia, eu queria sair dali, e num, é, é, por mais que eu falasse “não, vai demorar só mais um pouquinho, eu vou ficar só mais um pouquinho, vai...”, eu não conseguia, eu queria sair, tanto é que a, a preocupação deles é que eu falava “que eu vou passar mal, vou arrancar tudo isso daqui e eu vou sair”. E a vontade era essa realmente, não era frescura de, de ameaça, nada disso. Pra eu não fazer isso, eu precisei me controlar muito. Eu, eu saí de lá totalmente tensa, num tinha um músculo no meu corpo que não doesse, quando eu saí, de tão tensa que eu fiquei, aqui, a, a musculatura aqui parecia que eu tinha levantado trezentos quilos, é, a segunda eu já consegui relaxar mais, talvez até pela própria medicação [estava tomando um ansiolítico], mais é, foi uma coisa que eu nunca senti na minha vida, foi um ataque de... eu num sei se foi um ataque de pânico ou eu, eu, eu não sei te explicar o quê que foi, eu, eu só sei que foi uma coisa que eu nunca tinha sentido e que me assustou bastante, então...

Mais adiante, a entrevistada disse:

É, eu não sei, hã, é uma angústia que você num, num, num consegue controlar por mais que você raciocine “não, é pro meu bem, é, eu tenho que fazer, é, é uma etapa que eu vou ter que superar” mas eu não, hã, por mais que você raciocine tudo isso você é, o, o desespero pra sair dali é maior, num, num, num, você não consegue ser tão racional assim, você quer sair, pelo menos, tanto é que a hora que tiraram os aparelhos e eu saí na salinha do lado ali, eu voltei exatamente ao normal, não é que eu continuei em pânico, na... parô.

A situação de tratamento mobilizou nesta entrevistada a vivência de descontrole emocional, sendo-lhe quase inviável permanecer na sala de aplicação. Uma angústia intensa invadiu seu raciocínio, quase que impossibilitando a capacidade de pensar. A vontade que ela tinha era de *atuar*, partir para a ação, *arrancar tudo dali* (os aparelhos) e sair. Precisou fazer um grande esforço mental na tentativa de controlar seus impulsos.

Zimerman (1999), discorrendo sobre trauma e desespero, cita as considerações de Bion. Este estudou o estado de desamparo infantil por meio do modelo de continente-conteúdo. De acordo com o autor, quando a mãe fracassa em sua função de *rêverie*, de conter o conteúdo das angústias e necessidades da criança e de processá-las através do que ele denominou de *função-alfa*, esta criança ficará invadida por sentimentos de ódio decorrente das excessivas frustrações de não ser compreendida e contida. Esse ódio não metabolizado pela criança, a falha na *alfabetização emocional* (na transformação dos elementos *beta* em *alfa*) prejudicará sensivelmente a capacidade da criança para pensar e simbolizar.

Para Joana, o sofrimento psíquico impelido pela vivência da braquiterapia se revelou extremamente intenso, quase insuportável. Difícil foi conter e processar, dentro de si mesma, a angústia despertada. A entrevistada ficou muito impressionada com sua própria reação, como nos revela esta próxima fala:

[...] me assustou a reação que eu tive a primeira vez, eu não sou uma pessoa acostumada a perder controle, tá, hã, normalmente eu sou dona da situação, de todas as situações que eu enfrento, enfrento bem o inesperado, hã, mas foi um negócio assim que eu, que eu estranhei demais... quando, o, quando aconteceu; foi uma reação que eu nunca na vida, eu tô com quarenta e seis anos, eu nunca tive uma reação dessa na minha vida [silêncio curto] então, se eu pudesse evitar, realmente eu evitaria. Num sei, me põe pendurada de ponta cabeça, faz qualquer outro negócio.

Considerarei bastante *saudável* a atitude sinalizadora de Joana de que ela não estava suportando fazer o procedimento. Diante de sua percepção da angústia frente ao desconhecido, de ameaça de desagregação egóica, pois ela poderia perder o contato com a realidade (passar ao estado psicótico) e atuar seus impulsos, a entrevistada solicitou que a aplicação fosse interrompida. Entretanto, posteriormente, Joana sentiu-se bastante culpada por sua atitude, como se o direito de dizer “não”, de recusar um procedimento médico, não lhe fosse possível. Assim a entrevistada expressou-se:

Aí depois desse primeiro que eu, que deu o meu *piti* lá [...] (grifo meu).

Eles tiveram uma paciência de Jó, *eu não teria a paciência* que eles tiveram comigo, tá, porque foi completado o procedimento (grifos meus).

O doutor Rogério *foi fantástico comigo*, eu já tinha mandado pra qualquer outro canto se, hã, metade do que eu te, do que eu fiz, só que por mais que eu raciocinasse que eu tava sendo, hã, *incoerente*, eu não conseguia mudar, entendeu, *cê sabe que cê tá errada* e não consegue mudar a tua atitude, é alguma coisa mais forte que você, foi o que eu senti (grifos meus).

Na concepção de Joana, ela sentiu ter cometido algo muito incoerente e errado, inclusive receando “desapontar” a equipe de saúde, que em sua percepção teve muita paciência com ela. Pareceu-me que para esta mulher o fato de não ter sido “dona da situação”, de suas emoções, foi encarado como um grande “piti”, como se ela não pudesse ter sido apenas *humana* em sua dor...

Considerando outras vivências das entrevistadas com relação à braquiterapia, este procedimento configurou-se como muito agressivo e invasivo para algumas delas.

É o que nos mostram as seguintes falas:

O sangramento foi mais aqui, né, a hora que tira os aparelhos, machuca, tudo, é uma, é, na realidade é uma agressão, é um, são corpos estranhos que tão entrando ali dentro (Joana).

É, porque a sonda arde um pouquinho, e quando a gente vai, não pode xingar os médicos, os médicos não tem culpa dela arder né, então a gente tem que aceitar, eu tô entendendo assim, né (Rita).

Ah, tem hora que se eles ali não tivé paciência, né, se o povo não tem paciência, cê sai arrancando tudo, dói, tem que ter paciência, porque eu não aceito fazer o tratamento, você vem me colocar um aparelho, ele dói, eu vou te xingar, eu não posso te xingar, eu tenho que aceitar, eu tô entendendo assim (Rita).

Ninguém vai fazer alguma coisa, é, por exemplo, o doutor, ele não ia fazer só pra judiar de mim, se ele tá indicando o tratamento é porque realmente precisa, hã, é, é um procedimento, existe um cronograma a ser seguido (Joana).

É, eu acho que, que é mais ou menos por aí, então cê tem que, que tentá contorná da melhor forma possível, porque aqui tá todo mundo pra te ajudá, num tem ninguém que tá aqui pra te judiá, às vezes pra sarar cê precisa passar por algumas, algumas coisas não muito boas, mas... (Joana).

Uma hora você bate, outra hora cê apanha, mas entre mortos e feridos salvam-se todos (Joana).

De acordo com a teoria psicanalítica, a origem do masoquismo moral encontra-se nos mecanismos de culpa inconscientes que levam as pessoas a se vitimar e fantasiar com agressores (FREUD, 1996). As mulheres deste estudo já vivenciam a experiência de uma doença grave como o câncer que lhes afeta uma região bastante íntima, a região genital. Além disto, se submetem a um tratamento que as invade, machuca e causa dor e sangramento. A vivência desta situação, sentida como agressiva, parece ser muito perturbadora. Deste modo, as entrevistadas se identificam projetivamente com os seus *agressores*, que na realidade não são as pessoas da equipe, mas partes delas mesmas que

foram projetadas nos profissionais. Assim, inconscientemente, sentindo-se *agredidas* também sentem vontade de agredir, o que fica evidenciado nas palavras que usam: “xingar” e “bater”. Utilizam a repressão (“não pode xingar os médicos”) e a racionalização (“se ele tá indicando o tratamento é porque realmente precisa”) como mecanismos de defesa, possivelmente contra a culpa inconsciente pela hostilização, em sua fantasia, de pessoas que estão lhes ajudando.

As entrevistadas relataram outras percepções sobre o tratamento, e alguns aspectos se sobressaíram com mais nitidez. Elas se reportaram ao desconforto da posição física (posição ginecológica) em que permanecem para receber a irradiação, assim como consideraram bastante extenso o tempo de duração do procedimento:

[...] eu só acho que demora muito, e, é, eu tenho, eu, eu sou imediatista, infelizmente, eu gosto de “vamo mais depressa”, quando tem que fazê, “vamo fazê”, entendeu, eu acho que foi isso que, que é o que mais incomoda porque cê fica numa posição horrórosa, que é a ginecológica, né, e dói o joelho e amortece o pé, dá câibra, dá tudo, tudo que cê pudé imaginá dá, dá vontade de cê ir no banheiro, dá, dá vontade de tudo. E, e, a demora, é muito demorado, pelos cálculos, aí me explicaram do elemento que, que é colocado, se for mais novo, é mais rápido, hã, então, hã, eu acho que o problema maior realmente é a demora (Joana).

Mas eu acho que o pior é isso, realmente, se você é, se arrumassem um jeito de colocá numa outra posição ou alguma coisa assim, talvez isso pode ser que, que melhore pro paciente, pra paciente, né, é uma idéia, demorar menos (Joana).

E quando coloca o aparelho, fica, hum, Deus que sabe os quarenta minutos que é. São quarenta minutos na mesa... (Rita).

Nossa, é tão cansativo, sabe por quê? A minha perna direita, quando eu tirei o útero, eles fizeram o períneo [...] faz cirurgia por baixo, na vagina, eles levantou a bexiga, puxou o períneo pra perto de mim [...] é uma cirurgia muito doída, dolorida aqui embaixo, mas dói, a da barriga não, mas aqui embaixo, aí como é dolorido, eu falei “minha perna tá doendo, minhas virilha dói muito”. [...] conforme a posição que eu fico, ela fica trêmula, ela treme assim, precisa de ver, fica pulsando assim, ela fica trêmula, se eu ficar muito tempo ali [na posição ginecológica], nossa!, mas ela treme tanto! (Helena).

Além do desconforto físico, as mulheres relataram uma sensação de submissão, vergonha e exposição de sua intimidade, quando da realização do procedimento, como nos revelam as seguintes falas:

Ah, é pelo fato de eu estar ali, né, naquela posição ali é onde que [silêncio], eu ficava assim envergonhada, pensando “mais, será quê que eles tão pensando” né?... (Wilma).

... é, muito até, avoada viu... não tô nem sabendo o que dizer. Porque a gente fica naquela mesa ali, não é brinquedo não viu, daquele jeito ali não é brinquedo não [Silêncio curto] (Rita).

É, só da gente ficar lá na frente do médico daquele jeito assim lá não é brinquedo não! (Rita).

Ah... não é fácil não, eu fico com vergonha, né... (Rita).

É umas coisas assim, parece que não tá na gente né, mas ... acontece. [...] então a gente assim, aquilo que passa na cabeça da gente quando vê na hora tá passando (Rita).

É, outro dia tinha nove pessoas, tinha acho que quatro médicos, umas três, não sei se é médica, ou se é enfermeira, tava tudo lá. Eu sei que era mais ou menos umas nove pessoas (Rita).

ah, sem roupa, sem calcinha lá, com as perna aberta, naquele jeito [risos], dá na gente meio trauma, não dá? (Rita).

assim, a gente fica nervoso né, com vergonha, eu ponho a mão, fecho os olhos, fico com vergonha [...] põe a mão assim, olho pra lá, fecho os olhos. Eu tô falando, eu nem olho pra cara deles quando é assim. Isso é burrice também, atrasamento, gente mais antiga é assim mesmo (Rita).

Isso aí a gente tem vergonha né, eu tenho vergonha, eu, pelo menos eu, os outros eu não sei, cada um é cada um. Tem gente que leva isso... natural né, eu não gostaria de ter que passar por isso, mas já que eu tô passando. Eu sei que pros médicos é, porque eles é acostumado, né, a gente... [...] fazer esses tratamentos, né, eles são acostumados, eles, pra eles não é... é o serviço deles mas pra gente não é, a gente, eu sinto vergonha (Helena).

Como explicitiei anteriormente, as mulheres permanecem em posição ginecológica para que lhes seja introduzido o aplicador na vagina. Além de estarem expostas em sua intimidade sexual, literalmente “abertas”, conforme mencionou Rita, as

mulheres necessitam deixar-se manipular pelo outro (profissional) no contexto da assistência em saúde. Conforme as entrevistadas colocaram, são muitas pessoas que entram na sala, então elas se sentem expostas e envergonhadas diante do olhar do outro. Entretanto, penso que as mulheres não apenas ficam sem as roupas concretas, revelando sua intimidade física, mas também se sentem quase sem proteção psíquica, sem defesas, expostas em sua dor e angústia. Wilma fica imaginando *o que os profissionais podem pensar* neste contato que estabelecem com a mulher, talvez tendo ela mesma suas idéias ou fantasias sobre isso, já Helena busca naturalizar a situação para a equipe de saúde (“eles são acostumados” / “é o serviço deles”), possivelmente como forma de se “tranqüilizar” de que os profissionais poderão nem percebê-la.

Além desta exposição, ocorre uma manipulação na região sexual que provavelmente pode configurar-se como algo difícil para as entrevistadas. Freud (1996), ao desvelar a questão da presença de uma sexualidade já na infância, nos fala sobre as zonas erógenas do corpo, e sobre o prazer que a criança experimenta no contato com essas zonas. Assim nos diz o autor:

A primeira e mais vital das atividades da criança — mamar no seio materno (ou em seus substitutos) — há de tê-la familiarizado com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança comportaram-se como uma *zona erógena*, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento (FREUD, 1996, p. 171).

Mais adiante Freud (1996) coloca:

Entre as zonas erógenas do corpo infantil encontra-se uma que decerto não desempenha o papel principal nem pode ser a portadora das moções sexuais mais antigas, mas que está destinada a grandes coisas no futuro. Nas crianças tanto de sexo masculino quanto feminino, está ligada à micção (glande, clitóris) e, nas primeiras, acha-se dentro de uma bolsa de mucosa, de modo que não pode

faltar-lhe a estimulação por secreções que aticem precocemente a excitação sexual. As atividades sexuais dessa zona erógena, que faz parte dos órgãos sexuais propriamente ditos, são sem dúvida o começo da futura vida sexual “normal” (p. 176).

A manipulação na intimidade sexual das mulheres pode despertar-lhes vivências primitivas de prazer-desprazer na relação com o outro, tendo o corpo como mediador desta relação. Tais vivências podem ter-lhes um conteúdo perturbador, pois a região genital, relacionada ao prazer sexual, na situação de tratamento está sendo exposta e manipulada mobilizando intenso desprazer.

Diante deste procedimento agressivo, invasivo e que expõe a mulher, as entrevistadas procuraram de algum modo minimizar as angústias despertadas pela situação de tratamento, através do mecanismo de defesa de dissociação, e também pelo uso de medicações (para o controle da ansiedade e da pressão), de acordo com as seguintes falas:

Ah, eu sentia assim envergonhada, sem jeito, mas, fazer o quê, depois eu tinha, né, você tem que relaxá... (Wilma).

Se a gente pudesse evitar, era o tipo do tratamento que eu evitaria, mas se não pode... eu vou falar uma besteira, cê vai gravar mas cê vai, é, isso daí é uma coisa que eu acho que é pro resto da vida, me falaram, um patrão meu me falou, ele falou assim “Joana, se o estupro é inevitável, relaxa e goza”, então, se você [risos mais contidos] não tem outra alternativa, aproveita o que cê tem. [...] também eu acho que deve ter exame por aí bem pior do que esse que eu passei, do que esse que eu tô fazendo, então... vamo relaxá e gozá [risos bem contidos] (Joana).

Aí depois desse primeiro que eu, que deu o meu piti lá, eu comecei a tomar Diazepan, é, tô tomando um por dia, tô me sentindo até melhor porque eu acho que eu vim acumulando alguma, per, por todo o processo, né, é, eu vim acumulando um certo *stress*, e quando eu venho fazer, na terça-feira eu tomo um oito horas da noite, e de manhã em torno de sete horas eu tomo outro. Então aí a hora que eu chego lá eu tô assim molinha de sono, de tudo [...] (Joana).

Eu procuro é me tranquilizar, eu não posso me, é, me trazer nenhum tipo de ansiedade, irritação, senão eu posso mexer com a minha pressão, porque eles, antes deles me tratar, eu tomo remédio de

pressão, então eu não posso, tem que pensar esse outro lado, né (Helena).

Embora a entrevistada Joana tente “relaxar e gozar”, vivenciou extrema angústia durante a primeira aplicação, como já explicitarei neste estudo, não obtendo assim um estado de “relaxamento”. Novamente a braquiterapia é sentida como uma agressão, esta mulher se referiu ao procedimento como um “estupro”, ou seja, seu corpo foi inevitavelmente “penetrado” por algo externo (concretizado no aplicador).

Os orifícios do corpo humano apresentam grande importância psicológica, porque através deles acontece o contato mais íntimo das pessoas com o mundo. Os órgãos genitais são fontes contínuas de sensações e estimulações, e devido à proximidade dos órgãos de excreção, acabam sendo manipulados de algum modo, inicialmente pela pessoa que cuida da criança (cuidados primários de higiene e limpeza) e posteriormente pelo próprio indivíduo (SCHILDER, 1999). De acordo com o autor “os próprios órgãos forçam o indivíduo a um contato contínuo com o mundo externo, e não há dúvida de que, ao menos em parte, descobrimos nosso corpo através desses contatos” (SCHILDER, 1999, p. 140).

A realidade da doença na região dos órgãos sexuais leva as mulheres a se submeterem a tratamentos invasivos, como a braquiterapia, que se dirigirá inevitavelmente a estes órgãos. Neste sentido, sua intimidade sexual, representada pela vagina, será o local de contato contínuo com o “mundo externo” representado pelos objetos ali introduzidos (sonda, aplicador, etc.). A manipulação na região vaginal com entradas e saídas destes objetos acarretou, além da sensação de um “estupro” para a entrevistada Joana, vivências e efeitos físicos desagradáveis, como dor, ardência urinária e sensação de queimação para algumas mulheres deste estudo. Assim disseram as entrevistadas:

pra começar, é dolorido né, pra passar o aparelho, é dolorido (Helena).

Só o que eu posso falar é que, quando vai fazer esse tratamento assim que, dói, tem que tirar os ferrinho, colocá, no canal da urina também, quando coloca a sonda também dói, depois que tira também passa uns dia doendo, sabe, depois logo passa também porque a gente vai fazendo os banhos, lá né, chato também, porque a gente bebe a água... (Lúcia).

Então, a hora que ele coloca memo lá que dói, no tirar um pouquinho também dói (Lúcia).

Dói só um pouquinho também, por causa que eles fica lá, né, colocado, né, lá, também (Lúcia).

Aí, o desconforto, porque é embaixo né, [silêncio], pela dor, a hora de ir fazer xixi, né, mesmo, eu fico “ai meu Deus” né, porque no primeiro dia sempre é assim mesmo [...] (Wilma).

Só depois ali qué vê, como hoje né, hoje é um desconforto porque a hora que eu vou, vou fazer xixi, eu num güento, né, de dor. É, igual o médico [disse] principalmente deve ser por causa da sonda, né, que coloca (Wilma).

Aí vai até amanhã, três dias ainda, já melhora né. Eu tomo bastante líquido, né, água, suco, essas coisas que eu tomo, né, então [alivia] (Wilma).

É, porque a sonda arde um pouquinho (Rita).

Dói, tem que ter paciência, porque eu não aceito fazer o tratamento, você vem me colocar um aparelho, ele dói (Rita).

Aonde que dói, arde na, por baixo, que dá dor, que a gente vai fazer xixi depois, cê num güenta, dá ardume, arde sabe, aí fica... ardendo toda vida, mas o pior é passar os efeito dos remédio (Célia).

[...] quando ele tá mexendo é doído, e arde, sabe, durante um tempo, depois fica ardendo mas não sei se é porque mexeu, o quê que é, fica ardendo até uma base de uma hora, uma hora e meia, depois pára (Célia).

Ah, é dolorido né, aí dói, assim, aqueles aparelhinhos, e arde (Célia).

Ah, a cólica é na hora do aparêio, né, aí tira, daí passa um pedaço bão, aí a cólica melhora, mas o ardume fica, ardendo por dentro, vontade de fazer xixi, sabe aquela dor esquisita de [cólica], sei lá, é muito esquisito (Célia).

Ahhh, a vivência do tratamento por um lado eu tô feliz mas pelo outro eu tô pedindo a Deus AJUDA [vai elevando o tom de voz], né,

pra eu suportar porque a gente fica toda queimada, vem queimada pra queimar mais, aí dá um desesperinho, né? (Yara).

Assim, a gente pensa que não vai agüentá, que vai derreter [risos baixos]... (Yara).

Eu compro o remédio pra tirar a dor, eu compro pomada, mas tá do mesmo jeito, alivia e volta de novo né, então dá um pouco de desespero na gente... (Yara).

[...] a radioterapia ela queima por fora e a braquiterapia, é por dentro, né, então a gente precisa ter muita força (Yara).

[...] quando eu chego [em casa], deito, aí a dor vem, aí eu tomo remédio, né, às vezes eu passo a noite tomando remédio porque a dor é cruciante, dor de queimadura (Yara).

Anzieu (1992) se refere à mulher como um “envelope” carnal e social, um vão existencial de entrada e saída. A abertura vulvar seria um lugar de passagem não controlável. Percebo que as mulheres deste estudo, em suas falas, apontam para as dores e desconfortos de várias entradas e saídas (do aplicador de braquiterapia; da sonda no canal da urina; da própria urina, gerando ardência e desconforto).

Foi Melanie Klein quem utilizou e desenvolveu o conceito freudiano de objeto interno (SEGAL, 1975). Qualquer objeto, na perspectiva feminina, é susceptível de ser recebido num interior que o espera. E o jogo das modificações recíprocas, dos encaixes amorosos ou persecutórios inicia-se nessa noção de objeto (ANZIEU, 1992).

Utilizando este conceito de *objeto*, penso que o tratamento concretizado no aparelho introduzido na intimidade sexual, por ser agressivo e invasivo às mulheres, pareceu ser sentido como um objeto hostil e persecutório que se interiorizou nas mesmas, trazendo-lhes conseqüências dolorosas e afetando-as em sua feminilidade.

6.2. Rememorando o parto-início da vida: nascimentos, fenecimentos, renascimentos

Discorrendo livremente durante a situação de entrevista, algumas mulheres deste estudo teceram associações entre a braquiterapia e o momento de parto. Rita comparou os dois procedimentos colocando-os como muito parecidos. As semelhanças entre um e outro se deram pelo fato da entrevistada permanecer na posição ginecológica para a realização de ambos, e também pela sensação de vergonha e exposição diante da equipe médica:

Ah, eu tive quatro filho, todos os quatro foi cesariana né, eu era da roça, muito tímida, é igual eu tô falando pra você mesmo, é vergonha dos médicos, o acanhamento, né, só isso.

A gente tem que ficar daquele jeito só, né, não pode mexer porque tá com o aparelho ligado, né? Não pode virar, só daquele jeito, fica igual pra ganhar neném naquela mesa, não é fácil não!

[...] é a mesma coisa porque tá lá, tá cas perna aberta lá, a mesma coisa lá.

É porque, os exames que a gente fica ali na mesa, naquelas posição ali, igual eu tô te falando, em cima da mesa, porque é quase igual quando tá pra ganhar neném, que ganha normal, ganha assim na mesa, é quase igual, pouca diferença.

...é igual eu tô te falando, a posição que a pessoa fica lá na mesa, deitada ca PERNA ABERTA (eleva o tom de voz).

Em outro momento da entrevista, Rita relembra a situação de nascimento de seus dois últimos filhos:

Pois é, eu fui na mesa duas vezes pra fazer o exame, aí viu que era cesariana, então foi dos mais, dos outros mais novo, dos dois mais novo, daí não precisou, que eu tive quatro filhos de cesariana, então quando foi dos outros mais novo não precisou de eu ir lá na, pra fazer, já tava com a ficha pronta, né, aí já foi levando pra sala de

parto, já fez cesárea, dos dois mais novo, dos dois mais velhos já tinha feito cesariana... [suspira] é isso aí... Eu não esperava que eu ia passar por isso de novo, né, porque eu não sabia que eu ia ficar doente...

Para Rita, como já vimos, o momento de aplicação da braquiterapia assemelhou-se à situação de parto sobretudo porque a mulher permanece na mesma posição (posição ginecológica), sem poder se mexer. Maldonado (1985) coloca que o momento de parto é sentido pela mulher como uma situação de passagem de um estado a outro, sua característica principal é a irreversibilidade, ou seja, uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma. Outra peculiaridade deste momento que contribui para aumentar a ansiedade e a insegurança com a proximidade da data prevista é a incapacidade de saber exatamente como e quando o trabalho de parto se desenrolará, o que implica na impossibilidade de controlar o processo. Sendo assim, o parto é visto como um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle.

Penso que a entrevistada me conta, através de suas falas, que as situações são parecidas pelo aspecto de *imobilidade/irreversibilidade* que elas trazem. No caso do parto, ele deverá acontecer porque uma criança precisa nascer, não pode permanecer eternamente no ventre materno. No caso de uma doença como o câncer, um tratamento precisa ser feito para combatê-la. Assim, Rita se lança aos dois, “se abre” ao desconhecido de ambos para que haja um nascimento: de seus filhos, no primeiro caso, dela mesma, no segundo. Nas palavras de Szejer e Stewart (1997, p. 244-245):

Não se pode generalizar porque cada história é individual, mas o mecanismo psíquico é comum e explica o fato de que cada mulher que está em trabalho de parto está dando à luz a si mesma. Em alguns momentos isso ocorre na dor; em outros, numa espécie de prazer dessa mulher desconhecida que aparece então, e sobre a qual todos se enganaram, inclusive ela própria. Vem daí o caráter revolucionário dessa experiência, que pode, realmente, revelar uma mulher a si

mesma, mostrar-lhe quem ela é, *no fundo*. Um fundo que nem sempre está de acordo com seus sonhos, mas que tem a vantagem de ser real e de permitir, a partir daí, que ele seja uma base estruturante, representando um possível apoio para um determinado reinício.

Para outra entrevistada, Helena, a braquiterapia e a situação de parto apresentaram bastante diferença entre si:

É diferente né, dar à luz, você vai ali trazer uma criança ao mundo, né, é diferente, não tem nem comparação, do que passar por esse tipo de tratamento.

[...] tem muita diferença, muita diferença porque cê fazer um tratamento de doença, porque lá é maligno, né, ele é mortal, então está tratando para que ele não manifeste mais, tem muita diferença você trazer uma criança ao mundo, tem bastante.

Através destas falas da paciente, considero que Helena diz que há uma diferença entre as situações porque o momento de parto estaria relacionado ao nascimento, aos aspectos de vida, e a braquiterapia, sendo um tratamento contra uma doença feito o câncer, se relacionaria aos aspectos de morte. Mais adiante, durante a entrevista, ela reforça esta diferença:

Você engravida, fica esperando durante os nove meses, chega a hora de nascer o bebê, cê tem teu bebê, né, cê tá uma pessoa saudável, tudo bem, nenhum tipo de problema, de enfermidade nenhuma, aí de repente, passado ao tempo surge, um problema né, o que seria melhor, você gerar uma criança do que você ficar gerando uma doença, né, você perder teus órgãos, eu não tenho mais meus órgãos.

Novamente, a maternidade e o parto simbolizam em sua fala a saúde, a vida, os ganhos, enquanto a doença representaria a presença da morte, das perdas. Como lados de uma mesma moeda, talvez como aspectos nela mesma relacionados à vida e à morte. Em outras falas, porém, percebo que a maternidade e o parto não aparecem como eventos tão idealizados assim, já que também podem conter aspectos destrutivos:

Pra você vê, eu não tinha uma, eu não tomava assim esses anticoncepcional, que eles fazem mal, né, com o tempo eles fazem muito mal; e por causa da minha pressão, eu sempre tive pressão muito alta, desde menina, gerava meus filhos assim, é, como é, conhecida como uma mãe hipertensa, do tempo que eu era novinha, as preocupação do ginecologista era com o pulso, né, que aumenta a pressão, eles chamam, o pulso tá muito inchado (Helena).

[...] Tinha medo de trazer consequência pro meus filhos, assim por causa da hipertensão, né. O meu filho mais velho já tem a pressão alta, então ele já herdou. Os outros dois não, mas o mais velho não, ele já herdou esse problema, né, ele é hipertenso igual eu. Só que ele não trata igual eu trato, eu tomo medicação, ele não, ele não quer saber de tomar, né. E eram umas criança nervosa, que eu tinha uns bebezinho bravo... (Helena).

[...] Porque uma mãe hipertensa traz complicação tanto pra ela quanto pro bebê (Helena).

Percebo, nestas falas da entrevistada, como as representações de saúde/doença e vida/morte estão misturadas. Há uma ambivalência afetiva: em alguns momentos a gravidez e o parto são vistos como situações em que a mulher está saudável e sem problemas, mas nestas falas Helena conta que era conhecida como a mãe hipertensa, e que gerava seus filhos com medo de trazer consequências para os mesmos. Parece que a preocupação com a facticidade da doença era algo já presente em sua vida, e em sua fantasia, ela própria se vê como alguém que pode trazer complicação para as vidas que gera em seu ventre. A percepção do dualismo vida-morte, amor-destrutividade, permeia o discurso de Helena.

Maldonado (1985) aponta que com o parto acontece o primeiro passo decisivo dentro do contínuo simbiose-separação: dois seres que estavam anteriormente unidos se separam, e uma das tarefas psicológicas mais importantes da gestante é sentir, desde o momento de gravidez, seu filho como um indivíduo singular, diferenciado dela. Isto deve acontecer para que, no momento do parto, a separação física e a emocional se integrem. Quando esta diferenciação não é bem elaborada, o parto pode ser sentido

como uma separação dolorosa para a mulher, no qual ela “perde” uma parte de si mesma. A relação materno-filial fica perturbada, na medida em que a mãe não consegue perceber as características particulares do seu bebê porque o considera como uma projeção ou extensão de si própria. Neste sentido, para esta entrevistada, estas questões parecem estar presentes. Quando ela considera que gera uma doença, penso que ela conta que esta doença poderia ser uma extensão de seus aspectos destrutivos, identificando-se como alguém capaz de trazer danos para si mesma, como a perda dos órgãos.

Assim, posso conjecturar que a associação do tratamento com a vivência anterior de parto pode também recobrir intensas ansiedades ligadas à perda e separação. Nesse caso, Helena recorreria aos registros mnêmicos da sua condição de gerar vida para enfrentar a possibilidade concreta de morte que a habita. Do ponto de vista psicanalítico, a entrevistada tenta reforçar sua confiança na própria capacidade de restaurar o interior de seu corpo danificado pelos impulsos destrutivos, que são corporificados na doença maligna. É uma tentativa de resgatar e fortalecer o vínculo com o objeto bom. Ocorre, portanto, um esforço do ego para exercer a função reparadora em relação ao objeto interno danificado pela ação silenciosa da pulsão de morte. O câncer seria, nesse sentido, uma oportunidade da entrevistada se conscientizar de que abriga, em sua interioridade, impulsos agressivos e extremamente virulentos, para os quais provavelmente faltou continência psíquica que auxiliasse a metabolizá-los e transformá-los em forças construtivas.

Também uma outra entrevistada, Célia, comparou de algum modo as duas situações. Ela fez associações entre a dor sentida nos momentos de parto e a dor devido às aplicações de braquiterapia e seus efeitos colaterais. É o que nos mostram suas seguintes falas:

Eu não sou muito forte pra dor não, assim, tá doendo, agüento muito tempo, sabe, eu não sou de güentá muito tempo, é que nem eu fui ganhar meus menino, aquele parto normal, né, aí eu ganhei eles tudo de parto normal, mas depois eu num valia nada.

[...] da última [gravidez] que eu senti assim mais miorzinha, portanto, quando eu tava esperando outra minha menininha, que nasceu morta, me deu uma cólica muito forte, num güento fica com barriga, sabe, carregá barriga eu num prestei não, me deu uma cólica forte [...] (Célia).

Ah, pra mim foi ruim, né, porque você vê, carregar os nove mês, depois a criança nascer morta, né, ainda nascer tudo roxa, porque ela nasceu roxa, roxinha... (Célia).

Percebo que Célia trouxe esta lembrança para a situação de entrevista porque de algum modo parece haver uma preocupação já antiga com questões que envolvem a gravidez e maternidade, e que possivelmente se reeditou através da vivência do tratamento. A entrevistada refere que *não prestou pra carregar barriga*, ou seja, para carregar um filho no ventre, tanto que fala sobre uma gravidez cuja criança nasceu morta, e nesta situação ela teve uma cólica muito forte.

Em outro momento da entrevista, Célia trouxe novamente uma situação envolvendo um nascimento e as suas *dores*:

Ele [seu filho] foi operado de hérnia, uma tripa amarrada, ele mamava, vortava tudo, né, tive que dar ele, porque eu não tinha condições de fazer a operação dele, que foi tudo pago, né, mas eu não tinha dinheiro, ele não foi criado comigo, esse mais abaixo do meu mais velho, sabe, o que eu ganhava num dava, aí o doutor de lá, que cuidava dele, ele pediu que era pra mim dar ele, porque o meu salário não dava pra fazer o que ele precisava, aí eu tive que dar [...].

[...] Ele foi dado prum sordado, e o sordado pegou ele e pagou o hospital, né, pagou os tratamento, o leite dele ia dá aqui uma caixinha assim, ó, né, num dava nem meia mamadeira o leite dele daqui, ele podia qualquer leite, então é isso, então por isso que eu falo, que eu de barriga eu não vali nada, principalmente assim, carregá barriga de nove meses, sinto muito, dá os sete meses, eu não como, sabe, então é onde que eu, onde que pa dor eu não valho nada (risos).

[...] Mas eu passei mal, menina, eu fiquei doente, é, aí eu senti muita falta né, porque ele ficou um mês comigo pra depois eu dar, aí ele pegou, fiquei sentida, fiquei doente, num alimentava, fiquei mais de mês sem alimentar, eu acho que aí foi complicando.

De acordo com Bastos (1993, p. 47):

A fala da mulher vem do lugar da tentação/pecado, nascido diretamente do reconhecimento da incompletude que, não sendo exclusividade da mulher, revela-se nela, de forma plena, pela castração. Foi Eva quem seduziu Adão. Experimentando o fruto da sabedoria puderam ver que estavam nus. A diferença dos sexos, a marca da castração, dá início à humanidade. Mas, é interessante notar, que se Adão e Eva foram punidos por terem transgredido a lei divina, foi Eva, na realidade, quem teve a “pena” maior: parir entre dores. A dor está no começo da vida, começo também da feminilidade.

Novamente aparecem aspectos relacionados ao sofrimento diante da perda e separação, evidenciados nas falas de Célia. A idéia de um ventre/interior carregado de dor e destrutividade perpassa o discurso desta entrevistada. Parece haver uma culpa inconsciente diante dos momentos de perda e separação, como se ela não tivesse condições suficientes de gerar e nutrir seus filhos, sendo estes entregues à facticidade da morte ou à doação. As dores que ela sente podem representar-lhe, inconscientemente, um sinal de que a maternidade é algo que ela não consegue sustentar/carregar, ou seja, não possui continência que possibilite a retenção do objeto bom dentro de si. Desta forma, a situação de doença pode ter feito a entrevistada reviver este sofrimento, pois o câncer ginecológico seria a manifestação de seus aspectos destrutivos no corpo e na fertilidade, característica extremamente relacionada à feminilidade (é a mulher que “dá à luz”, que traz os filhos no mundo).

Entretanto, evidencia-se em outra fala sua uma possibilidade de resgate do vínculo com o objeto bom:

Eu me sinto b3o porque gra3as a Deus dou conta, n3, dei conta at3 hoje de cuidar deles sozinha, dos outro, dos maior n3, agora dos mais pequeno, o pai deles at3 morrer ele num, ele cuidou, mas assim, dos outro maior gra3as a Deus cuidei sozinha.

Acredito que estas entrevistadas, ao rememorarem suas viv3ncias anteriores de gravidez e parto dos filhos, est3o falando do nascimento de si pr3prias, como j3 evidenciei anteriormente. Para Deutsch¹ (1947 apud LANGER, 1981, p. 216), o parto 3 a revivesc3ncia mais exata que podemos ter de nosso pr3prio trauma de nascimento. Nas teias associativas de seus discursos, em que surgiram situa33es de gravidezes e partos sofridos, entrela3ados sutilmente pela presen3a pulsante da morte, evidencia-se a dualidade nascimento-finitude. Para estas mulheres, a situa33o de *gerarem uma doen3a* grave como o c3ncer traz 3 tona a ang3stia diante da possibilidade de morte que habita seu interior. Neste sentido, entregam-se aos cuidados de uma equipe de sa3de, “retornam” 3 sala de parto, na esperan3a de que, com a remiss3o da doen3a, possam nascer de novo, voltar 3 vida, renascer. Citando as belas palavras de Szejer e Stewart:

Em casos em que o nascimento se mostra realmente muito dif3cil, e o beb3 entra em sofrimento, a interven3o do m3dico, quase sempre, permite que ven3a a vida, seja com a ajuda do f3rceps, seja com uma cesariana de emerg3ncia. E com a escolha que, finalmente, 3 feita, e cuja repercuss3o resulta em atos reais, a mulher renasce aliviada. Porque, no inconsciente, quando se trava um combate pela vida, h3, tamb3m, um combate contra a morte. E poder constatar que a vida venceu 3 sempre reconfortante (1997, p. 249-250).

¹DEUTSCH, H. **La psicolog3a de la mujer**. Buenos Aires: Losada, 1947, p. 46.

6.3. Atribuindo significados ao câncer ginecológico

As mulheres deste estudo perceberam que algo não estava bem em seu organismo devido ao aparecimento de sintomas físicos, como uma ferida, um caroço e o sangramento vaginal. É o que nos revelam as seguintes falas:

Ah, que eu tava com uma ferida muito grande, eu falava pra minha irmã, ela falava “impossível” (Wilma).

Essas cor minha quando eu vi, fiquei assim é de outubro pra cá, sabe, fiquei quatro meses, só sangrando, tomava banho, ia tomá banho, passava a mão, se lavasse né, saia aquele tanto de sangue, tinha dia que saía aquele pedacinho... de sangue, né (Lúcia).

Era a menopausa, porque eu tava na menopausa, e ela (a menstruação) ficava indo e voltando, é, ficava um ano sem vir, depois voltava de novo outras vezes, e depois começou a vir, vinha diariamente aquela água catinguenta, ruim (Rita).

Então... eu removi o útero lá, ele me mostrou, não deu nada de um lado, não deu nada do outro, né? Porque começou a desenvolver, depois que eu tirei o útero, começou a desenvolver um carocinho aqui no abdômen (Yara).

Porque depois que eu tive os quarenta, então era isso, “não vou sofrer com essas hemorragias”, o descontrole, né, menstrual (Helena).

A percepção destes sintomas infligiu-lhes a necessidade de buscar um atendimento médico, seja para esclarecer o que estava ocorrendo, como também para confirmar possíveis suspeitas do aparecimento da doença e iniciar um tratamento:

Assim que eu comecei, que eu percebi que eu tava com esses problema tudo, aí eu comecei, que eu percebi, eu procurei o médico ginecologista, que eu tava com problema... (Wilma).

Eu falava “não, eu vou ter que procurar um médico pra mim ter certeza”, realmente eu procurei, o ginecologista lá, ele falou “não Wilma, a tua ferida tá bem...”, não, ele não comentou que tava bem grande não, ele falou “tá grandinha, vamo fazê uma beópsia, mandá pra Ribeirão pra verificá certinho (Wilma).

Tratamento assim, como é que fala, é, fazer um exame preventivo, aí o, a menstruação ia e voltava, ia e voltava, aí o pegou, o meu ginecologista falou, o meu ginecologista virou, falou assim “nós vamos tirar um pouquinho do seu útero e mandar pra fazer exame pra ver, pra ver o quê que é”, aí mandou, aí deu que era, que tava com câncer no colo do útero (Rita).

Aí eu entrei em tratamento, aí aonde foi que eu decidi ir fazendo o tratamento agora, graças a Deus acabou tudo, melhorou, pra mim foi uma beleza o tratamento (Rita).

Pensei que era menstruação né, mais aí eu pus na cabeça, falei “Não, mas isso aqui não é possível”, né, faltava dois meses pra fazer três anos que parou pra mim, a menstruação pra mim não veio mais sabe. (Silêncio curto) Daí que eu vi que tinha que ir no médico, né, correndo (Lúcia).

E esse caroço tava crescendo, crescendo, crescendo e os médicos suspeitava mas não encaminhava nada, aí Deus me orientou pra ir na escola de... ultrassonografia, fiquei lá um tempão com os médicos, um ensinando os outros né, aí ele detectou lá alguma coisa estranha e, através desse laudo eu me preocupei mas graças a Deus eu, eu descobri que fui atendida pelo, o chefe da Oncologia aqui. Aí ele me encaminhou pra cá, graças a Deus (Yara).

Não, depois, quando tirou o útero, porque é, a, esse exame não mostrava a doença, nem o Papanicolau, nem as ultrassão, quer ver, quando eu tirei o útero, daí passou seis meses, num dos retornos, aí o médico me trouxe a notícia, ele tava surgindo, muito mínimo, mas tava surgindo (Helena).

Entretanto, para a entrevistada Célia, foi extremamente custoso fazer o exame preventivo num posto de saúde, o que contribuiu para que a paciente “quase desistisse” de buscar uma assistência médica:

Não, pra acontecer isso (descobrir que tinha a doença), eu fazia o preventivo, aí vai as enfermeira do postinho, porque eles tava, que mudou o postinho, não quis me atender, que eu fui umas cinco vezes lá, fazê a lá, “não, nós vai mudá, nós não tá fazendo o preventivo”, aí eu peguei e falei “ah, então eu vou parar”, aí eu parei, aí quando eu fui, peguei e fiz de novo porque, que eles fez ne mim de novo, já atacou o início da doença... porque a última vez que eu fiz eu acho que deu que tava, é... que tava... aí, fala os negócio lá, eu nem sei já porque tinha feito uma, né, a hora que eu fui, que eu ia fazer pra devolver tudo o doutor, elas não quis, porque eles tavam mexendo lá, num tavam fazendo né, e era só no postinho que tava fazendo, e eu perguntei as muié lá, elas falaram “não, esse preventivo é só aqui no postinho, que nós é daqui, é só daqui”, né, aí eu num fiz, porque o único lugar que eu fiz, que fazia era só lá.

É, porque aí eles me enrolaram, porque o doutor tinha me falado “cê usa a pomada que ocê tá tendo uns coagumento forte”, aí eu usei a pomada, aí ele falou assim “a hora que ocê acabar a pomada cê, cê tá, (se) cê fazer o outro preventivo, cê me entrega”, né, aí quando eu fui fazer o outro preventivo aonde que eles me enrolaram, agora eu não sei se é nesse preventivo que já prejudicou, ou se já tava prejudicado... porque aí depois eu fui fazer esse que eu trouxe, tá aí, aí já deu inframatório no colo do útero.

Nem sempre há uma resistência ou mesmo negação, por parte das mulheres, de que podem estar com algum problema. Esta entrevistada nos conta o esforço que fez para conseguir um atendimento médico, mas por questões externas a si, houve bastante atraso para agendamento de consultas.

Posso perceber, nesse momento em que as mulheres tomaram contato com a possibilidade da doença, que houve um movimento ativo de busca de resolução para o problema, da necessidade de confirmação, ou não, de que algo não ia bem em seu organismo. Contudo, isto não foi feito sem temores ou angústias, como nos revelam as seguintes falas:

Que aconteceu isso comigo, onde que a revolta fica, eu fico revoltada, entendeu? (Wilma).

Foi muito ruim... a gente ficou pensativa, porque a gente não sabia, eu não sei, nos primeiros dias eu não sabia o que fazer (Lúcia).

Ah, eu já pensei em ruim, né, eu pensei e falei “Ah não, se for esse incômodo que eles tão falando que tá me dando”, câncer né, aí eu fiquei com medo (Lúcia).

Ihhh, no princípio eu fiquei muito revoltada! (Rita).

Ah, eu fiquei assustada... é, porque... a gente pensa que tá preparado pra tudo mas não tá nada, né? É a mesma coisa de uma pessoa da gente que tá doente, a gente não pensa que ela vai morrer, a gente quer que ela sare, né? Acontece, a gente não deixa de ficar triste, né, assim é a mesma coisa, você tá com um problema, aí cê descobre que aquele problema é grave, aí cê num deixa de ficar triste, né? (Yara).

Aí eu assustei, né, assustei muito porque é uma doença que ninguém quer ter (Helena).

Eu fui só aceitar a situação depois que eu fui fazer esse tratamento aqui, eu não acreditava (na existência da doença), aí eu pensei “mas por quê esse sofrimento?”(Helena).

Di Biaggi e Chiattonne (2000) colocam que a confirmação de um câncer abala a integridade egóica da mulher, que se encontra bastante fragilizada e vulnerável. A paciente, ao receber o diagnóstico de câncer ginecológico, geralmente apresenta um choque inicial, caracterizado pelo medo, desespero, choro e depressão. As autoras ressaltam ainda que o estigma do câncer associa-se muito à percepção de sofrimento e à visão da doença como sentença de morte. Conforme observado através dos discursos das entrevistadas, estes aspectos se presentificaram quando souberam que estavam com câncer.

Após o impacto inicial frente ao diagnóstico, algumas entrevistadas relataram suas conjeturações a respeito do surgimento da doença. Wilma relacionou a vivência de um estado depressivo, devido à traição conjugal de seu marido, com o aparecimento do câncer. De acordo com Sontag (2007), a relação entre o câncer e os sentimentos dolorosos é bastante antiga. Segundo a autora, Galeno (século II) colocava que as mulheres “melancólicas”, deprimidas, tinham mais tendência ao câncer do que aquelas que se mostravam mais dispostas e animadas, as mulheres “sangüíneas”. Esta idéias estiveram presentes nas falas de Wilma:

Então trabalhando né, na roça, então já vinha desconfiando de tudo isso [a traição do marido], onde que eu já vim ficando doente [com depressão], entendeu? Não comia, eu só tomava café, fumava, onde que...

Ai, num sei viu porque, eu penso que isso daí [o câncer] que veio de mim, isso que aconteceu aqui comigo, veio tudo através dele. Porque eu trabalhava, né, eu trabalhava na roça, então de, aí eu entrei em depressão, porque eu entrei em depressão em antes de fazê o tratamento, eu já tava com esse, com câncer né, que chama, então veio juntando tudo isso e acho que pelo nervoso onde que, que aconteceu isso comigo...

Assim, o problema que veio me agravar sobre isso, eu acho que foi pela depressão que veio vindo...

A situação de infidelidade conjugal colocara a relação “na balança”, Wilma tinha dúvidas se continuaria vivendo com seu marido, mesmo ele demonstrando arrependimento pelo que fizera. A entrevistada já se encontrava muito abalada com esta traição, e a possibilidade de uma cirurgia de retirada do útero intensificou significativamente suas preocupações, conforme pode ser percebido em suas falas:

Entendeu, sobre também, isso daí, igual muitos falam, em parte relações sexuais, igual eles fala, que, igual, eu vou operá, não vou poder ter mais isso... relações...

Quem conversou isso comigo foi amiga assim minha, não médico, principalmente sobre, é, igual ele falou pra mim operá e pôr essa bolsinha né, aí eu até fiquei nervosa, saí revoltada dali, que eu comecei a chorá né, aí o médico falou “não, essa bolsinha você vai ficar um tempo com ela, depois nós vamos reconstituir, fazer outra” negócio, bexiga, não sei como que eles falam isso né,... então onde que veio, bateu isso na minha cabeça, uma mulher, porque do jeito que eles fala “ah, porque a mulher tá doida por causa disso”, não, porque, se, né, sobre relações, não é, porque a gente fica né... fica vendida sobre isso...

Vendida assim sobre essas coisas que comentam, as pessoas comentam da gente, né, é o modo de dizer...

Igual muitos falam “ah, você não vai ser mulher pra nada mais”, entendeu? “Você não vai poder ter relações mais”, tudo isso... entendeu, é onde que... a gente põe, vai pondo na cabeça, então...

Anzieu refere (1992) que o sentimento de ser castrada, na mulher, vincula-se mais ao temor de um sufocamento ou de uma privação do funcionamento da sensibilidade vaginal e da fecundidade uterina. Wilma parece sentir esta castração com a possibilidade de perda do útero e de modificações em seu corpo, advindas do provável uso de uma bolsa de colostomia. O órgão parece representar, para a entrevistada, sua condição de feminilidade, de ser uma mulher sexualmente ativa. Sentindo-se já traída e

inicialmente “abandonada” pelo marido, pois ele envolvera-se com outra mulher, Wilma parece temer um novo abandono, ou seja, em suas fantasias inconscientes, o marido não ficará com ela porque ela *não vai ser mulher pra nada mais*, não poderá ter relações sexuais.

Caliri e Cunha (1998), em estudo com mulheres que foram submetidas à cirurgia de retirada do útero, relataram que as participantes apresentaram incerteza sobre as conseqüências de ficarem sem o órgão, que para elas ligava-se ao significado de ser mulher, um ser sexual. Tinham receios com relação à rejeição pelo parceiro, e medo de que a sua identidade como mulher fosse perdida ou modificada pela retirada daquele órgão. Santos, Camilles e Dátilo (2000) apontaram como uma das implicações psicológicas da histerectomia (cirurgia de retirada do útero) o surgimento, nas pacientes, de fantasias de frigidez, evidenciando o útero como órgão erótico.

Helena, outra entrevistada deste estudo, também trouxe em suas falas esta questão da retirada do útero, e suas conseqüências relacionadas à vida sexual da mulher e ao relacionamento conjugal, confirmando a literatura referenciada acima:

Aí ela [sua vizinha] fez, ela tinha que tirar o útero pelo mesmo problema meu, teve que tirar, só que ela tinha convênio, ela tinha o outro lá das, um convênio lá, tirou lá, cê não acredita que o marido dela também rejeitou, menina, que ignorância, misericórdia!

Referindo-se a si própria, Helena colocou suas conjeturações sobre o surgimento da doença:

Não acreditava, eu falava “meu Deus, quê que é isso, misericórdia!”, coisa horrível né, eu falei “quê que eu fiz, Senhor”, dialoguei com meu Deus, isso aí... nunca fiz extravagância nenhuma... que prejudicasse, prejudicasse os meus órgãos né, na família... não tem esse tipo de doença, só se fosse da tatatara... tataravô (risos), porque da geração da minha mãe, tem que nem eu te falei, tem assim da parte

do meu pai é problema de, de hipertensaa, de hipertensão, da minha mãe é coração, é cardíaco [...].

É, eu tirei o útero, depois de três anos tirei os ovários, porque eles não tirou, eles deixou, só que depois do exame manifestou um dos ovários, precisou tirar... né, mas, também, eu também tinha, nunca mais, eu não tive mais filhos, com vinte e sete anos, nunca mais queria ter filho também, eu tinha três, então esse, o, o útero, esse ó, esses órgãos, eles são pra procriar memo, se eles não procria, traz esse tipo de complicação, mas feliz da mulher que não tem [uma complicação]. Minha mãezinha tem setenta e dois anos, ela tem todo, tem, ela fala pra mim que ela vai, quando ela vai no ginecologista, os útero dela, os ovário, tá tudo bonitinho. Feliz dela, né?

Esta mulher busca compreender se a doença (câncer) seria transmitida geneticamente, mas tanto da parte de seu pai como de sua mãe, diz que as doenças estão relacionadas com a pressão e o coração. Ela pode ter sentido necessidade de se voltar à “transmissão genética” para encobrir um receio inconsciente de que a doença seria um castigo por maus comportamentos, por extravagâncias com seus órgãos, ou então por não ter tido mais filhos, já que em suas fantasias, o útero é visto como órgão para procriação, e que pode trazer doenças caso a mulher não exerça a função reprodutiva.

Os dados do presente estudo vão de encontro à literatura. Di Biaggi e Chiattonne (2000) apontam sensação de culpa e punição como reações comuns frente ao diagnóstico de câncer ginecológico. Determinados comportamentos assumidos na vida, como a vivência da sexualidade pela mulher, podem desencadear sentimentos de culpa levando a paciente a relacionar o surgimento da doença com castigo e punição por aqueles comportamentos.

A entrevistada Célia trouxe associações do surgimento da doença com questões referentes à gravidez e ao momento do parto:

Ou a criança é muito grande, a gente faz muita força pra pôr ele pra fora, prejudica também, eu acho que é isso também...

É, eu acho que é a criança grande demais, né, eu tive dois grande, ou senão, deve ser algum... ah, sei lá, é os aparêio que eles põe, num desinfeta direito, sei lá, sabe, pra mim é isso, sei lá.

[...] a tesoura, as águia [agulhas] que eles costura, porque eles costura lá vai, só sabe costurar correndo na gente, né, e acho que prejudicou porque às veiz perde alguma coisa, dum passa pra outro, eu acho que é isso.

[...] é porque ele desinfeta, eu num falo que ele não desinfeta, ele desinfeta, mas eu acho que me prejudicou essa doença foi isso, é a aguia, a tesoura que eles pois noutra, esqueceu de desinfetar, acho que é isso aí.

Para esta entrevistada, o esforço que a mulher faria para dar à luz uma criança grande poderia levar posteriormente ao surgimento da doença, situando a origem da malignidade em seu próprio interior. Além disto, suas fantasias também se relacionam à falta de assepsia e à contaminação durante o momento de parto. Sontag (2007) refere uma associação antiga entre as idéias de contaminação e o aparecimento do câncer.

Por fim, a entrevistada Yara atribuiu o surgimento e aumento de seu câncer a um possível “erro médico” durante a realização de um procedimento, como nos mostram suas seguintes falas:

Eu fui num doutor aí que fez exame, disse que tinha uma ferida, acho que ele cortou essa ferida, e era o câncer, e... aumentou... mais ainda, depois que ele fez isso é que ele foi desconfiar que podia ser, né, então tudo isso, eu sei, o ser humano é a ser humano né, mas... tem que ter mais atenção né?

Ele falou que tinha [uma ferida], aí ele, parece que, não sei o quê que ele fez que sangrou... e essa ferida que ele, como diz ela, é, cortou, cauterizou, não sei, proliferou, né... eu pensei assim comigo “ele como médico, não era pra ter mexido” ele era pra ter, né, pensado antes “eu não posso mexer”.

Podem surgir uma hostilidade e sentimentos paranóides como reação ao diagnóstico de câncer, sendo que a doença é vista como uma injustiça imposta pelo ambiente (muitas vezes na figura do médico). A mulher buscaria um culpado para a

malignidade, como defesa pelo sofrimento que vivencia (DI BIAGGI; CHIATTONE, 2000).

Yara tinha um receio já antigo de freqüentar consultas médicas, acreditava que os profissionais não se mostravam suficientemente competentes para ajudá-la em seus problemas de saúde. Isto pode ter contribuído para sua fantasia de que a doença surgiu devido a um erro médico. Entretanto, penso também que a entrevistada pode ter recorrido ao mecanismo inconsciente de projeção de sua própria culpa no profissional. Durante a entrevista, ela colocou que não fazia acompanhamento ginecológico, possivelmente deve imaginar que a doença surgiu porque ela mesma não procurou um atendimento médico preventivo.

Pude perceber, através das falas das mulheres deste estudo, que foram atribuídos muitos significados ao surgimento do câncer ginecológico. A doença parece ter-lhes mobilizado angústias e fantasias presentes em outros aspectos de suas vidas, especialmente relacionados à vivência da sexualidade, à gravidez/parto (já explorado neste estudo). O adoecimento e a possibilidade de retirada, ou já a remoção de órgãos que conferem à mulher o caráter de feminilidade (neste caso, o útero), surgiu como um evento bastante preocupante para algumas entrevistadas. Também percebi um sentimento inconsciente de culpa pela doença. Neste sentido, concordo com as palavras de Di Biaggi e Chiattonne (2000, p. 240) e as utilizo para finalizar esta parte do estudo:

A paciente com câncer ginecológico adoece como um todo, [...] apresentando muito mais que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com as repercussões próprias e pessoais na maneira de viver, adaptar-se ao estresse vital e delinear seu próprio destino.

6.4. Fortalecendo a esperança na possibilidade de vida

A literatura evidencia que o câncer é uma doença cujo tratamento costuma envolver várias modalidades, como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, podendo assim ser bastante prolongado (OTTO, 2002). Este fato pode gerar desconfortos e incertezas quanto ao futuro para as pacientes (DI BIAGGI; CHIATTONE, 2000).

Na presente pesquisa, as mulheres trouxeram dúvidas com relação ao tempo de tratamento, à sua eficácia, e questionamentos em relação à possibilidade de cirurgia (para aquelas que não tinham realizado este procedimento), como mostram as seguintes falas:

Eu acho que, que o tratamento em si ele é muito demorado, podia ser assim “ó, cê tem, então vamo lá, vamo operá, vamo fazê, vamo”, mais rápido, é aquilo que eu te falei, eu sou imediatista, um dia eu ainda, eu não estudei Medicina, mas eu acho que se eu estudasse Medicina, eu ia fazer uma maquininha assim que pudesse “você faz isso, isso, isso, cê sarou, tchau!” e ponto [risos], seria bom, né [risos]. Mas eu acho que é isso, eu, o tratamento ele é bem demorado, eu era, hã, eu achei que eu fosse operar bem mais rápido, mas tô passando por uma série de,... deve ser o normal, né, também eu nunca tive experiência assim de alguém que teve esse problema (Joana).

Eu sei porque agora vai ter a cirurgia, você tem um pós-cirúrgico, tudo, mas, hã, pelo menos você sabe na hora que tá ainda de desejar “Tô boa? Já vou voltar ao normal, já vou voltar a uma atividade” (Joana).

Só sinto que, num sei que ele tá falando um negócio de, ele acha que às vezes pode ser preciso de operar, né? Mas eu pensaria comigo, se fosse então pra operá, tinha que ter operado no começo, né? Eu acho que o certo era assim, não é? Porque agora fazê esse tratamento pra depois operá, também não é certo assim, né? Eu acharia se fosse, se fosse o tratamento, se eles garantir que não precisa de mais nada, que eles garante que, não é, se as coisas não vortá mais, aí depende se ele precisa de operá, porque se precisa de operá a gente opera, né? (Lúcia).

Eu penso, realmente assim tem hora que eu tô tratando, pra mim num vai valê de nada, né, então eu fico imaginando, põe, põe isso na cabeça, então é na onde que... (Wilma).

Ah, sobre a operação mesmo, né, eu fico analisando, “ai meu Deus”, eu peço a Deus, eu peço, se for pra mim operá, pra mim sofrê, ficá de cama, igual eu vejo muitos, então antes Deus me tirá, onde que... (Wilma).

É, porque não adianta nada cuidar se não vai resorvê... mas diz o doutor que tem cura, que sara, o povo só fez, com essa radio, né, o doutor daqui, aí eu não preocupo não, só que eu não quero que demora, é como eu falei, ficar toda a vida aqui, e eu preciso trabaíá, só isso... [silêncio longo] (Célia).

Mas o tratamento judia muito com a gente... aí [suspira]. A, a quimioterapia não resolveu, aí me pa, me passaram pra radioterapia. (Yara).

Percebo que para estas entrevistadas o tratamento é visto como um longo caminho, permeado por várias etapas. Neste sentido, pode haver uma ambivalência com relação às diversas modalidades de tratamento e à sua eficácia. Por um lado, as terapêuticas podem ser mais uma ferramenta, um recurso heróico tendo por objetivo a remissão da doença e o encerramento definitivo do tratamento, mas em contrapartida podem ser vistas como uma tentativa lançada para reparar talvez um “fracasso” ou ineficácia da(s) modalidade(s) anterior(es), estreitando o contato com a possibilidade de que o câncer não seja curado.

Em determinados momentos, algumas mulheres manifestaram intenção de desistir do tratamento. É o que revelam as seguintes falas:

Porque eu fico pensando “ah, eu vou desisti” porque acho que num tem jeito (Wilma).

Esses dia que eu passei, aí eu peguei, ele já me falo [sobre a cirurgia], foi onde que eu queria desisti já, entendeu? Eu falei “acho que eu vou é largar mão e não vou fazer mais nada”, né? (Wilma).

Assim, eu já falei é, eu peguei e falei “não, eu não vou operar, eu não [vou] terminar essa daqui [braquiterapia] que eu fiz hoje também”, aí minha irmã me deu conseio, aí eu peguei e na onde que eu vim, porque eu tava querendo desisti (Wilma).

Psicologicamente, eu assustei na primeira [aplicação de braquiterapia] quando me deu a crise de pânico, então, isso contribuiu pra eu até pensar em desistir do tratamento [...] (Joana).

Frente à iminência de desistência, tanto em relação à braquiterapia como à cirurgia de retirada do útero, pude perceber que as mulheres mobilizaram seus recursos internos mais envolvidos com a pulsão de vida, na tentativa de suportarem a angústia ao enfrentar um tratamento que, como um todo, é sofrido, prolongado, e envolve vários recursos tendo por finalidade a remissão da doença grave.

Freud (1996), discorrendo sobre o princípio do prazer e o princípio de realidade, disse que o primeiro é próprio de um método primário de funcionamento do aparelho mental, mas do ponto de vista da autopreservação do organismo diante das dificuldades do mundo externo, ele é ineficaz e altamente perigoso. Influenciado pelos instintos de autopreservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo princípio de realidade, sendo que este último não abandona a intenção de obter prazer, mas exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no caminho indireto para o prazer.

Nas falas das entrevistadas, fica evidente que, a despeito do desejo de sucumbirem ao *princípio do prazer*, ou à evitação de dor, as mulheres contêm seus impulsos em busca de um bem maior, mais ligado ao *princípio de realidade*, e portanto à vida. É o que se evidencia nas seguintes falas:

Se eu pudesse evitar o tratamento em si, eu evitaria, mas num posso, num tenho outro substituto [...]. Num sei, hã, o que eu queria mesmo que tivesse pra gozá fosse uma varinha de condão que batesse nocê e falasse “cê sarô, tá bom”, mas não tem, então, a gente tem que enfrentar o que tá por aí (Joana).

Mas eu, é, então, aí, aí eu não sei o quê que eu ia senti, aí eu ia senti pior né, porque... uns falava “se cê num for fazê o tratamento é pior” né... então eu vim (Wilma).

Arrancar que aquilo incomoda a gente, né, então pelo bem da saúde da gente a gente é obrigada a tolerar, né? Eu tô achando assim, eu acho assim, então eu sou obrigada ali a aceitar aquele tratamento, deitá lá dentro, tá doendo, mas pro meu bem eu tenho que, né, aceitar (Rita).

Mas tem que ter paciência porque eu preciso ficar boa, né? Então eu não posso ignorar, e arrancar e jogar pra lá, né? Aí eu tô prejudicando a saúde fora eu mesma (Rita).

Observei também uma tendência de se estabelecer uma relação altamente idealizada com os profissionais da equipe de saúde, projetando-lhes aspectos “divinos” junto à esperança de cura e salvação. As próximas falas revelam estas considerações:

Sabe que eu fiquei calma! Porque eu sei que eles aqui têm todos os recursos, né? Num deu dum jeito, eles vai do outro. Então eu fiquei tranqüila... né (Yara).

Ah, claro né, eu, os médicos do HC são médicos pra valer, eles são pesquisadores da situação, né, e tudo que vier pra eles, eles vão fundo. [Não é] igual nas, nos outros lugares que eles, [...] a gente de cima pra baixo, de baixo pra cima, e tá nem aí não (Yara).

Eu entreguei os médico todos na mão de Deus, né, pedi pra Ele abençoar todo momento que o médico viesse, chegasse perto de mim, [pedi] pra Deus abençoar, né? (Helena).

Eu acho que, tô no melhor hospital que existe, com os melhores médicos, cê tem que confiar neles, eu acho que ninguém vai fazer nada pra te deixar pior, o objetivo deles é sempre te curar, né, então... (Joana).

E, de resto, hã, hã, sempre ouvi falar assim, eu nunca tinha, eu não conhecia o HC aqui dentro, conhecia alguns médicos, tudo, mas não profissionalmente, porque de o, de uma outra forma, hã, eu fiquei encantada, tá, eu acho que, que, humanização de, de médicos, enfermeiros, atendente, eu fiquei assim é, apaixonada no atendimento, não sei como que vocês conseguem atender tanta gente, e tem uns bem chato por sinal, com tão bom humor. Bom humor, carinho que a gente vê, eu, eu fiquei assim, cê, se um dia me perguntarem, eu só tenho elogios a, a tecer aqui pro, pro pessoal. Hã, quando eu fiquei internada, as, as enfermeiras foram fantásticas [...].(Joana).

Assim, a esperança freqüentemente se alia à relação com o divino, ou seja, à dimensão espiritual da existência, conforme nos mostram o discurso das mulheres deste estudo:

O tratamento é muito difícil, tem, que ter muita fé em Deus pra poder agüentar fazer (Rita).

Mas graças a Deus eu me sinto melhor (Célia).

Ah, ter força é esperança de ficar boa, né, que deve prevalecer. Eu, graças a Deus, de doença eu não tenho mais nada, né? (Yara).

Graças a Deus, Deus veio em meu socorro, tá tudo certo (Yara).

Mais força. Eu só espero que Deus me dê força, espero que dê tudo certo, que não manifeste mais a, essa célula lá, eu espero que tudo esteja dando certo, nas radioterapia que eu tô tomando, né (Helena).

Agora a gente vai esperando, concedendo a graça de esperar, com fé em Deus, né, porque eu creio em Deus, descanso nele também, porque ele é o dono da minha fé (Helena).

O tratamento como um todo se mostra como uma situação extremamente difícil para as mulheres, exigindo-lhes muitos esforços psíquicos para suportarem prosseguir nesta caminhada. Possivelmente, recorrem à dimensão espiritual porque a proximidade com a possibilidade concreta de finitude leva as mulheres a perceberem a mortalidade que existe nelas, o humano, os limites da vida. Talvez seja necessário contar com uma “força” divinizada, sobre-humana, muito mais poderosa que a força humana para fortalecer a esperança na possibilidade de vida.

7. CONCLUSÕES

A facticidade da doença lança uma realidade dolorosa na vida da mulher. Há um câncer em seu organismo que precisará ser contido e eliminado. A perda da condição de saúde, imposta pela malignidade, já implica uma vivência de perda de controle sobre a própria vida. Inevitavelmente, ocorre um estreito contato com a possibilidade de morte. A vida se encontra ameaçada, e lançar mão dos recursos terapêuticos disponíveis, como a braquiterapia, configura-se como tentativa de resgatá-la.

Entretanto, a realização do procedimento mobilizou nas entrevistadas deste estudo a vivência de intensa angústia, a braquiterapia foi sentida como algo agressivo, invasivo e que levou à exposição da intimidade da mulher no contexto da assistência de saúde. Assim, a mulher foi literalmente afetada em sua feminilidade nesta modalidade de radioterapia, e as conseqüências físicas e psíquicas foram bastante sofridas para as participantes. A posição em que as mulheres permaneceram para receber a irradiação, além de proporcionar vergonha e sensação de exposição, foi considerada bastante desconfortável. A vivência deste tipo de tratamento possibilitou que as mulheres rememorassem suas vivências anteriores da situação de parto, evidenciando a possibilidade de conflitos inconscientes ligados ao nascimento e à morte. Perceberem-se adoecidas pelo câncer ginecológico conduziu as entrevistadas a tecerem associações entre o surgimento da doença e questões relacionadas à feminilidade, à vivência da sexualidade, à gravidez/parto, estando presentes sentimentos inconscientes de culpa. A experiência de cada mulher é única, mas é possível perceber aproximações em suas vivências e nos sentidos que atribuem à realização do tratamento com braquiterapia. Embora a esperança na possibilidade de vida ajude estas pacientes a suportarem as adversidades do tratamento, é nítida a presença de intenso sofrimento psíquico.

Uma das recordações mais difíceis para mim foi a primeira aplicação de braquiterapia na paciente Joana. Caracterizei a situação como de um sofrimento que beirou o nível psicótico. A angústia da paciente saltava aos olhos, seu temor diante das próprias sensações e sentimentos que tinha me comoveu muito. Eu soube que ela fôra atendida pela psicóloga do serviço. Conversei então com esta profissional para saber como estava a paciente, e se ela conseguiria prosseguir com seu tratamento. Percebi que o atendimento psicológico tinha sido importante, à medida que ofereceu à Joana possibilidade de falar e pensar sobre o ocorrido em sua primeira aplicação, e de não se sentir sozinha neste caminho que é o tratamento, mas de poder contar com uma ajuda.

Quando pensei em fazer ciência, pensei em auxiliar de alguma forma as pessoas que sofrem. Acredito, sinceramente, que a acolhida humana das angústias e ansiedades do pesquisado, como propõe o método clínico-qualitativo, possa se desenvolver em vários outros encontros que os sujeitos de tantos *settings* de saúde têm com instituições e profissionais. E se faz necessário que a compreensão de aspectos psicológicos destes sujeitos diante de tratamentos e procedimentos não fique apenas numa idéia geral que se venha a ter, mas sim que possa ser aprofundada, oferecendo subsídios para uma atenção mais ampla a estas pessoas. Ter uma compreensão mais aprofundada sobre aspectos psicológicos destas mulheres participantes da pesquisa com relação ao tratamento de braquiterapia me oferece subsídios para tecer **conceitos** em minha mente sobre este fenômeno, evitando uma atitude **pré-conceituosa** e anti-científica sobre as coisas.

Acredito que este trabalho, que teve caráter exploratório, possa contribuir com o repensar sobre as mulheres que são submetidas à braquiterapia para câncer ginecológico. De acordo com os estudos apontados na revisão de literatura, as mulheres sentiram os efeitos deste tratamento na vivência da sexualidade, e esta pesquisa também trouxe este aspecto. Os efeitos colaterais foram muito sofridos para as entrevistadas, em

consonância ao exposto na literatura. Diante de conseqüências difíceis, é compreensível que as mulheres pensem em desistir do tratamento, como verbalizaram nesta pesquisa. Para a equipe de saúde que as assiste, também há um sofrimento, pois o tratamento mobiliza intensas angústias e mesmo uma agressividade nas pacientes, e se não for elaborada, poderá resultar em atuações, sentimentos de culpa e persecutoriedade. E muitas vezes isto é projetado na equipe, que pode ter dificuldades em lidar com estas questões. O auxílio de um profissional de saúde mental pode ser importante neste momento, para que ambos – equipe e mulheres – tenham seu sofrimento minimizado.

Com certeza esta pesquisa teve seus vieses, e de modo algum penso que as apreensões deste estudo esgotam o fenômeno que investiguei. Ao contrário, as possibilidades de interpretação são imensas, e podem lançar estímulo a novas investigações.

Assim, este trabalho por um lado se finda aqui, mas por outro pode conduzir a veia da vida a novos olhares, questionamentos e indagações, movimentando a curiosidade de novos leitores e, quem sabe, novos pesquisadores. É meu desejo mais profundo, e peço ajuda para torná-lo real.

8. REFERÊNCIAS ²

ANDERSEN, C.; ADAMSEN, L. Continuous video recording: a new clinical research tool for studying the nursing care of cancer patients. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 2, p. 257-267, 2001.

ANZIEU, A. **A mulher sem qualidade**: estudo psicanalítico da feminilidade. Tradução por Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 134 p.

BASTOS, L.A.M. A dor é mulher? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 27, n. 1, p. 43-57, 1993.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: _____. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. Tradução por Rita Maria Manso de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980. Cap. 1, p. 9-41.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. Análise de dados. In: _____. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto-Portugal: Porto Editora, 1994. Cap. 5, p. 203-242.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. Fundamentos da investigação qualitativa em educação: uma introdução. In: _____. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto-Portugal: Porto Editora, 1994. Cap. 1, p. 13-80.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. Plano de investigação. In: _____. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto-Portugal: Porto Editora, 1994. Cap. 2, p. 81-110.

BRANDT, B. Informational needs and selected variables in patients receiving brachytherapy. **Oncology Nursing Forum**, v. 18, n. 7, p. 1221-1229, 1991.

CALIRI, M.H.L.; CUNHA, A.M.P. A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia. **Femina**, v. 26, n. 9, p. 749-752, 1998.

²Elaboradas de acordo com as *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso*.

CALLIGARIS, C. Vocação profissional. In: _____. **Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Cap. 1, p. 3-18.

CARLSSON, M.; STRANG, P.; BJURSTRÖM, C. Treatment modality affects long-term quality of life in gynaecological cancer. **Anticancer Research**, v. 20, n. 1-B, p. 563-568, 2000.

CLAPIS, M.J.; MAMEDE, M.V. Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 131-146, 1996.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introduction: entering the field of qualitative research. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. Cap. 1, p. 1-17.

DI BIAGGI, T.; CHIATTONE, H.B.C. Repercussões emocionais do câncer ginecológico. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2000. Cap. 31, p. 236-250.

FIELER, V.K. Side effects and quality of life in patients receiving high-dose rate brachytherapy. **Oncology Nursing Forum**, v. 24, n. 3, p. 545-553, 1997.

FREUD, S. Além do princípio de prazer. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. 18, p. 13-78.

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. 19, p. 175-190.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Tradução por Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol. 7, p. 119-232.

HOLLAND, J.C. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 23, p. 253-265, 2003.

JURASKOVA, I. et al. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. **Psychooncology**, v. 12, n. 3, p. 267-279, 2003.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Métodos Científicos. In: _____. **Metodologia científica**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1991. Cap. 2, p. 39-88.

LANGER, M. Gravidez e parto. In: _____. **Maternidade e sexo**: estudo psicanalítico e psicossomático. 2 ed. Tradução por Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. Cap. 10, p. 191-222.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. A análise de dados e algumas questões relacionadas à objetividade e à validade nas abordagens qualitativas. In: _____. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. Cap. 4, p. 45-54.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1985. 163 p.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia. In: _____. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989. Cap. 2, p. 21-26.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. O positivismo e o desenvolvimento da ciência. In: _____. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989. Cap. 1, p. 11-20.

MINAYO, M.C.S. Fase de trabalho de campo. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. Cap. 3, p. 105-196.

MINAYO, M.C.S. Fase exploratória da pesquisa. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. Cap. 2, p. 89-104.

MINAYO, M.C.S. Introdução à metodologia de pesquisa social. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. Cap. 1, p. 19-88.

MORSE, J.M. “Emerging from the data”: the cognitive process of analysis in qualitative inquiry. In: MORSE, J.M. (Ed.). **Critical issues in qualitative research methods**. Thousand Oaks : Sage, 1994. Cap. 3, p. 23-45.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Tradução por Ivan Lourenço Gomes e Maria Angélica Borges dos Santos. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 526 p.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974. 244 p.

PETITO, J.V. Câncer dos órgãos genitais: tratamento radioterápico. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2000. Cap. 31, p. 242-2353.

PINTO, A.C.L.C. A história da braquiterapia. In: PINTO, A.C.L.C. et al. **A radioterapia no Brasil**. Curitiba: Liga Paranaense de Combate ao Câncer, 1995. Cap. p.31-33.

SANTOS, A.N.; CAMILLES, H.J.; DÁTILLO, G.M.P.A. Repercussões emocionais da cirurgia ginecológica. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2000. Cap. 32, p. 251-255.

SCHILDER, P. Zonas erógenas da imagem corporal. In: _____. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3 ed. Tradução por Rosanne Wertman. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Parte 2, cap. 2, p. 138-141.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Tradução por Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 147 p.

SILVA, M.E.L. Pensar em psicanálise. In: SILVA, M.E.L. (Coord.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993. Cap. 1, p. 11-26.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, aids e suas metáforas**. Tradução por Rubens Figueiredo e Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 163 p.

SZEJER, M.; STEWART, R. O parto. In: _____. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. Tradução por Maria Nurymar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Cap. 6, p. 237-274.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E.R. Construindo uma nova e particular metodologia qualitativa a partir do casamento de métodos modelares. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 5, p. 225-244.

TURATO, E.R. Decidindo quais indivíduos estudar. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 8, p. 351-368.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

TURATO, E.R. Seguindo um fio condutor para a concepção de projetos nas pesquisas qualitativas com o ser humano. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 4, p. 149-224.

TURATO, E.R. Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 10, p. 437-522.

TURATO, E.R. Viabilizando a etapa do trabalho de campo. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 7, p. 305-350.

VELJI, K., FITCH, M. The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 28, n. 4, p. 743-751, 2001.

VIDICH, A.J.; LYMAN, S.M. Qualitative Methods: Their History in Sociology and Anthropology. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. Cap. 2, p. 23-59.

WARNOCK, C. Patient's experiences of intracavity brachytherapy treatment for gynaecological cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 9, p. 44-55, 2005.

ZIMERMAN, D.E. Trauma e desamparo. In: _____. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999. Cap. 8, p. 111-116.

ANEXOS



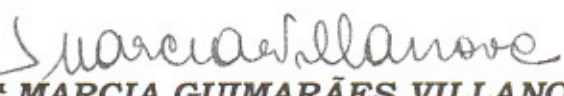
Ribeirão Preto, 22 de março de 2006

Ofício nº 730/2006
CEP/MGV

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“SAÚDE MENTAL E LUTO: VIVÊNCIAS DE MULHERES SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 221ª Reunião Ordinária realizada em 20/03/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 15478/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do
HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
GISELE CURI DE BARROS
PROFª DRª RENATA CURI LABATE (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Depto. de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Em mãos

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PESQUISA COM SERES HUMANOS**

PROJETO: *Saúde Mental e Luto: Vivências de Mulheres submetidas à Braquiterapia*
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Gisele Curi de Barros

NOME DA PACIENTE:

IDADE:

RG:

ENDEREÇO:

NÚMERO DE REGISTRO NO HOSPITAL:

Estou realizando uma pesquisa na qual procuro investigar como é para a senhora o tratamento com aplicações de braquiterapia. Este tipo de pesquisa poderá auxiliar os profissionais de saúde a compreenderem sentimentos e necessidades das pacientes, e assim melhorar a assistência oferecida a elas durante o tratamento com a braquiterapia.

Para realizar esta investigação, preciso conversar com a senhora sobre seu tratamento, a braquiterapia. Esta conversa será realizada neste local (Setor de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP), em uma sala fechada, conduzida por mim, no dia do seu retorno para a última aplicação de braquiterapia, antes da realização deste procedimento. Se permitir, toda a nossa conversa será gravada, para que eu obtenha um registro das informações.

Caso a senhora sinta algum desconforto, ou não queira falar sobre o tratamento em qualquer momento, mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, a senhora poderá desistir, e isto não lhe acarretará nenhum prejuízo ou dano no atendimento e tratamento que está realizando aqui no Setor de Radioterapia do HC-FMRP-USP. Durante a realização da pesquisa, a senhora poderá fazer qualquer pergunta ou pedir algum esclarecimento sobre dúvidas que estejam relacionadas com esta pesquisa. Todas as informações obtidas com este trabalho serão confidenciais e mantidas em sigilo, o seu nome não será revelado.

Caso a senhora sinta necessidade de falar comigo sobre esta pesquisa, poderá

ligar para o telefone (016) 36235197, de minha residência. Meu endereço é Rua

Clemente Ferreira, número 189, Jd. São Luís, Ribeirão Preto – SP.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200_.

Assinatura da paciente:

Assinatura da pesquisadora responsável:

ANEXO C**Instrumentos auxiliares utilizados na pesquisa**

Entrevista N. _____

Local: (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____

Início: ____ : ____ h. _____ Término: ____ : ____ h. _____

Duração em min.: _____

Entrevistador: _____ Assinatura: _____

Parte 1 - Dados pessoais de identificação da entrevistada:

1) Nome completo: _____

2) Endereço: _____

3) Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade em anos completos: _____

4) Naturalidade: _____

5) Procedência: _____

6) Grau de escolaridade: _____

7) Estado civil / Situação conjugal atual: _____

8) Com quem mora: _____

9) Profissão / Ocupações: _____

10) No de filhos: _____

Parte 2 - Dados da entrevista aberta (gravados em fita cassete)

11) Questão disparadora: "Gostaria que você me falasse como tem sido a vivência do seu tratamento – a braquiterapia"

Parte 3 - Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

12) Apresentação pessoal da informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), riso, sorriso, choro, e manifestações afins:

13) Reações/manifestações do tipo contratransferencial:
