



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A VIVÊNCIA DE MULHERES COM CANCRO DE  
MAMA SUBMETIDAS A TRATAMENTOS DE  
QUIMIOTERAPIA**

**ALEXANDRA CRISTINA MARTINS DUARTE  
DA PIEDADE**

**PROF. DR. VICTOR AMORIM RODRIGUES**  
Coordenador de Seminário de Dissertação:  
**PROF. DR. ANTÓNIO AUGUSTO PAZO PIRES**

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau  
de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**  
Especialidade em Psicologia Clínica  
2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. Victor Amorim Rodrigues, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Dr. Victor Rodrigues pela compreensão e motivação ao longo destes meses.

Às mulheres e mães que aceitaram generosa e corajosamente partilhar comigo a sua experiência de cancro da mama.

À Manuela Matias, sobrevivente de cancro da mama e uma das fundadoras da associação Projecto Luz.

Às amigas e amigos que me viram menos durante algum tempo e sempre me apoiaram, lembrando-me da importância em terminar a tese de dissertação e em particular à Alexandra Condeço por todo o carinho e disponibilidade que tem tido comigo nos últimos meses.

Aos meus pais por serem quem são e me terem inculcado sentido de responsabilidade e persistência em tudo o que faço.

NOME: Alexandra Cristina Martins Duarte da Piedade N° ESTUDANTE 14911

CURSO: Mestrado Integrado

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Especialidade em Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2011/2012

ORIENTADOR: Prof. Dr. Victor Amorim Rodrigues

DATA: 3 de Dezembro de 2012

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A VIVÊNCIA DE MULHERES COM CANCRO DE MAMA SUBMETIDAS A TRATAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA

---

**RESUMO:**

Este estudo é uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva, com o objetivo de conhecer como as mulheres diagnosticadas com cancro de mama e sujeitas a tratamento de quimioterapia vivenciaram a experiência da doença. As entrevistas com base numa questão aberta, foram realizadas a mulheres cujo fim dos tratamentos tivesse ocorrido há pelo menos 24 meses. Aplicando o método fenomenológico de Giorgi foram encontrados os constituintes essenciais do fenómeno dos quais se destacam o confronto com a morte e as questões ligadas à maternidade.

Palavras chave: cancro da mama, método fenomenológico; confronto com a morte

THE EXPERIENCE OF BREAST CANCER IN WOMEN SUBMITTED TO CHEMOTHERAPY

---

**ABSTRACT:**

This is a qualitative research of a descriptive approach with the purpose of obtaining better knowledge about the experience of women diagnosed with breast cancer that were treated with chemotherapy. An open question was sent to women that finished the cancer treatments at least 24 months ago. Giorgi's phenomenological method was used to analyze the data collected and several essential characteristics were found for the phenomena, including: maternity and dealing with death.

Keywords: breast cancer, phenomenological method, dealing with death

## ÍNDICE

Introdução.....	1
<i>A Psico-oncologia.....</i>	2
<i>Diagnóstico - Adaptação e enfrentamento .....</i>	3
<i>Tratamento.....</i>	3
<i>Efeitos secundários das terapêuticas.....</i>	4
<i>A experiência da doença oncológica.....</i>	8
Participantes .....	16
Procedimentos .....	16
Resultados.....	17
<i>Constituintes essenciais – Estrutura 1.....</i>	21
<i>Constituintes essenciais - Estrutura 2 .....</i>	22
<i>Análise dos constituintes Essenciais e das suas variações Empíricas .....</i>	31
Diálogo com a Literatura.....	37
Referências .....	44
ANEXOS .....	46
ANEXO I - Entrevistas .....	47
Anexo II – Tabelas das Unidades de significado Psicológico .....	57

## **Introdução**

Segundo Bastos, Barros e Lunet (2007), o cancro da mama é mundialmente a neoplasia mais frequente nas mulheres, “sendo internacionalmente a primeira causa de morte por cancro feminino, com um milhão de casos e meio milhão de óbitos estimados para 2002” É também o tumor maligno com maior prevalência por ter uma elevada incidência e prognóstico favorável, estimando-se que à mesma data “em todo o mundo, se encontram vivas aproximadamente 4,4 milhões de mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama nos últimos cinco anos” (p. 140-141).

O cancro da mama feminina (ICD-9 174) é o tumor mais frequente e a principal causa de morte por neoplasia nas mulheres portuguesas. Considerando o período entre 1960 e 1999, a taxa de mortalidade por cancro da mama após um crescimento sustentado desde 1960, estabilizou tendo atingido um máximo de casos mortais em 1992. Desde essa data a sobrevivência está a aumentar. Nas mulheres de meia-idade o rastreio do cancro da mama tem contribuído para a detecção de cancro em estadios mais precoces permitindo assim um tratamento mais atempado e uma diminuição da mortalidade. (International Agency for Research on Cancer, 2000). Em 2005 a taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminina, antes dos 65 anos (12,3/100 000 mulheres) decresceu 14,0% relativamente a 2001 (14,3%ooo), situando-se abaixo do melhor valor da UE em 2004 (12,5%ooo observado na Finlândia).

A maioria dos estudos sobre os efeitos do cancro da mama têm sido quantitativos e correlacionais tentando estabelecer relações entre diferentes aspectos da doença, tais como: estratégias de enfrentamento; tomada de decisão; apoio social; e espiritualidade. Os estudos realizados com recurso aos métodos quantitativos não conseguem aceder à essência da experiência individual vivida por cada mulher com cancro de mama (Lyons et al, 2002). Adicionalmente, têm havido interesse em estudar os problemas sociais e psicológicos associados à quimioterapia, um dos tratamentos comumente utilizados para combater a doença, mas existe escassa documentação sobre os efeitos psico-sociais relatados pelos pacientes submetidos a essa terapêutica. Efectivamente, não foram encontrados estudos que questionem os pacientes sobre as suas experiências ao longo do processo de tratamento (Mitchell, 2007).

O objectivo deste estudo é explorar as vivências de mulheres com cancro de mama submetidas a quimioterapia.

### **Enquadramento teórico**

#### ***A Psico-oncologia***

Embora a medicina chinesa tenha referido desde há milénios a intervenção de factores psicológicos no desenvolvimento de doenças em seres humanos só em meados do século XX, o ocidente começou a realizar estudos sistemáticos correlacionando variáveis classificadas como psicológicas e o desenvolvimento de doenças oncológicas (Holland, 1991 referido por Costa Junior, 2001).

Nos anos 70 do século passado surge uma nova disciplina, a psico-oncologia, resultante do entrecruzar da área da medicina que estuda o cancro, ie, a oncologia e a psicologia podendo esta nova área de atuação dos psicólogos ser incluída na psicologia da saúde (Costa Júnior, 2001). Até à década de 70, a palavra cancro ainda era indizível e estigmatizante já que o diagnóstico de cancro era entendido como equivalente a um diagnóstico de morte, para a qual não existiam causas nem cura. Acreditava-se que revelar o diagnóstico ao paciente era uma acto de crueldade e desumanidade já que este iria perder toda a esperança. Adicionalmente, acreditava-se que o desconhecimento da doença ajudava o paciente a encarar melhor os sintomas e os tratamentos. O diagnóstico era no entanto, comunicado à família do paciente, excluindo o doente, criando-se assim uma conspiração de silêncio entre os profissionais de saúde e a família. Com a diminuição do estigma e a comunicação dos diagnósticos aos pacientes abriu-se a possibilidade de explorar os seus sentimentos face à doença. Mais recentemente, desde o início do século XXI, tem vindo a ser produzida uma vasta literatura e projectos de investigação com interesse em todos os pontos do continuum oncológico: desde a prevenção ao nível da alteração dos comportamentos e mudança de estilos de vida como forma de diminuir o risco de desenvolver cancro; ao estudo de comportamentos e atitudes que permitam uma deteção mais precoce da doença; aos estudos de aspectos psicológicos associados aos resultados dos exames incluindo os genéticos; ao controlo dos sintomas resultantes dos tratamentos realizados, tais como, a ansiedade, a depressão, a fadiga e a dor; a gestão das sequelas psicológicas para os sobreviventes de cancro; até aos cuidados paliativos (Holland, 2002).

### ***Diagnóstico - Adaptação e enfrentamento***

Face ao diagnóstico de cancro podem existir diferentes respostas sendo corrente a classificação definida por Moorey e Greer (1989) que as divide em cinco: espírito de luta, negação, fatalismo ou aceitação estoica, indefensibilidade ou desesperança, e preocupação ansiosa. O espírito de luta será a reacção mais provável quando o diagnóstico é sentido subjectivamente como um desafio passível de ser vencido e ao mesmo tempo o doente sente que tem alguma capacidade de controlar o desenrolar da doença. Se pelo contrário a doença é vista sobretudo como ameaça então as estratégias tenderão a ser de negação, em que há uma recusa em admitir a gravidade da doença ou mesmo negar que se trata de cancro, ou de fatalismo, em que há uma aceitação tácita da doença e uma resignação à sua sorte. A preocupação ansiosa também se enquadra no tipo de resposta em situação percebida como ameaçadora e incontrolável. Por último, a indefensibilidade é uma forma de reagir que encara o cancro como uma perda de bem-estar e de algo que o doente nunca mais vai voltar a ter estando esta reacção associada a sentimentos de desesperança, desamparo e pensamentos negativos relativamente ao prognóstico da doença. Segundo os mesmos autores as estratégias de enfrentamento com melhores resultados em termos de adaptação psicossocial são: o espírito de luta e a negação (Dura & Ibañez, 2000). Mais recentemente Watson & Davidson questionaram os resultados obtidos por Moorey e Greer e defendem que o espírito de luta não tem impacto no prognóstico da doença. Por outro lado, as mulheres ao terem dificuldade em manterem um espírito de luta podem culpabilizar-se por um eventual desenvolvimento negativo da doença sendo este um fardo difícil de carregar. Na resposta dada à investigação de Moorey & Greer, Watson & Davidson (2000) defendem que respostas de desamparo e desesperança, bem como, a depressão severa têm um impacto modesto na evolução da doença enquanto que o espírito de luta não tem impacto significativo para o prognóstico. Argumentam ainda que parece ser mais importante o que deixa de haver (esperança) do que o que se adquire (espírito de luta), sendo estas questões a explorar em futuras investigações.

### ***Tratamento***

Existem diferentes tratamento do cancro da mama de acordo com as diferentes fases da doença e do momento do diagnóstico. Segundo Berry (2009), referido por Morgado da Costa a escolha da terapêutica adequada deverá ter em conta a idade da doente, assim

como, as características anatomopatológicas do tumor. As abordagens podem ser então: locais, regionais ou sistêmicas (Carson, Allred et al. 2009). Durante décadas o cancro da mama era quase exclusivamente tratado cirurgicamente através da realização de mastectomia radical, ou seja, através da remoção total da mama doente sendo também realizada a dissecação da cadeia ganglionar. Com os avanços médicos das últimas décadas o cancro da mama pode tratado de diferentes formas que se podem dividir da seguinte forma: tratamento da doença localizada através da cirurgia conservadora (em que é retirado do tumor) associada à radioterapia e à quimioterapia. Segundo Berry (2009) referido por Morgado da Costa (2010, p.38) a “terapêutica sistémica no tratamento de doentes com cancro da mama localizado reduz o risco de recorrência em cerca de 30 a 40%”; Tratamento da doença localmente avançada, subdividida em doença operável e inoperável. No caso da primeira o tratamento a utilizar é semelhante ao tratamento do cancro localizado, no caso da inoperabilidade do tumor então é realizada quimioterapia neoadjuvante, ou seja, realizada antes da cirurgia sendo posteriormente realizada uma cirurgia conservadora em cerca de 80% das pacientes; Tratamento da doença metastática. Nesta fase a doença é considerada incurável e o principal objectivo da terapêutica deverá passar a ser a manutenção ou a melhoria da Qualidade de Vida da paciente. Assim, as terapias sistêmicas são adoptadas com o intuito de prolongar e melhorar a vida das pacientes. Para além da quimioterapia pode ser também aplicada uma terapêutica endócrina e a radioterapia como forma de controlar e de paliar a sintomatologia existente.

### ***Efeitos secundários das terapêuticas***

As terapêuticas correntemente utilizadas têm um largo conjunto de efeitos secundários, nomeadamente: “afrontamentos (Stearns, Ullmer et al. 2002); disfunção sexual, amenorreia e infertilidade (Broeckel, Thors et al. 2002; Walshe, Denduluri et al. 2006); perda da capacidade cognitiva (Jenkins, Shilling et al. 2004; Vardy, Rourke et al. 2007), depressão, doenças cardiovasculares (Altena, Perik et al. 2009), osteoporose, sintomas músculo-esqueléticos, artralguas, fadiga (Ganz and Bower 2007) e neuropatias (Postma, Vermorken et al. 1995)” (Morgado da Costa, 2010, p. 43).

Para certos tipos de tumores a quimioterapia aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência, no entanto, os efeitos secundários como as náuseas, vomitos e alopecia são causadores de sofrimento e levam mesmo alguns doentes a desistir do tratamento (Durá & Ibañez, 2000). Outro efeito secundário das terapêuticas

administradas na doença oncológica é a fadiga, com uma incidência de mais de 80% nos doentes submetidos a tratamentos de quimioterapia e radioterapia. E em cerca de 33% dos casos a fadiga pode persistir por vários meses ou mesmo anos após a conclusão do tratamento (Meyer, Ehrlich & Peteet, 2009). A fadiga está frequentemente associada à depressão, desesperança e globalmente ao sofrimento psicológico. A fadiga é percebida como o sintoma mais perturbador associado ao cancro e ao seu tratamento, mais ainda do que a dor, as náuseas e o vómito, sendo também preditor da vontade de um desejo de morte mais rápida entre os doentes de cancro. Em casos observados de sobreviventes de cancro de mama foi reportada experiência de fadiga significativa até cinco anos depois de terem terminado a terapêutica adjuvante de quimioterapia.

Ao longos dos anos, pelo menos desde os anos 70, as sobreviventes de cancro da mama têm relatado alterações em diversas áreas de funcionamento cognitivo, nomeadamente: atenção e concentração, memória de curto prazo e a capacidade de desempenhar diferentes tarefas em simultâneo (capítulo do livro). Mais recentemente um estudo longitudinal de Phillips et al. publicado em 2011, revelou que as sobreviventes de cancro da mama entre 6 a 36 meses após terminarem o tratamento adjuvante sofreram alterações cognitivas quer tenham recebido tratamentos de: quimioterapia, radioterapia, ou combinação das duas terapêuticas. As mulheres submetidas a este tipo de tratamentos tiveram pior desempenho nos domínios da velocidade de processamento e nas funções executivas quando comparadas com mulheres sem história de cancro.

Outro efeito importante da terapêutica utilizada no combate ao cancro são as náuseas e o vómito, sendo a náusea considerada como um sintoma subjectivo ao ser uma sensação de vómito iminente ou má disposição e enjojo. Pelo contrário, o vómito é algo objectivo facilmente mensurável estando associado a reacções do sistema nervoso autónomo como a sudação, hipotensão e salivação. A incidência de náusea e vómito induzida pela quimioterapia é influenciada pela idade, género, experiência prévia de quimioterapia e as expectativas dos doentes, para além do tipo de agente antineoplásico utilizado no tratamento. O mecanismo da náusea e vómito associados à quimioterapia é multifacetado, com diferentes níveis de gravidade em termos temporais: crises agudas de náusea e vómito ocorrem nas 24 horas iniciais após tratamento seguindo-se um período de 24 a 72 horas em que o paciente continua a sentir-se náuseado e a vomitar com progressivamente menos frequência. Nos casos dos sintomas antecipatórios, a náusea e o vómito pode ser motivado pela ansiedade. Quanto ao tratamento destes

sintomas, as terapêuticas utilizadas são mais eficazes para o controlo do vômito do que da náusea.

A dor é um problema comum nos doentes oncológicos, sendo que 70% deles experienciam dor severa em algum ponto da doença. Estima-se que dos doentes com doença oncológica avançada cerca de 75% têm dor, que 50% dos doentes terminais têm dor severa ou moderada, e que 25% dos doentes oncológicos morrem com dor severa. A International Association of Pain, define dor como uma experiência sensorial e emocional associada a destruição de tecidos real ou potencial. A dor pode ser classificada como crónica ou aguda dependendo da incidência temporal, sendo a segunda bem delimitada em termos temporais, de início e de fim. Por outro lado, a dor crónica é uma experiência que pode durar mais de 3 a 6 meses ou pode ser uma dor que persiste dissociada da experiência do que ocorre a nível dos tecidos celulares. Enquanto que a dor aguda tem manifestações corporais facilmente observáveis exteriormente, a dor crónica nem sempre é observável do exterior devido aos mecanismos adaptativos do sistema nervoso autónomo. Assim, os sintomas da dor aguda são substituídos por depressão, incapacidade e disfunção e no caso dos doentes oncológicos pode conduzir a alterações significativas no humor, personalidade, qualidade de vida, problemas relacionais e capacidades funcionais. O medo de uma morte com dor é um dos principais stressores nos doentes oncológicos e este medo é universal, no entanto o nível de sofrimento psicológico varia dependendo de: factores médicos, suporte social, capacidades de ajustamento à doença e personalidade. A forma como a dor é encarada, ie, se é vista como resultado de algo benigno ou se pelo contrário representa uma progressão negativa da doença interfere na qualidade de vida dos doentes. E no caso das mulheres com cancro de mama metastizado, Spiegel e Bloom, observaram que a dor é sentida como mais intensa se as mulheres acreditarem que está associada a um alastrar do cancro no seu corpo e se estiverem deprimidas. As crenças e o significado atribuído à dor, associados a alterações do humor, são melhores preditores no nível percebido de dor do que o número e localização das metástases. A intensidade da dor também está associada à percepção das dificuldades em funcionar no dia a dia, podendo também estar associada à depressão. Para além da depressão, e pelo menos nos doentes em estádios mais avançados da doença pode haver delírio como resultado do tratamento com opiáceos.

A fadiga e a dor são os sintomas mais referidos pelos doentes oncológicos e têm alguns factores em comum: ambos são complexos e multidimensionais, baseando-se sobretudo em avaliações subjectivas do doente, requerendo por isso uma comunicação clara entre os profissionais de saúde e os doentes para o seu correcto e atempado diagnóstico. Adicionalmente, a combinação da dor e da fadiga principalmente entre pacientes mais velhos, aumenta a experiência sintomática global decorrente da doença oncológica sugerindo a existencia de uma sinergia entre ambos (capítulo).

Outro dos sintomas associados à doença oncológica é a insónia quer seja a insónia inicial, a de manutenção ou de um sono não reparador. É considerada a perturbação do sono mais comum com base em resultados consistentes que sugerem taxas muito elevadas de insónia em doentes com cancro em comparação com a prevalência na população em geral. Este sintoma tem sido descrito em doentes oncológicos ao longo do ciclo da doença, desde o diagnóstico e até anos depois de concluído o tratamento. Num estudo referido por Yue & Dimsdale realizado com doentes de cancro de mama, a mediana da duração das perturbações de sono é de 48 meses. No entanto e apesar de grande aumento de artigos científicos publicados entre 1999 e 2008, o impacto da insónia nos doentes oncológicos ainda não é bem compreendido. Apesar deste défice de conhecimento, alguns estudos sugerem que a privação de sono em pacientes com cancro está associado a um decréscimo na qualidade de vida, bem como, um possível aumento na mortalidade (Yue & Dimsdale).

Não se tratando de um sintoma nem de um efeito secundário da terapêutica, a doença oncológica tem um impacto importante na sexualidade. Muitos dos doentes de cancro sentem mudanças no funcionamento sexual quer na fase aguda do tratamento quer já numa fase posterior tendo sobrevivido à doença. A intimidade pode ser uma parte importante da qualidade de vida que é perturbada e modificada com o diagnóstico e tratamento de cancro, sendo a diminuição da libido ou do interesse sexual uma das queixas mais referidas na literatura. A dispareunia nas mulheres e a disfunção erétil nos homens são também queixas comuns na doença oncológica. Durante ou após o tratamento, aspectos como a dor, o nível de energia e o estado hormonal podem influenciar a sexualidade e a dimensão desse impacto está relacionado com a história individual relativamente à frequência, ao grau e à qualidade da actividade sexual antes do diagnóstico. O tipo de tratamento reflecte-se também na vida sexual, e em particular no caso das mulheres mastectomizadas existe a experiência de remoção de um órgão

sexual e da correspondente diminuição da sensibilidade na zona afectada pela intervenção cirúrgica, acrescida das alterações em termos de imagem corporal mesmo quando existe reconstrução mamária. O tratamento cirúrgico implica assim uma constante recordação ou enfrentamento das cicatrizes e da perda de uma parte do corpo. Na quimioterapia, a fadiga, a náusea e o vômito, e a diarreia podem representar um impedimento ao funcionamento sexual durante a fase aguda do tratamento. Alguma terapêutica leva à perda de cabelo e acentuado emagrecimento que contribuem para as mulheres se sentirem sexualmente pouco atraentes e inseguras. Também a ansiedade e a depressão, as mudanças nas relações afectivas e perda de bem-estar físico, a par com as alterações da imagem corporal podem contribuir para as dificuldades nas experiências de sexualidade durante e após tratamento. O tipo de relação com o parceiro ou a inexistência de parceiro é também importante no equacionamento da problemática sexual associada ao cancro, a questão deverá ser elaborada tendo em conta que a doente poderá estar preocupada com a sexualidade numa relação hetero, homo ou numa nova relação, sendo também fonte de preocupação a possível infertilidade à qual podem estar associadas sensações de vergonha, diminuição de auto-estima e até interrogações quanto à identidade própria. (Roth, Carter & Nelson, p.245, 246).

### ***A experiência da doença oncológica***

Segundo Ngoma and Msemu, a perda de esperança influencia o estado psicológico e o comportamento dos pacientes. Assim à medida que a doença progride os pacientes vão passando por fases incapacitantes e dolorosas vão surgindo vários problemas psicológicos e várias questões se vão levantando relacionadas com a família, os filhos, os conjuges acrescentando mais sofrimento psicológico ao paciente. Os autores reportando-se à realidade observada em países em vias de desenvolvimento, onde um diagnóstico de cancro ainda equivale frequentemente a um diagnóstico de morte, enumeram uma lista de questões psicológicas associadas à doença oncológica com impacto na qualidade de vida dos pacientes, nomeadamente: mitos sobre o cancro; medo de recidiva, problemas sexuais; percepção de dor; fadiga; eventual culpabilização por ter tido comportamento que possam ter causado cancro e/ou por um possível diagnóstico tardio; alterações corporais; depressão; alterações no sono; alterações das suas capacidades após serem submetidos aos tratamentos; o impacto negativo que a doença poderá ter a nível financeiro e profissional; o peso que poderá ter nos familiares e amigos; e preocupações com a parentalidade e a fertilidade (Ngoma & Msemu). Estas

questões são também comuns aos pacientes e familiares em países desenvolvidos onde o cancro é cada vez considerado como uma doença crónica devido ao progressivo aumento na taxa de sobrevivência. Assim, para além das questões anteriores vêm outras de longo prazo, tais como: a alteração de papéis no seio da família, particularmente na parentalidade; decisão de ter filhos; incerteza quanto à esperança de vida e consquentemente dificuldades em planear o futuro; exaustão emocional por parte dos cuidadores/família e dificuldade em lidar com a doença por longos períodos de tempo; isolamento social e possível estigmatização social; dificuldades em voltar ao trabalho e em prosseguir a carreira profissional; alterações corporais e limitações físicas potencialmente incapacitantes (Manicom, 2010).

Por outro lado, a experiência de uma doença de fortes conotações negativas e ainda estigmatizante na sociedade actual, pode ser também como uma fase de transição psicossocial com resultados positivos. Cordova, Cunningham et al, realizaram um estudo em 2001, a uma amostra de quase 150 mulheres com o objectivo de comparar os níveis de depressão, bem-estar e crescimento pessoal pós-trauma entre sobreviventes de cancro da mama e mulheres saudáveis, tendo a amostra sido balanceada em termos de idade e educação. Os resultados obtidos são semelhantes para ambos os grupos nas variáveis depressão e bem-estar, destacando-se o crescimento pessoal pós-trauma como diferença significativa entre ambos os grupos, principalmente na relação com os outros, na valorização e disfrute da vida, bem com, mudanças espirituais. O crescimento reportado pelas sobreviventes de cancro está positivamente correlacionado com a percepção de ameaça que a doença representa, com terem falado anteriormente sobre o cancro da mama, recursos económicos e tempo decorrido desde o diagnóstico. Este estudo sugere que a investigação focalizada essencialmente no sofrimento psicológico e tudo o que este engloba podem indicar uma visão incompleta e potencialmente enganadora da adaptação à doença por parte das mulheres com cancro da mama. Segundo, Tedeschi & Calhoun (2004), o Crescimento Pós-traumático define-se como sendo a experiência positiva resultante de uma luta em situação de crise de vida altamente ameaçadora para o indivíduo. Podendo manifestar-se de diversas formas nomeadamente através do aumento da apreciação da vida em geral, de um maior significado atribuído às relações interpessoais e de uma percepção de maior força interior, alteração de prioridades, e de um enriquecimento da vida espiritual e existencial. Os autores sugerem ainda que o crescimento pós-traumático interage

mutuamente com a sabedoria de vida e com a narrativa de vida, de forma dinâmica, ou seja, é um processo contínuo e não estático.

Numa revisão de literatura publicada em 2003, Arman & Rehnsfeldt, analisaram a forma como o sofrimento e a vivência de mulheres com cancro de mama foi descrito em publicações durante a década de 90, tendo sido encontradas referências frequentes à mudança assumida sob diferentes nomes: transição; transformação; transcendência e busca de sentido. Estes conceitos são encarados como caminhos através dos quais as mulheres recuperam a sua integridade, equilíbrio e sentimento de completude. Analisando os resultados na perspectiva do sofrimento, os actos, os valores e as questões existenciais foram interpretadas como formas de aliviar o sofrimento e como um sinal da luta interior que a paciente tem de enfrentar.

Com o objectivo de descrever a experiência de mulheres adultas sem recorrência de cancro após diagnóstico e tratamento a cancro da mama localizado, Thibodeau & MacRae (1997) realizaram um estudo comparativo utilizando o método fenomenológico interpretativo a uma amostra de 45 mulheres norte-americanas. De entre os resultados obtidos destacaram-se diversos pontos em comum podendo destacar-se entre outros: a reacção ao diagnóstico inicial com sentimentos de desgraça iminente e de incredulidade; na sua maioria as mulheres relataram a ocorrência de mudanças positivas nas suas vidas; muitas delas disseram sentir-se mais espirituais e mais em contacto com a natureza.

As questões existenciais são também referidas por Kenne Sarenmalm (2008), através de uma investigação com recurso ao método da *grounded theory*, em mulheres com recorrência de cancro da mama. Foi notório o foco em questões existenciais relacionadas com o ajustamento interpessoal às mudanças. Sendo esta adaptação percebida como um processo individual e único, que acarreta em si mesmo sofrimento existencial associado às mudanças provocadas por uma doença que põe em causa a vida do indivíduo.

No fim da vida as questões espirituais revelam-se como sendo fundamentais quer para o paciente quer para a família. Bruce et al. (2001) recorreu também à *grounded theory* para investigar a questão do sofrimento existencial em fim de vida. Os resultados sugerem que o processo de sofrimento existencial começa com uma experiência de ficar sem chão debaixo dos pés (*groundlessness*) como resposta a uma tentativa de encontrar

chão expressa pelos autores como “Longing for Ground in a Ground(less) World”, isto é, uma ânsia de encontrar uma base de apoio num mundo sentido como sem chão. Esta procura de “chão” manifesta-se através de três formas conjuntas: “engaging groundlessness”, ie, voltar-se para o próprio desconforto e deixar-se ir; procurar refúgio no habitual, ie, voltar-se contra o desconforto na tentativa de o afastar da consciencia socorrendo-se dos pensamentos e ideias que lhes são familiares; e “living-in-between” ie, aprender a viver dentro do fluxo da instabilidade e da incerteza.

*A abordagem fenomenológica à experiência do cancro de mama*

Através de entrevistas realizadas a 20 mulheres durante o primeiro ano após diagnóstico de cancro de mama, Lyons et al. (2002) distinguem três fases da vivência da doença: diagnóstico, tratamento e após-tratamento. Na fase de diagnóstico revelou-se a importância do período de impacto da notícia onde identificam seis temas: a notícia com reacções maioritariamente de choque e fechamento inicial; o medo (da morte, da cirurgia e do tratamento); a necessidade de serem fortes pelos familiares e amigos privando-se assim da possibilidade de expressarem livremente as suas emoções, pensamentos persistentes sobre a possibilidade de perder uma mama; sobre os tratamentos e sobre a incerteza quanto ao futuro; foram referidos stressores múltiplos quer antes quer após o diagnóstico de cancro; por último, todas as mulheres reconheceram um aumento da consciência espiritual que advém do confronto com a morte própria. A fase de tratamento é uma fase re-traumatizante que se caracteriza por quatro temas: escolhas dos tratamentos a realizar; dor e sofrimento que não lhes permitia realizar as tarefas e rotinas do dia-a-dia; vontade de lutar cujo significado é controlar a doença; e apoio de outros, sentindo sobretudo que não têm de carregar com o pesado fardo da doença sozinhas. Na fase após-tratamento, é mais relevante o esforço na resolução/cura cujos temas principais são: o medo de recidiva que foi relatado por todas as mulheres; alterações comportamentais, com adopção de estilos de vida mais saudáveis; e crescimento pessoal traduzido em mais paciência nas relações com os outros e uma maior capacidade de apreciar os pequenos nada da vida. Dos relatos das mulheres entrevistadas torna-se evidente que a experiência vivida é gradual, privada e também social e espiritual. Durante o processo estão associadas a cada uma das fases, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento diferentes experiências, respectivamente: trauma inicial, re-traumatização, e resolução/cura.

Num estudo mais recente de 2007, Mitchell identificou oito temas principais: procura da normalidade, quer preservando a existente quer tentando recuperar a normalidade anterior à doença, já que a quimioterapia parece ter um efeito disruptivo em todas as dimensões da vida; o papel de outros significativos e o impacto destes na forma como encaram a doença e os tratamentos sendo a família encarada com fonte de apoio, enquanto que os amigos foram considerados tão importantes como a família e mais importantes do que os profissionais de saúde que acompanham o paciente; altos e baixos, correspondendo o alto a sentir-se bem, e o baixo é associado aos efeitos secundários da quimioterapia, em particular a fadiga, letargia e dificuldades em dormir; *flagging*, a falta de sono ou insónia devido aos suores, dores de estômago, náusea e vómito, ou devido à ansiedade, foi frequentemente referida não estando esta dificuldade em dormir directamente associada a nenhuma fase particular do tratamento, ao contrário da fadiga que está directamente relacionada com a administração do tratamento não sendo possível combatê-la com descanso ou sono, a falta de concentração é também uma queixa geradora de ansiedade referida por vários pacientes. Ser sociável; a ansiedade; a quimioterapia; e a participação na investigação são outros dos temas referidos pelos homens e mulheres que participaram nesta investigação (Mitchell, 2007).

A quimioterapia pode ter um forte impacto no aspecto físico da mulher e a alopecia e outras alterações corporais são frequentemente fonte de sofrimento para as pacientes. Frith, Harcourt & Fussell (2007) questionaram 19 mulheres sobre as suas expectativas quanto à alopecia e quais as estratégias a adoptar face a essa potencial perda de cabelo. Foram então identificados quatro temas principais: a antecipação da perda de cabelo; aceitação da inevitabilidade da alopecia; preparar-se para reagir à perda de cabelo; e controlo da situação.

Cruz dos Santos & Gonçalves (2006), levantaram a questão do significado de um novo ciclo de quimioterapia em mulheres com recidiva de cancro em mulheres mastectomizadas, e encontraram os seguintes temas: único meio de se manter viva, embora doloroso é necessário tendo de suportar os efeitos secundários para se manterem vivas; fonte de medo, relacionada com a possibilidade de morte vivida de forma significativa; algo que destrói o corpo e altera a sua auto-imagem, em particular a alopecia sendo a quimioterapia comparada a um monstro que entra nas veias e consome o corpo e a mente da mulher impedindo-a de ter uma vida normal, deixando-a marcada

pela doença; castigo divino sem explicação e necessidade de aproximação a Deus, o sofrimento causado pela quimioterapia faz com que a única saída para minimizar o problema seja ter a ajuda de algo superior a quem pode confiar o seu destino; e preocupação com o outro que está numa situação semelhante à sua, em especial aqueles que vão pela primeira vez receber tratamento. A repetição do tratamento remete pois para a possibilidade de morte sentida de forma mais intensa, enquanto que no primeiro ciclo de quimioterapia o que se evidencia é a possibilidade de cura.

### **Método**

A utilização dos métodos de investigação qualitativos tem vindo a aumentar na área da saúde como forma de conhecer melhor a vivência dos pacientes (Turato, 2005).

Recorre-se aos métodos qualitativos para abordar questões empíricas dos fenómenos humanos que escapam às relações entre variáveis e à mediação e controle exigidos pelos métodos quantitativos. Mucchielli, citado por Holanda, afirma que os métodos qualitativos são métodos que visam investigar e explicar fenómenos estudados pelas ciências humanas que na sua essência não são passíveis de ser medidos, dependendo o trabalho do investigador da capacidade de empatia e da inteligência dedutiva, bem como, da capacidade de generalizar. Holanda refere também Gonzalez Rey (1999) para destacar o método fenomenológico dentro dos diversos modelos de investigação qualitativa, e como este método se destina a desvendar o carácter oculto da evidência, pois a qualidade dos fenómenos não surge directamente à experiência nem através da indução. O tratamento dos dados subjectivos recolhidos deve ser realizado com recurso a uma codificação mínima que permita uma compreensão da realidade do sujeito mas de uma forma organizada. A investigação qualitativa inclui tanto subjectividade do investigador como do sujeito investigado e por outro lado este tipo de pesquisa tem em conta a abrangência do fenómeno pesquisado, não o isolando e antes considerando que este se encontra circunscrito por outros fenómenos de cariz social, cultural ou económico (Holanda, 2006).

Segundo Creswell (1998) referido por Holanda, existem cinco métodos de investigação qualitativa: a biografia, em que a vida e obra do autor constituem os dados a analisar em particular as experiências do indivíduo e dos momentos significativos da sua vida; o estudo fenomenológico, baseado na descrição das experiências vividas de diversos sujeitos sobre um determinado fenómeno ou conceito que se quer estudar, tendo como

objectivo encontrar a estrutura essencial ou os elementos invariantes desse mesmo fenómeno ou conceito; a grounded theory tem por objectivo gerar ou formular uma teoria a partir da interacção entre sujeitos numa determinada situação; a etnografia consiste na descrição e apresentação de um grupo ou sistema cultural/social através da análise e estudo dos comportamentos observáveis e envolve um extenso trabalho de campo; e o estudo de caso explorando um sistema delimitado a partir de uma recolha de dados detalhada e aprofundada conjugando diferentes fontes de informação. A estes cinco tipos apode acrescentar-se a hermeneutica e a heurística que segundo Moustakas (1994) fazem parte de outro conjunto por ele definido de modelos de investigação qualitativa. A Hermeneutica pode ser entendida como uma forma ou técnica de interpretar os dados tendo como foco a consciência e a experiência, relacionando nesta interpretação ciência, arte e história, enquanto que a Heurística tal como a maieutica socrática é um processo de investigação interior como forma de aceder à natureza e significado da experiência tratando-se assim de um processo auto-biográfico, sendo então a verificação obtida através da partilha dos significados e das essências do fenómeno com os outros participantes na investigação (Holanda, 2006).

De entre os vários métodos acima descritos de forma muito breve destaca-se o método fenomenológico, com os seguintes princípios basilares: O retorno às coisas mesmas e à intencionalidade procurando conhecer a essência dos fenómenos. Para Husserl (1965) segundo Andrade e Holanda, é importante voltar a um ponto de partida primevo, um retorno à coisa mesma ancorada na realidade e é esse retorno às origens que produz uma experiência nova e um novo conhecimento. Já para Merleau-Ponty (1999) o retorno às coisas mesmas é voltar ao mundo anterior à consciência. Enquanto que Giorgi (1978) considera antes que a consciência numa perspectiva fenomenológica está relacionada com a intencionalidade, o sentido e a existência sendo esta última a forma como o indivíduo se posiciona perante a vida; A redução fenomenológica é utilizada para atingir a essência do fenómeno, orientando-se o investigador no sentido da descoberta, disponível para qualquer conteúdo ou tema que surja durante a pesquisa podendo obter-se resultados inesperados, bem como, novas e criativas formas de compreensão do objecto em estudo. Segundo Husserl (2000) é através da redução fenomenológica que se atingem as essências invariantes que constituem a realidade. As essências representam pois as unidades básicas da compreensão comum de um fenómeno sendo inerentes ao mesmo; O mundo-da-vida ou mundo vivido, está ligado à subjectividade e à

historicidade sendo o mundo onde o homem vive como ser histórico e em que o mundo pessoal se percebe na presença e na relação com outros mundos. Este mundo permite ao investigador atingir o conteúdo afectivo e emocional específico de um indivíduo ou grupo.

O modelo fenomenológico de Amedeo Giorgi ou fenomenologia empírica consiste em obter descrições de entrevistas ou relatos de experiências vividas sobre um determinado fenómeno. O modelo pode dividir-se em quatro fases, nomeadamente: a primeira será o sentido do todo correspondendo segundo Giorgi (1985) a uma leitura integral da descrição obtida com o objectivo de atingir o sentido geral do conjunto e entender a linguagem utilizada pelo sujeito. Este primeiro passo é a base do passo seguinte; Em seguida discrimina-se as unidades significativas com base numa perspectiva psicológica focalizada no fenómeno objecto da investigação. O texto é então relido tantas vezes quanto seja necessário, procurando diferenciar as unidades significativas emergentes. Estas unidades formam-se sempre que é percebida uma mudança psicologicamente relevante de significado da situação para o sujeito. As discriminações de significado devem surgir de forma espontânea embora de forma disciplinada sendo mais tarde postas em causa numa fase seguinte. Estas unidades não são elementos isolados no texto sendo necessário ao investigador uma leitura que lhe permita constituí-las a partir de uma determinada perspectiva. É assim possível, que diferentes investigadores definam diferentes unidades de significado a partir dos mesmos dados; A terceira fase consiste na transformação das expressões quotidianas do sujeito em linguagem psicológica focando-se no fenómeno objecto de investigação. O investigador relê todas as unidades de significado e vai transpô-las da linguagem corrente para a adequada linguagem psicológica focando-se sempre no fenómeno em estudo com o objectivo de encontrar as categorias da análise. Por último, é feita uma síntese das unidades de significado de forma consistente e de acordo com o significado psicológico dos fenómenos observados dando origem à estrutura da experiência. O investigador deve então reagrupar as unidades de significado contidas na descrição geral, partilhando esta estrutura com outros investigadores que a irão confirmar e ou criticar (Andrade & Holanda, 2010).

Existe uma vasta literatura resultante de inúmeros estudos quantitativos sobre temas que vão desde às questões dos efeitos secundários das terapêuticas utilizadas no tratamento da doença oncológica, às questões da identidade e da sexualidade, aos factores psicossociais, aos tipos de personalidade, às alterações comportamentais e de estilo de vida.

No entanto, pouca literatura foi encontrada dentro do campo da psicologia sobre a experiência subjectiva da doença quer no cancro da mama quer noutros tipos de doença oncológica.

Por se tratar de um estudo que visa a compreensão da experiência vivida por mulheres com doença oncológica considera-se que o método fenomenológico empírico desenvolvido por Amadeo Giorgi será o mais adequado para alcançar a essência do fenómeno e assim obter um conhecimento aprofundado de uma situação que provoca um considerável sofrimento físico, psicológico e existencial.

### Participantes

Os critérios de selecção dos participantes para este foram os seguintes: a) sujeitos do sexo feminino diagnosticadas com cancro de mama e cujos tratamentos tenham terminado há pelo menos 24 meses, b) e a quimioterapia foi um dos tratamentos a que foram submetidas. As entrevistadas foram P3, casada com duas filhas e 41 anos, P2 de 42 anos, casada e tem um filho e P1 também casada, com 56 anos de idade, sendo a única que à data do diagnóstico tinha já dois filhos de 11 e 13 anos.

### Procedimentos

Recorrendo à rede social da investigadora e da associação Projecto Luz foram contactadas seis mulheres através de correio electrónico solicitando uma resposta escrita e enviada pela mesma via, de onde resultaram três respostas à questão de investigação colocada: “agradecia que descrevesse com o máximo detalhe possível (aproximadamente duas páginas A4) a experiência de cancro de mama e da quimioterapia, incluindo: qual a reacção ao diagnóstico e à notícia de que iria receber quimioterapia; qual o impacto que o tratamento de quimioterapia teve na sua vida; e como se sente agora depois desta experiência. Nesta descrição é importante escrever sobre o que sentiu e pensou, bem como, alguns detalhes concretos sobre os sintomas e os efeitos que a doença teve em si”. No email enviado foi também apresentado o fim a que se destinada a investigação informando-se os sujeitos de que a informação recolhida iria observar os princípios da confidencialidade e do anonimato. No final da mensagem solicitou-se também o número de telefone para um futuro contacto caso fosse necessário esclarecer algum ponto da entrevista.

Após a recepção das respostas das três mulheres que responderam à questão colocada, a informação recolhida ou *raw data*, foi alvo da aplicação do método fenomenológico de Giorgi, repartido por quatro fases: 1) Leitura integral para se obter a compreensão do todo; 2) Discriminação das unidades de significado numa perspectiva psicológica; 3) Transformação da linguagem quotidiana em linguagem psicológica; 4) Síntese das unidades de significado e determinação dos factores invariantes da estrutura.

## Resultados

Assim após a leitura integral dos três textos recebidos discriminaram-se em cada um dos textos as unidades de significado as quais passaram a expressões de carácter psicológico, ou, unidades de significado psicológico ao se transformar o que foi escrito em linguagem comum em pelo sujeito para linguagem psicológica.. Este passo do método encontra-se exemplificado na tabela abaixo relativa à participante P3 podendo as outras duas tabelas serem consultadas no Anexo III.

TABELA 1

### Transformação das Unidades de Significado em Expressões de Carácter Psicológico

Participante 3	Unidade de significado Psicológico
1. Tudo começou no dia em que toquei na minha mama direita e percebi que tinha um corpo estranho. Era como uma ervilha, redonda e pequena, dentro da pele. Pensei: gânglio sebáceo. Não sabia sequer o que é um gânglio sebáceo, mas imaginei ser uma borbulha ou coisa do género.	1. A descoberta de um caroço na mama direita é identificado como sendo um corpo estranho ao qual atribui um nome: gânglio sebáceo
2. Passado pouco tempo, tive uma consulta de rotina com a minha ginecologista, Dr. <sup>a</sup> XXXX. Mostrei-lhe aquele corpo estranho. Ela não achou nada de especial, não explicou o que poderia ser, não me mandou fazer exames nem me disse para estar alerta...	2. P3 sente que houve falta de interesse da ginecologista pelo “corpo estranho”
3. Passei o ano seguinte a “brincar” com a “ervilha”, tudo me parecia normal. Era só uma curiosidade. Voltei à consulta com a mesma médica, por razões que nada tinham a ver com o que se passava na minha mama. Voltei a falar-lhe do assunto. Desta vez, mandou-me fazer uma ecografia mamária.	3. O corpo estranho ( ervilha) tornou-se aparentemente normal mas a preocupação mantém-se e em nova ida à ginecologista a questão é levantada e é pedido um exame
4. Era o meu 31º aniversário - 29 de Abril de 2002 no dia em que fui buscar o diagnóstico ao Centro de Senologia, em Lisboa. Decidi abrir o envelope fechado antes de abrir a porta do carro.	4. O dia de aniversário é uma data marcante por ser o dia em que levanta o resultado do exame que abre de imediato
5. Não percebi quase nada da linguagem médica, mas o início saltou-me à vista:	5. Lê o diagnóstico de cancro da mama. Recusa-se a acreditar no resultado do exame

<p>Carcinoma Ductal Invasivo! Só podia ser o que eu estava a pensar, cancro da mama. Não podia! Com certeza, estava interpretar mal!</p>	
<p>6. Liguei de imediato à médica ginecologista. Não estava e deixei recado com a secretária, precisava de falar urgentemente sobre aquele diagnóstico. Recebi uma chamada dela, mais tarde, perguntando-me porque estava tão histérica (coisa que nunca me estive).</p>	<p>6. P3 sente a reacção da médica como pouco empática e receptiva</p>
<p>7. No sub-texto daquela conversa tão desagradável, perguntava-me porque a estava a incomodar. Respondi “Carcinoma Ductal Invasivo”. Calou-se e mandou-me ir ter com ela à Maternidade Alfredo da Costa.</p>	<p>7. O comportamento da médica mudou quando ouviu P3 ler o resultado do exame</p>
<p>8. Por esta altura, eu ainda não tinha dito a ninguém (a não ser ao namorado com quem vivia e ainda vivo) o que se passava.</p>	<p>8. Só a P3 e o seu namorado sabiam do resultado do exame</p>
<p>9. Era o meu dia de anos, não consegui combinar festa nenhuma. Fiquei com o meu namorado em casa, a única pessoa que sabia o que se passava.</p>	<p>9. Com o choque da notícia não se sentiu capaz de organizar a sua festa de aniversário e escolheu ficar em casa com a única que pessoa que sabia o resultado: o namorado</p>
<p>10. Uma tia minha, tio e primas foram dar-me os parabéns. Foi tudo surrealista: eu tinha uma informação horrível, que me moía por dentro, e estava na sala a fazer “conversa”.</p>	<p>10. A visita das tias é classificada como surrealista porque P3 sabia algo horrível que lhe causava sofrimento e ao mesmo tempo conversava com as tias como se nada se passasse</p>
<p>11. Fui sozinha à Maternidade e foi o momento mais chocante de toda a minha odisseia com o cancro.</p>	<p>11. Estava sozinha quando no dia seguinte foi à maternidade naquele que descreve como o momento mais difícil (chocante) da experiência da doença</p>
<p>12. Cheguei com medo, mas ainda com mais desejo de clarificar as minhas desconfianças.</p>	<p>12. Sente medo e ao mesmo tempo vontade de saber mais e ter mais certezas quanto às suspeitas levantadas pelo resultado da ecografia</p>
<p>13. A médica recebeu e levou a um serviço especial de cancro da mama. O médico que me recebeu não tem explicação: rude, distante, explicou-me com uma introdução prévia que eu ia ter de tirar a mama. Disse isto mesmo antes de me dizer que eu tinha cancro.</p>	<p>13. O médico que a recebe é descrito como sendo rude, distante. Antes mesmo do médico dizer a P3 que tem cancro diz-lhe que tem de fazer uma mastectomia</p>
<p>14. A médica XXXXX, entretanto, desapareceu. Estava em plena descida ao inferno, só e rodeada de gente desconhecida e, de certa forma, hostil.</p>	<p>14. Sente-se sozinha no seu sofrimento, rodeada de gente desconhecida percebida como hostil</p>
<p>15. Passo seguinte: meteram-me numa sala para me ser feita uma biópsia, sem anestesia, extremamente dolorosa. Olhando para trás, acho que não me soube defender, fazer perguntas, exigir um tratamento digno.</p>	<p>15. Considera que não teve um tratamento digno ao realizar um exame, uma biópsia, sem anestesia. P3 Sentiu-se indefesa e impotente.</p>
<p>16. Fizeram-me esperar num corredor. Não sabia o que se seguia. Tinha um gigante nó na garganta. Mas não chorava.</p>	<p>16. Obedecendo às instruções recebidas esperou sem saber o que ia acontecer ficando angustiada a ponto de chorar</p>
<p>17. Foi-me apresentada uma voluntária. Ela que falasse comigo. Eu não estava disposta a falar com mais desconhecidos, mas tive de a ouvir a contar a história dela: uma mulher muito mais velha do que eu, já com filhos... Não me identifiquei minimamente. Podiam ter-me posto a falar com uma pessoa que foi ferrada por um</p>	<p>17. Não tinha vontade de falar com a voluntária com a qual não se identificou e que considerou desadequada</p>

escorpião que tinha o mesmo efeito.	
18. Talvez, nesta altura, eu tenha chorado.	18. P3 chora
19. Nos dois dias seguintes, contei o que se passava à família. Uma tia levou-me logo para o IPO. Foi como se eu fosse resgatada.	19. P3 Comunica o diagnóstico à família e é “resgatada” quando é levada por um familiar ao IPO
20. Fui avaliada por uma equipa de médicos que me transmitiram confiança.	20. Os médicos que a avaliam no IPO transmitem-lhe confiança
21. Explicaram-me o que se ia passar: a quimioterapia, a mastectomia, o tratamento hormonal. Na verdade, a partir do momento em que me desenharam o meu plano de tratamento, em oposição ao plano da morte	21. A explicação da equipa médica do plano de tratamentos é entendida por P3 como a apresentação de um plano de vida em oposição ao plano da morte
22. o meu espírito agarrou-se à esperança. Já só pensava em fazer tudo o que tinha a fazer e voltar à vida real.	22. Há esperança quanto ao futuro desenvolvimento da doença e vontade de voltar à vida real após os tratamentos que tem de realizar
23. O Dr. XXXX, que seria o meu cirurgião numa operação violentíssima, conseguiu passar-me uma sensação de confiança surpreendente.	23. A intervenção cirúrgica é vista como violentíssima mas mesmo assim o cirurgião consegue transmitir segurança de forma surpreendente para P3
24. Foi chocante passar pela experiência da mastectomia radical	24. A mastectomia radical teve grande impacto emocional em P3
25. a força da minha esperança aceitou o sacrifício.	25. A aceitação da perda da mama deriva da esperança sentida por P3 em que isso era um passo necessário para sobreviver
26. Embarquei, de seguida para a quimioterapia. Sem dramas, não me fez confusão nenhuma a ideia de ficar sem cabelo.	26. A quimioterapia foi encarada sem dramatismo e a alopecia, um dos efeitos secundários exteriores mais visíveis não constituiu um problema para P3
27. Atenção: durante todo este percurso estive acompanhada por um namorado apaixonado – facto que me fez passar ao lado de dúvidas existenciais tipo “Será que algum homem me vai querer sem mama?”.	27. O acompanhamento constante por parte do namorado descrito como apaixonado é importante para P3 superar as dúvidas quanto à sua sexualidade e atractividade em relação ao sexo oposto
28. E contava com o apoio total da família, tipos que vieram do Porto para estarem no dia da minha operação, a sala de espera do hospital de S. Lucas (onde fui operada) sempre cheia de gente, da minha família materna e paterna.	28. O apoio familiar e o acompanhamento da cirurgia foi muito valorizado por P3
29. Fiz seis sessões de quimio, separadas por três semanas de intervalo. Lembro-me vagamente de me sentir enjoada ou cansada. Mas nada de grave. Quando a queda de cabelo começou, corria a repar os últimos cabelos enfraquecidos.	29. Os efeitos secundários da quimioterapia foram lembrados como pouco severos, sendo referidos os enjoos e o cansaço. E o cabelo era prontamente rapado de forma pragmática.
30. Outra vez: a presença de família, as comidas especiais contra o enjoo – até fizeram um concurso de empadões – fizeram milagres.	30. Faz mais uma referência ao acompanhamento familiar em particular em relação à comida sendo utilizada a palavra milagres para descrever a dedicação e esforço dos familiares
31. Algumas amigas insistentemente, talvez um pouco voyeristas, que queriam visitar-me mesmo contra a minha vontade, estragaram o retrato de serenidade.	31. Algumas amigas são percebidas negativamente como inconvenientes e voyeristas ao desrespeitarem a vontade de P3 de não receber visitas
32. Uma delas até me chamou egoísta por eu não querer visitas. Cortei com ela, completamente. Percebi que não me interessavam nada aquele tipo de psicoses.	32. Corta relações com uma das amigas que considera egoísta e psicótica.
33. Com os outros, diverti-me. Estávamos em pleno Verão e eu pedi ao oncologista para adiar uma das sessões de quimioterapia para ir ao	33. Com os outros amigos diverte-se e vai de férias de verão no Alentejo

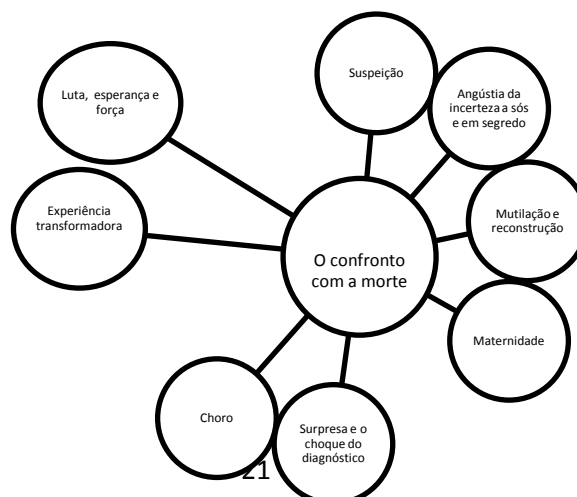
festival da Zambujeira. Passava os intervalos do tratamento em férias: Alentejo e praia e amigos e petiscos.	
34. Apesar de tudo, foi uma época feliz. De luta e esperança.	34. Descreve esta época como sendo feliz. Uma combinação de luta e esperança de superação da doença.
35. Seguiram-se três anos e meio de Tamoxifeno. A fase mais complicada de todo o processo de cura: por causa do medo da infertilidade causada pelo tratamento hormonal.	35. O tratamento com Tamoxifeno foi considerada a fase mais difícil do processo de cura por estar associado à possibilidade de infertilidade. Por ser importante para P3 ter filhos e apesar dos riscos parou o tratamento antes do prazo indicado
36. Aos 36 anos tive uma filha. Aos 39 tive a segunda. Sou feliz.	36. P3 considera-se feliz quando refere o nascimento das suas duas filhas
37. Raramente me lembro que fui uma doente de cancro, mas quando me lembro assola-me o medo de deixar as pequeninas.	37. A recordação da doença está associada ao medo de uma recidiva que leve à morte, não permitindo a P3 estar viva para cuidar das filhas
38. É raro.	38. Termina dizendo que é raro pensar que foi uma doente de cancro

Tomando como exemplo a unidade de significado 37, em que P3 diz sentir-se assolada pelo medo de uma possível recidiva. A frase escrita por P3, “Raramente me lembro que fui uma doente de cancro, mas quando me lembro assola-me o medo de deixar as pequeninas.” foi identificada como unidade de significado que por sua vez se traduziu na seguinte unidade de significado psicológico: A recordação da doença está associada ao medo de uma recidiva que leve à morte não permitindo a P3 estar viva para cuidar das filhas. No medo de deixar as pequeninas subentende-se o medo da morte, já que a recordação da doença relembra a possibilidade de adoecer de novo com cancro e de não sobreviver à doença e é este o significado de carácter psicológico do que P1 escreve. A unidade seleccionada (37) encontra paralelos com os outros dois testemunhos, ou variações empíricas, contribuindo assim para a definição dos constituintes essenciais, neste caso o confronto com a morte. Através da transformação das Unidades de Significado em Unidades de Significado psicológico e de uma posterior redução fenomenológica são encontrados os constituintes essenciais do fenómeno, os quais sintetizam o que é realmente essencial nas experiências relatadas do ponto de vista psicológico, encontram-se assim os pontos comuns, invariantes, apesar das diferentes particularidades de cada situação vivida por cada um dos sujeitos. A partir do conjunto formado pelos constituintes essenciais é determinada a estrutura geral de significado. Neste quarto passo do processo de análise dos dados foram definidos os constituintes essenciais da experiência de doença oncológica em mulheres que tiveram cancro da mama. Tendo sido encontradas duas estruturas as quais se passam a descrever:

## **Constituintes essenciais – Estrutura 1**

Os relatos começam sempre com a suspeição de que algo estranho ou anormal se passa no seu corpo, há a percepção de uma alteração corporal que levanta uma **suspeição** de um perigo potencial e que leva estas mulheres a consultarem os seus médicos no sentido de descobrirem o que se passa com elas. Entre os exames iniciais e o dia em que efectivamente ocorre a consulta de diagnóstico há um período de **angústia da incerteza** quanto à possibilidade de terem uma doença grave que é vivido **a sós e em segredo**. Com a **consulta de diagnóstico** surgem as reacções de **surpresa** e de **choque**, mesmo havendo uma suspeição inicial de que algo não estaria bem, a reacção é sempre de choque e de alguma incredulidade em relação ao diagnóstico. O dia em que há a certeza do diagnóstico é uma **data marcante**, havendo ainda outras referidas com detalhe de dia, mês e ano ou associadas a outros acontecimentos significativos. O **choro** acontece em diferentes momentos, no diagnóstico e durante os tratamentos, de diferentes formas, a sós ou no colo de alguém próximo. A mastectomia é um dos tratamentos a que são submetidas e é entendida como uma **mutilação** de uma parte do corpo muito importante na identidade feminina sendo uma perda que urge **reconstruir**. A **maternidade** e os filhos são uma grande preocupação quer quando já se é mãe, quer quando a maternidade faz apenas parte de um projecto de vida a dois. Desde o início da experiência vivida existem vários momentos de **confronto com a morte**, ao passarem a viver com uma doença potencialmente letal cujo prognóstico é sempre incerto e também com o desfecho de outros casos que as rodeiam. Entendem também que a doença é algo contra qual é necessário **lutar**, que a **esperança** existe e que a **força** é fundamental para ganhar o combate contra a enfermidade. A doença foi também uma **experiência transformadora** que faz viver de forma diferente do antes, antes da doença aparecer.

*FIGURA 1 – Relação dos Constituintes Essenciais da Vivência de Cancro da Mama*

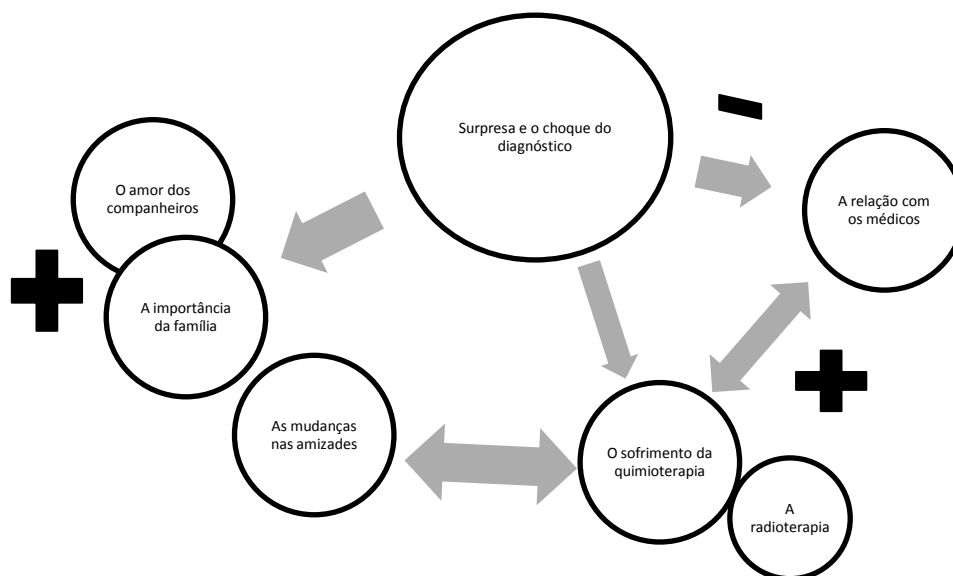


A figura acima, FIG.1, esquematiza a relação entre os constituintes essenciais da vivência da doença numa perspectiva da existência. O confronto com a morte é o tema central, que começa com as suspeitas da possibilidade de cancro, a morte pode ser total ou parcial, através da perda da mama, ou da impossibilidade de ter filhos ou então de não poder prosseguir o papel de mãe já que um dos menos manifestados por estas mulheres eram não viver o tempo suficiente para poder acompanhar os filhos até à idade adulta. Este confronto com a possibilidade do fim da vida provoca reacções de choro e choque em particular no momento do diagnóstico. Após este confronto é referida uma transformação interior e nas suas próprias vidas que conquistaram após um período difícil mas também com momentos felizes de luta e de esperança.

### ***Constituintes essenciais - Estrutura 2***

No decorrer do período entre o diagnóstico e o fim dos tratamentos, diferentes factores externos têm impacto na experiência vivida. Quando do diagnóstico impera um sentimento de **impotência e vulnerabilidade**, em parte associada à forma como foram tratadas na sua **relação com os médicos**. **O amor dos companheiros** e mais concretamente a evolução das relações a dois, bem como, o papel que os compaheiros masculinos desempenharam ao longo de toda a doença é um factor relevante mas com diferenças entre os sujeitos entrevistados. **A importância da família** destaca-se também como um factor externo com relevo para o suporte emocional e até logístico destas mulheres. Durante este tempo houve **mudanças nas amizades**, havendo por vezes afastamento por parte de amigos ou por parte da própria doente. Os tratamentos foram uma fonte de **sofrimento** com especial ênfase na **quimioterapia** com os efeitos secundários a provocarem uma diminuição da qualidade de vida destas mulheres e com reflexos marcantes ao nível da aparência física, revelada pela alopecia, alterações significativas de peso corporal entre outros efeitos secundários negativos. Já a **radioterapia** foi sentida como menos agressiva e quase com poucos efeitos secundários.

**FIGURA 2 – Relação dos Constituintes Essenciais dos Factores Externos e Relacionais**



Na análise da relação dos constituintes essenciais dos factores externos e relacionais de acordo com a FIGURA 2, observa-se que após o diagnóstico há uma partilha da situação vivida com família e conjuge ou companheiros sendo destacado o apoio sentido por estas mulheres ao longo dos tratamentos por parte destes. Já na relação com amigos e colegas de trabalho mais evidente quando se tornam visíveis os efeitos físicos da quimioterapia, existem diferentes reacções e sentimentos sendo uns de afastamento e outros de apoio. A relação com os médicos, bem como, como com outros técnicos de saúde é diferente segundo a fase da doença, difícil e negativamente percebida, de maior confiança e empatia na fase dos tratamentos.

Os constituintes essenciais que formam as duas estruturas aqui apresentadas foram encontrados através da aplicação da redução fenomenológica e abaixo são utilizadas citações dos três textos para descrever cada um deles:

### **1. Suspeição**

Levanta-se a suspeita de algo que não está bem no seu corpo. As três mulheres fazem uma descoberta de algo anómalo que existe no seu corpo: um caroço (P3); uma dor junto à axila (P2); dor e sangue como nocaço de P1:

“Primeiro começou com uma cotovelada num encontro de amigos, doeu-me e nunca mais deixei de ter uma sensação estranha na mana”

“verifiquei que no soutien na direção do mamilo, havia uma pinga de sangue, minúscula, mas estava lá, e isso ainda me deixou mais alarmada.

Esta alteração corporal é sentida com estranheza, por ser algo novo e diferente, despertando um misto de curiosidade e ansiedade em saber o que é, o que se passa com elas, com o seu corpo.

## **2. A angústia da incerteza vivida a sós e em segredo**

Os primeiros exames realizados apontam para que algo não está bem para duas das mulheres levantando a suspeita de que pode ser algo grave. A persistência do corpo estranho preocupa P1, a existência de dor localizada e a descoberta de sangue seguida de um exame em que o técnico vê microcalcificações para P1 e o nódulo de P2 deixam-nas preocupadas.

P2: “Dali à consulta de decisão, foram mais 8 dias, 8 dias angustiantes, sem querer pensar no assunto, mas sem conseguir, não alarmei ninguém, e muito menos transmiti o que estava a sentir, tinha para mim que a minha sentença estava marcada, e que o resultado ia ser mesmo cancro da mama”

Começa a angústia e a necessidade de saberem mesmo o que se passa com elas e se as suspeitas levantadas sobre um possível cancro de mama se irão confirmar ou não. Nenhuma das mulheres partilhou as suas suspeitas e angústias com ninguém, nem com os companheiros, nem com familiares, nem com amigos. Suportam a dúvida em segredo enquanto aguardam os resultados dos exames e mesmo a ida ao médico é feita a sós (P2 vai ao IPO acompanhada do marido mas vai à consulta sozinha)

## **3. A data marcante**

Cada uma das mulheres refere uma data marcante. Para P3 é o dia em que recebeu a confirmação do resultado da mamografia coincidindo com o seu 31º aniversário o que torna a data ainda mais significativa:

“Era o meu 31º aniversário - 29 de Abril de 2002 no dia em que fui buscar o diagnóstico ao Centro de Senologia, em Lisboa. Decidi abrir o envelope fechado antes de abrir a porta do carro.”

Para P2 é o dia 26/07/96 quando é feita a mastectomia e lhe é retirada a mama esquerda e para P1 é o dia 20/01/06 em que inicia a quimioterapia e a luta contra a doença. Estas

datas são sentidas como marcos importantes, são momentos localizados no tempo, mais precisamente num dia, em que há uma mudança de curso nas suas vidas: uma pelo diagnóstico, outra pela decisão de lutar contra a doença e a terceira por ser o dia em que perdeu a mama.

#### **4. A surpresa e o choque do diagnóstico**

Ao saberem do diagnóstico, a reacção é de surpresa e de choque perante a notícia. Há uma certa incredulidade e medo quando conhecem os resultados dos exames quer sejam eles comunicados pelos respectivos médicos ou técnicos de saúde ou lidos pela própria, como no caso de P3 que abriu o envelope com o resultado da ecografia mamária imediatamente após tê-lo levantado. Quando P1 recebe o diagnóstico pela equipa médica diz:

“O mundo caiu-me em cima, comecei a chorar, não queria estar ali, não queria ouvir isso, e gritei que não queria ter um cancro, queria ter um filho....tinha 35 anos...senti-me perdida...abandonada...e muita tristeza.”

#### **5. A relação com os médicos**

P3 recorre aos adjectivos “rude” e “distante” para qualificar o comportamento do médico que lhe comunicou o diagnóstico:

“O médico que me recebeu não tem explicação: rude, distante, explicou-me com uma introdução prévia que eu ia ter de tirar a mama. Disse isto mesmo antes de me dizer que eu tinha cancro.”

A relação com os médicos na consulta de diagnóstico em que foi também abordado o tratamento a seguir para combater a doença foi difícil para as três mulheres, não só para P3 mas também para P2 e P1. São utilizadas expressões como “falta de empatia”, “sem compaixão nem dó” para descrever o que sentiram nessa relação descrita de uma forma que transmite uma sensação de dureza próxima da crueldade que, como disse P3, “não tem explicação”.

#### **6. Impotência e vulnerabilidade**

Os relatos das três mulheres sugerem uma relação assimétrica entre elas e os técnicos que as acompanham na fase inicial do processo. A situação apresenta-se-lhes como esmagadora, o que os médicos dizem é uma verdade absoluta contra a qual elas se

sentem indefesas quando se confrontam com a confirmação das suspeitas, como no caso de P2:

“Consultada por um médico com experiência nestes casos (como não podia deixar de ser) que me disse sem compaixão nem dó (para quem nunca tinha pensado sobre estes casos) – tens cancro da mama já há alguns anos que ainda não está agarrado à pele vais ter de o tirar radicalmente e fazer quimioterapia, radioterapia. Aqui não há vaga estão 900 pessoas à tua frente, São José e Santa Maria estão a rebentar pelas costuras..... vê ... quanto mais rápido tirares melhor.”

As angústias da espera e da incerteza dão lugar à certeza da doença e a novos medos e angústias. No caso de P3 este sentimento é reforçado por lhe ter sido realizado um exame invasivo e doloroso sem anestesia, do qual ela “não se soube defender” e “exigir um tratamento digno”.

## **7. Choro**

P1 tem medo e chora mesmo antes de realizar a biópsia que irá dar a confirmação do diagnóstico por relacionar a situação que está a viver com a morte de uma tia que tinha morrido com cancro da mama:

“(...) fiquei em pânico, comecei a chorar, estava a ver a minha vida a andar para trás... já tinha vivido aquilo tudo com a minha querida tia e o desfecho dela foi o pior”

P2 chora também à saída da consulta de diagnóstico em que sabe que tem cancro da mama e que terá de fazer uma mastectomia:

“Quando saí as lágrimas saltavam-me sem querer lá fora o meu marido tentava-me acalmar.”

P3 diz talvez ter chorado enquanto esperava no corredor da maternidade no dia em que fez a biópsia e recebeu o diagnóstico e depois de ter falado com uma mulher mais velha que já tinha tido cancro da mama com a qual não se identificou.

## **8. O amor dos companheiros (namorados/maridos)**

“O grande amor” de P1 nunca lhe falhou.:

“Tive muito apoio da família, de amigos chegados e do meu grande amor, que nunca me falhou, as coisas ficaram mais serias e acabamos por assumir o nosso relacionamento e foi tão importante, esse passo.”

O namorado de P3 foi quem esteve sempre a seu lado, ajudando-a a ultrapassar as inseguranças quanto às alterações na imagem corporal e auto-estima associadas à mastectomia:

“Atenção: durante todo este percurso estive acompanhada por um namorado apaixonado – facto que me fez passar ao lado de dúvidas existenciais tipo “Será que algum homem me vai querer sem mama?”

Em ambos os casos a relação evoluiu no sentido de aprofundar o relacionamento afectivo já existente antes da doença evoluindo para um maior compromisso formalizado através do casamento. P2 faz menos referências à forma como a doença afectou a relação com o marido, parecendo haver alguma dificuldade em o mesmo aceitar à doença e em particular à mastectomia, e reagir adequadamente à situação.

## **9. A importância da família**

O suporte familiar é valorizado positivamente pelas três mulheres incluído no caso de P3 para além da família nuclear, também parentes próximos. P1 voltou para casa dos pais logo após o diagnóstico e aí se manteve durante os tratamentos e refere que teve muito apoio da família. P3 sempre contou com o “apoio total da família” que se esforçou muito para minimizar o seu sofrimento em especial durante a quimioterapia diz que a família fez “milagres”:

“E contava com o apoio total da família, tipos que vieram do Porto para estarem no dia da minha operação, a sala de espera do hospital de S. Lucas (onde fui operada) sempre cheia de gente, da minha família materna e paterna.”

P2 apoia-se sobretudo na mãe mas não partilha com o seu marido e filhos o sofrimento pelo qual está a passar mesmo a nível físico, segundo esta para não os fazer sofrer por sua causa.

## **10. As mudanças nas amizades**

Houve novas amizades que surgiram, relações de amizade que se mantiveram e houve também outras que terminaram. A experiência da doença provoca reações diversas entre os amigos destas três mulheres, havendo uma alteração em algumas das relações de amizade no sentido de um afastamento ou pelo contrário de uma proximidade sentida como invasiva e desrespeitadora da vontade da própria. Alguns amigos desiludem estas mulheres, uns por ausência e outros por “voyerismo”. P2 foi ajudada no início por um amigo de infância seu vizinho, atribuindo-lhe ainda a este a responsabilidade da forma como foi bem tratada no hospital onde esteve internada. P3 afasta-se de algumas amigas chegando mesmo a terminar o relacionamento com uma delas, mas com outros amigos diz ter passado tempos felizes e divertidos. P1 contou com o apoio de alguns amigos, já

outros decepcionaram-a com as reacções que tiveram, chegando alguns a afastarem-se dela. Foi importante para P1 ter feito novas e inesperadas amizades que de certa forma compensaram as desilusões e a rejeição de alguns dos seus amigos:

“Também tive desilusões, amigos que não perguntaram como estás P1 tantas vezes como eu esperava, uns que nem se chegaram ao pé, outros que eu achava que podia contar e não contei, valeu amizades novas de onde as vezes menos se esperam.”

## **11. O sofrimento da quimioterapia**

É descrito como o tratamento mais difícil e o número de sessões varia substancialmente, no entanto, todas o referem como sendo o que gerou mais sofrimento. Para P1 “foi terrível” e algo que a fez chorar muitas vezes tendo também enumerado um rol de efeitos secundários que deverão ter provocado um forte mal-estar geral. A queda de cabelo e o recurso à prótese capilar também foi uma experiência desagradável para ela, acabando P1 por abandonar a utilização da prótese capilar depois da mastectomia. P2 foi descrever em grande detalhe os sintomas físicos e as alterações corporais que o tratamento provoca e a queda do cabelo leva P2 a chorar:

Um dia depois de ter já feito dois tratamentos, ia no transporte afastei a franja e senti que o cabelo veio atrás, saí a correr do transporte. Sentei-me num muro junto às Picoas e chorei, começava a ficar sem o meu cabelo. Estava também a transformar-me, a engordar, sem cabelo as unhas todas onduladas a pele seca .... enfim. Cheguei a casa e fiquei só, chorei chorei chorei..... resolvi rapar o cabelo todo.

No segundo ciclo de quimioterapia o sofrimento físico é ainda maior chegando P2 a adormecer por exaustão das dores que sentia quando regressava dos tratamentos de quimioterapia:

“As dores eram tantas que acabava por adormecer de exaustão”

P3 foi quem fez um menor número de sessões de quimioterapia e relata uma experiência menos detalhada dos efeitos secundários, referindo apenas a queda de cabelo, os enjoos e o cansaço.

## **12. A radioterapia**

A radioterapia é experienciada como sendo menos penosa e agressiva do que a quimioterapia e em qualquer dos casos em que o tratamento foi aplicado são relatados poucos efeitos secundários. P2 relata a experiência da seguinte forma:

“Comecei a fazer rádio durante 25 dias. Terminei a rádio sem problemas sem queimaduras só mais bronzeada no dorso. O constrangimento era ter que estar despida da cintura para cima mas só de início, depois começamos a ter confiança com os técnicos e a coisa rola”

### **13. Mutilação e reconstrução**

Todas foram submetidas a mastectomia e sentem-se mutiladas, P1 e P2 usam a palavra mutilação quando se referem à intervenção cirúrgica para remoção de uma das mamas. Enquanto que P3 descreve a operação como sendo “violentíssima”, “chocante” e um “sacrifício”. A reconstituição mamária é importante no sentido de reestabelecer o equilíbrio no corpo de P1 e de minimizar a mutilação no caso de P2: “A outra mama estava maior então foi reduzida, tudo em 3 intervenções cirúrgicas. Este era o modo de minimizar a minha mutilação”

### **14. Maternidade**

Quando recebe o diagnóstico de cancro P2 já é mãe de filhos pré-adolescentes e a sua maior angústia é não poder criar os filhos caso morra. Já P1 e P3 não têm filhos mas ambas desejam ser mães e esse desejo é tão forte que leva mesmo P3 a interromper o tratamento prescrito e P1 interrompe a reconstituição mamária para poder engravidar. Tanto P1 como P3 engravidam logo após terminarem os tratamentos e no presente a sua maior preocupação é manterem-se vivas para poderem cuidar dos filhos. P1 sugere mesmo que a doença foi um caminho de sofrimento que lhe possibilitou o acesso a um bem maior que é o seu filho:

“o sonho era já comum, e queríamos ser pais” e “Combinamos com a médica de cirurgia plástica, parar as reconstruções para eu poder engravidar, o que aconteceu de imediato, ficamos tão contentes, a alegria era tão grande que não cabíamos em nós de felicidade.” e “tudo o que passei não foi em vão, foi para o ter comigo....”

### **15. O confronto com a morte**

A possibilidade morte e a finitude estão presentes na vida destas mulheres desde o início, mesmo nas primeiras suspeitas a morte é sugerida e é que aí reside o maior medo da doença. P1 encara a morte como possibilidade desde a fase de pré-diagnóstico quando surgem as primeiras suspeitas:

“já tinha vivido aquilo tudo com a minha querida tia e o desfecho dela foi o pior. Faleceu numa cama de hospital no IPO, numa madrugada de domingo, sozinha e eu não queria isso para mim, mas era só o que conseguia pensar... cancro da mama...não...”

Se no caso de P1 tal é manifesto pela associação directa à morte de uma tia, nos outros dois casos a designação “nódulo preocupante” ou “carcinoma ductal invasivo” são associados a uma doença potencialmente letal. Durante o desenrolar dos tratamentos P1 e P2 são ainda directamente confrontadas com a morte de outras mulheres com cancro quer na enfermaria do hospital quer outras mulheres com as quais foram criadas relações de amizade. P2 relata o seguinte:

“Foi horrível a estadia no Hospital para onde me virasse era pior em 3 semanas que estive hospitalizada 2 senhoras morreram uma com câncer de fígado e outra de estômago.”

## **16. Luta, esperança e força**

Após o choque inicial predomina o espírito de luta e a esperança. Os tratamentos são valorizados como um meio para atingir um fim: a cura, e uma arma para combater a doença sugerindo um estado de espírito combativo e um sentimento de luta pela sobrevivência. P2 diz para ela mesma:

“nunca abandonaste uma luta não é agora que o vais fazer”

Mesmo P1 após uma reacção inicial de revolta e de muita tristeza inicia os tratamentos com vontade de lutar contra a doença “de cabeça erguida”. A esperança é um sentimento referido por duas das três mulheres em diferentes momentos. P1 associa o sentimento de esperança ao nascimento da sobrinha que a faz sentir renascida e P3 refere que a é a esperança que a leva a aceitar a mastectomia e é nessa esperança que reside a força com que enfrenta a doença. P1 afirma que encontrou dentro dela “forças que nem sabia que existiam” e considera ser essencial ter força para conseguir superar a doença, é importante não se deixar ficar na tristeza embora estes momento existam ao longo do tempo em que duram os tratamentos.

## **17. Experiência transformadora**

A experiência da doença teve um efeito transformador de forma diferente nas três mulheres, na sua relação com elas próprias e com o mundo que as rodeia. Em maior ou menos grau estas mulheres sentem-se diferentes do que eram antes da doença, havendo mesmo uma delas começa o seu relato com a seguinte afirmação: “Como eu comecei a viver a minha vida com o antes e o depois do cancro...é assim que divido hoje a vida”. Após o cancro e do nascimento das suas filhas, P3 sente-se feliz apesar de por vezes se confrontar com a angústia de morte quando se lembra da doença. P1 diz adorar viver,

focando-se sobretudo no presente sem tomar nada como garantido nem ter expectativas em relação ao futuro. P2 considera que a experiência da doença a fez tornar-se num ser “Humano diferente”:

Tudo isto me fez ser um ser Humano diferente. Tudo é importante tudo tem o seu sentido a sua vida.

Tenho cuidado em tratar tudo o que me rodeia bem seja os seres vivos ou não. Não dou importância a mesquinhas.... Quero ser feliz, rir divertir-me e cuidar de mim. Dou muita importância a qualquer objecto seja qual for. Como se costuma dizer “os cães ladram mas a caravana passa. A minha vida é muito importante, ainda hoje luto por ela.

e a vida ganhou um sentido que não tinha, passou a valorizar tudo o que a rodeia principalmente os objectos, sem discriminar. As três mulheres manifestam a vontade de serem felizes e de lutarem pela vida.

### ***Análise dos constituintes Essenciais e das suas variações Empíricas***

O conjunto de constituintes acima descritos e respectivas variações individuais foram agrupados numa tabela de duas entradas (TABELA 2) que se encontra na página seguinte. Nesta tabela permite estabelecer paralelos entre as três experiências relatadas pelos sujeitos já descartando as particularidades de cada situação individual. Assim, temos por exemplo para o constituinte suspeição temos da parte de P1, que à suspeita está associado o medo de morrer como aconteceu á tia, para P2 é a persistência da dor que a leva a insistir com o médico e repetir os exames e com P3 há um caroço, que a preocupa e que a leva a pedir novo exame numa consulta de ginecologia. A estas três vivências está associado a suspeita, suspeita pode-se dizer de algo grave e que vale a pena insistir para ser clarificado e saber se as suspeitas de cancro da mama se confirmam ou não.

Em seguida irão ser estabelecidas relações entre os constituintes essenciais encontrados e a literatura seleccionada de acordo com o tema em estudo.

TABELA 2

**Análise dos constituintes Essenciais e das suas variações Empíricas**

	Variações Empíricas		
Constituintes essenciais	Variação 1	Variação 2	Variação 3
Suspeição	A suspeita de cancro da mama fê-la relembrar de uma tia que morreu sozinha e P1 tem medo de morrer como a tia e a possibilidade de ter cancro da mama assusta-a muito.	Um nódulo e a dor junto à axila fê-la ir ao médico para repetir os exames	O corpo estranho ( ervilha) peocupa P3 e em nova ida à ginecologista a questão é levantada e é pedido um exame
Angústia da incerteza a sós e em segredo	Estava já convencida do diagnóstico mesmo antes de saber o resultado. O tempo de espera foi vivido com angústia, em silêncio, não tendo partilhado esta angústia com ninguém. Vai ao hospital sozinha para fazer mais exames e esclarecer a situação.	O marido acompanhou-a ao IPO mas esperou fora do consultório e tentou acalmar P2 que chorava	Só P3 e o seu namorado sabiam do resultado do exame. Estava sozinha quando foi à maternidade (MAC) naquele que descreve como o momento mais difícil (chocante) da experiência da doença. Sente medo e ao mesmo tempo vontade de saber mais e ter mais certezas quanto às suspeitas levantadas pelo resultado da ecografia
Data marcante	Recorda a data em que toma a decisão de lutar contra a doença estabelecendo o prazo de um ano para se curar. Outra data importante e inesquecível é o dia da mastectomia. Por outro lado, P1 não se recorda da data precisa do dia em que o médico comunicou que a doença estava controlada.	Uma data marcante é o dia em que faz a mastectomia. O desespero da mutilação é suportado e ultrapassado pela vontade de sobreviver à doença	O dia do 31º aniversário é uma data marcante por ser o dia em que levanta o resultado do exame que abre de imediato
Surpresa e o choque do diagnóstico	Chora e revolta-se. Sente-se triste, perdida e abandonada e que os seu sonho de ser mãe está em risco	Durante os exames é alertada para existência de um nódulo classificado como preocupante pelos técnicos que apanhou P2 de surpresa	Lê o diagnóstico de cancro da mama. Recusa-se a acreditar no resultado do exame

A relação com os médicos	P1 considera elevado o número de médicos que estão presentes na sala quando é comunicado o diagnóstico o que sugere tratar-se de um caso muito grave, sentimento que é reforçado quando é informada da terapêutica a utilizar: Mastectomia, Quimioterapia e Radioterapia. Mais tarde há um novo receio por uma falta de explicação dada pelo médico que foi apaziguado pelas enfermeiras.	Na consulta de diagnóstico um médico considerado experiente confronta-a com uma situação dramática sem compaixão e sem empatia. P3 atribui à influência do amigo o bom tratamento que recebeu da equipa médica durante o tempo que esteve internada. Outro médico não considera viável a reconstrução mamária por P2 ter pouco tempo de vida e esta resposta é sentida como cruel. Por insistência da médica que a segue posteriormente aos tratamentos, P2 inicia uma nova etapa ao decidir fazer a reconstrução da mama	P3 sente a reacção da médica ginecologista como pouco empática e receptiva. O médico que confirma o diagnóstico é descrito como sendo rude e distante. Os médicos que a avaliam no IPO transmitem-lhe confiança e a explicação do plano de tratamentos pela equipa médica é entendida por P3 como a apresentação de um plano de vida em oposição ao plano de morte do médico que a diagnosticou na MAC. E o cirurgião que irá realizar a mastectomia consegue-lhe transmitir segurança de uma forma que surpreende P3
Impotência e vulnerabilidade	P1 sente-se impotente, não há nada que ela possa fazer para mudar a situação	Na consulta médica no IPO P2 é diagnosticada com cancro da mama por um médico experiente que a confronta com uma situação dramática, pressionando-a para fazer com urgência uma mastectomia.	Considera que não teve um tratamento digno ao realizar um exame, uma biópsia, sem anestesia. P3 Sentiu-se indefesa e impotente. Sente-se sozinha no seu sofrimento, rodeada de gente desconhecida e hostil
Choro	Chora quando lhe é comunicado o diagnóstico e em alguns momentos de tristeza em que relembra a perda da mama	P2 que chora à saída do consultório onde recebeu sozinha o diagnóstico de cancro	P3 chora após sozinha no dia em que sabe a confirmação do diagnóstico
O amor dos companheiros (namorados/maridos)	Quando soube do diagnóstico pensou em terminar a relação mas não se sentiu capaz de o fazer e mais tarde fica contente por não o ter feito, já que esse relacionamento amoroso evoluiu no sentido de um maior compromisso e foi importante para P2.	O marido acompanha P2 ao hospital e tenta consolá-la. Acompanha-a também no primeiro tratamento mas o seu comportamento ansioso tinha um efeito negativo em P2 que passou por opção própria a ir sozinha.	No dia do seu aniversário escolheu ficar em casa com a única que sabia o resultado: o namorado. O acompanhamento constante por parte do namorado descrito como apaixonado é importante para P3 superar as dúvidas quanto à sua sexualidade e atractividade em relação ao sexo oposto

A importância da família	O medo e a ansiedade faz P1 voltar para casa dos pais após alguns anos a viver sozinha e só volta a viver sózinha depois de terminar os tratamentos.	Ao saber o diagnóstico procurou consolo na mãe e a principal preocupação é não poder educar e acompanhar os seus dois filhos. Todo o sofrimento e o cansaço que a quimio lhe causava não era partilhado com o marido e as filhas para os proteger e por falta de confiança na capacidade do marido em lidar com esse sofrimento.	P3 é “resgatada” quando é levada por um familiar ao IPO. O apoio familiar e o acompanhamento da cirurgia foi muito valorizado por P3, bem como o esforço na confecção da comida durante a quimioterapia sendo utilizada a palavra milagres a acção dos familiares
As mudanças nas amizades	Alguns amigos desiludiram P1 e não lhe deram o apoio necessário para além de outros que se afastaram. Faz novas amizades que compensam as desilusões com os amigos antigos	Conta com a ajuda de um amigo para conseguir vaga e ser rapidamente operada	Algumas amigas são percebidas negativamente como inconvenientes e voyeristas ao desrespeitarem a vontade de P3 de não receber visitas. Corta relações com uma das amigas que considera egoísta e psicótica. Com os outros amigos diverte-se e vai de férias de verão no Alentejo
O sofrimento da quimioterapia	Os efeitos secundários da quimioterapia foram muitos e difíceis de suportar. Durante esta fase o choro era frequente e P1 reconfortava-se e securizava-se em frente ao espelho dizendo para ela própria que estava tudo a correr bem.	A quimioterapia é difícil de suportar. A súbita perda do cabelo, bem como, as mudanças corporais vividas sozinha e com tristeza foram um choque para P2. A solução encontrada para ocultar a perda do cabelo foi usar sempre gorro durante todo o tempo que durou o tratamento. Sentia-se triste e mutilada.	Os efeitos secundários da quimioterapia foram lembrados como pouco severos, sendo referidos os enjoos e o cansaço. E o cabelo era prontamente rapado de forma pragmática.
A radioterapia	Os efeitos secundários da radioterapia foram mínimos e a deslocação forçada pelo tratamento permitiu a ela e à mãe rever pessoas que não viam há muito tempo, sendo um tempo apesar de tudo agradável	A radioterapia foi bem suportada excepto em relação ao desconforto inicial com a nudez perante os técnicos	Nota: P3 não foi submetida a radioterapia

Mutilação e reconstrução	P1 permite-se alguns momentos de tristeza em que chora a perda da mama e como as mamas eram a parte do corpo de que mais gostava, foi uma grande perda. A reconstrução mamária irá segundo P1 reequilibrar o seu corpo e permitir uma maior normalidade na sua vida.	Uma data marcante é o dia em que faz a mastectomia. O desespero da mutilação é suportado e ultrapassado pela vontade de sobreviver à doença. O processo é longo, difícil e implica ter de se submeter a 3 cirurgias mas P2 quer muito diminuir o impacto da mastectomia no seu corpo percebida como uma mutilação.	Antes mesmo do médico dizer a P3 que tem cancro diz-lhe que tem de fazer uma mastectomia. A mastectomia radical teve grande impacto emocional em P3 e a intervenção cirúrgica é vista como violentíssima.
Maternidade	O sonho partilhado por ambos de serem pais leva P1 a consultar uma ginecologista e saber se ainda era possível ter filhos e P1 interrompe os tratamentos de reconstrução mamária para poder engravidar. A gravidez traz sentimentos de felicidade, de confiança e de vitória sobre a doença e o nascimento do filho é um momento de grande felicidade	Quando sabe o diagnóstico a principal preocupação é não poder educar e acompanhar os seus dois filhos. Mesmo no sofrimento sempre sentiu vontade de viver tendo como objectivo criar os filhos	O tratamento com Tamoxifeno foi considerada a fase mais difícil do processo de cura por estar associado à possibilidade de infertilidade. Por ser importante para P3 ter filhos e apesar dos riscos parou o tratamento antes do prazo indicado. P3 considera-se feliz quando refere o nascimento das suas duas filhas.
O confronto com a morte	Durante todo o tempo desde o diagnóstico há sempre a lembrança da tia e o confronto com a possibilidade da sua própria morte. P1 foi aprendendo a lidar com a angústia de morte	Durante o período pós-operatório confronta-se com a morte de outras mulheres que partilhavam a mesma enfermaria. Este confronto com a morte, o calor e as baratas impedem-na de dormir	A recordação da doença está associada ao medo de uma recidiva que leve à morte não permitindo a P3 estar viva para cuidar das filhas

Luta, esperança e força	O fim da radioterapia coincide com o nascimento da sobrinha e a esta coincidência é atribuído um importante significado de esperança e renascimento. Há uma crença de que não há acasos e que com esperança se consegue encontrar recursos interiores antes desconhecidos. P1 acredita que para vencer o cancro é preciso ter força e sorte, porque a força é importante mas não é suficiente.	A decisão é lutar contra a doença e lutar para se manter viva	Uma combinação de luta e esperança foram muito importantes na superação da doença.
Experiência transformadora	Para P1 há uma vida antes do cancro e outra depois do cancro. A doença é um acontecimento marcante sempre presente na sua vida, era feliz e o cancro interferiu nessa felicidade. O cancro é também visto agora como um processo que inclui tanto momentos felizes como infelizes. Com a doença aprendeu a viver mais no aqui e agora e não tomar nada como garantido. A vontade de viver é grande e é atribuído à doença um significado, um meio de atingir um bem maior: um filho.	Para P2 a doença teve um impacto transformador como indivíduo. Tudo à sua volta adquiriu mais valor e sentido incluindo a sua própria vida. Há uma preocupação acrescida em cuidar do mundo à sua volta, mesmo os objectos que são também mais valorizados. Por outro lado desvaloriza comportamentos considerados como mesquinhos. O objectivo é ser feliz, alegre e cuidar-se. P2 aprendeu que tudo passa mesmo que seja muito assustador	Apesar de afirmar que raramente se lembra que já teve cancro, a angústia da finitude passou a fazer parte da vida de P3

## Diálogo com a Literatura

As duas estruturas encontradas sugerem dois tipos de vivência: uma centrada no confronto interior com a finitude (estrutura 1) que um diagnóstico de cancro da mama implica devido ao número de mulheres que todos os anos morrem vítimas da doença; e outra centrada no exterior ao longo de todo o processo de doença, através das relações familiares, amorosas e de amizade e com os técnicos de saúde (estrutura 2)

Na estrutura 1, para além da morte própria existe também a percepção de fim de uma vida anterior à doença. Havendo ainda a angústia de não saber se o projecto de vida idealizado, em particular o de vir a ser mãe e acompanhar os filhos irá ou não concretizar-se. Lyons et al. (2002) destacam na fase de diagnóstico a importância do período de impacto da notícia com reacções maioritariamente de choque e de fechamento inicial; o medo (da morte, da cirurgia e do tratamento); a necessidade de serem fortes pelos familiares e amigos privando-se assim da possibilidade de expressarem livremente as suas emoções, pensamentos persistentes sobre a possibilidade de perderem uma mama; sobre os tratamentos e sobre a incerteza quanto ao futuro. Os resultados obtidos neste estudo sugerem que o confronto com a finitude dá-se logo desde o início, com as primeiras suspeitas e desconfianças associadas às alterações corporais sentidas. As reacções descritas por Lyons em 2002, já existem de alguma forma no período entre os exames iniciais e a consulta de diagnóstico. Durante o tempo de espera entre a suspeita inicial, os exames de diagnóstico e a consulta em que este é comunicado, existe um sentimento de angústia e incerteza vivido de forma solitária e o medo de estar doente com cancro da mama não é partilhado com ninguém, nem familiares, nem amigos nem companheiros. Com o diagnóstico é o choque da materialização da suspeita, a incredulidade e recusa em aceitar a notícia levam ao choro. Já após o diagnóstico, a notícia é prontamente comunicada e o amparo emocional daqueles que são mais próximos é procurado.

Segundo Manicom (2010), a doença oncológica tem influência ao nível dos papéis no seio da família, particularmente na parentalidade, bem como, na decisão de ter filhos. Existe também incerteza quanto à esperança de vida, dificultando o planeamento do futuro. Podem ser ainda sentidas dificuldades em voltar ao trabalho e em prosseguir a carreira profissional. Nos casos aqui apresentados, à excepção de uma das mulheres que refere por diversas vezes como é importante para ela trabalhar, e mesmo neste caso o que se destaca é o medo de nunca vir a ser mãe. O conhecimento da doença põe em causa o projecto de vida em especial a

maternidade, tanto na situação em que já existem filhos devido à incerteza de se se irá viver tempo suficiente para os educar e acompanhar até à idade adulta, como nos casos em que as mulheres ainda não têm filhos e a maternidade faz parte dos projectos de vida. Enquanto que as questões de carreira ou profissionais não são sequer mencionadas a questão da maternidade é referida pelas três mulheres, sugerindo ser um tema muito importante e potencialmente gerador de grande sofrimento mas também grande alegria.

Os relatos das três mulheres e em particular de uma delas expressam um grande descontentamento relativamente à interacção com os médicos nas respectivas consultas de diagnóstico, sendo usadas palavras para descrever os médicos que denotam uma certa frieza e distanciamento dos mesmos, tais com: falta de empatia, sem dó nem compaixão e sem explicação. A forma como esta relação é apresentada pode ser resultado do choque emocional que se reflecte na forma como a interacção como médico é percebida, confundido-se de certa forma a mensagem com o mensageiro ou pode efectivamente resultado de uma dificuldade por parte do profissional de saúde em estabelecer uma relação empática com o paciente. Ignácio & Favarin (2010) referem uma pesquisa realizada por Fujimori e Uchitomi em 2009, cujos resultados sugerem que os pacientes têm preferências quanto à forma como a doença é definida, o modo como esta é comunicada, quanta informação é fornecida e qual o apoio emocional disponibilizado, tendo sido ainda percebido que os pacientes mais jovens, com nível de escolaridade mais elevado e as pacientes do sexo feminino são quem deseja obter informação mais detalhada. Com base nas entrevistas realizadas não se consegue apurar se a estratégia de comunicação utilizada e abordagem do médico teve em conta estas preferências, mas uma das mulheres comenta o desajuste entre ela e a voluntária que foi sentida como uma tentativa frustrada e incompetente de ajuda por parte dos serviços da instituição onde foi à consulta de diagnóstico.

Face ao diagnóstico de cancro, segundo Moorey e Greer (1989), podem existir diferentes respostas sendo uma delas o espírito de luta e uma outra a negação. Se a reacção inicial foi de negação e recusa em aceitar o diagnóstico, ao longo do processo prevaleceu uma resposta de luta e enfrentamento da doença mesmo no caso em que o prognóstico foi descrito pelo médico como sendo muito negativo.

Já na fase de tratamento a mastectomia radical é percebida como uma mutilação de uma parte do corpo muito importante para a mulher, a mama é um símbolo do feminino e de atracção sexual sendo a cirurgia de remoção do tumor e por consequência da mama, classificada como

violentíssima, estando a esta associadas alterações em termos de imagem corporal mesmo quando existe reconstrução mamária.

Na recente revisão de literatura publicada em 2012 por Almeida, Guerra e Filgueiras, o seio é considerado como a característica sexual mais evidente na mulher funcionando também como elo de ligação na relação entre a mãe e o bebé. Quando existe uma ameaça ao seio são também ameaçadas as referências que identificam o feminino. Como tal, uma mastectomia radical com a remoção total de uma das mamas pode segundo Marin-Guttzeke, Sànces-Olaso, 2010 e Medina-Franco et al., 2010 referidos pelos autores desta revisão de literatura, gerar "sentimentos de impotência, vergonha, inferioridade e medo de serem rejeitadas". Por outro lado, o recurso à cirurgia de reconstrução mamária é frequente e os resultados apontam para uma maior satisfação por parte de mulheres operadas com menos de 50 anos.

O tratamento cirúrgico implica assim uma constante recordação ou enfrentamento das cicatrizes e da perda de uma parte do corpo (Roth, Carter & Nelson, p.245, 246). A violência expressa por uma das mulheres será assim uma violência emocional e estará muito provavelmente relacionada com os sentimentos de perda despertados nestas mulheres, já que segundo Carso, Allred et al. (2009), do ponto de vista clínico esta é uma cirurgia de remoção do tumor utilizada durante décadas para tratamento do cancro da mama. As mulheres que participaram no estudo foram submetidas a mastectomia e a posterior reconstrução mamária e embora não haja uma referência directa quanto ao grau de satisfação após a reconstrução mamária, todas elas referiram como era importante voltar a ter mama, sendo relevante também recordar que as três tinham idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos quando passaram pela experiência.

Um dos critérios de selecção das participantes era terem sido submetidas a tratamento quimioterápico e tal como descrito na vasta literatura encontrada os sintomas descritos por estas mulheres são visíveis e com impacto quer a nível corporal e interno como as náuseas e a fadiga, ou externo e portanto visível para os outros como alopecia e alterações de peso. O trabalho realizado por Frith, Harcourt & Fussell (2007) identificou quatro temas principais: a antecipação da perda de cabelo; a aceitação da inevitabilidade da alopecia; preparar-se para reagir à perda de cabelo; e controlo da situação. No caso destas três mulheres foi mais notório o tema controlo da situação manifesto pela pronta resolução em rapar o cabelo aceitar a inevitabilidade da perda de cabelo. Se relativamente à alopecia as reacções são semelhantes, as descrições de outros sintomas parecem variar com o número de sessões a que foram

submetidas, sendo que a mulher que foi submetida a maior número de sessões, com dois tratamentos no espaço de um ano, foi quem deu um relato mais pormenorizado desses sintomas expressando assim um grande sofrimento que foi escondido da família. A radioterapia por sua vez, teve pouco relevo no contexto dos tratamentos sendo reportados efeitos secundários ligeiros.

A fase de tratamento é classificada por Lyon (2002) como uma fase re-traumatizante que se caracteriza por quatro temas: escolhas dos tratamentos a realizar; dor e sofrimento que não lhes permitia realizar as tarefas e rotinas do dia-a-dia; vontade de lutar cujo significado é controlar a doença; e apoio de outros, sentindo sobretudo que não têm de carregar com o pesado fardo da doença sozinhas. Nos três relatos pareceu não ter existido possibilidade de escolha dos tratamentos já que a terapêutica foi comunicada pelos médicos e nada aponta para que tivesse havido algum tipo de discussão ou negociação entre médico e paciente nessa matéria. À exceção de uma das mulheres a quem foi perguntado após terminar a quimioterapia se queria prosseguir com a mastectomia, às outras não foram dadas alternativas nem opções de escolha. O espírito de luta foi mencionados por todas. Duas das mulheres contaram com o apoio de companheiros, família e amigos mas a terceira é menos expressiva quanto ao apoio dado pela família e apesar do marido a ter acompanhado no início das idas ao hospital acabou por a pedido dela deixar de o fazer por sentir que ele ficava demasiado perturbado.

A experiência de transformação trazida pela doença está de acordo com os resultados obtidos no estudo comparativo realizado em 1997 por Thibodeau & MacRae (1997) em que após a reacção inicial com sentimentos de desgraça iminente e de incredulidade a maioria das mulheres relataram a ocorrência de mudanças positivas nas suas vidas e muitas delas disseram sentir-se mais espirituais e mais em contacto com a natureza. No estudo aqui apresentado, duas das mulheres referem o efeito transformador que a doença teve nas suas vidas e uma delas considera mesmo haver um antes e um depois da doença, como se se tratasse de um momento marcante a partir do qual a vida passou a ser outra, diferente da sua vida anterior. A experiência da doença foi vivida de forma diferente pelas três mulheres, na sua relação com elas próprias e com o mundo que as rodeia e estas mulheres auto-percepcionam-se como diferentes do que eram antes da doença. Há ainda uma delas que atribui um significado positivo à doença por esta ter de certa forma conduzido ao nascimento do seu filho, fruto do aprofundamento de uma relação amorosa inicialmente descrita como “leve”. A mesma mulher diz adorar viver, focando-se no presente, no aqui e agora, sem expectativas em relação ao

futuro e sem tomar nada como garantido. Outra das mulheres considera mesmo que a experiência da doença a fez tornar-se num ser “Humano diferente” e a sua vida ganhou um sentido que não tinha, passando a valorizar tudo o que a rodeia mesmo as coisas mais insignificantes. Estes relatos estão de acordo com o conceito de Crescimento Pós-traumático, de Tedeschi & Calhoun (2004), como uma experiência positiva resultante de uma luta em situação de crise de vida altamente ameaçadora para o indivíduo. Segundo os autores este crescimento pós-traumático pode manifestar-se através do aumento da apreciação da vida em geral, o que aconteceu nestes três casos apresentados. A alteração de prioridades é também, segundo os mesmos autores uma manifestação deste crescimento patente em P1 que antes da doença se descrevia como trabalhando muito e com prazer para um foco posterior à doença, na maternidade e na importância da relação com o companheiro. Os autores sugerem ainda que o crescimento pós-traumático interage mutuamente com a sabedoria de vida e com a narrativa de vida e considerando que estas entrevistas foram realizadas alguns anos após a experiência da doença a narrativa de cada uma das mulheres poderá pensar-se que estas narrativas reflectem já esse crescimento pós-traumático de um enriquecimento da vida espiritual e existencial, bem como de um maior significado atribuído às relações interpessoais e de uma percepção de maior força interior. Uma delas refere mesmo que encontrou forças que não sabia ter e as outras duas referiram também o espírito de luta, força e esperança no combate à doença.

## **Conclusão**

A motivação para a execução desta tese de dissertação deriva da proximidade com a doença de familiares e companheiro, tendo sentida alguma dificuldade em entender os que se passava interiormente com as pessoas com quem convivi e que passaram por um processo de doença oncológica ao qual nem todos sobreviveram. É difícil aos familiares destes doentes acederem ao sofrimento e às angústias vividas e tal como é referido na literatura sobre o tema é frequente os pacientes quererem guardar para si o que sentem para não provocar um sofrimento maior naqueles que lhes são queridos. Estar com, não é o mesmo que ser aquela pessoa com quem se está, e numa vivência de doença com acentuado sofrimento corporal e psicológico é muitas vezes difícil ter capacidade reflexiva e auto-reflexiva sobre as vivências próprias e as do outro. Este é pois o motivo do meu interesse, entender um pouco mais através da análise e da objectividade que uma investigação de carácter científico permite ter sobre um

fenómeno, a vivência de alguém que repentinamente e sem aviso algum se confronta com a finitude.

O destaque dado à quimioterapia sendo esse um dos critérios de seleção da amostra resulta da pesquisa inicial da literatura na área da psico-oncologia e na quantidade de investigação realizada sobre o tema. Os efeitos secundários foram descritos na introdução deste trabalho e são os mais adversos em termos físicos, cognitivos e do bem-estar geral dos pacientes e seriam supostamente uma das fontes de maior sofrimento ao longo da doença e dos tratamentos. Os resultados obtidos, apontam no entanto, para outras questões com maior centralidade e relevância na experiência vivida pelas três mulheres destacando-se o confronto com a morte, entendida na sua totalidade ou como “mortes” parciais e simbólicas de uma forma de vida através da perda de uma parte do corpo de grande importância para as mulheres: a mama. Este confronto com a morte transparece ao longo das três narrativas desde o início com as suspeitas de doença e mesmo antes do diagnóstico de que poderiam ter cancro da mama, durante os tratamentos, em que outras mulheres morrem de cancro e no final, anos depois do tratamento ter terminado em que se percebe que este medo está presente nas vidas delas, como uma constante mesmo quando afirmam que raramente se lembram de que um dia tiveram cancro. A maternidade foi outra das questões centrais levantada por estas mulheres, à qual estará certamente ligada a idade em que foi diagnosticada a doença. Duas das mulheres tinham pouco mais de 30 anos, em idade fértil portanto e sem filhos, mantendo um relacionamento estável mas não casadas. Foi interessante também constatar que em ambos os casos a doença parece ter contribuído para aprofundar esses relacionamentos conduzindo à formalização do compromisso e à constituição de uma família. A narrativa é feita alguns anos depois da doença e em ambos os casos os filhos ocupam um papel central nos relatos da vida destas mulheres, estando também na base da maior preocupação e receio relativamente a uma possível recidiva já que para elas seria angustiante não poderem acompanhar o crescimento dos filhos. Esta angústia é sentida também pela única mulher entrevistada já com filhos, para ela o maior medo é não poder criar os filhos.

Uma das questões surgida de forma inesperada é a solidão e o segredo de que se rodearam estas mulheres na fase pré-diagnóstico e durante a consulta de diagnóstico. Esta questão embora não sendo central, vale a pena ser referida porque apesar de uma delas se ter feito acompanhar por outra pessoa, no seu caso o marido, nenhuma outra partilhou as suas suspeitas em relação à doença e foram à consulta sozinhas. Quando lhes é comunicado o diagnóstico, a notícia é partilhada imediatamente com os companheiros e a família. Esta

rápida passagem do segredo à partilha poderá estar associado à dimensão de sofrimento que a suspeita poderia lançar sobre aqueles que deles são mais próximos e também para se permitirem a liberdade de lidarem elas próprias com uma situação angustiante e só depois incluírem os outros no seu problema. Para ajudar a esclarecer esta questão seria interessante comparar este comportamento com o comportamento de pacientes masculinos em situações de suspeita de cancro, bem como, outros pacientes com outras patologias oncológicas independentemente de género e verificar se este isolamento é característico do cancro da mama e das mulheres ou se é transversal à doença oncológica e sem diferenças de género.

## Referências

- Almeida, T., Guerra, Ribeiro, M. & Filgueiras, M. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1003-1029. Consultado em 02/12/2012, [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300009&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300009&lng=en&tlng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>.
- Andrade, C. & Holanda, A. 2010. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]., vol.27, n.2 [citado 2012-12-02], pp. 259-268. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2010000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200013&lng=en&nrm=iso). ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013>.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2003. The Hidden Suffering Among Breast Cancer Patients: A Qualitative Metasynthesis. *Qualitative Health Research* April 2003 13: 510-527, doi:10.1177/1049732302250721
- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. 2007. Evolução da mortalidade por Cancro da Mama em Portugal (1955-2002). *Acta Medica Portuguesa* 2007; 20: 139-144
- Bruce, A. Schreiber, R., Petrovskaya, P., & Boston, P. 2011. Longing for ground in a ground(less) world: a qualitative inquiry of existential suffering
- Dura, E. & Ibanez, E. 2000. Psicologia oncológica: perspectivas futuras de investigação e intervenção profissional. *Psic., Saúde & Doenças*. [online]. nov. 2000, vol.1, no.1 [citado 18 Fevereiro 2012], p.27-43. Disponível na World Wide Web: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862000000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862000000100004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1645-0086.
- Hannah, F., Diana, H. & Anna, F. 2007. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* - December 2007 (Vol. 11, Issue 5, Pages 385-391, DOI: 0.1016/j.ejon.2007.03.002)
- Holanda, A. 2006. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV): 363-372 <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf>

- Ignacio, M. & Favarin, R. 2010. Más notícias: Uma reflexão acerca da comunicação do diagnóstico de câncer. Boletim Electônico SBPO. Ano VII Edição 1. Jan/Fev/Mar. Consultado em 2/12/2012 em [http://www.sbp.org.br/boletins\\_arquivos/ano\\_vii\\_ed\\_1/diagnostico\\_de\\_cancer.pdf](http://www.sbp.org.br/boletins_arquivos/ano_vii_ed_1/diagnostico_de_cancer.pdf)
- Lyons, M., Jacobson, S., Prescott, B., Oswalt, D. 2002. Women's Experiences During the First Year Following Diagnosis of Breast Cancer. Southern Online Journal of Nursing Research. Issue 1, Vol. 3. May 2002. [www.snrs.org](http://www.snrs.org)
- Kenne Sarenmalm, E. 2008. When Breast Cancer Returns. Women's experiences of Health, Illness and Adjustment During the Breast Cancer Trajectory. University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy. Institute of Health and Care Sciences
- Mitchell, T. 2007. The social and emotional toll of chemotherapy - patients' perspectives. European Journal of Cancer Care (Engl). 2007 Jan;16(1):39-47.
- Morgado da Costa, J. 2010. Qualidade de Vida na Mulher em Quimioterapia por Cancro da Mama: Estudo de Coorte Prospectivo. o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Phillips, K., Jim, H., Small, B., Laronga, C., Andrykowski, M., Jacobsen, B. 2011. Cognitive functioning after cancer treatment. Cancer, 2011; DOI: 10.1002/cncr.26432
- Pinheiro, P. et al. 2000. Cancer in Portugal / IARC technical publication; 38. International Agency for Research on Cancer. Consultado online em 5/02/2012 <http://www.ror-sul.org.pt>
- Santos, G. C., Gonçalves, L., 2006. Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: significado do novo ciclo de quimioterapia / Mastectomized women with recurrent breast cancer: de meaning of the new chemotherapy cycle Fonte: Revista de Enfermagem UERJ;14(2):239-244, abr.-jun. 2006
- Thibodeau, J. & MacRae, J. 1997. Breast Cancer Survival: A Phenomenological Inquiry. Advances in Nursing Science: June 1997 - Volume 19 - Issue 4 - pp 65-
- Avaliação de Indicadores 2001-2005. Ganhos em Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. <http://www.portaldasaude.pt>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I - Entrevistas**

### **Participante 1**

Como tudo começou.../

Como eu comecei a viver a minha vida/ com o antes e o depois do cancro/...é assim que hoje divido a vida.../

Sim, porque muita coisa muda,/ muda...porque o tempo passa.../e até possivelmente mudaria se não fosse o cancro, mas ele teve cá/...e dificilmente haverá um dia da minha vida que eu não me lembre.../

Falando primeiro de mim, no antes.../

Vivia sozinha, tinha 35 anos, solteira, e tinha 2 trabalhos, ou seja levava o dia a trabalhar ate as 23h15m. / Mas gostava do que fazia./

Tinha uma pessoa, que me preenchia o coração, um relacionamento leve e descontraído,/ mas bem vivido, como sempre quis,/ ou seja, tinha uma pessoa em quem podia confiar e amar... /sem pensar em mais nada.../

E resumindo era uma pessoa feliz, cheia de vida.../só que houve um mas...e esse mas, chamou-se cancro da mama./

Primeiro começou com uma cotovelada num encontro de amigos, doeu-me e nunca mais deixei de ter uma sensação estranha na mama, e por incrível que pareça a mesma pessoa passado 8 dias, já em outro local, voltou a dar-me uma cotovelada na mesma mama, no mesmo sítio. O que me doeu ainda mais. E a impressão não desaparecia./

Fui ao centro de saúde, mandaram-me fazer eco, eco essa que não acusou nada, mas já eu sentia um empastamento na mama, que não me agradava/ e não fiquei confiante daquele resultado,/ porque mesmo não sendo algo preocupante teria que aparecer no relatório da eco referencia a esse empastamento./

Depois verifiquei que no soutien na direção do mamilo, havia uma pinga de sangue,/ minúscula, mas estava lá, e isso ainda me deixou mais alarmada./ Voltei ao Centro de Saúde, disseram-me para voltar a fazer eco, mas para não fazer com o mesmo radiologista e assim foi./A médica, disse-me que via ali microcalcificações /(que para mim era chines)/ e que tinha que fazer mamografia, para eu ir ter com ela ao hospital dai a 8 dias./

Fui para casa e obviamente, fiz o que toda a gente faz, fui para a net ver o que era microcalcificações e obviamente não gostei do que li./ Mais assustada fiquei./

Dai a 8 dias, estava no hospital sozinha/ para fazer a mamografia, de mamografia, rapidamente a médica me questionou se queria fazer biopsia naquele dia ou dali a 8 dias, porque seria preciso, que eu era muito nova e não podíamos deixar duvidas para trás,/ fiquei

em pânico, comecei a chorar, estava a ver a minha vida a andar para trás.../já tinha vivido aquilo tudo com a minha querida tia e o desfecho dela foi o pior. Faleceu numa cama de hospital no IPO, numa madrugada de domingo, sozinha/ e eu não queria isso para mim,/ mas era só o que conseguia pensar... cancro da mama...não.../

Fiz a biopsia logo,/ não aguentaria esperar mais 8 dias, estávamos em Janeiro de 2006 e as minhas dúvidas tinham começado em Novembro, era muito tempo.../para quem queria ouvir que estava tudo bem./

Dali á consulta de decisão, foram mais 8 dias, 8 dias angustiantes,/ sem querer pensar no assunto, mas sem conseguir, não alarmei ninguém, e muito menos transmiti o que estava a sentir,/ tinha para mim que a minha sentença estava marcada, e que o resultado ia ser mesmo cancro da mama,/ e não me enganei./

Quando no meio da consulta com um número de médicos elevadíssimo a olhar para mim, me disseram a P1 tem cancro da mama.../O mundo caiu-me em cima, comecei a chorar, não queria estar ali, não queria ouvir isso, e gritei que não queria ter um cancro,/ queria ter um filho...tinha 35 anos...senti-me perdida...abandonada...e muita tristeza./ O destino estava traçado,/ quimioterapia para diminuir os 3 cm de cancro, mastectomia e radioterapia...tinha direito a tudo.../como tudo muda em minutos.../

Como morava sozinha, mudei-me para a casa dos meus pais, de onde tinha saído em 2003. Não tinha coragem de passar as noites sozinhas, muitas delas ao início eram em branco./ No dia seguinte estava a fazer quimioterapia de cabeça erguida, a querer lutar e a dar um ano à doença...estávamos 20 de Janeiro de 2006./

A quimioterapia foi terrível, dores musculares, febres, má disposição, aftas, falta de apetite, diarreias, mau sabor na boca, pernas inchadas, intolerância a certos cheiros, ao calor./

O cabelo caiu logo depois da primeira quimio, usei prótese capilar, não me gostei de ver com os lenços. E tinha dias que não suportava a peruca, estava desejava de chegar a casa para a tirar./ Não deixei de trabalhar, só nos dias em que estava menos bem, é que ficava em casa./ Fiz 8 quimios, Graças a Deus sempre dentro das datas previstas,/ chorei muito, muitas vezes nem sabia porque estava a chorar,/ tinha a técnica de ir para o espelho e perguntar à P1 refletida no espelho, o que se passava hoje que não fosse igual a ontem que não tinha chorado./ E era uma terapia para mim./ A P1 do espelho respondia que nada e a P1 acabava por perceber que afinal, não tinha motivos para chorar, porque as coisas estavam a correr bem./

Tive muito apoio da família, de amigos chegados e do meu grande amor, que nunca me falhou,/ as coisas ficaram mais serias e acabamos por assumir o nosso relacionamento e foi

tão importante, esse passo. /Alias um dos meus pensamentos, quando soube que tinha cancro, foi dizer ao XXXX para viver a vida dele,/ porque eu tinha uma batalha grande pela frente,/ mas não fui capaz de o fazer.

Também tive desilusões, amigos que não perguntaram como estás P1 tantas vezes como eu esperava, uns que nem se chegaram ao pé, outros que eu achava que podia contar e não contei, / valeu amizades novas de onde as vezes menos se esperam./

Depois veio a Cirurgia, o tumor tinha reduzido o suficiente para não tirar a mama, /e o médico perguntou-me se eu queria tirar ou não, ao que respondi prontamente que me tinha preparado 6 meses para a mastectomia, logo era para tirar./

O mês de agosto que era para mim um mês de praia, férias, sol e diversão, fui ser operada. Dia 10, já mais esquecerei./ Correu bem. E vi logo a cicatriz no dia seguinte. /O penso não estava bem colado e acabei por ver e não tive vergonha de o Jorge ver, era a P1 que tinha restado depois do cancro da mama e tínhamos que saber os dois lidar com isso. E não foi difícil./ Claro que depois com o tempo, parava para pensar e vinha-me uma lagrima ao canto do olho, o que me havia de ter acontecido,/ mas eram momentos de fraqueza que passavam rápido./ Ainda não disse, mas o que eu mais gostava no meu corpo, era as minhas maminhas.../

A recuperação passou e fui chamada para a radioterapia,/ já eu andava a por mama e tirar mama, pois comecei a usar um paninho a fazer de mama, porque ao início ainda não podemos usar a prótese e mesmo durante a radio, foi o que usei. /

Quanto à prótese capilar, deixei-a no dia que sai do hospital quando fiz a mastectomia, já iam ser próteses a mais e até porque o cabelo já tinha começado a crescer, apesar de estar bem curto. Mas o calor de Beja em Agosto, também não ajudava a usar cabeleira./

Não havia Radioterapia em Beja, não havia em Évora (como há agora) e ainda não havia em Faro, o destino foi Carnaxide./ Fui com a minha mãe, vinha a Beja nas folgas da radioterapia, mas por coincidência, o meu pai, teve um acidente no meu carro um dia antes de ir para a radio e tive que levar o carro da minha cunhada. E o meu quase que ia para a sucata. O meu pai ficou ileso. E assim com carro, conseguia vir 4 dias a casa./ O que era ótimo ainda ia ao trabalho a uma formação importante que estava a decorrer,/ dava para namorar e rever os amigos e familiares./ A radioterapia não custou, usei bastantes cremes hidratantes e tive a sorte de não chegar a fazer ferida./

O tempo que passei em Carnaxide com a minha mãe, foi muito proveitoso, pois aproveitamos bastante para passear, rever pessoas que não víamos há tempo que moram por Lisboa. Foi um mês bem passado./

Mas não me sai da cabeça, como sempre em todo o processo, que a minha tia tinha falecido de cancro, era difícil dividir a morte dela do meu cancro./ Foi uma aprendizagem que fui fazendo./

A par disto criei um blog, [www.P1.blogs.sapo.pt](http://www.P1.blogs.sapo.pt), onde ia relatando os meus sentimentos, as minhas dores, o desenrolar da minha doença./

Em Outubro terminei a radio, dia em que nasceu a Rita a minha sobrinha. O nascimento dela deu-me esperança. Achei sempre uma feliz coincidência, porque eu sentia-me a renascer./

Em Novembro, com o ano quase passado, tive consulta e o médico, disse-me que a partir dali iria ter consultas de rotina, para vigilância e para já estava tudo controlado, por acaso, não tenho em mente em que dia foi, /mas foi um dia muito feliz. Era voltar à minha vidinha, ao meu dia-a-dia./

Fiquei a tomar o famoso Tamoxifeno, que levantava na farmácia do hospital, depois numa das consultas de rotina, que aconteceu em Março de 2007, o médico disse que ia deixar de tomar o Tamoxifeno e ia começar com outro tratamento, que chamou de Herceptin, coisa que eu ainda nunca tinha ouvido falar e não me explicou muito mais./ Quando me apercebi que era na sala da quimioterapia, e se tomava da mesma forma, fez-me bastante confusão, só de pensar que ia passar por tudo,/ valeram-me as enfermeiras para me explicarem que não tinha efeitos e que era preventivo./ Lá me sentei naqueles cadeirões mais 18 vezes, de 3 em 3 semanas durante 1 ano./

Encaminharam-me para a Cirurgia plástica no entretanto,/ coisa que perguntava sempre ao médico, quando é que podia fazer a reconstrução, tive sempre em mente que não queria ficar em desequilíbrio com o meu corpo, não queria levar os dias a tirar a por prótese./

Passados quase 2 anos (Julho 2008) da mastectomia e já com o Herceptin terminado,/ fui chamada para fazer a reconstrução mamária, até aqui também me calhou a parte mais complicada, teve que ser com retalho da barriga, ou seja, tecido abdominal, músculo e uma veia puxada para irrigar a minha nova mama ou seja a minha barriga deslocada.

Posteriormente e por causa da assimetria fiz redução da outra mama (Abril 2009)./

Mas em mente continuava um sonho na minha cabeça e na cabeça do meu marido,/ marido porque depois de ter ficado bem, voltei a morar sozinha na minha casa/ e o Jorge foi lá ficando, até que se mudou para lá e casámos em Outubro de 2008,/ como dizia, o sonho era já comum, e queríamos ser pais,/ procurei uma medica ginecologista para saber se continuava apesar dos tratamentos, uma mulher fértil, ao que ela me disse que sim./

Combinamos com a médica de cirurgia plástica, parar as reconstruções para eu poder engravidar,/ o que aconteceu de imediato, ficamos tão contentes, a alegria era tão grande que

não cabíamos em nós de felicidade./ Só que a gravidez foi interrompida, numa consulta em que fui sozinha a obstetra./ tive a noticia que o coração do bebe tinha parado./ Tive que ser internada para fazer um aborto, que foi horrível./

Já tinha passado por tanto, que pensei em não entrar em tristezas e não me entregar ao desgosto de perder aquele filho./

Passados uns meses estava grávida novamente. Grávida e felizes,/ tinha superado o cancro, com a ajuda de muito amor em meu redor,/ a reconstrução ia a mais que meio e agora íamos receber um filho. Achei sempre que a gravidez desta vez, ia chegar ao fim e assim foi, apesar dos meus 40 anos, tive uma gravidez tranquila/ e a 30 Novembro de 2010, nasceu o nosso filhote, Miguel...lindo...lindo...como qualquer mãe sonha. Tem agora 19 meses. E foi a melhor coisa que nos aconteceu./ A razão, que nada acontece por acaso./ A razão que hoje podemos estar menos bem, mas amanhã poderá ser melhor. A esperança tem que nos acompanhar,/ a força não nos pode faltar, porque garanto que tinha forças que nem sabia que existiam.

Costumam-me dizer que tive força neste processo todo,/ mas não há outra maneira de superar um cancro e eu costumo dizer que também é preciso ter sorte. Porque há quem tenha força e a sorte não aparece./

O que aprendi com isto tudo:

A viver um dia de cada vez.../ a pensar mais no hoje e que nada mesmo nada é eterno.

Quanto mais aproveitarmos o agora, melhor.../

E que apesar do processo da nos pormos bem, podemos ser felizes,/ a doença não é só infelicidade,/ fiz muita coisa no ano de 2006 que me fez ser feliz./

A partilha de experiencias é essencial, falar com pessoas que já passaram pelo mesmo é diferente do que desabafar com alguém que não sabe e não sentiu o que estamos a passar./ partilhei muito a partir do momento em que criei o blog uma luz na escuridão (2007), criamos um grupo amigas do peito e coração, uma amizade forte que continua nos dias de hoje,/ mesmo com algumas perdas dolorosas, tão dolorosas que é como sentir que há um pouco de nós que parte com essa pessoa./

Hoje a minha vida é o mais normal possível,/ com algumas mazelas que ficaram, como dores nas costas, cansaço...cicatrices.../ muita experiencia,/ muitas idas ao médico, rotinas de exames, sustos...e /vivendo a aprender, a saber lidar com a perda da mama. /

Termino, dizendo que adoro viver.../ e quero ver o meu filho crescer com saúde e a saber que tudo o que passei não foi em vão, foi para o ter comigo.../ P1, Beja. 42 anos

## Participante 2

No início do mês de Maio de 1996 por rotina e pela primeira vez fui fazer um eco e mamografia./

Estava tudo bem, assunto encerrado./ Um dia no ginásio senti um duro no peito junto à axila esquerda pensei que tinha ficado magoada dos exames,/ fui ao médico de clínica geral no local de trabalho e depois de ele me examinar fui repetir os exames.

Ao fazê-los fui informada que tinha um “nódulo muito preocupante”, /“eu nem estava aí”./

Por opinião do médico fui ao IPO. Consultada por um médico com experiência nestes casos (como não podia deixar de ser) que me disse sem compaixão nem dó/ (para quem nunca tinha pensado sobre estes casos) – / tens cancro da mama já há alguns anos que ainda não está agarrado à pele vais ter de o tirar radicalmente e fazer quimioterapia, radioterapia.

Aqui não há vaga estão 900 pessoas à tua frente, São José e Santa Maria estão a rebentar pelas costuras/ ..... vê .../quanto mais rápido tirares melhor./

Quando saí as lágrimas saltavam-me sem querer/ lá fora o meu marido tentava-me acalmar./ Fui para casa da minha mãe e chorei agarrada a ela/ só queria ter tempo para criar os meus filhos que na altura a Fabiana tinha 11 anos e o Frederico 13./

Pensei.... nunca abandonaste uma luta não é agora que o vais fazer./

Valeu-me um amigo e vizinho que fomos criados como irmãos (o XXXX) / nessa semana fui ao Hospital Santa Marta onde trabalhava fazer exames e/ na terça seguinte dia 26.07.1996 de manhã/ fiquei sem a a minha maminha esquerda.

Foi um desespero sentir-me mutilada/ mas a vontade de viver era maior e pensei bola para a frente./ Foi horrível a estadia no Hospital/ para onde me virasse era pior/ em 3 semanas que estive hospitalizada 2 senhoras morreram uma com câncer de fígado e outra de estômago./

Não conseguia dormir/ o calor também não ajudava como era um antigo convento com muitas anos as baratas com o calor eram mais que muitas./

Realmente como o meu vizinho era uma pessoa querida/ todo o pessoal me tratava bem inclusive os médicos./ Mesmo assim pedi para me vir embora antes do tempo, ao fim de 13 dias fui autorizada, passei a lá ir de 2 em 2 dias para tirarem os agrafes./

O meu marido questionou o médico sobre uma possibilidade de eu fazer a reconstrução mamária/ visto ter 40 anos e ainda me considerar uma pessoa válida e nova./

A resposta foi cruel (contado pelo meu marido a chorar que nem uma Madalena)/

Sabe!!! .... tinha 2 tumores muito agressivos .... Olhe!!!! dos 14 gânglios que tiramos 4 estavam infectados/ vai ter pouco tempo de vida ...../vamos fazer o melhor para

ela.../mas reconstrução está fora de questão. / Quando o meu marido me contou eu respondi-lhe vamos ver não chores vai correr tudo bem/ e ele ficou mais confortado./

Fui a São José a uma consulta (12.08.1996) ao Hospital de Dia, (Dr.XXXX um espectáculo de médico) para ser avaliada/ e começar a quimio. Dia 14 fiz o meu primeiro tratamento de quimio estive três horas a levar químicos e a lavar a veia./ O ambiente dentro da enfermaria até que nem era muito severo/ de uma maneira geral os doentes encaravam aquilo como uma cura./ Os casos eram diferentes mas todos maus./ Vi definhar-se uma jovem de 33 anos (a XXXX) sem metade do estômago sem ovários sem metade dos intestinos, mas com uma vontade enorme de viver e de objectivos bem definidos./ Infelizmente também morreu ao fim de 1 ano de quimio. Nesse dia fui-me a baixo e pensei ser a próxima./ Foi-me explicado que iria ter náuseas mas iria tomar um comprimido para tal. Assim foi, quando levei a primeira seringa senti um calor que me percorreu o corpo todo a segunda um fresco e aí sim fiquei nauseada e com vontade de sair dali. / Mas eu tinha que me aguentar “queria viver,/ estar no mundo/ partilhar com os meus filhos e família/ a minha vida”/

Um dia depois de ter já feito dois tratamentos, ia no transporte afastei a franja e senti que o cabelo veio atrás,/ saí a correr do transporte.Sentei-me num muro junto às Picoas e chorei, começava a ficar sem o meu cabelo./ Estava também a transformar-me, a engordar, sem cabelo as unhas todas onduladas a pele seca .... /enfim. Cheguei a casa e fiquei só, chorei chorei chorei...../resolvi rapar o cabelo todo./

No dia seguinte fui para o trabalho de gorro na cabeça menos-mal que era já Outono e não estava calor. Fui à loja e comprei 3 casacos de malha e gorro igual, e assim usei até ao final dos tratamentos. /Estava tão triste o meu corpo alterava-se aos poucos engordei, sem pelos, nem cabelo, mutilada...../ nunca pensei deixar de viver. O meu objectivo era viver para conseguir criar os meus filhos./ No meu consciente eu queria viver./

Lá fora da sala (no 1 tratamento quimio) o meu marido não parava parecia um animal enjaulado. / Decidi para a próxima venho sozinha/ ficava enervada de o ver andar de um lado para o outro./ Foram ciclos de 21 dias de intervalo. O ambiente na enfermaria dos tratamentos não podiam ser melhor as enfermeiras eram excelentes profissionais (Enf.º XXXX e Enf. XXXX)./ No final de seis tratamentos o Dr. quis me observar e descobriu que tinha um gânglio nas costelas a degenerar para maligno. Fui fazer uma citologia e lá estava uma reincidência./ O DRº mudou de estratégica ia fazer três ciclos de quimio um pouco mais agressiva./ Nem queria acreditar que o meu tormento iria de novo começar./ E assim foi o primeiro vomitei, corri para a casa de banho vezes sem fim porque fazia fazer muita urina e ao fim de três horas saia a tripa do ânus o dito hemorroidal.

Foi horrível chegava a casa enchia o bidé de gelo colocava uma toalha e sentava-me em cima. As dores eram tantas que acabava por adormecer de exaustão./ Estava farrapo mas nunca dei a entender em casa tal, não queria faze-los sofrer por minha causa./ O meu marido na altura nunca me questionou sobre qualquer decisão que tomasse a respeito da doença./ Tenho sempre presente a pessoas que durante anos apanhavam o mesmo transporte que eu. Perguntavam se tinha a doença, na cabeça, que a Carolina do Mónaco tinha. Estavam curiosas mas não se apercebiam o que era./ Sentia-me confortável por não terem a noção do que seria./ Tinha um certo à-vontade em contar aos amigos e familiares mas ao mesmo tempo aos de fora retraía./ Cheguei ao fim dos tratamentos cansada, / tinha uma etapa terminada e iria começar outra. Comecei a fazer rádio durante 25 dias. Terminei a rádio sem problemas sem queimaduras só mais bronzeada no dorso. O constrangimento era ter que estar despida da cintura para cima mas só de início, depois começamos a ter confiança com os técnicos e a coisa rola./ Finalmente alta dos tratamentos e já o cabelo começava a nascer em Maio de 1997 tirei o gorro e o cabelo estava com 2 centímetros nasceu todo encaracolado-/estava bem./ Comecei com consultas de rotina 3 em 3 meses 6 em 6 meses ano a ano até à data presente./ Numa consulta de rotina inicial houve uma médica que insistiu que deveria fazer a reconstrução mamária, e assim fiz. Outra etapa./ Comecei por colocar uma bolsa que ia enchendo de 15 em 15 dias com soro para esticar a pele, uma vez cortado o mamilo o seio ficou mais pequeno. Depois foi substituir a bolsa por uma mama de silicone. A outra mama estava maior então foi reduzida, tudo em 3 intervenções cirúrgicas. /Este era o modo de minimizar a minha mutilação. /Não foi fácil anestesia e estadias nos hospitais com pessoal não especializado para estas situações, /mas o querer suporta tudo. / Tudo isto me fez ser um ser Humano diferente./ Tudo é importante/ tudo tem o seu sentido a sua vida./ Tenho cuidado em tratar tudo o que me rodeia bem/ seja os seres vivos ou não. / Não dou importância a mesquinices.... /Quero ser feliz, rir divertir-me e cuidar de mim./ Dou muita importância a qualquer objecto seja qual for./ Como se costuma dizer “os cães ladram mas a caravana passa. /

/A minha vida é muito importante,/ ainda hoje luto por ela./

### **Participante 3**

Tudo começou no dia em que toquei na minha mama direita e percebi que tinha um corpo estranho. Era como uma ervilha, redonda e pequena, dentro da pele. / Pensei: gânglio sebáceo. Não sabia sequer o que é um gânglio sebáceo, mas imaginei ser uma borbulha ou coisa do género. /

Passado pouco tempo, tive uma consulta de rotina com a minha ginecologista, Dr.<sup>a</sup> XXXX. Mostrei-lhe aquele corpo estranho. Ela não achou nada de especial, não explicou o que poderia ser, não me mandou fazer exames nem me disse para estar alerta... /Passei o ano seguinte a “brincar” com a “ervilha”, tudo me parecia normal. Era só uma curiosidade. /Voltei à consulta com a mesma médica, por razões que nada tinham a ver com o que se passava na minha mama. Voltei a falar-lhe do assunto. Desta vez, mandou-me fazer uma ecografia mamária. /

Era o meu 31º aniversário - 29 de Abril de 2002 -/ no dia em que fui buscar o diagnóstico ao Centro de Senologia, em Lisboa. Decidi abrir o envelope fechado antes de abrir a porta do carro. /Não percebi quase nada da linguagem médica, mas o início saltou-me à vista:

Carcinoma Ductal Invasivo! Só podia ser o que eu estava a pensar, cancro da mama./ Não podia! Com certeza, estava interpretar mal!/ Liguei de imediato à médica ginecologista. Não estava e deixei recado com a secretária, precisava de falar urgentemente sobre aquele diagnóstico. Recebi uma chamada dela, mais tarde, perguntando-me porque estava tão histérica (coisa que nunca me estive)./ No sub-texto daquela conversa tão desagradável, perguntava-me porque a estava a incomodar. Respondi “Carcinoma Ductal Invasivo”. Calou-se e mandou-me ir ter com ela à Maternidade Alfredo da Costa. /Por esta altura, eu ainda não tinha dito a ninguém (a não ser ao namorado com quem vivia e ainda vivo) o que se passava. /Era o meu dia de anos, não consegui combinar festa nenhuma./ Fiquei com o meu namorado em casa, a única pessoa que sabia o que se passava./ Uma tia minha, tio e primas foram dar-me os parabéns. Foi tudo surrealista: /eu tinha uma informação horrível, que me moía por dentro,/ e estava na sala a fazer “conversa”./

Fui sozinha à Maternidade e foi o momento mais chocante de toda a minha odisséia com o cancro. Cheguei com medo, mas ainda com mais desejo de clarificar as minhas desconfianças./ A médica recebeu e levou a um serviço especial de cancro da mama. O médico que me recebeu não tem explicação: rude, distante, explicou-me com uma introdução prévia que eu ia ter de tirar a mama. Disse isto mesmo antes de me dizer que eu tinha cancro./ A médica XXXXX, entretanto, desapareceu. Estava em plena descida ao inferno, só e rodeada de gente desconhecida e, de certa forma, hostil. /Passo seguinte: meteram-me numa sala para me ser feita uma biópsia, sem anestesia, extremamente dolorosa. Olhando para trás, acho que não me soube defender, fazer perguntas, exigir um tratamento digno. /Fizeram-me esperar num corredor. Não sabia o que se seguia./ Tinha um gigante nó na garganta. Mas não chorava./ Foi-me apresentada uma voluntária. Ela que falasse comigo./Eu não estava disposta a falar com mais desconhecidos,/ mas tive de a ouvir a contar a história dela: uma mulher

muito mais velha do que eu, já com filhos... /Não me identifiquei minimamente. Podiam ter-me posto a falar com uma pessoa que foi ferrada por um escorpião que tinha o mesmo efeito./ Talvez, nesta altura, eu tenha chorado./

Nos dois dias seguintes, contei o que se passava à família./ Uma tia levou-me logo para o IPO. Foi como se eu fosse resgatada./ Fui avaliada por uma equipa de médicos que me transmitiram confiança. /Explicaram-me o que se ia passar: a quimioterapia, a mastectomia, o tratamento hormonal. Na verdade, a partir do momento em que me desenharam o meu plano de tratamento, em oposição ao plano da morte, o meu espírito agarrou-se à esperança./ Já só pensava em fazer tudo o que tinha a fazer e voltar à vida real. /O Dr. XXXX, que seria o meu cirurgião numa operação violentíssima, conseguiu passar-me uma sensação de confiança surpreendente./ Foi chocante passar pela experiência da mastectomia radical, /a força da minha esperança aceitou o sacrifício. /

Embarquei, de seguida para a quimioterapia. Sem dramas,/ não me fez confusão nenhuma a ideia de ficar sem cabelo. /Atenção: durante todo este percurso estive acompanhada por um namorado apaixonado /– facto que me fez passar ao lado de dúvidas existenciais tipo “Será que algum homem me vai querer sem mama?”./ E contava com o apoio total da família, tipos que vieram do Porto para estarem no dia da minha operação, a sala de espera do hospital de S. Lucas (onde fui operada) sempre cheia de gente, da minha família materna e paterna./

Fiz seis sessões de quimio, separadas por três semanas de intervalo. Lembro-me vagamente de me sentir enjoada ou cansada. Mas nada de grave. /Quando a queda de cabelo começou, corria a rapar os últimos cabelos enfraquecidos./ Outra vez: a presença de família, as comidas especiais contra o enjoo – até fizeram um concurso de empadões – fizeram milagres./

Algumas amigas insistentes, talvez um pouco voyeristas, que queriam visitar-me mesmo contra a minha vontade, estragaram o retrato de serenidade./ Uma delas até me chamou egoísta por eu não querer visitas. Cortei com ela, completamente. Percebi que não me interessavam nada aquile tipo de psicoses./ Com os outros, diverti-me. /Estávamos em pleno Verão e eu pedi ao oncologista para adiar uma das sessões de quimioterapia para ir ao festival da Zambujeira. Passava os intervalos do tratamento em férias: Alentejo e praia e amigos e petiscos. /Apesar de tudo, foi uma época feliz. /De luta e esperança. /

Seguiram-se três anos e meio de Tamoxifeno. A fase mais complicada de todo o processo de cura: por causa do medo da infertilidade causada pelo tratamento hormonal./ Desisti de o tomar um ano e meio antes do que estava indicado./ Aos 36 anos tive uma filha. Aos 39 tive a segunda. Sou feliz./Raramente me lembro que fui uma doente de cancro, mas quando me lembro assola-me o medo de deixar as pequeninas./ É raro./ 41 anos

## Anexo II – Tabelas das Unidades de significado Psicológico

P1	Unidade de significado Psicológico
P1: Como tudo começou... Como eu comecei a viver a minha vida com o antes e o depois do cancro...é assim que hoje divido a vida...	P1 define a sua narrativa entre uma vida antes do cancro e outra depois do cancro
Sim, porque muita coisa muda, muda... porque o tempo passa... e até possivelmente mudaria se não fosse o cancro, mas ele teve cá... e dificilmente haverá um dia da minha vida que eu não me lembre...	Coloca a hipótese de poderem ter havido mudanças mesmo sem a doença. A doença é no entanto para P1 um acontecimento marcante sempre presente na sua vida
Falando primeiro de mim, no antes... Viva sozinha, tinha 35 anos, solteira, e tinha 2 trabalhos, ou seja levava o dia a trabalhar ate as 23h15m. Mas gostava do que fazia.	Antes da doença P1 diz que trabalhava muito e gostava do que fazia
Tinha uma pessoa, que me preenchia o coração, um relacionamento leve e descontraído, mas bem vivido, como sempre quis, ou seja, tinha uma pessoa em quem podia confiar e amar... sem pensar em mais nada...	O relacionamento amoroso é satisfatório baseado em confiança, amor e ao mesmo tempo descomprometido
E resumindo era uma pessoa feliz, cheia de vida... só que houve um mas...e esse mas, chamou-se cancro da mama.	Era feliz e o cancro interferiu nessa felicidade
Primeiro começou com uma cotovelada num encontro de amigos, doeu-me e nunca mais deixei de ter uma sensação estranha na mana, e por incrível que pareça a mesma pessoa passado 8 dias, já em outro local, voltou a dar-me uma cotovelada na mesma mama, no mesmo sítio. O que me doeu ainda mais. E a impressão não desaparecia.	Duas cotoveladas numa das mamas provocou dor e uma impressão que se manteve e a motivou a ir ao centro de saúde
Fui ao centro de saúde, mandaram-me fazer eco, eco essa que não acusou nada, mas já eu sentia um empastamento na mama, que não me agradava e não fiquei confiante daquele resultado, porque mesmo não sendo algo preocupante teria que aparecer no relatório da eco referencia a esse empastamento.	Na ida ao centro de saúde os resultados obtidos com o exame realizado não tranquilizaram P1
Depois verifiquei que no soutien na direção do mamilo, havia uma pinga de sangue, minúscula, mas estava lá, e isso ainda me deixou mais alarmada. Voltei ao Centro de Saúde, disseram-me para voltar a fazer eco, mas para não fazer com o mesmo radiologista e assim foi.	A observação de sangue proveniente do mamilo leva-a a voltar ao centro de saúde
A médica, disse-me que via ali microcalcificações (que para mim era chines) e que tinha que fazer mamografia, para eu ir ter com ela ao hospital dai a 8 dias.	Nos novos exames são detectadas microcalcificações não compreendendo P1 o que significa esse diagnóstico

Fui para casa e obviamente, fiz o que toda a gente faz, fui para a net ver o que era microcalcificações e obviamente não gostei do que li. Mais assustada fiquei.	Quando consulta a internet numa tentativa de perceber o significado do resultado do exame P1 fica assustada
Dai a 8 dias, estava no hospital sozinha para fazer a mamografia, de mamografia, rapidamente a médica me questionou se queria fazer biopsia naquele dia ou dali a 8 dias, porque seria preciso, que eu era muito nova e não podíamos deixar duvidas para trás,	Vai ao hospital sozinha para fazer mais exames e esclarecer a situação
fiquei em pânico, comecei a chorar, estava a ver a minha vida a andar para trás... já tinha vivido aquilo tudo com a minha querida tia e o desfecho dela foi o pior. Faleceu numa cama de hospital no IPO, numa madrugada de domingo, sozinha	A suspeita de cancro da mama fê-la relembrar de uma tia que morreu sozinha de cancro.
e eu não queria isso para mim, mas era só o que conseguia pensar... cancro da mama...não...	P1 tem medo de morrer como a tia e a possibilidade de ter cancro da mama assusta-a muito
Fiz a biopsia logo, não aguentaria esperar mais 8 dias, estávamos em Janeiro de 2006 e as minhas dúvidas tinham começado em Novembro, era muito tempo... para quem queria ouvir que estava tudo bem.	Sente pressa em saber o que se passa no seu corpo, se é ou não cancro da mama e faz imediatamente a biópsia
Dali à consulta de decisão, foram mais 8 dias, 8 dias angustiantes, sem querer pensar no assunto, mas sem conseguir, não alarmei ninguém, e muito menos transmiti o que estava a sentir, tinha para mim que a minha sentença estava marcada, e que o resultado ia ser mesmo cancro da mama,	O tempo de espera foi vivido com angústia, em silêncio, não tendo partilhado a sua angústia com ninguém. Estava já convencida do diagnóstico mesmo antes de saber o resultado.
e não me enganei. Quando no meio da consulta com um número de médicos elevadíssimo a olhar para mim, me disseram a P1 tem cancro da mama....	Os resultados que confirmaram a suspeita de que tinha cancro são comunicados por uma equipa médica que lhe parece exagerada em número de pessoas
O mundo caiu-me em cima, comecei a chorar, não queria estar ali, não queria ouvir isso, e gritei que não queria ter um cancro, queria ter um filho....tinha 35 anos...senti-me perdida...abandonada...e muita tristeza.	Chora e revolta-se. Sente-se triste, perdida e abandonada e que os seu sonho de ser mãe está em risco
O destino estava traçado,	P1 sente-se impotente, não há nada que ela possa fazer para mudar a situação
quimioterapia para diminuir os 3 cm de cancro, mastectomia e radioterapia...tinha direito a tudo...	Ao saber que tem de se submeter às três terapêuticas P1 percebe que o caso é sério
como tudo muda em minutos...	A vida dela mudou de um momento para o outro
Como morava sozinha, mudei-me para a casa dos meus pais, de onde tinha saído em 2003. Não tinha coragem de passar as noites	O medo e a ansiedade faz P1 voltar para casa dos pais após alguns anos a viver sozinha.

sozinhas, muitas delas ao início eram em branco.	
No dia seguinte estava a fazer quimioterapia de cabeça erguida, a querer lutar e a dar um ano à doença...estávamos 20 de Janeiro de 2006.	Apesar do medo P1 dispõe-se a lutar contra a doença. Recorda a data em que toma essa decisão
A quimioterapia foi terrível, dores musculares, febres, má disposição, aftas, falta de apetite, diarreias, mau sabor na boca, pernas inchadas, intolerância a certos cheiros, ao calor. O cabelo caiu logo depois da primeira quimio, usei prótese capilar, não me gostei de ver com os lenços. E tinha dias que não suportava a peruca, estava desejosa de chegar a casa para a tirar.	Os efeitos secundários da quimioterapia foram muitos e difíceis de suportar
Não deixei de trabalhar, só nos dias em que estava menos bem, é que ficava em casa.	Apesar disso manteve-se activa tentando levar uma vida normal sempre que possível
Fiz 8 quimios, Graças a Deus sempre dentro das datas previstas, chorei muito, muitas vezes nem sabia porque estava a chorar, tinha a técnica de ir para o espelho e perguntar à P1 refletida no espelho, o que se passava hoje que não fosse igual a ontem que não tinha chorado. E era uma terapia para mim. A P1 do espelho respondia que nada e a P1 acabava por perceber que afinal, não tinha motivos para chorar, porque as coisas estavam a correr bem.	Durante a fase da quimioterapia o choro era frequente e P1 reconfortava-se e securizava-se em frente ao espelho dizendo para ela própria que estava tudo a correr bem
Tive muito apoio da família, de amigos chegados e do meu grande amor, que nunca me falhou,	P1 sentiu-se muito apoiada pelos familiares, amigos e namorado
as coisas ficaram mais serias e acabamos por assumir o nosso relacionamento e foi tão importante, esse passo.	Foi importante a mudança no relacionamento amoroso no sentido de um maior compromisso
Alias um dos meus pensamentos, quando soube que tinha cancro, foi dizer ao XXXX para viver a vida dele, porque eu tinha uma batalha grande pela frente, mas não fui capaz de o fazer.	Quando soube do diagnóstico pensou em terminar a relação mas não se sentiu capaz de o fazer e parece estar contente por não o ter feito
Também tive desilusões, amigos que não perguntaram como estás P1 tantas vezes como eu esperava, uns que nem se chegaram ao pé, outros que eu achava que podia contar e não contei,	Alguns amigos desiludiram P1 e não lhe deram o apoio necessário para além de outros que se afastaram
valeu amizades novas de onde as vezes menos se esperam.	As amizades surgidas são valorizadas positivamente por P1 e compensaram as desilusões com os amigos antigos
Depois veio a Cirurgia, o tumor tinha reduzido o suficiente para não tirar a mama, e o médico perguntou-me se eu queria tirar ou não, ao que respondi prontamente que	Após o tratamento de quimioterapia o tumor reduziu havendo a possibilidade de não fazer a mastectomia mas mesmo assim P1 decidiu seguir em frente com a cirurgia por já estar

me tinha preparado 6 meses para a mastectomia, logo era para tirar.	motivada para o fazer e possivelmente porque se sentiria mais protegida de uma recidiva ao fazê-lo
O mês de agosto que era para mim um mês de praia, férias, sol e diversão, fui ser operada. Dia 10, já mais esquecerei.	Outra data importante e inesquecível é o dia 10 de Agosto, o dia da mastectomia
Correu bem. E vi logo a cicatriz no dia seguinte. O penso não estava bem colado e acabei por ver e não tive vergonha de o xxx ver, era a P1 que tinha restado depois do cancro da mama e tínhamos que saber os dois lidar com isso. E não foi difícil.	A visão da cicatriz foi partilhada com o namorado, sendo encarada a amputação da mama como uma questão que diz respeito a ambos
Claro que depois com o tempo, parava para pensar e vinha-me uma lagrima ao canto do olho, o que me havia de ter acontecido, mas eram momentos de fraqueza que passavam rápido. Ainda não disse, mas o que eu mais gostava no meu corpo, era as minhas maminhas...	P1 permite-se alguns momentos de tristeza em que chora a perda da mama e as mamas eram a parte do corpo de que mais gostava, foi portanto uma grande perda.
A recuperação passou e fui chamada para a radioterapia, já eu andava a por mama e tirar mama, pois comecei a usar um paninho a fazer de mama, porque ao início ainda não podemos usar a prótese e mesmo durante a radio, foi o que usei. Quanto à prótese capilar, deixei-a no dia que saí do hospital quando fiz a mastectomia, já iam ser próteses a mais e até porque o cabelo já tinha começado a crescer, apesar de estar bem curto. Mas o calor de Beja em Agosto, também não ajudava a usar cabeleira.	Durante a radioterapia não podia haver reconstituição mamária por isso, usava uma prótese amovível. O uso desta prótese implicou deixar de usar a prótese capilar, quer por uma questão de conforto devido ao calor do verão quer por sentir que seria difícil viver com duas próteses
Não havia Radioterapia em Beja, não havia em Évora (como há agora) e ainda não havia em Faro, o destino foi Carnaxide. Fui com a minha mãe, vinha a Beja nas folgas da radioterapia, mas por coincidência, o meu pai, teve um acidente no meu carro um dia antes de ir para a radio e tive que levar o carro da minha cunhada. E o meu quase que ia para a sucata. O meu pai ficou ileso. E assim com carro, conseguia vir 4 dias a casa. O que era ótimo ainda ia ao trabalho a uma formação importante que estava a decorrer, dava para namorar e rever os amigos e familiares.	Por falta de alternativas mais próximas da residência, P1 vai a Lisboa e o facto de se deslocar de carro permitia-lhe ter uma vida profissional, amorosa e familiar quase normal
A radioterapia não custou, usei bastantes cremes hidratantes e tive a sorte de não chegar a fazer ferida. O tempo que passei em Carnaxide com a minha mãe, foi muito proveitoso, pois aproveitamos bastante para passear, rever pessoas que não víamos há	Os efeitos secundários da radioterapia foram mínimos e a deslocação forçada pelo tratamento permitiu a ela e à mãe rever pessoas que não viam há muito tempo, sendo um tempo apesar de tudo agradável

tempo que moram por Lisboa. Foi um mês bem passado.	
Mas não me sai da cabeça, como sempre em todo o processo, que a minha tia tinha falecido de cancro, era difícil dividir a morte dela do meu cancro.	Durante todo o tempo desde o diagnóstico há sempre a lembrança da tia e o confronto com a possibilidade da sua própria morte
Foi uma aprendizagem que fui fazendo.	P1 foi aprendendo a lidar com a angústia de morte
A par disto criei um blog, <a href="http://www.P1.blogs.sapo.pt">www.P1.blogs.sapo.pt</a> , onde ia relatando os meus sentimentos, as minhas dores, o desenrolar da minha doença.	A partilha da experiência da doença é feita através da criação de um blog
Em Outubro terminei a radio, dia em que nasceu a Rita a minha sobrinha. O nascimento dela deu-me esperança. Achei sempre uma feliz coincidência, porque eu sentia-me a renascer.	O fim da radioterapia (a última terapêutica a realizar) coincide com o nascimento da sobrinha e a esta coincidência é atribuído um importante significado de renascimento
Em Novembro, com o ano quase passado, tive consulta e o médico, disse-me que a partir dali iria ter consultas de rotina, para vigilância e para já estava tudo controlado, por acaso, não tenho em mente em que dia foi, mas foi um dia muito feliz. Era voltar à minha vidinha, ao meu dia-a-dia.	P1 não se recorda da data precisa do dia em que o médico comunicou que a doença estava controlada o que lhe permitia voltar à normalidade
Fiquei a tomar o famoso Tamoxifeno, que levantava na farmácia do hospital, depois numa das consultas de rotina, que aconteceu em Março de 2007, o médico disse que ia deixar de tomar o Tamoxifeno e ia começar com outro tratamento, que chamou de Herceptin, coisa que eu ainda nunca tinha ouvido falar e não me explicou muito mais. Quando me apercebi que era na sala da quimioterapia, e se tomava da mesma forma, fez-me bastante confusão, só de pensar que ia passar por tudo, valeram-me as enfermeiras para me explicarem que não tinha efeitos e que era preventivo. Lá me sentei naqueles cadeirões mais 18 vezes, de 3 em 3 semanas durante 1 ano.	Há uma alteração na terapêutica de continuidade que não foi devidamente explicada pelo médico. Houve então um receio, apaziguado pelas enfermeiras, de ter de reviver o sofrimento provocado pela quimioterapia
Encaminharam-me para a Cirurgia plástica no entanto, coisa que perguntava sempre ao médico, quando é que podia fazer a reconstrução, tive sempre em mente que não queria ficar em desequilíbrio com o meu corpo, não queria levar os dias a tirar a prótese.	Finalmente vai dar início à muito ansiada reconstrução mamária que irá segundo P1 reequilibrar o seu corpo e permitir uma maior normalidade na sua vida
Passados quase 2 anos (Julho 2008) da mastectomia e já com o Herceptin terminado, fui chamada para fazer a reconstrução mamária, até aqui também me	P1 refere-se à reconstituição mamária como uma intervenção complexa que interferiu com diversas partes do seu corpo. Considera que o seu processo foi especialmente complicado.

<p>calhou a parte mais complicada, teve que ser com retalho da barriga, ou seja, tecido abdominal, músculo e uma veia puxada para irrigar a minha nova mama ou seja a minha barriga deslocada. Posteriormente e por causa da assimetria fiz redução da outra mama (Abril 2009).</p>	
<p>Mas em mente continuava um sonho na minha cabeça e na cabeça do meu marido, marido porque depois de ter ficado bem, voltei a morar sozinha na minha casa e o Jorge foi lá ficando, até que se mudou para lá e casámos em Outubro de 2008,</p>	<p>Durante o processo de doença P1 casa com aquele que antes do diagnóstico dizia ter um compromisso leve</p>
<p>como dizia, o sonho era já comum, e queríamos ser pais, procurei uma medica ginecologista para saber se continuava apesar dos tratamentos, uma mulher fértil, ao que ela me disse que sim.</p>	<p>O sonho partilhado por ambos de serem pais leva P1 a consultar uma ginecologista e saber se ainda era possível ter filhos</p>
<p>Combinamos com a médica de cirurgia plástica, parar as reconstruções para eu poder engravidar, o que aconteceu de imediato, ficamos tão contentes, a alegria era tão grande que não cabíamos em nós de felicidade. Só que a gravidez foi interrompida, numa consulta em que fui sozinha a obstetra, tive a noticia que o coração do bebe tinha parado. Tive que ser internada para fazer um aborto, que foi horrível.</p>	<p>P1 interrompe os tratamentos de reconstrução mamária para poder engravidar mas foi obrigada a abortar por problemas do feto</p>
<p>Já tinha passado por tanto, que pensei em não entrar em tristezas e não me entregar ao desgosto de perder aquele filho.</p>	<p>A triteza provocada pela perda do bebé foi grande mas P1 decidiu que tinha de ultrapassar esta perda</p>
<p>Passados uns meses estava grávida novamente. Grávida e felizes, tinha superado o cancro, com a ajuda de muito amor em meu redor, a reconstrução ia a mais que meio e agora íamos receber um filho. Achei sempre que a gravidez desta vez, ia chegar ao fim e assim foi, apesar dos meus 40 anos, tive uma gravidez tranquila</p>	<p>Uma nova gravidez traz sentimentos de felicidade, de confiança e de vitória sobre a doença</p>
<p>e a 30 Novembro de 2010, nasceu o nosso filhote, Miguel... lindo... lindo... como qualquer mãe sonha. Tem agora 19 meses. E foi a melhor coisa que nos aconteceu.</p>	<p>O nascimento do filho é um momento de grande felicidade</p>
<p>A razão, que nada acontece por acaso. A razão que hoje podemos estar menos bem, mas amanhã poderá ser melhor. A esperança tem que nos acompanhar, a força não nos pode faltar, porque garanto que tinha forças que nem sabia que existiam.</p>	<p>Há uma crença de que não há acasos e que havendo esperança se consegue encontrar recursos interiores antes desconhecidos</p>
<p>Costumam-me dizer que tive força neste</p>	<p>P1 acredita que para vencer o cancro é preciso</p>

<p>processo todo, mas não há outra maneira de superar um cancro e eu costumo dizer que também é preciso ter sorte. Porque há quem tenha força e a sorte não aparece.</p>	<p>ter força e sorte que a força é importante mas que não é suficiente</p>
<p>O que aprendi com isto tudo: A viver um dia de cada vez... a pensar mais no hoje e que nada mesmo nada é eterno. Quanto mais aproveitarmos o agora, melhor... E que apesar do processo da nos pormos bem, podemos ser felizes, a doença não é só infelicidade, fiz muita coisa no ano de 2006 que me fez ser feliz.</p>	<p>Com a doença aprendeu a viver mais no aqui e agora e não tomar nada como garantido. A doença é um processo que inclui tanto momentos felizes como infelizes</p>
<p>A partilha de experiencias é essencial, falar com pessoas que já passaram pelo mesmo é diferente do que desabafar com alguém que não sabe e não sentiu o que estamos a passar,</p>	<p>Para P1 foi importante poder partilhar a sua experiência com outras mulheres que estavam a passar por situações semelhantes</p>
<p>partilhei muito a partir do momento em que criei o blog uma luz na escuridão (2007), criamos um grupo amigas do peito e coração, uma amizade forte que continua nos dias de hoje, mesmo com algumas perdas dolorosas, tão dolorosas que é como sentir que há um pouco de nós que parte com essa pessoa.</p>	<p>Essa partilha foi uma oportunidade de fazer novas amizades que resistiram a algumas perdas de mulheres que não sobreviveram ao cancro</p>
<p>Hoje a minha vida é o mais normal possível, com algumas mazelas que ficaram, como dores nas costas, cansaço...cicatrices... muita experiencia, muitas idas ao médico, rotinas de exames, sustos...e vivendo a aprender, a saber lidar com a perda da mama.</p>	<p>A vida de P1 após a doença é quase normal e a doença passou a fazer parte dessa normalidade</p>
<p>Termino, dizendo que adoro viver... e quero ver o meu filho crescer com saúde e a saber que tudo o que passei não foi em vão, foi para o ter comigo....</p>	<p>A vontade de viver é grande e é atribuído à doença um significado, um bem maior, um filho</p>

<b>P2</b>	<b>Unidades de significado Psicológico</b>
P2: No início do mês de Maio de 1996 por rotina e pela primeira vez fui fazer um eco e mamografia. Estava tudo bem, assunto encerrado.	Os exames de rotina não indicaram nada de anormal
Um dia no ginásio senti um duro no peito junto à axila esquerda pensei que tinha ficado magoada dos exames, fui ao médico de clínica geral no local de trabalho e depois de ele me examinar fui repetir os exames.	Um nódulo e a dor junto à axila fê-la ir ao médico para repetir os exames
Ao fazê-los fui informada que tinha um “nódulo muito preocupante”, “eu nem estava aí”.	Durante os exames é alertada para existência de um nódulo classificado como preocupante pelos técnicos que apanhou P2 de surpresa
Por opinião do médico fui ao IPO. Consultada por um médico com experiência nestes casos (como não podia deixar de ser) que me disse sem compaixão nem dó (para quem nunca tinha pensado sobre estes casos) – tens cancro da mama já há alguns anos que ainda não está agarrado à pele vais ter de o tirar radicalmente e fazer quimioterapia, radioterapia. Aqui não há vaga estão 900 pessoas à tua frente, São José e Santa Maria estão a rebentar pelas costuras..... vê ... quanto mais rápido tirares melhor.	Na consulta médica no IPO P2 é diagnosticada com cancro da mama por um médico experiente que a confronta com uma situação dramática sem compaixão e sem empatia. Pressiona-a para fazer uma mastectomia o quanto antes.
Quando saí as lágrimas saltavam-me sem querer lá fora o meu marido tentava-me acalmar.	O marido acompanhou-a ao IPO mas esperou fora do consultório e tentou acalmar P2 que chorava
Fui para casa da minha mãe e chorei agarrada a ela só queria ter tempo para criar os meus filhos que na altura a Fabiana tinha 11 anos e o Frederico 13.	Ao saber o diagnóstico procurou consolo na mãe e a principal preocupação é não poder educar e acompanhar os seus dois filhos
Pensei.... nunca abandonaste uma luta não é agora que o vais fazer.	A decisão é lutar contra a doença
Valeu-me um amigo e vizinho que fomos criados como irmãos (o XXXX) nessa semana fui ao Hospital Santa Marta onde trabalhava fazer exames e	Conta com a ajuda de um amigo para conseguir vaga e ser rapidamente operada
na terça seguinte dia 26.07.1996 de manhã fiquei sem a a minha maminha esquerda. Foi um desespero sentir-me mutilada mas a vontade de viver era maior e pensei bola para a frente.	Uma data marcante é o dia em que faz a mastectomia. O desespero da mutilação é suportado e ultrapassado pela vontade de sobreviver à doença
Foi horrível a estadia no Hospital para onde me virasse era pior em 3 semanas que estive hospitalizada 2 senhoras morreram uma com câncer de fígado e outra de estômago. Não conseguia dormir o calor também não ajudava como era um antigo convento com muitas anos as baratas com o calor eram mais que muitas.	Durante o período pós-operatório confronta-se com a morte de outras mulheres que partilhavam a mesma enfermaria. Este confronto com a morte, o calor e as baratas impedem-na de dormir

<p>Realmente como o meu vizinho era uma pessoa querida todo o pessoal me tratava bem inclusive os médicos. Mesmo assim pedi para me vir embora antes do tempo, ao fim de 13 dias fui autorizada, passei a lá ir de 2 em 2 dias para tirarem os agrafes.</p>	<p>Atribui ao vizinho e amigo o bom tratamento pela equipa médica e hospitalar. Mas mesmo sendo bem tratada pedi para ter alta antes do tempo recomendado</p>
<p>O meu marido questionou o médico sobre uma possibilidade de eu fazer a reconstrução mamária visto ter 40 anos e ainda me considerar uma pessoa válida e nova.</p>	<p>É o marido de P2 que questiona o médico sobre a possibilidade de esta fazer uma reconstrução mamária por a considerar ainda jovem e válida</p>
<p>A resposta foi cruel (contado pelo meu marido a chorar que nem uma Madalena). Sabe!!! .... tinha 2 tumores muito agressivos .... Olhe!!!! dos 14 gânglios que tiramos 4 estavam infectados vai ter pouco tempo de vida ..... vamos fazer o melhor para ela.... mas reconstrução está fora de questão.</p>	<p>O médico responde ao marido de P2 que não valerá a pena considerar a reconstrução mamária por P2 ter pouco tempo de vida e esta resposta sentida como cruel levou o marido às lágrimas</p>
<p>Quando o meu marido me contou eu respondi-lhe vamos ver não chores vai correr tudo bem e ele ficou mais confortado.</p>	<p>P2 reconforta o marido</p>
<p>Fui a São José a uma consulta (12.08.1996) ao Hospital de Dia, (Dr.XXXX um espectáculo de médico) para ser avaliada e começar a quimio. Dia 14 fiz o meu primeiro tratamento de quimio estive três horas a levar químicos e a lavar a veia.</p>	<p>Outra data importante é o dia em que vai a uma consulta com outro médico noutra hospital para iniciar a quimioterapia</p>
<p>O ambiente dentro da enfermaria até que nem era muito severo de uma maneira geral os doentes encaravam aquilo como uma cura. Os casos eram diferentes mas todos maus.</p>	<p>Na enfermaria onde recebe o tratamento P2 cruza-se com outros doentes de prognósticos igualmente negativos mas que encaravam a quimioterapia como cura</p>
<p>Vi definhar-se uma jovem de 33 anos (a XXXX) sem metade do estômago sem ovários sem metade dos intestinos, mas com uma vontade enorme de viver e de objectivos bem definidos.</p>	<p>O exemplo de uma mulher jovem em estado de doença avançado e grande motivação para sobreviver a doença impressiona P2</p>
<p>Infelizmente também morreu ao fim de 1 ano de quimio. Nesse dia fui-me a baixo e pensei ser a próxima.</p>	<p>Quando esta mulher morre, ao fim de 1 ano, P2 realiza que também ela pode morrer em breve</p>
<p>Foi-me explicado que iria ter náuseas mas iria tomar um comprimido para tal. Assim foi, quando levei a primeira seringa senti um calor que me percorreu o corpo todo a segunda um fresco e aí sim fiquei nauseada e com vontade de sair dali. Mas eu tinha que me aguentar “queria viver, estar no mundo partilhar com os meus filhos e família a minha vida”</p>	<p>A quimioterapia é difícil de suportar mas a vontade de viver em partilha com a família e os filhos fê-la suportar esse sofrimento</p>
<p>Um dia depois de ter já feito dois tratamentos, ia no transporte afastei a franja e senti que o cabelo veio atrás, saí a correr do transporte. Sentei-me num muro junto às Picoas e chorei, começava a ficar sem o meu cabelo. Estava também a transformar-me, a engordar,</p>	<p>A súbita perda do cabelo, bem como, as mudanças corporais vividas sozinha e com tristeza foram um choque para P2</p>

sem cabelo as unhas todas onduladas a pele seca .... enfim. Cheguei a casa e fiquei só, chorei chorei chorei..... resolvi rapar o cabelo todo.	
No dia seguinte fui para o trabalho de gorro na cabeça menos-mal que era já Outono e não estava calor. Fui à loja e comprei 3 casacos de malha e gorro igual, e assim usei até ao final dos tratamentos.	A solução encontrada para ocultar a perda do cabelo foi usar sempre gorro durante todo o tempo que durou o tratamento
Estava tão triste o meu corpo alterava-se aos poucos engordei, sem pelos, nem cabelo, mutilada.....	Sentia-se triste e mutilada com as alterações que o seu corpo tinha sofrido como consequência dos tratamentos
nunca pensei deixar de viver. O meu objectivo era viver para conseguir criar os meus filhos. No meu consciente eu queria viver.	Mesmo no sofrimento sempre sentiu vontade de viver tendo como objectivo criar os filhos
Lá fora da sala (no 1 tratamento quimio) o meu marido não parava parecia um animal enjaulado. Decidi para a próxima venho sozinha ficava enervada de o ver andar de um lado para o outro.	O marido de P2 acompanhou-a no primeiro tratamento mas o seu comportamento ansioso tinha um efeito negativo em P2 que passou por opção própria a ir sozinha aos tratamentos
Foram ciclos de 21 dias de intervalo. O ambiente na enfermaria dos tratamentos não podiam ser melhor as enfermeiras eram excelentes profissionais (Enf.º XXXX e Enf. XXXX).	Destaca a excelência da equipa de enfermagem durante o tratamento
No final de seis tratamentos o Dr. quis me observar e descobriu que tinha um gânglio nas costelas a degenerar para maligno. Fui fazer uma citologia e lá estava uma reincidência.	No fim dos tratamentos o médico que a acompanhava P2 descobre que há uma recidiva num gânglio
O DRº mudou de estratégia ia fazer três ciclos de quimio um pouco mais agressiva. Nem queria acreditar que o meu tormento iria de novo começar.	P2 tem dificuldade em aceitar que tem de se submeter de novo à quimioterapia sendo o tratamento a aplicar ainda mais agressivo que o anterior
E assim foi o primeiro vomitei, corri para a casa de banho vezes sem fim porque fazia fazer muita urina e ao fim de três horas saia a tripa do ânus o dito hemorroidal. Foi horrível chegava a casa enchia o bidé de gelo colocava uma toalha e sentava-me em cima. As dores eram tantas que acabava por adormecer de exaustão. Estava farrapo mas nunca dei a entender em casa tal, não queria faze-los sofrer por minha causa.	Todo o sofrimento e o cansaço que a quimio lhe causava não era partilhado com o marido e as filhas para os proteger e por falta de confiança na capacidade do marido em lidar com esse sofrimento
O meu marido na altura nunca me questionou sobre qualquer decisão que tomasse a respeito da doença.	O marido teve uma postura passiva relativamente à evolução da doença e das escolhas feitas por P2
Tenho sempre presente a pessoas que durante anos apanhavam o mesmo transporte que eu. Perguntavam se tinha a doença, na cabeça, que a Carolina do Mónaco tinha. Estavam curiosas mas não se apercebiam o que era. Sentia-me	Conseguia partilhar a doença com as pessoas mais próximas mas com os outros preferia manter a privacidade e de certa forma uma aparente normalidade

confortável por não terem a noção do que seria. Tinha um certo à-vontade em contar aos amigos e familiares mas ao mesmo tempo aos de fora retraía.	
Cheguei ao fim dos tratamentos cansada, tinha uma etapa terminada e iria começar outra.	A quimio deixou-a cansada e sabia que ainda não era o fim dos tratamentos
Comecei a fazer rádio durante 25 dias. Terminei a rádio sem problemas sem queimaduras só mais bronzeada no dorso. O constrangimento era ter que estar despida da cintura para cima mas só de início, depois começamos a ter confiança com os técnicos e a coisa rola.	A radioterapia foi bem suportada excepto em relação ao desconforto inicial com a nudez perante os técnicos
Finalmente alta dos tratamentos e já o cabelo começava a nascer em Maio de 1997 tirei o gorro e o cabelo estava com 2 centímetros nasceu todo encaracolado- estava bem.	No final dos tratamentos P2 sente-se bem e renascida com o seu novo cabelo
Comecei com consultas de rotina 3 em 3 meses 6 em 6 meses ano a ano até à data presente. Numa consulta de rotina inicial houve uma médica que insistiu que deveria fazer a reconstrução mamária, e assim fiz. Outra etapa.	Por insistência da médica inicia uma nova etapa ao decidir fazer a reconstrução da mama
Comecei por colocar uma bolsa que ia enchendo de 15 em 15 dias com soro para esticar a pele, uma vez cortado o mamilo o seio ficou mais pequeno. Depois foi substituir a bolsa por uma mama de silicone. A outra mama estava maior então foi reduzida, tudo em 3 intervenções cirúrgicas. Este era o modo de minimizar a minha mutilação. Não foi fácil anestesia e estadias nos hospitais com pessoal não especializado para estas situações, mas o querer suporta tudo.	O processo é longo, difícil e implica ter de se submeter a 3 cirurgias mas P2 quer muito diminuir o impacto da mastectomia no seu corpo percebida como uma mutilação
Tudo isto me fez ser um ser Humano diferente.	Para P2 a doença teve um impacto transformador como indivíduo
Tudo é importante tudo tem o seu sentido a sua vida.	Tudo à sua volta adquiriu mais valor e sentido incluindo a sua própria vida
Tenho cuidado em tratar tudo o que me rodeia bem seja os seres vivos ou não.	Há uma preocupação acrescida em cuidar bem do mundo à sua volta, mesmo os objectos
Não dou importância a mesquinhas....	Comportamentos considerados como mesquinhos são desvalorizados por P2
Quero ser feliz, rir divertir-me e cuidar de mim.	O objectivo é ser feliz, alegre e cuidar-se
Dou muita importância a qualquer objecto seja qual for.	Há uma maior valorização de todos os objectos
Como se costuma dizer “os cães ladram mas a caravana passa.	P2 sente que tudo passa mesmo que seja muito assustador
A minha vida é muito importante, ainda hoje luto por ela.	Há uma revalorização da vida e uma motivação para lutar para se manter viva