

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÍVEL MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARLI KASPER REX

REPERCUSSÕES EMOCIONAIS DO DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO CENTRADO NA PESSOA

SÃO LEOPOLDO

2012

MARLI KASPER REX

REPERCUSSÕES EMOCIONAIS DO DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO CENTRADO NA PESSOA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Clínica da Universidade do Vale do Rio do
Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

SÃO LEOPOLDO

2012

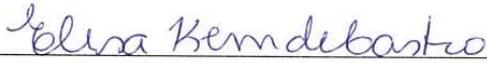
Marli Kasper Rex

“Repercussões Emocionais do Diagnóstico de Câncer de Mama: Um Estudo Centrado na Pessoa”

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovada em 03 de Dezembro de 2012.

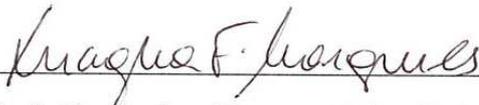
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elisa Kern de Castro – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profa. Dra. Márcia Alves Tassinari - Universidade Estácio de Sá - Campus Norte Shopping - RJ



Profa. Dra. Luciana Marques – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti - Universidade do Vale do Rio do Sinos - UNISINOS

Dedico este trabalho a Deus, que tem me abençoado com coragem e ousadia, a minha família, esposo Nelson, que com paciência conviveu com as minhas noites acordadas com todo seu apoio e compreensão. Aos meus filhos Alanna e Renan pelo carinho e compreensão que tiveram comigo em todos os momentos. As mulheres, que mesmo na doença são os maiores exemplos de perseverança e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação exige dedicação, perseverança e trabalho e neste caminhar contamos com o apoio de muitas pessoas, pois um caminho como este não se percorre sem auxílio, investimento e grandes amizades, assim dedico meus agradecimentos:

A Deus, meu mestre em todos os momentos, por me amparar nos momentos difíceis, me dar luz e força para superar as minhas dificuldades e mostrar os caminhos certos.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e Arnaldo, por tudo o que me ensinaram na vida e pelo incentivo.

Ao meu esposo Nelson, incondicional companheiro, pelo seu amor, carinho, paciência, incentivo e compreensão, pelas noites de sono e finais de semana que não tínhamos devido à dedicação intensa aos estudos, momentos em que necessitava ficar só para ler e escrever.

Aos meus filhos Alanna e Renan que durante todo o tempo de mestrado foram um estímulo e um apoio constante. Agradeço a enorme compreensão, generosidade e carinho que tiveram comigo para que eu pudesse trilhar até o fim.

Às minhas irmãs, Sueli, Noeli e Marisa pelo apoio.

Aos meus sogros, Idalina e Claudio, pelo apoio e ajuda em todos os momentos.

Aos meus familiares que me incentivaram e compreenderam minha ausência em momentos que se reuniam, dos quais eu não estava presente.

A todos os colaboradores que gentilmente aceitaram o meu convite e abriram as portas para que eu pudesse realizar este estudo.

Às mulheres, participantes desse estudo, que mesmo num período difícil de suas vidas, compartilharam as suas experiências.

À professora Dra. Elisa Kern de Castro, minha supervisora e amiga, agradeço pela sua confiança dedicação e por todas as orientações recebidas. Muito mais do que orientações, encontrei o desafio de ir atrás das minhas próprias respostas e com todo seu estímulo me auxiliou a percorrer os caminhos.

À professora Dra. Silvia Benetti pelo seu carinho, atenção e pela forma que acolheu este projeto, através da orientação durante ausência física de minha orientadora, pela sua participação na relatoria do projeto, participação em banca e apontamentos que contribuíram em muito para a sua realização.

A todos(as) os(as) excelentes professores(as) com quem convivi no mestrado, profissionais de referência e pessoas maravilhosas, obrigada pelos ensinamentos, pelas reflexões e trocas de conhecimento.

Aos colegas de mestrado que em momentos difíceis tinham as palavras certas, pelos risos, pela caminhada, pelos momentos de convivência em sala de aula, na cantina e pelo carinho de todos.

Às irmãs, em especial Carol e Inês que tão prontamente me acolheram e sempre tinham palavras de conforto e incentivo.

Enfim, a todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo.

Muito Obrigada!

“A experiência mostrou-me que as pessoas têm, fundamentalmente, uma orientação positiva... Acabei por me convencer de que quanto mais um indivíduo é compreendido e aceito, maior tendência tem para abandonar as falsas defesas que empregou para enfrentar a vida, e para progredir num caminho construtivo”.

Carl Rogers

Sumário

Resumo.....	10
Abstract.....	11
Apresentação.....	12
Seção I – Artigo Teórico – Ensaio: Reflexões sobre as contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa à Saúde.....	14
Introdução.....	14
Em que consiste a Abordagem Centrada na Pessoa?.....	14
De que forma a ACP pode contribuir para a área da saúde?.....	18
Qual a importância do atendimento centrado na pessoa para as mulheres com câncer de mama?.....	24
Referências.....	26
Seção II – Artigo Empírico – A percepção do impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo centrado na pessoa.....	32
Introdução.....	32
Método.....	37
Delineamento.....	37
Participantes.....	37
Instrumentos.....	38
Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados.....	39
Análise dos Dados.....	40
Resultados e Discussão.....	41
Síntese dos casos cruzados.....	46
Considerações Finais.....	52
Referências.....	53
Outras Referências da Dissertação.....	58
Anexo A - Formulário de Dados de Caracterização da Paciente.....	59
Anexo B - Ficha de Observação para Anotação de Campo.....	60
Anexo C - Entrevista 1 - Experiência de estar com suspeita de câncer de mama: momento da investigação da doença.....	61
Anexo D - Entrevista 2 – A revelação e o impacto do diagnóstico do câncer de mama.....	62

Anexo E - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa.....	63
Anexo F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação do Modelo de Atendimento Centrado na Doença e Centrado na Pessoa.....	23
Tabela 2 – Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes.....	38

RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos: um ensaio teórico e um estudo empírico. O artigo 1, ensaio, buscou examinar como a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) pode contribuir para compreender as repercussões do câncer de mama para a mulher. O estudo mostra a necessidade do olhar humanizado e do atendimento integral às mulheres com câncer de mama, permitindo um olhar diferenciado, preventivo e adequado às características das pessoas, como proposto nas premissas básicas do Sistema Único de Saúde. O artigo 2 buscou examinar e compreender as reações emocionais de mulheres no percurso de investigação do câncer de mama e o seu impacto na comunicação do diagnóstico. Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento de estudos de casos múltiplos, fundamentado a partir do referencial teórico da ACP. Participaram três mulheres com idade entre 46 e 54 anos, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior de Santa Catarina. A seleção das participantes foi feita por conveniência. Para a coleta dos dados utilizou-se um formulário com a caracterização da paciente, uma ficha de observação para anotação de campo e duas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a descrição e análise abrangente de cada caso, os dados foram organizados em temáticas e identificou-se quatro categorias: 1) Do período de investigação da doença à definição do diagnóstico; 2) Percepção da doença; 3) Comunicação e impacto do diagnóstico; 4) Relação entre profissionais, clientes e familiares. Os resultados permitiram identificar que as mulheres durante a suspeita até a confirmação do diagnóstico passam por um período conturbado e apresentam diversas reações como: perda do sentido da vida, insegurança, angústia, ansiedade, desamparo, medo da morte o que influencia no seu estado emocional, físico e social. Além disso, o estudo apontou outros fatores agravantes para a sua saúde como a falta de informação, falta de apoio por parte dos familiares e equipe de saúde, dificuldades de acesso ao tratamento, morosidade no atendimento e precariedade do sistema, o que prejudica a mulher e retarda o diagnóstico da doença, diminuindo as chances de cura. Destaca-se a importância de uma abordagem centrada na pessoa e, não somente na doença, voltada ao atendimento humanizado, com estratégias que proporcionem ações mais positivas em relação ao cuidado, prevenção e tratamento da saúde da mulher.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Reações Emocionais; Comunicação; Diagnóstico; Abordagem Centrada na Pessoa.

ABSTRACT

This dissertation consists of two articles: a theoretical essay and an empirical study. The first article is an essay which sought to examine how the Person Centered Approach (PCA) can put it in way of understanding the implications of breast cancer for women. The study shows the need of a humane look and comprehensive care for women with breast cancer, allowing a different preventive and appropriate view to the people characteristics as once proposed in the basic premises of the Unified Health System. Essay 2 sought to examine and understand women emotional reactions in the course of breast cancer investigation and its impact on diagnosis communication. This is a qualitative study design with multiple case studies based from the PCA theoretical background. The participants were three women aged between 46 and 54 and also Basic Health Unit users from a city in the countryside of Santa Catarina. The participants' selection was carried out by convenience. To collect the data it was used a sociodemographic data and two semi-structured interviews which were taped and verbatim transcribed. After a comprehensive description and analysis of each case, the data were organized into themes and four categories were identified: 1) From the disease investigation period to the diagnosis definition; 2) Disease perception; 3) Diagnosis communication and impact; 4) Relationship between professionals, clients and their families. The results showed that from diagnosis suspicion to confirmation, women go through a difficult period and they present several reactions such as: loss of life meaning, insecurity, distress, anxiety, helplessness, fear of death which impacts on their emotional, physical and social state. In addition, the study has found other aggravating factors to their health as lack of information, lack of support from family and healthcare team, access difficulties to treatment and delays in the system which have a harmful effect on women and also delay the disease diagnosis reducing the chances of a cure. The study highlights the importance of a person-centered approach and not only in the disease itself, focused on a humanized service with strategies that provide more positive actions in relation to care, prevention and treatment of women's health.

Keywords: Breast Cancer; Emotional Reactions; Communication; Diagnostic; Person Centered Approach.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, na linha de pesquisa — Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais. O foco de investigação deste estudo foi examinar e compreender as reações emocionais provocadas em mulheres no percurso de investigação do câncer de mama e o seu impacto na comunicação do diagnóstico, bem como refletir sobre as contribuições da Teoria Rogeriana para a saúde da mulher.

O câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete mulheres em todo o mundo, e, é considerado a principal causa de morte da população feminina, segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer. Só no Brasil, para o biênio 2012/2013, são estimados 52.680 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2011). Apesar da evolução da medicina, dos programas de prevenção e das informações divulgadas pela mídia, o seu diagnóstico ainda é assustador. Por algumas mulheres, é visto como um inimigo, uma tragédia, principalmente, quando recebem o diagnóstico positivo da doença (Araújo & Fernandes, 2008; Bergamasco & Ângelo, 2001; Regis & Simões, 2005).

O interesse em estudar o câncer de mama, em especial as reações emocionais e o impacto emocional causado em mulheres durante a investigação da doença e na comunicação do diagnóstico surgiu em 2005, quando conheci a Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC), na qual tive contato com mulheres, usuárias da rede que faziam exames preventivos e acompanhamento da doença. Percebi que as mulheres com o câncer de mama apresentavam muito sofrimento e diversas reações, entre elas: medo, angústia, ansiedade, culpa e fracasso. A partir disso, o meu interesse pelo câncer de mama foi aumentando, fazendo-me, buscar novas leituras sobre a doença. Em 2008, tive a oportunidade de conhecer outras mulheres com câncer de mama, em estágios realizados no curso de Psicologia. Assim, em 2010, comecei a prestar atendimento psicológico no consultório às mulheres com câncer de mama e percebi a grande necessidade de serem acolhidas e ouvidas, em todo processo de investigação da doença, e não somente na comunicação do diagnóstico ou durante o tratamento. A partir desse contexto, e conhecendo a Teoria de Rogers, uma Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que prioriza o ser humano em sua plenitude e acredita no potencial interior da pessoa, busquei refletir sobre as contribuições que a ACP poderia dar a saúde, em especial às

mulheres com o câncer de mama. Pois sabe-se que no Brasil são escassos os estudos *que* contemplam o processo de investigação da doença, e menos ainda, na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa. Assim, sentiu-se a necessidade de acordar para o atendimento humanizado e integral na área da saúde, permitindo um olhar diferenciado, preventivo e adequado às características das pessoas, como proposto nas premissas básicas do Sistema Único de Saúde.

A presente dissertação tem como base o referencial teórico na Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers (1975, 2004), adaptada e utilizada na área da saúde por alguns colaboradores através da Medicina Centrada no Paciente (Stewart, et al., 2010) e Saúde Centrada na Pessoa (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010). O estudo está organizado em duas partes. A seção I, contém o artigo teórico, em forma de ensaio, que busca examinar como a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) pode contribuir para compreender as repercussões do câncer de mama para a mulher, sob o tema “Reflexões sobre as contribuições da abordagem centrada na pessoa à saúde”. Na seção II, está o artigo empírico, que investigou as reações emocionais de mulheres durante o percurso de investigação do câncer de mama e o seu impacto na comunicação do diagnóstico, sob o tema: “A percepção do impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo centrado na pessoa”.

Buscou-se, a partir desse estudo, trazer uma nova forma de ver o fenômeno do impacto do diagnóstico do câncer de mama e suscitar novas reflexões para instigar também outros estudos utilizando a mesma abordagem, assim como fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias e intervenções para a área da saúde, em especial para o cuidado das mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Seção I – Artigo Teórico – Ensaio

REFLEXÕES SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA À SAÚDE

Introdução

Este ensaio teórico tem por objetivo examinar como a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) pode contribuir para a humanização da saúde, especificamente a mulher com câncer de mama. Com a finalidade de alcançar o objetivo proposto, apresentamos uma breve explanação sobre o desenvolvimento da Abordagem Centrada na Pessoa nos EUA e, posteriormente, no Brasil. Na sequência, elencamos três questões que auxiliarão na estruturação dos argumentos apresentados ao longo do estudo: 1) Em que consiste a Abordagem Centrada na Pessoa? 2) De que forma a ACP pode contribuir para a área da saúde? 3) Qual a importância do atendimento centrado na pessoa para mulheres com câncer de mama?

1) Em que consiste a Abordagem Centrada na Pessoa?

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) é uma teoria não-diretiva, baseada inicialmente na prática clínica do psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers (1902-1987), precursor da Psicologia Humanista. Iniciou na década de 1940, e foi caracterizada pelo próprio Rogers como um método psicoterapêutico baseado na aceitação dos sentimentos do cliente e não na interpretação e no direcionamento da pessoa. Conforme descrito por Gobbi e Missel (1998), a expressão *centrada na pessoa* foi utilizada por Rogers para definir uma postura e uma atitude de atenção para com o outro. Assim, considera-se que uma pessoa está centrada na outra quando todas as suas atenções estão voltadas para o campo fenomenológico, que corresponde a todo comportamento, sem exceção, onde o organismo atua.

O humanismo surgiu como uma terceira força da psicologia, sendo a primeira teoria cognitiva comportamental e a segunda a psicanálise. Entre os pensadores humanistas destacam-se Maslow e Rogers, este último fundamentou a sua abordagem nos pressupostos da fenomenologia e do existencialismo (Fadiman & Frager, 1996). O humanismo revolucionou a Psicologia a partir do reconhecimento do potencial humano, percebendo o homem como um “ser capaz”, que possui forças, para resgatar seus valores e reconstruir-se dentro das suas potencialidades. Assim, a Psicologia humanista cresceu e deparou-se com a percepção do valor humano - da existência humana, acreditando nas crenças e na tendência de que o ser

humano é capaz de crescer e atualizar-se como fonte e centro de valores e desta forma enfrentar seus problemas, suas dificuldades (Lima, 2008).

A ideia central da abordagem centrada na pessoa foi introduzida por Rogers na conferência realizada na Universidade de Minnesota, quando Rogers aponta os novos conceitos da sua teoria, referindo que o alvo da nova terapia não é resolver um problema específico da pessoa ou um sintoma, e sim, ajudar esta a crescer de forma integral, de maneira que ela possa ver seus problemas de forma integrada, com base na tendência individual para o crescimento, saúde, adaptação do ser humano, dando ênfase aos elementos emocionais da situação, e não aos aspectos intelectuais (Martins, 2010). Rogers neste momento é criticado e apreciado pelos ouvintes da conferência, e ao mesmo tempo, toma consciência da originalidade do seu pensamento referindo: “Pode parecer absurdo alguém poder nomear o dia em que a Terapia Centrada no Cliente nasceu. Contudo, eu sinto que é possível nomeá-lo como sendo o dia 11 de Dezembro de 1940” (Hipólito, 1999, p. 05). Essa data passou a ser considerada, para o movimento rogeriano, como fundadora da ACP. A ACP tem na sua essência uma visão positiva da vida, pois busca, através da aceitação incondicional e da empatia, auxiliar a pessoa que necessita de ajuda e que deseja mudanças considerando seus valores, suas experiências e sua autonomia (Moreira, 2010; Rogers, 1992; Wood, 2008). Tal como afirma Hipólito (1994), esta aceitação acontece na medida que se respeita o outro, compreendendo as suas capacidades e potencialidades, aceitando a pessoa como ela é, sem fazer juízos de valor. Ainda, para o mesmo autor, a ACP é um processo dinâmico que exige olhar atento, sensibilidade e compreensão empática, ou seja compreender o mundo do outro como ele próprio o compreende.

É pertinente explicar que Rogers, no decorrer da sua prática clínica e na relação psicoterapêutica, sempre preocupou-se com o bem estar das pessoas, assim como nas suas ações e afetações mútuas, entre terapeuta e cliente. Com respeito à forma de designar a pessoa, adotou o termo *cliente* ao invés de *paciente* (Rogers, 1951). Ele se opunha ao termo paciente devido à conotação médica, que segundo sua visão representava uma pessoa passiva de cuidados e dependente do profissional. Assim, preferiu utilizar o termo cliente por considerar a pessoa ativa, que está em constante crescimento e na mesma igualdade do profissional, sendo capaz de mudar a sua situação (Freire, 2010; Moreira, 2007). Em relação ao respeito e ao tratamento designado à pessoa, Rogers (1951), questiona:

Como vemos os outros? Vemos cada pessoa, como tendo dignidade e valor inerentes a ela própria? Se apresentamos este ponto de vista ao nível verbal, em que extensão isto é

operacionalmente evidente, ao nível de conduta? Temos a tendência para tratar os indivíduos como pessoas de valor ou sutilmente os desvalorizamos, através de nossas atitudes e comportamentos? (p.20).

É possível observar o uso de ambos os termos - cliente e paciente - nos estudos que usam a ACP e em alguns estudos de abordagem humanista/fenomenológica, como os estudos de Stewart et al., (2010), Guedes, Pereira e Quaresma (2010) e Lopes (2005). No entanto, observamos alguns estudos focados na teoria rogeriana ou em estudos fenomenológicos/humanistas que tratam as pessoas como clientes, no sentido de não retirar o poder das pessoas, entre eles os de Lopes e Souza (1997), Miranda e Freire (2012), Moreira (2010). No entanto, acreditamos que a denominação dos termos paciente ou cliente não interferem na proposta deste ensaio, uma vez que o foco maior é abordar as contribuições da Teoria de Rogers para a área da saúde, em especial para compreender as repercussões do câncer de mama para a mulher.

Conforme Miranda e Freire (2012), Moreira (2010), a ACP teve várias fases: 1) Psicoterapia Não-Diretiva (1940-1950), que parte do conceito de que a pessoa tem um impulso individual para o crescimento e para a saúde. Segundo (Campos, 2005) a Não-Diretividade permite ao paciente que ele mesmo se dirige, o terapeuta não direciona a pessoa, este conceito permanece em todas as fases da constituição da Abordagem Centrada na Pessoa; 2) Reflexiva ou Centrada no Cliente (1950-1957), considerava o reflexo e os sentimentos da pessoa com base na autenticidade, na compreensão empática, período em que Rogers substituiu o termo “Não-Diretivo” pelo termo “Centrado no Cliente”; 3) Experiencial (1957-1970), em que Rogers passou a focalizar a experiência vivida pelo cliente, favorecendo o encontro existencial e relacional entre cliente e terapeuta; 4) Coletiva ou Inter-humana (1970-1987), voltada às questões sociais, incluindo atividades de grupos, educação, relação humana coletiva, fase em que Rogers abandona a psicoterapia em consultório e se dedica a temas mais gerais.

Assim, a teoria rogeriana foi se constituindo e, após a morte de Rogers em 1987, continuou se desenvolvendo através de autores como: Ollie Bown, que foi aluno de Rogers e após tornou-se seu psicoterapeuta, Kirschenbaum e Henderson, que publicaram em 1989 um livro com alguns textos de Carl Rogers, denominado "The Carl Rogers Reader"; Fred Zimring, que foi um dos discípulos mais antigos de Carl Rogers e contribuiu para a expansão da Terapia Centrada no Cliente, publicou vários artigos, entre eles uma breve biografia de Rogers e do seu desenvolvimento enquanto psicoterapeuta, intitulado “Carl Rogers” (Nunes,

2001). Outros autores como: AmatuZZi, com vários trabalhos sobre a Teoria Rogeriana, entre eles a obra “Rogers: Ética Humanista e Psicoterapia”; Wood com seus diversos trabalhos, em especial o livro “Abordagem Centrada na Pessoa”; que ao lado da brasileira Maria Constança Villas-Bôas Bowen foi uma pessoa ativa na construção internacional da Abordagem Centrada na Pessoa. Villas-Bôas, juntamente com Rosemberg, professora da Universidade de São Paulo, colaborou em vários trabalhos no Brasil sobre a ACP (Campos, 2005; Fonseca, 1998; Gomes, Holanda & Gauer, 2004; Moreira, 2010; Wood, 2008). Igualmente, Tassinari (1999) também teve participação nessa história, enfatizando o plantão psicológico como promoção de saúde nos mais diversos contextos.

Enfim, os trabalhos inspirados em Rogers desenvolveram-se em vários lugares da América Latina, incluindo o Brasil, configurando-se como uma abordagem extremamente rica para as diversas áreas da saúde, educação, psicoterapias, grupos entre outros trabalhos de cunho fenomenológico (Fonseca, 1998). No Brasil, a ACP teve grande influência na década de 1940, a partir dos trabalhos desenvolvidos por Mariana Alvim, assistente social e psicóloga do Serviço de Assistência a Menores do Ministério da Justiça (Mariana Alvim, 1999; Gomes, Holanda & Gauer, 2004). Contudo, as primeiras ideias da Teoria de Rogers se deram no Rio de Janeiro, através do trabalho de Mariana Alvim, que foi provavelmente a primeira pessoa que estudou e apresentou as noções de Rogers para os psicólogos e educadores brasileiros (Tassinari & Portela, 1996). Ela conheceu pessoalmente Rogers em 1945, na cidade de Chicago, quando foi estudar algumas instituições que abrigavam delinquentes menores nos EUA, onde participou do *Person-Centered Workshop* em Ashland-Oregon. Nos EUA, aprendeu a entrevista não-diretiva com Rogers e, posteriormente, introduziu a teoria rogeriana no Brasil dando sequência a outros trabalhos com base na ACP. A ACP destacou-se também, no final da década de 1950 e início de 60 no Rio Grande do Sul, pelo Irmão Lassalista Henrique Justo, o qual iniciou com o aconselhamento psicológico (Campos, 2005). Conforme Gobbi e Missel (1998) o termo aconselhamento ou aconselhamento psicológico significa um procedimento profissional com base em entrevistas e intervenções que auxiliam o ser humano. O aconselhamento ajuda a pessoa a entender as situações da sua vida, bem como da oportunidade para ela buscar atividades que auxiliam no seu crescimento e na tomada de decisões (Patterson & Eisenberg, 1988). Justo se interessou pelo aconselhamento psicológico, através do Pe. Franciscano Zavalloni que havia sido aluno de Rogers em Chicago e passou a ler as obras de Rogers e entender a teoria (Gomes, Holanda & Gauer, 2004). Em 1970, Justo fundou o Centro de Estudos da Pessoa em Porto Alegre/RS, tornando-se uma das mais

importantes lideranças no desenvolvimento da pesquisa e da prática da ACP no Brasil (Campos, 2005).

A partir de então, a ACP foi se ampliando na direção de uma clínica crítica ampliada e ao mesmo tempo acolhedora, priorizando o ser humano em diferentes contextos e situações, tais como educacional, familiar, organizacional, social/comunitária. Destacou-se também na política e foi compreendida como uma abordagem aliada nas lutas contra a desumanização, opressões e injustiças. (Campos, 2005; Moreira, 2010; Tassinari, 2011).

Conforme Tassinari (2003), atualmente diversos profissionais em todas as regiões do Brasil norteiam suas práticas na ACP e demonstram interesse em expandir ainda mais os conhecimentos dessa abordagem. Também, destaca a extensão dos serviços do Plantão Psicológico, disponível para o atendimento das pessoas, exercido por profissionais psicólogos nas comunidades, instituições, escolas, hospitais, tribunais regionais do trabalho, varas de família, polícia, consultórios, entre outros espaços. Para Tassinari (2003) o próprio Rogers denominou a sua teoria de abordagem como uma forma abrangente que pode ser aplicada a diferentes contextos e situações.

2) De que forma a ACP pode contribuir para a área da saúde?

A ACP pode contribuir para a área da saúde, uma vez que permite aos profissionais dessa área criarem novas estratégias de promoção de saúde através do atendimento humanizado, acolhedor, preventivo e adequado à realidade do cliente. Esse atendimento visa um sistema integrado do ser humano, no qual os profissionais de saúde contemplam todo o contexto da pessoa, o que está por trás da doença, suas dificuldades e, em conjunto elaboram um plano de tratamento que favoreça o bem estar do cliente (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Rubem, Oliveira, Savassi, Souza & Dias, 2009; Stewart et al., 2010). Conforme McWhinney e Freeman (2010) o método clínico centrado na pessoa tem como meta entender a experiência com a doença em todos os seus níveis, desde a patologia até os pensamentos e sentimentos da pessoa, e por isso é uma técnica integrada e sistemática que pode auxiliar no contexto da saúde. Essa técnica fornece subsídios para o médico estabelecer um diagnóstico mais minucioso sobre a doença e permite mais liberdade ao paciente nas suas escolhas e no seu tratamento (Stewart et al., 2010). Ao profissional da saúde cabe apenas dar condições ao cliente para que ele possa reorganizar-se e encontrar a sua direção, assim torna-se responsável pelo seu tratamento (Miranda & Freire, 2012; Santos, 2004).

Esse novo contexto de atendimento ao ser humano iniciou com a transformação do Método Clínico Tradicional em detrimento da necessidade de implementar novas estratégias na prática médica para melhor atender as pessoas, bem como compreender os aspectos que levavam a pessoa ao adoecimento (Stewart et al., 2010). Assim, por volta de 1920 surge a medicina de família, que buscava o progresso técnico da saúde de forma mais humanizada para entender e tratar o doente (Robinson, 1946). Através da ampliação da medicina da família houve a necessidade dos profissionais da saúde se aperfeiçoarem e buscarem o uso de novos instrumentos e estratégias que correspondessem ao atendimento integral à pessoa e junto a isto, observar as dimensões de “estar doente” (Rubem, Oliveira, Savassi, Souza & Dias, 2009). Contudo, a medicina foi se desenvolvendo e, em 1950 surge o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), o qual estendeu-se a vários países através de cursos de formação, graduação, pós-graduação e pesquisas, com ênfase na área da saúde e também através dos programas Medicina Familiar, Medicina Comunitária, Sistema Único de Saúde (SUS) e em Programas sobre Humanização da Saúde, como Saúde da Família e Saúde Comunitária (Allen & Heyrman, 2006; Lopes, 2005; Menezes, 2012; Rubem, Oliveira, Savassi, Souza & Dias, 2009). Entretanto, convém lembrar que o MCCP foi pesquisado pelo psiquiatra e psicanalista húngaro Michel Balint, que já realizava em seus atendimentos uma escuta atenta às demandas de cada paciente e observava a experiência individual e subjetiva de estar doente, como os sentimentos, a história de vida da pessoa e seus comportamentos para compor o diagnóstico e iniciar o tratamento (Balint, 1988). Na década de 50, Balint desenvolveu, junto com outros colaboradores do Reino Unido, alguns estudos no qual examinavam a relação médico-paciente e a doença. Nestes estudos (Kelner, Filgueira, Boxwell & Bouwman, 2003), criou o *Grupo Balint*, que era coordenado por ele e incluía até dez médicos, os quais tinham como meta buscar mudanças que permitiam escutar o paciente e compreendê-lo. Nos grupos de estudos, um dos médicos relatava um caso clínico e, após o relato, Balint estimulava os membros do grupo a colocarem seus sentimentos entre o paciente relatado e o seu médico (transferência) e os sentimentos que o médico desenvolveu com seu paciente (contratransferência), observando assim de que forma poderiam melhorar seus atendimentos. Segundo os autores, Balint tinha duas metas com os estudos: 1) Estudar a relação médico-paciente e buscar o enriquecimento da prática médica, assim como saber escutar o paciente para finalizar um diagnóstico; 2) Conhecer melhor o paciente para prescrever o tratamento e entender melhor a sua toxicidade e seus efeitos colaterais. Balint (1955) chegou a destacar a importância da relação médico-paciente no tratamento da pessoa e

defendeu que a droga mais eficaz para o não funcionamento do tratamento era o próprio médico, quando este não tinha uma boa relação com seu paciente. Balint também publicou a obra *The Doctor, his Patient and the Illness* em 1957, em que sugere conselhos e exemplos de casos práticos sobre as potencialidades do paciente e os limites da medicina. Nesta obra, enfatiza a importância do tratamento com foco na medicina centrada na pessoa e incorpora a ideia do próprio paciente em conjunto com o médico tomar decisões com informações compartilhadas para chegar a um diagnóstico global (Balint, 1988; Lowenkron, 2006).

Conforme Lopes (2005), o M CCP também foi estudado pelo médico Joseph Levenstein, da África do Sul, na década de 80, quando lecionou como professor convidado no Departamento de Medicina de Família da Universidade Western Ontário, no Canadá. Lá, organizou um grupo de pesquisa e sistematizou o método que foi publicado no livro *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* de Stewart e Colaboradores em 2003. Entretanto, a proposta de atendimento do M CCP, pressupõe várias mudanças a partir do médico, a começar pela noção hierárquica de que o profissional está aquém do paciente e, por isso, comanda a situação, esse tipo de atendimento não faz parte da medicina centrada na pessoa. Ser centrado na pessoa requer um equilíbrio entre mente e corpo, avalia-se o processo da doença através dos exames clínicos, físicos, laboratoriais e também, outros fatores que envolvem todo o contexto próximo e remoto da pessoa. E, por fim, tanto o médico como o cliente têm a tarefa mútua de decisões conjuntas e elaboração de um plano de manejo dos problemas (Brown, Stewart, Weston & Freeman, 2010).

Cabe destacar que o M CCP, inspirado na ACP, pode contribuir para a área da saúde uma vez que oportuniza um conhecimento mais complexo e integrado do estar doente, assim como trabalha com a prevenção e promoção da saúde (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Stewart et al., 2010). Da mesma forma, abre caminhos para uma nova conjuntura da área da saúde, na qual os profissionais possam incorporar-se aos progressos da ciência, sem esquecer que estão tratando de seres humanos que precisam de ajuda, atenção e cuidados (Blasco, Janaudis & Levites, 2006).

A ACP, além de promover saúde, auxilia na prevenção de outras doenças, pois ao investigar a doença da pessoa, leva em consideração todos os fatores que interferem no seu bem estar (crises vitais, estresse, hábitos de saúde inadequados, disfunção familiar, causas orgânicas, genéticas, econômicas e sociais), o que permite um atendimento globalizado e eficaz (Campos, 2005; Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Stewart et al., 2010). Entretanto, é importante ressaltar que no modelo de saúde convencional (modelo biomédico) observa-se

muito mais os sinais e os sintomas da doença, sem na maioria das vezes, observar todo o contexto da pessoa e, principalmente, avaliar os fatores que podem influenciar a relação da pessoa com a doença (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010). E, são exatamente nestes aspectos e contextos que buscamos enfatizar as contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a área da saúde. Através da saúde centrada na pessoa é possível ter uma compreensão de todas as dimensões do ser humano, física, psicológica, espiritual e social. Conforme Miles e Mezzich (2011), na medicina do século XXI existe a necessidade de maior conhecimento sobre o ser humano, e para isso é preciso que os profissionais de saúde busquem um modelo de atendimento humanizado voltado para o contexto da pessoa, e não somente para a sua doença e, que se leve em conta os seus valores, preferências, aspirações, histórias, medos, preocupações, esperanças respondendo às suas necessidades emocionais, sociais e espirituais. Da mesma forma, destacam William e Freeman (2010), o método clínico centrado na pessoa propicia uma estrutura clara de compreensão do mundo da pessoa que passa a ser o ponto inicial a ser observado pelos profissionais de saúde nos esforços de promoção e prevenção de doenças. Entretanto, no nosso entendimento, a Saúde Centrada na Pessoa (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010) passou a ser um guia para a humanização da saúde, pois representa o desejo e a satisfação das pessoas em receberem um atendimento humanizado. Como referem Heyrman et al., (2006) e Stewart et al., (2010) ao buscarem atendimento as pessoas esperam: 1) um atendimento que avalie a razão principal da sua consulta e que atenda as suas demandas e necessidades de informação; 2) que este atendimento seja voltado ao seu mundo, que o profissional o compreenda e considere de uma forma integral, atendendo as suas necessidades emocionais e existenciais; 3) que o problema ou a doença seja entendida tanto pelo médico, como pelo paciente e que ambos possam tratar em conjunto; e assim, 4) melhore o relacionamento entre médico e paciente auxiliando na prevenção e na promoção de saúde.

É interessante observar que a ACP propõe uma ação interventiva pautada na humanização da saúde que deriva do conceito de humanismo, e que acredita no potencial e na capacidade de autonomia do ser humano (Menezes, 2012). Segundo a autora, pensar em humanizar a saúde implica valorizar as relações interpessoais e os seres humanos em todas as suas dimensões enquanto ser biopsicossocial e espiritual. Para Simões, Bittar, Mattos e Sakais (2007) o processo de humanização se faz a partir do próprio indivíduo, ao procurar auxílio, este demonstra de várias maneiras como gostaria de ser atendido e, expressa através da linguagem verbal ou não verbal. Para tanto, basta observar que o cliente, ao entrar em contato com o profissional da saúde, primeiro fixa seu olhar no rosto do profissional,

independentemente da técnica a ser executada, porque espera que este compreenda a sua dor e os seus sentimentos.

O processo de humanização iniciou com a Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003, e seu objetivo era aprimorar as relações entre os profissionais de saúde, usuários e profissionais, assim como nortear o cuidado na saúde, na gestão, na conduta ética, colocando em primeiro plano as pessoas, seus interesses, seus desejos e suas necessidades (Brasil, 2010). No entanto, muitos profissionais não proporcionam o atendimento humanizado por não estarem verdadeiramente comprometidos com o cliente, não considerarem a história do cliente ou por não estarem preparados para exercer as suas funções (Simões, Bittar, Mattos & Sakais, 2007). Para as autoras, acrescenta-se, nesse contexto, as várias faces da desumanização quando observamos pessoas serem identificadas em espaços de saúde por números, por procedimentos, pela doença ou mesmo pelas más condições de atendimento como a falta de ambiente adequado, demora no atendimento, falta de recursos humanos e materiais. A humanização mostra-se na forma como acolhemos e cuidamos a pessoa, quando fornecemos as informações que ela precisa em relação à sua doença, quando paramos para escutar a pessoa, sentir suas dificuldades e quando em conjunto (profissionais da saúde e cliente) realizam os procedimentos necessários. Ainda, é importante o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade, sua cultura e o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico (Brasil, 2010; Campos, 2005; Casate & Corrêa, 2005; Deslandes, 2004).

Os princípios da ACP vão ao encontro do atendimento humanizado, pois os cuidados são centrados na vida da pessoa e não focados somente nos sintomas, o que estimula o crescimento, o desenvolvimento natural e impulsiona a pessoa a encontrar as suas plenas potencialidades (Bozarth, 1998). Esse modelo de abordagem difere do modelo clínico tradicional por desafiar os modelos hierárquicos de tratamentos, ou seja, é um modelo revolucionário, que pode contribuir para o atendimento humanizado e o bem estar das pessoas assim como, colaborar para a melhoria da saúde em geral (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010, Stewart et al., 2010). A tabela 1 apresenta as distinções entre a forma de tratamento no Modelo Centrado na Doença (modelo biomédico convencional) e no Modelo Centrado na Pessoa (modelo humanizado).

Tabela 1
 Comparação do Modelo de Atendimento Centrado na Doença e Atendimento Centrado na Pessoa

Modelo Centrado na Doença	Modelo Centrado na Pessoa
1. O paciente vem a consulta.	1. O profissional explora a doença e a experiência da pessoa em estar doente: levanta dados, escuta acolhe, forma vínculo, observa as ideias, sentimentos e expectativas do paciente em relação ao tratamento e ao médico.
2. O profissional verifica queixas e sintomas.	2. Entende a pessoa como um todo: verifica a sua história de vida, questões biológicas, pessoais e de desenvolvimento (histórico de vida). Observa todo o contexto da pessoa, família, trabalho, crenças, religião, cultura.
3. Faz breve anamnese.	3. Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas: prioridades, objetivos do tratamento, definição de papéis da pessoa e do médico.
4. Solicita exames clínicos e exames complementares.	4. Incorpora a prevenção e a promoção de saúde: prevenção e redução de riscos, identificação precoce e redução das complicações.
5. Classifica e nomeia a doença como uma entidade independente e separada dos problemas da pessoa.	5. Intensifica o relacionamento entre pessoa e médico: compaixão, poder, cura, consciência de si mesmo, transferência e contratransferência.
6. Comunica o diagnóstico da doença e prescreve o tratamento.	6. É realista: da tempo de acordo com a necessidade e riscos da pessoa, ouve, acolhe e percebe as expressões do paciente, realiza intervenções no momento adequado e trabalha em equipe.

Fonte: Adaptado de Stewart, M. et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

É importante ressaltar que as pessoas buscam nos profissionais de saúde muito mais do que um simples diagnóstico. Elas esperam ser acolhidas, receber atenção e esclarecimentos. Assim, a ACP, através da clínica ampliada, oferece várias possibilidades de intervenção e apresenta resultados positivos em relação ao modelo biomédico convencional, pois o modelo de atendimento centrado na pessoa aumenta a satisfação, reduz seus medos, sua ansiedade e, com isso a pessoa tem maior aderência ao tratamento (Stewart et al., 2010). O método centrado no paciente sugere seis componentes básicos e interativos no processo de atendimento: 1) explorar a doença e a experiência da doença, observando a história clínica da pessoa, seus exames físicos e laboratoriais e junto verificar as dimensões da doença como os sentimentos da pessoa, ideias e expectativas em relação ao médico e tratamento; 2) entender a pessoa como um todo (suas questões pessoais, histórias de vida, contexto familiar, trabalho, redes sociais, cultura, religião, crenças); 3) elaborar um plano conjunto de manejo dos

problemas (ver os problemas e suas prioridades, metas, e papel do médico e do paciente no tratamento e controle da doença); 4) incorporar prevenção e promoção de saúde (trabalhar a melhora da saúde, prever, reduzir riscos e complicações); 5) intensificar o relacionamento entre pessoa e médico (compaixão, confiança, compartilhamento de poder e de cura); e 6) ser realista durante todo o processo da doença ficar atento as dicas verbais e não verbais do paciente e trabalhar em equipe (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Lopes, 2005; Stewart et al., 2010).

Rogers (2001) propõe, através da ACP, um processo de mudança na forma de tratar as pessoas, e enfatiza que o ser humano necessita de aceitação para autorrealizar-se e para sair da condição na qual se encontra. Assim, necessita também de facilitação nesse processo e, principalmente, uma relação de ajuda. No entanto, compreende-se que essa relação deve ser facilitada pelos profissionais da saúde ao receberem e atenderem os seus pacientes, uma vez que no processo de adoecimento, os indivíduos podem ficar mais fragilizados, perdendo alguns sentidos, como dificuldade de entender a fala do médico, falta de confiança em si mesmo, confusão mental, aflição, esquecimento, irritabilidade, agonia, silêncio e sofrimento marcado pela privação social, afetiva e material (Hoepfner, 2010).

3) Qual a importância do atendimento centrado na pessoa para as mulheres com câncer de mama?

O atendimento centrado na pessoa propõe às pessoas com câncer de mama um atendimento humanizado, focado nas dimensões da doença, no contexto da pessoa e nos momentos existenciais da vida da pessoa (Silva, 2009; Stewart et al., 2010), uma vez que o câncer de mama vem acompanhado de muito sofrimento psicológico e acaba atingindo não somente a mulher, mas todas as pessoas que convivem com ela. A mulher enfrenta, desde a busca do diagnóstico até a sua revelação, momentos conturbados de muita aflição, angústia, incertezas assim como quadros de ansiedade, depressão e necessita adaptar-se à nova vida (Bergamasco & Ângelo, 2001; Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). No entanto, a pessoa doente necessita de atendimento que vise o seu bem estar, e cabe aos profissionais da saúde prestarem os cuidados necessários não apenas focando a doença da pessoa, mas também as questões pessoais, contexto familiar, redes sociais e crenças pessoais (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Lopes, 2005; Silva, 2009). Neste sentido, cabe aos profissionais a acolhida, que é o início para um atendimento humanizado e para uma boa relação com o

paciente, independente da sua doença (crônica, degenerativa) ou da dificuldade que ele apresenta (Silva, 2009).

Ao buscarem atendimento, no contexto nacional as mulheres passam por possíveis momentos de constrangimentos como também encontram inúmeras dificuldades como demora no atendimento, demora no resultado dos exames, falta de recursos humanos e materiais, falta de atenção e informação, situações que deixam as mulheres impotentes diante da doença (Bergamasco & Ângelo 2001; Rufino & Werba, 2010). No entanto, independente das dificuldades relacionadas ao sistema de saúde, o câncer é sempre impactante por ser uma doença que afeta profundamente o ser humano, sem fazer distinção, independente de raça, idade ou gênero (Teixeira & Gorini, 2008). O diagnóstico do câncer de mama em homens, assim como o tratamento, é muito semelhante ao realizado em mulheres, embora a incidência da doença em homens, ainda é considerada rara (INCA, 2011). No entanto, o diagnóstico para qualquer tipo de câncer interfere nas emoções da pessoa e inclui momentos de incerteza da vida, temor, ansiedade, raiva e insegurança afetando diretamente o doente e também seus familiares (Vasconcelos, Costa, & Barbosa, 2008).

Por exemplo, o estudo fenomenológico de Saegrov e Halding (2004) realizado com 187 mulheres norueguesas com câncer de mama, registrou que o período de espera do diagnóstico é um período agravante de crise, tensão e incertezas por não saberem o que vem pela frente e, também pelo medo da doença. No entanto, o câncer é uma doença que afeta pessoas de todas as raças, idades e gêneros. De modo especial, ressaltamos aqui a importância de observar todo o contexto da pessoa, desde a forma de tratamento, dificuldades que ela vem enfrentando, falta de atenção por parte da família e dos profissionais, entre outros fatores. Zecchin (2004), destaca que quando a pessoa adoece, não é apenas parte do órgão que a faz sofrer, há outros significados, não somente o “seio”, o órgão em si, mas o que isto pode significar e como isso tudo, será no decorrer da história de vida da pessoa.

O atendimento humanizado, através da clínica ampliada centrada na pessoa, proporciona às mulheres o suporte emocional, acolhida, escuta autêntica, empatia, atitudes facilitadoras que auxiliam no atendimento e tratamento da pessoa. Essas ações ajudam no esclarecimento da doença, das fantasias e ameniza a dor, o sofrimento e a ansiedade (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Rogers, 1951; Rogers, 1992). Assim, o método de atendimento centrado na pessoa propõe a livre expressão dos sentimentos, favorecendo a expressão emocional e envolvendo as mulheres na decisão do tratamento (Stewart et al., 2010).

Em suma, esse estudo, ao buscar refletir sobre a aplicabilidade da ACP à saúde, mostrou que é necessário:

- permitir que a pessoa doente seja acolhida e expresse seus sentimentos;
- propor flexibilidade no atendimento voltado ao tratamento, com base no desejo da pessoa;
- permitir decisões conjuntas entre médico e cliente e que juntos possam explorar a doença e encontrar opções mais apropriadas ao tratamento;
- instruir os profissionais da saúde a partir de capacitações, formações e cursos com relação ao atendimento aos pacientes;
- encontrar métodos de promoção e prevenção de saúde através do atendimento humanizado e adaptado à pessoa.;

Assim como, urge sair das meras teorias e partir para planos mais práticos, vivenciais que visam realmente o cuidado do paciente e o seu bem estar. Como também o olhar mais humanizado aos profissionais de saúde, contemplando estes com ambientes e ferramentas adequadas ao exercício da função.

Enfim, as contribuições desta abordagem para o contexto da saúde são amplas e, permitem um olhar diferenciado e adequado às características das pessoas. O atendimento integral à saúde, proposto pela ACP, tem relação direta com as premissas básicas do Sistema Único de Saúde que incluem atendimento humanizado tais como: atenção e vínculo aos pacientes, prestação de serviço mais ágeis e confortáveis, passando informações objetivas e adequadas sobre a doença, assim como a criação de programas de prevenção ao câncer, trabalho em equipe visando melhor atendimento aos pacientes, tornando o atendimento na rede oncológica universal, humanizado e de qualidade (INCA, 2012).

Referências:

- Allen, J., & Heyrman J. (2006). *The EURACT Educational Agenda. Of General Practice/Family Medicina. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitária.* Barcelona, Spain: World Health Organization/WONCA.
- Balint, M. (1955). *The doctor, His patient and Illness.* Em *Problems of Humann Pleasure and Bechaviou.* Londres: Horgarth Press.
- Balint, M. (1988). *O médico, o paciente e a doença* (R. Musachio de, Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Ateneu.

- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3).
- Blasco, P. G., Janaudis, M. A., Levites, M. R. (2006). Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Atencion Primaria*, 38(4), 225-9.
- Brasil (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: Atenção Básica*. Cadernos HumanizaSUS, Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2, p. 256, Brasília: Ministério da Saúde.
- Bozarth, J. D. (1998). *The person-centered approach: A revolutionary paradigm*. Ross- On-Wye, England: PCCS Books.
- Brown, J. B., Stewart, M., Weston, W. W., & Freeman T. R. (2010). Introdução. In M. Stewart et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. (pp. 21-34) (A. T. Burmeister, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1995).
- Campos, R. F. (2005). A Abordagem Centrada na Pessoa na História da Psicologia no Brasil: da psicoterapia à educação, ampliando a clínica. *Psicologia da Educação*. São Paulo, 21(1), 11-31.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, EPE, 6(2), 8-18.
- Casate, J. C., & Corrêa A. K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 13(1), 105-111.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 9(1), 7-14.
- Fadiman, J. & Frager, R. (1996). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Harbra Editora.
- Fonseca, A. H. L. da. (1998). *Trabalhando o legado de Rogers: sobre os fundamentos fenomenológico existenciais*. Maceió: Pedang.
- Freire, E. (2010). Psicoterapia Centrada na Pessoa: uma jornada em busca de auto-realização e plenitude. In F. C. S. Klöckner. *Abordagem centrada na pessoa: a psicologia humanista em diferentes contextos* (pp.15-28). Londrina: PR: Unifil.
- Gobbi, S. L., & Missel, S. T. (1998). *Abordagem Centrada na Pessoa: Vocabulário e Noções Básicas*. (Org.). Tubarão: Ed. Unisul.

- Gomes, W. B., Holanda, A. F., & Gauer, G. (2004). Museu Virtual da Psicologia no Brasil. Porto Alegre: MuseuPSI. Acesso em Março de 2011. Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/museupsi/brasilpsio.htm>
- Gomes, W. B. (2004). Primórdios da Psicologia Humanista no Brasil; e História das Abordagens Humanistas em Psicologia no Brasil. Em Marina Massimi (Org.), *História da Psicologia no Brasil do Século XX* (pp. 87-103; 105-129). São Paulo: EPU.
- Guedes, A. D. S., Pereira, M. E. F. & Quaresma, R. D. S. M. (2010). Saúde Centrada na Pessoa. *Revista Científica ESAMAZ*. Belém, 1(2), 8-23.
- Heyrman, J., Baehreim, A., Gomes, F., Lindh, M., O'Kelly, F., Spiegel, W., Wanrooij, B., Zebiene, E., Rindslibacher, B., & Sammut, M. (2006). Cuidados Centrados na Pessoa. In J. Allen & J. Heyrman. *The EURACT Educational Agenda*. (Tradução: T. Costa e L. F. Gomes). Sociedade Espanhola de Medicina da Família e da Comunidade. Barcelona, Espanha: Organização Mundial da Saúde/ WONCA, Cap. 2, 18-23.
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. A pessoa como centro. *Revista de Estudos Rogerianos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa. Nº. 3.
- Hipólito, J. (1994). *Abordagem Centrada e a Pedagogia*. In Manual de Terapia Centrada no Cliente, (Cap. IX).
- Hoepfner, A. M. S. (2010). *A Clínica do sofrimento ético-político como uma proposta de intervenção na clínica ampliada e compartilhada*. In Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). Cap. 2, 75-91.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA (2012). *Ações e Programas: Humaniza SUS*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA (2011). *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro.
- Kelner, G., Filgueira, N., Boxwell, S., & Bouwman, M. (2003). Começa tudo outra vez... *Ágora*. Rio de Janeiro, 6(2), 289-300.
- Lima, B. F. (2008). Alguns apontamentos sobre a origem das psicoterapias fenomenológico-existenciais. *Revista de Abordagem Gestalt*. Goiânia, 14(1), 28-38.
- Lopes, R. L. M., & Souza, I. E. O. de. (1997). A fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 5(3), 05-11.

- Lopes, J. M. C. (2005). *A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado em médico de atenção primária à saúde*. Faculdade de Educação, UFRGS, Porto Alegre (Dissertação de Mestrado).
- Lowenkron, T. (2006). Contribuições de Michel Balint neste campo. In: Lowenkron T. *Psicoterapia Psicanalítica Breve*. Porto Alegre: Artmed.
- Mariana Agostini de Villalba Alvim (1999). *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, 19(2), 73-73.
- Martins, C. do C. (2010). *Importância dos conteúdos teóricos esculpidos por Carl Rogers para o facilitador de Biodanza entranhado no sistema Rolando Toro* (Monografia apresentada à Escola de Biodanza Rolando Toro de Portugal).
- Mc Whinney, I. R, & Freeman, T. (2010). *Manual de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Menezes, A. L. S. (2012). *Humanização em saúde: a Abordagem Centrada na Pessoa*. Boletim do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Trabalho apresentado no V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia em maio de 2007). Maceió, AL.
- Miles, A., & Mezzich J. E. (2011). The patient, the illness, the doctor, the decision: negotiating a 'new way' through person-centered medicine. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(4), 637-640.
- Miranda, C. S. N. de, & Freire, J. C. (2012). A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. *Arquivo brasileiro de psicologia*. Rio de Janeiro, 64(1).
- Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume.
- Moreira V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 27(4), 537-544.
- Nunes, O. (2001). Editorial. In: A Pessoa Como Centro – *Revista de Estudos Rogerianos* (Nº 6). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa.
- Patterson, L. E., & Eisenberg, S. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes.
- Robinson, G. C. (1946). *The patient as a person: a study of the social aspects of illness*. New York: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1992). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1951)
- Rogers, C. R. (2001). *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes
- Ruben, R., Oliveira A. C. D., Savassi, L. C. V., Souza, L. C., & Dias. R. B. (2009). Abordagem Centrada nas Pessoas. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunitária*. Rio de Janeiro, 4(16).
- Rufino, J., & Werba, G. C. (2010). Mulheres com câncer de mama: o caminho na busca por atendimento eficaz na rede pública do município de Osório-RS. Artigo apresentado no Seminário Internacional. *Fazendo Gênero Nº 9*. Florianópolis: UFSC.
- Saegrov, S., & Halding, A. G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer*. Oxford. 13(2), 145-153.
- Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa: Relação Terapêutica e Processo de Mudança. In: *Psilogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. EPE. 1(2), 18-23.
- Silva, L. C. da. (2009). *O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica*. Maringá: Eduem.
- Simões, A. L. A, Bittar, D. B., Mattos, E. F., & Sakais (2007). A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. *Revista Mineira de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Coopmed, 11(1), 81-85.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2010). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* (A. T. Burmeister, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Tassinari, M. A., & Portela, Y. (1996). *A história da Abordagem Centrada na Pessoa no Brasil*. Texto (2ª versão) apresentado no VI Fórum Internacional da Abordagem Centrada na Pessoa, Leptokarya-Grécia.
- Tassinari, M. A. (1999). *Plantão Psicológico Centrado na Pessoa como Promoção de Saúde no Contexto Escolar*. Rio de Janeiro: UFRJ (Dissertação de Mestrado).
- Tassinari, M. A. (2003). *A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa*. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro: UFRJ (Tese Doutorado).
- Tassinari, M. A. (2011). A inserção da abordagem centrada na pessoa no contexto da saúde. *Revista NUFEN*. São Paulo, 3(1), 183-199.

- Teixeira, F.B., & Gorini, M. I. P. C. (2008). Compreendendo as emoções dos enfermeiros frente aos pacientes com câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 29(3), 367-73.
- Vasconcelos, A. da S., Costa, C., & Barbosa, L. N. F. (2008). Do transtorno de ansiedade ao câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro, 11(2), 51-71.
- William, C. L., & Freeman, T. R. (2010). O quarto componente: incorporando prevenção e promoção de saúde. In Stewart, M. Et al. *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico* (A. T. Burmeister, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1995).
- Wood, J. K. (2008). *Carl Rogers person-centered approach: toward an understanding of its implications*. Herforshire: PCCS Books.
- Zecchin, R. N. (2004). *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC.

Seção II – Artigo Empírico

A PERCEPÇÃO DO IMPACTO PSICOLÓGICO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO CENTRADO NA PESSOA

Introdução

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais frequente na mulher e considerado a principal causa de morte da população feminina, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2011). A doença desenvolve-se em decorrência da incapacidade da regulação normal das células e aparece com maior frequência em mulheres entre 45 e 55 anos (Nazário & Kemp, 2007). Esta doença afeta a vida da pessoa sob vários aspectos e, de maneira geral é considerada como ameaçadora à vida, sendo muitas vezes compreendida como sinônimo de morte (Barbosa, Ximenes & Pinheiro, 2004).

Os sintomas do câncer de mama podem ser identificados através dos nódulos na mama como: alterações no tamanho da aréola, retração da pele, vermelhidão, inchaço, secreção espontânea, alterações cutâneas em forma de enrijecimento ou enrugamento da pele (Silva & Riul, 2011; INCA, 2011; INCA, 2004). Os fatores de risco são variados, entre eles constam: a) fatores reprodutivos e hormonais, que estão relacionados com a fase de duração reprodutiva da mulher, com o aumento da idade, menarca precoce antes dos 14 anos, menopausa tardia considerada após 50 anos de idade, gravidez depois dos 30 anos e a nuliparidade também aumentam os riscos; b) fatores de história familiar, especialmente, parentes de primeiro grau (mãe, irmã) acometidos pela doença antes dos 50 anos de idade, podem apresentar um risco aumentado de desenvolver a doença; c) fatores nutricionais, que envolvem dietas ricas em gorduras e o consumo excessivo de álcool, aumentam ainda mais o risco de desenvolver o câncer (Lopes, Iyeyasu & Castro, 2008). Ainda, estudos internacionais sobre os fatores de risco para o câncer de mama realizados pelos autores Rennert (2006) e Hadjisavvas et al. (2010) observaram que, além dos fatores já mencionados, a doença pode estar associada à exposição hormonal, radiação ionizante e pouca ou ausência de aleitamento materno. Para Rennert (2006), apenas cerca de 15% dos casos de câncer de mama podem ser atribuídos à questões genéticas, os demais casos estão amplamente associados a fatores externos. Cabe ressaltar que a prevenção, o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama podem auxiliar no controle da doença. Os exames mais comuns usados no diagnóstico são o

autoexame da mama (que pode ser realizado pela própria mulher mensalmente), os exames e a mamografia, a ser realizada a cada um ou dois anos, entre 40 e 49 anos e anualmente, após esta faixa etária (INCA, 2011; Silva & Riul, 2011). O período de investigação do câncer de mama é um momento de angústia e bastante complexo. A experiência vivenciada pelas mulheres desde o primeiro sinal até a busca do diagnóstico é construída de diferentes formas segundo a concepção de cada mulher e do conhecimento que cada uma tem sobre a doença. Esta compreensão torna-se imprescindível uma vez que muitas mulheres dispõem das condições para a busca do diagnóstico e/ou tratamento e não o fazem; ou fazem seguindo caminhos e ações distintas (Skaba, 2003).

Os caminhos percorridos durante a investigação da doença dependem de vários fatores, entre eles: a) a forma como a pessoa sente ou percebe os sinais e os sintomas da doença, já que a interpretação desses sinais ou sintomas podem ser confusos e percebidos pela pessoa como normais ou como uma perturbação passageira e natural; b) a compreensão leiga sobre a doença, que pode ter influência de amigos e familiares, automedicação, etc.; c) os fatores socioculturais que estão ligados às experiências subjetivas de cada pessoa e aos princípios e valores de uma dada sociedade ou grupo; d) os aspectos religiosos, que podem ser compostos por especialistas “não oficiais” de cura, como curandeiros, rezadores e espiritualistas; e) os aspectos socioeconômicos, como dificuldades financeiras, dificuldades de acesso, morosidade burocrática, precariedade do sistema, fragmentação da assistência e demora nos atendimentos e exames (Helman, 2003; Silva, 2005; Skaba, 2003).

A trajetória da doença passa por várias etapas, que vão desde a construção de uma determinada representação sobre a enfermidade, seus sinais e sintomas, o enfrentamento da possibilidade de estar com a doença e as condições objetivas de acesso aos serviços de saúde ao descobrimento do diagnóstico (Skaba, 2003). O caminho antes do diagnóstico passa pelas interpretações dos sentidos que as pessoas dão às experiências vividas. Ao falar dos sintomas, as pessoas já relacionam a doença às suas crenças e normas aprendidas no decorrer da sua história de vida enquanto, ao mesmo tempo, dão sentido ao que estão vivendo, percebendo os sinais e sintomas como normais, o que muitas vezes retarda o processo da descoberta do câncer piorando, ainda mais, o quadro da doença (Silva, 2005; Silva 2008).

Nesse sentido, alguns estudos no Brasil já exploraram a questão da espera pelo diagnóstico. O estudo de Skaba (2003) demonstrou que as mulheres procuraram pela assistência médica imediatamente após sentirem algum tipo de sinal suspeito do câncer de mama, porém algumas vezes eram orientadas pelos profissionais de saúde apenas a monitorar

os primeiros sintomas, sem que houvesse uma investigação adequada da doença. Essa experiência significou para as mulheres um profundo sofrimento e mágoa com o profissional, além de postergação do diagnóstico e da real diminuição das chances de cura ou controle da doença.

Vários estudos brasileiros referem que o momento da comunicação do diagnóstico provoca um profundo impacto emocional e marca uma série de mudanças na vida da pessoa, desde a interferência no funcionamento individual, familiar e social, bem como poderão desencadear uma série de reações, dentre elas: medo, ansiedade, raiva, estado de choque, angústia, baixa autoestima, abalo psicológico, desgaste físico, desamparo, desconfiança, isolamento social, pânico da doença e sentimentos de impotência diante da doença e incerteza quanto ao futuro (Bergamasco & Ângelo, 2001; Caetano, Gradim & Santos, 2009; Oliveira, Fenili, Zampieri & Martins, 2006; Silva, 2005). Da mesma forma, Fontes e Alvim (2008) referem que o impacto da doença afeta profundamente homens e mulheres, uma vez que podem apresentar transtornos de ordem física e psicossocial, apresentando sentimentos variados como: frustração, tristeza, tensão emocional, atordoamento, agressividade, negação e confusão mental.

Em outros países, apesar das diferenças no atendimento em saúde e na rapidez do diagnóstico, as pacientes também sofrem muito na etapa da investigação. Saegrov e Halding (2004), em estudo fenomenológico realizado com 187 pacientes noruegueses, mostrou que nesse período os sentimentos de incerteza e desconfiança quanto à suspeita de estar com câncer de mama gera desconforto e pode ser traumático se for prolongado. Assim como, nos estudos de Morgan, Mock, Rose e Fogel (2004) com mulheres afro-americanas, no qual mostra que em todas as fases da doença o sofrimento é muito intenso, causando instabilidade emocional e preocupações às mulheres.

No entanto, observa-se que o tempo de espera dos exames até a confirmação e comunicação do diagnóstico é um período bastante difícil para a mulher e requer uma boa relação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares (Silva, 2005). Pois, o impacto sofrido pelos pacientes vai muito além do processo de comunicar o diagnóstico, é preciso estabelecer vínculo e um diálogo claro, preciso para que o paciente consiga entender o quadro da doença, bem como aceitar o tratamento e enfrentar a doença (Perdicaris & Silva, 2008).

Alguns estudos apontam que o impacto da revelação do diagnóstico tem relação com a forma como o médico o conduz. Lenzi, Parker, Buchman e Cohen (2002) evidenciaram em seus estudos, que em geral os médicos não dispõem de tempo suficiente para discussões sobre

o diagnóstico com os pacientes e encontram dificuldades para comunicar e, quase sempre retém o prognóstico do paciente a pedido dos familiares. Silva et al. (2011) apontam que a relação médico-paciente não pode estar apenas centrada na doença, mas deve voltar-se à integridade física e psicológica, através de práticas e atendimentos humanizados que permitam compreender os aspectos emocionais do paciente.

A revelação do câncer para o paciente marca uma série de mudanças negativas na sua vida, tais como a depressão, o isolamento, a vergonha, além deste sofrer atitudes preconceituosas por parte de outras pessoas como distanciamento e discriminação (Cavalcanti, 2005). Assim, faz-se necessário um atendimento humanizado no qual se pode ouvir com atenção o paciente, para que ele possa minimizar a sua dor e enfrentar a doença (Silva, 2005). Contudo, cabe destacar que a comunicação do diagnóstico é uma ação de intervenção muito importante na área da saúde por ser também um momento de cuidado com o paciente e quando mal estabelecido, compromete a segurança e conseqüentemente, a saúde da pessoa (INCA, 2010). No entanto, para que haja uma boa comunicação, é necessária a formação de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais a fim de que possam proporcionar um atendimento mais humanizado e menos impactante e doloroso ao paciente e seus familiares (Gomes, Silva & Mota, 2009; INCA, 2010).

Portanto, é de grande relevância o suporte emocional durante todas as fases do tratamento e a adequada intervenção psicológica antes do diagnóstico e no decorrer do tratamento da doença, pois o diagnóstico do câncer da mama causa impacto não só as mulheres, mas também seus familiares, ocasionando traumas psicológicos, perda da autoestima, sentimentos de culpa e fracasso, os quais fragilizam ainda mais a mulher (Araújo & Fernandes, 2008; Maluf, Mori & Barros, 2005). Dessa forma, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), a partir do olhar da Saúde Centrada na Pessoa (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010) sugere novas alternativas que possam auxiliar profissionais de saúde e doentes a entenderem melhor o processo da doença, propondo um olhar mais atento à experiência de estar doente, levando em consideração a experiência da pessoa como um todo, o seu contexto, a sua dor, os seus sentimentos. Esse olhar diferenciado favorece a pessoa, que passa a ter atitudes mais positivas em relação à doença, sendo capaz de viver e elaborar as suas próprias experiências, utilizando seus próprios recursos potenciais (Rogers, 2004). Ainda Rogers (1975, 1999), a pessoa tem condições de melhorar sua saúde, uma vez que ela possui dentro de si, os recursos necessários à sua recuperação, mas para isso necessita admitir seus

sentimentos, suas reações, olhando-se internamente e aceitando-se. Do mesmo modo, refere o humanista Tillich (2010), ao aceitar-se o ser humano consegue viver de maneira mais saudável e assim enfrentar seus problemas e obstáculos. Para o autor, quando o ser humano está frente ao abismo e ameaçado, tenta fugir desta condição de angústia que lhe proporciona certos sentimentos como a própria melancolia diante da morte. Essa ambiguidade de sentimentos se manifestam através de conflito, coragem e desespero. No entanto, o olhar centrado na pessoa e não somente na doença propõe alguns elementos essenciais no tratamento da saúde que podem ser aplicados pelos profissionais de saúde no atendimento ao cliente, dentre eles: a) os profissionais precisam ser genuínos, o que proporcionará maior crescimento ao cliente; b) necessitam valorizar o cliente, mostrando aceitação, cuidado e estima, o que faz com que o cliente siga em frente e vivencie seus sentimentos de medo, raiva e assim enfrentará a doença; c) necessidade de compreensão empática, sentir de forma precisa os sentimentos e os significados da doença vivenciados pelo cliente (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Rogers, 2004).

O método clínico centrado (Stewart et al., 2010) propõe a medicina centrada na pessoa como uma transformação do método clínico. Para os autores, este modelo de atendimento é diferenciado do modelo médico convencional (biomédico) pelos seguintes aspectos: o modelo biomédico leva em consideração o diagnóstico da doença física, sua fisiopatologia, e tem como base os sinais e sintomas, enquanto que no método clínico centrado na pessoa há uma conexão entre biologia e emoções, corpo e mente, e leva em consideração as dimensões da experiência de doença, considerando os sentimentos da pessoa, especialmente os medos; suas ideias a respeito do que sente; os efeitos da doença no funcionamento da pessoa assim como as limitações em decorrência da doença; suas raízes e suas expectativas em relação ao médico.

Assim, pode-se afirmar que a medicina centrada na pessoa refere-se ao cuidado humanizado, identificando as ideias e emoções do doente em relação ao adoecer, bem como o compartilhamento das decisões e responsabilidades entre médico e cliente (Ribeiro & Amaral, 2008; Stewart, 2000; Stewart, et, al., 2000). Esta abordagem requer que os profissionais da saúde observem alguns princípios essenciais ao tratamento e à compreensão do doente, tais como: explorar a doença e o adoecimento, assim o profissional da saúde poderá perceber o sentimento de estar doente e as expectativas do paciente em relação à doença; compreender a pessoa como um todo observando o doente, sua família, sua cultura, essas diferenças culturais podem entrar em conflito com as expectativas da equipe médica e interferir no tratamento; buscar objetivos comuns, tratando a doença com clareza evitando linguagem inacessível com

o doente para que ele possa compreender o seu estado de saúde e aceitar o tratamento; incorporar medidas de prevenção e promoção de saúde e desenvolver junto com o cliente um plano prático para sua vida diária, monitorando riscos e benefícios estimulando a autoestima e a confiança; intensificar a relação médico-doente através do cuidado, da empatia, bem como dividir com o cliente as decisões e responsabilidades, entender os limites da medicina estabelecendo prioridades e necessidades do doente (Stewart et al., 2010; Ribeiro & Amaral, 2008; Stewart, et al., 2000).

Não foram encontrados no Brasil estudos com pacientes com câncer de mama utilizando a Abordagem Rogeriana. Porém, cabe destacar três estudos, realizado com mulheres acometidas pelo câncer sob enfoque do método fenomenológico (humanista), realizado por Azevedo e Lopes (2005), Carvalho e Merighi (2005) e Corbellini (2001). Esses estudos mostram que as mulheres têm o desejo de falar, serem ouvidas, acolhidas e respeitadas pelos profissionais de saúde. As autoras afirmam que o olhar fundamentado nos princípios da humanização possibilita compreender a pessoa na sua totalidade, o que requer dos profissionais de saúde um envolvimento mais profundo com o sofrimento das mulheres, uma vez que esses são carregados de muita emoção e dor.

Considerando o que foi exposto, o objetivo deste estudo foi compreender as reações emocionais das mulheres durante o período de investigação do câncer de mama e no momento da comunicação do diagnóstico, bem como examinar os sentimentos despertados e a percepção sobre a doença em situação de um possível diagnóstico de câncer de mama.

Método

Delineamento

Estudo qualitativo de casos múltiplos, pautado na proposta de Yin (2010) que permite a investigação sistemática e exaustiva de casos individuais. Para esse autor, esse tipo de delineamento é recomendado sempre que o pesquisador tiver pouco controle sobre os acontecimentos e quando busca examinar um fenômeno em profundidade, dentro do contexto da vida real, como os sentimentos despertados no período de investigação da doença e a percepção da doença em situação de um possível diagnóstico de câncer de mama.

Participantes

Participaram três mulheres entre 46 e 54 anos, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, localizada em uma cidade de pequeno porte do interior de Santa Catarina, e que passaram pelo processo de investigação e diagnóstico de câncer de mama. A seleção das participantes foi por conveniência, esse tipo de seleção procura obter a melhor informação, no menor tempo possível e segundo as circunstâncias da pesquisa (Gil, 2009). As participantes foram contatadas quando iniciaram o processo de investigação da doença (nódulo), na primeira consulta. Nessa primeira etapa, foram entrevistadas 11 mulheres que tinham suspeita de diagnóstico de câncer de mama. Dessas, três mulheres tiveram a confirmação do diagnóstico, procuraram pelo resultado do exame e foram entrevistadas novamente. Das demais, duas não buscaram pelo resultado do exame e seis mulheres tiveram resultado negativo para câncer. A tabela 2 mostra as principais características sociodemográficas e clínicas das participantes.

Tabela 2

Características Sociodemográficas e Clínicas das Participantes

Características	Rosa	Tulipa	Margarida
Idade	50	54	46
Estado civil	Casada	Viúva	Casada
Cor	Branca	Branca	Branca
Número de filhos	Dois	Dois	Três
Ocupação	Doméstica	Agricultora	Servente
Renda familiar	Dois salários mínimos	Dois salários mínimos (+/-)	Dois salários mínimos
Escolaridade	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	Ensino médio
Religião	Católica	Católica	Católica
Estádio da doença	Estádio III	Estádio II	Estádio II

Instrumentos

a) Formulário de dados de caracterização da paciente (Flick, 2004) composto por questões sociodemográficas e clínicas (Anexo A).

b) Ficha de observação para anotação de campo (Minayo, 1999; Flick, 2004) composta por questões abertas para guiar a observação da pesquisadora no momento da coleta de dados. Envolve perguntas sobre linguagem verbal e não verbal da

paciente, rotina do trabalho no posto de saúde e interações entre pacientes e equipe (Anexo B).

c) Duas entrevistas semiestruturadas (Minayo, 1999) com perguntas fechadas e abertas: A 1ª Entrevista (Anexo C) foi realizada logo após a primeira consulta de investigação do nódulo e contemplou as seguintes questões: conte-me sobre o que veio fazer na consulta de hoje. Como se sente? Como notou que tinha caroço ou nódulo no seio (ou algum sintoma do câncer)? A senhora comentou com alguém sobre o nódulo? Qual foi sua reação ao dar-se conta disso (de imaginar-se com o caroço ou sentir)? O que a senhora pensa que pode ser? Em sua família, houve ou já tem algum caso semelhante ao seu (aparecimento de nódulos, sinais)? A senhora gostaria de falar sobre a situação da doença, o que tem acontecido? A 2ª Entrevista (Anexo D) foi realizada quando a paciente retornou à Unidade Básica de Saúde para a retirada dos exames. Esta foi realizada logo após a consulta com o médico e abordou questões como: A senhora recebeu o resultado dos exames? Qual foi o resultado e o que foi falado para a senhora? Neste tempo de espera (entre a nossa primeira conversa e hoje) como a senhora tem se sentido? O que a senhora pensa em fazer daqui para frente? Em relação a tudo o que conversamos até agora, quais são as suas perspectivas?

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

Foi realizado contato com o Diretor da Saúde e Equipe de Profissionais para verificar a possibilidade da realização da pesquisa na Unidade Básica de Saúde. Depois de aceito pelo Diretor da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), obtendo aprovação conforme Resolução 177/2011, projeto nº 11/178 (Anexo E). A coleta dos dados foi realizada nos meses de janeiro a junho de 2012, na Unidade Básica de Saúde, a qual disponha de um cronograma com agendamento de consultas para exames preventivos e específicos a cada serviço. Nos dias agendados para a consulta e prevenção do câncer, a pesquisadora se dirigia até a Unidade de Saúde e ficava a disposição para a coleta dos dados. Logo após a realização da primeira consulta com o médico, as pacientes eram encaminhadas para a entrevista com a pesquisadora, a qual explicava a proposta do estudo para a participante, era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F) e, em seguida preenchido o Formulário de Dados de Caracterização da Paciente (Anexo A). Esses dados eram preenchidos a partir do contato direto com as participantes e dos dados do prontuário. Foi utilizada uma Ficha de Observação

para Anotação de Campo (Anexo B) na qual eram anotados alguns dados durante o tempo de espera para consulta.

Cada participante foi entrevistada duas vezes. A primeira entrevista foi realizada no dia da consulta de solicitação de exames devido à suspeita de câncer de mama. A segunda entrevista foi realizada logo após a segunda consulta médica, quando a paciente retornou à unidade de saúde para a retirada dos exames, ocasião em que o médico comunicou o diagnóstico. Neste período de aproximadamente quatro semanas, algumas pacientes foram reencaminhadas para nova consulta devido à falta de médico e/ou para novos exames, conforme solicitação médica. O agendamento ocorria por ordem de chegada ou pela procura do serviço. Algumas pacientes agendavam para fazer os exames e não compareciam no dia marcado, o que dificultou a coleta dos dados. Os casos com resultado negativo para câncer não eram dados encaminhamentos. Os casos positivos e confirmados eram encaminhados para tratamento em um hospital especializado.

As entrevistas eram realizadas individualmente em uma sala reservada na Unidade de Saúde e duravam aproximadamente entre 30 e 50min. A devolução das entrevistas será repassada para a equipe de Saúde, em forma de palestra, no mês de dezembro de 2012. Duas participantes foram encaminhadas para acompanhamento psicológico na própria unidade de saúde.

Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, sendo examinadas de acordo com Yin (2010). Para esse autor, o estudo de caso permite compreender e fazer inferências sobre um fenômeno que está inserido num contexto social e que, portanto, não há controle. Na sequência, fez-se uma descrição abrangente de cada caso, os quais foram posteriormente, organizados em temáticas. Após, foram discutidos e integrados os casos através da síntese dos casos cruzados (Yin, 2010), destacando os fatos mais marcantes de cada participante, compondo-se em quatro momentos distintos: 1) Do período de investigação da doença à definição do diagnóstico; 2) Percepção sobre a doença; 3) Comunicação e impacto do diagnóstico e, 4) Relação entre profissionais de saúde, clientes e familiares. Essas temáticas foram interpretadas e analisadas com base no referencial teórico da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), do autor Rogers.

Resultados e Discussão

Caso 1 – Rosa¹

Rosa tem 50 anos, cor branca, casada, mãe de dois filhos, avó de dois netos, pertence à religião católica, dedicou-se sempre ao lar, estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Costuma fazer exames uma vez por ano, após descobrir seu primeiro nódulo na mama, que era benigno. Queixa-se de dor e desconforto desde que retirou o primeiro nódulo. Refere aumento progressivo de peso depois do segundo filho. Apresenta alto risco devido histórico familiar (prima e tia com câncer de mama), vida sedentária, sobrepeso e apresenta tecido da mama denso com alterações (exame físico). Na primeira consulta, Rosa chegou à unidade de saúde referindo cansaço físico e dores nas pernas. Enquanto aguardava ser chamada, demonstrou-se impaciente. Na entrevista, Rosa dizia não estar bem, sentia cansaço físico, desconforto no seio, no braço, várias vezes falou sobre suas preocupações em relação a esses sintomas. Refere que o médico disse, “que pode ter alguma coisa”. Estava triste, cabisbaixa, pensativa, parecendo não compreender muito bem o que estava acontecendo com ela: “A gente fica preocupada, né! O doutor acha que devo fazer os exames [...] a gente fica sem entendê, né!”. O silêncio permeava por alguns segundos e tinha as mãos em direção ao seio. Várias vezes, disse estar com medo, porque já havia presenciado a morte da tia e o sofrimento da prima. Referiu que: “a tia sofreu muito [...] morreu cedo, quarenta e poucos anos [...]”. Continuava a falar com voz trêmula, contou como foi a doença do câncer de mama com a sua prima que teve que retirar uma das mamas e que também sofreu muito. Rosa estava muito nervosa, estava sozinha, queixou-se da demora do atendimento e da falta de atenção por parte dos profissionais. Percebia-se ameaçada, o que reforçava a visão da possibilidade da doença como um estressor nesse período de investigação da doença e até mesmo a falta de apoio dos familiares e atenção dos profissionais de saúde. Rosa estava sozinha, num ambiente agitado, com poucas informações a respeito da doença e do que estava se passando com ela. Ao perguntar sobre a situação da doença da tia e da prima, ela refere que é difícil falar e volta-se para o silêncio, lágrimas caem. Era nítido seu sofrimento, sua dor. Rosa pedia desculpas e dizia estar preocupada, permanecemos em silêncio, até que pareceu encorajar-se e falar dos seus familiares, quando comenta: “não foi fácil, a tia perdeu tudo, digo os cabelo (sic), teve

¹ Os nomes utilizados são fictícios e foram modificados com o objetivo de assegurar a privacidade das participantes, assim como qualquer dado que pudessem identificá-las.

que tirá o seio né! Morreu bem nova, não gosto nem de lembra! E a prima teve que tirar o seio né!” Para Rosa, a experiência vivenciada retrata a morte, a mutilação do seio, lembranças más que a fazem sofrer. Referiu que a primeira vez que apareceu a bolinha (caroço) ficou um tempo sem buscar ajuda e não sabia o que podia ser. Assim se passaram quase dois anos até que um dia ela comentou com o esposo e, mais tarde foi ao posto de saúde. Morava no interior, distante de tudo e tinha que se deslocar até a cidade para ir ao posto de saúde. Na época, o médico que consultou não solicitou exames e, segundo ela “parecia que a bolinha tinha sumido”. Após algum tempo a “bolinha” voltou, Rosa retornou ao posto e o médico retirou, comentou que: “era um carocinho bem pequeno [...] não era câncer, acho que era o cisto”. Neste período não procurou opinião de outro profissional, já que esse médico não havia dado encaminhamentos ao caso. Quando questionada sobre algum tipo de auxílio, comenta que não teve nada: “só fui no doutor e as enfermeira né (sic)!”. Neste período de investigação da doença, entre a primeira e a segunda consulta, se passaram quase dois meses. Segundo ela, a demora foi devido à dificuldade em conseguir vaga para realizar os exames. Enquanto isso, não conseguia dormir de tanto pensar na possibilidade de ter câncer, estava muito preocupada. No dia da retirada dos exames, não havia médico para atendimento, e por isso ela teve que remarcar nova consulta. Na segunda consulta, Rosa teve a notícia do diagnóstico: lesão cancerígena. Foi solicitado procedimento cirúrgico com urgência. Rosa comentou que no momento da revelação do diagnóstico ela sentiu muita tristeza, chorou muito, como se “a casa tivesse caído”, e por vezes, desacreditou que tivesse a doença “ainda não parece que é, né! É triste isso, ninguém espera isso”. Ao falar, baixou a cabeça e chorou. Parecia estar em estado de choque com a revelação do diagnóstico. Permaneceu alguns minutos em silêncio. Após, com voz trêmula, bastante nervosa, disse: “Tirar logo isso né, isso revolta a gente, né! É triste!”. Rosa parecia revoltada com a doença, enfatizou que sua vida foi muito dedicada ao trabalho e que “veio ao mundo para sofrer”. Parece não encontrar ou ter perspectivas para o futuro, demonstra certa raiva da vida e conta com a ajuda divina. Ela diz: “Depende de Deus agora, vai fazê o quê, né! Depende de Deus! Mas é triste! A gente perde o chão, né! Não tem graça vivê, né! Se não se tem saúde, né!”.

Caso 2 - Tulipa

Tulipa tem 54 anos, é viúva (seu esposo havia falecido há sete meses), tem dois filhos adultos que residem com ela, é da religião católica, agricultora, estudou até a 4ª série do ensino fundamental. Refere estar em luto, apresenta-se bastante chorosa e triste. Comenta que a

atividade na agricultura é desgastante, faz muita força no braço devido à colheita do fumo, milho e feijão. Queixa-se do aparecimento de um caroço perto das axilas, inchaço em parte do seio e dor no braço direito. Tem histórico familiar de câncer de mama (tia). Refere bastante dificuldade para ler e entender os exames médicos. Na primeira consulta, segundo Tulipa, o médico solicitou exames de mamografia e outro que não soube informar para investigar o caroço e as dores. Em observação na ficha da paciente constava que o médico verificou presença de nódulo (caroço) e solicitou exames de mamografia e ultrassonografia das mamas direita e esquerda. Dizia sentir-se incomodada, ter dor quando apertava a mama, ao falar parecia preocupada e mostrou parte do corpo (próximo à axila), dizendo: “sinto que tem um carocinho”. Segunda ela, o caroço, apesar de pequeno, a incomodava. Sentia-se angustiada e com muito medo de estar com o câncer de mama: “dá um certo pavor que pode ser câncer... isso incomoda”. Notou que tinha o caroço no seio quando estava tomando banho, mas antes disso, já sentia dor e parecia que seu seio estava sempre inchado. Dizia sempre estar desconfiada que pudesse ser algo, porque quando trabalha bastante na lavoura, sente dor e incômodo. Ao descobrir o caroço, logo comentou com sua filha e depois foi ao médico. Enquanto Tulipa fala, deixa transparecer que está nervosa, gesticula muito, sua bastante, seca seu rosto (por várias vezes), caminha de um lado para outro, não consegue parar e permanecer sentada. Fala rápido e refere que desde que descobriu o caroço, nos últimos dias, ficou bastante preocupada. Diz: “tenho dor e parece que cresceu, inchou, mas não sei se é preocupação minha”. Em seus pensamentos, pensa no pior e “que pode ser câncer” porque em sua família já vivenciou essa doença. Seu pai teve câncer de pulmão e sofreu muito, tinha falta de ar e acabou falecendo. Ela ajudou a cuidar do seu pai. Refere: “A gente se revisava (sic) pra cuidar dele, mas ele sofreu muito, não tinha remédio que chega, tinha muita dor, até que Deus levou”. Após, fica em silêncio (pausa), seca as suas lágrimas. Ao lembrar da tia, comenta que foi triste e que a mesma teve a doença e retirou a mama, sofreu muito. Logo refere sua dor da perda do companheiro que morreu de derrame, fala sobre o luto e vontade de morrer. Diz: “Pra mim não... não ta fácil, eu perdi meu marido, faz sete meses (...). De lá pra cá, não me recuperei mais, penso todo dia que podia morrer também, não tem graça mais de viver, viver sem ele e sem saúde”. Baixa a cabeça e chora. Na ocasião da segunda consulta, agendada para um mês depois, ela não compareceu. Foi procurada pelos agentes de saúde e foi remarcada a consulta para dali uns dias, quando ela recebeu o resultado dos exames. Tulipa disse que o médico falou que ela tem uma neoplasia, que é câncer, e encaminhou-a para um centro de tratamento maior em outro município, onde há mais recursos para a retirada

do nódulo e tratamento. Parecia estar em estado de choque. Ao falar, chorava e dizia estar bastante nervosa. Percebo que está sozinha, ninguém a acompanhou. Entre a primeira consulta e a segunda, referiu que não tem passado muito bem, estava sempre nervosa, triste e que chorava muito. Enquanto falava, por vezes, sentava-se e levantava-se da cadeira, lágrimas desciam. Comenta que tem vontade de morrer e fala: “Tristeza, mais um susto!”. Diz não ter vontade de viver, demonstra desespero, chora e refere não ter mais perspectivas para continuar vivendo: “Não tem nada... morrê... só tristeza e doença”. Tulipa parece perder o sentido da vida, neste momento sua percepção é de finitude da sua própria vida, através da antecipação da presença da morte. O impacto da doença juntamente com outros problemas psicológicos como a morte do esposo a faz perder o controle e a vontade de continuar vivendo.

Caso 3 - Margarida

Margarida é uma senhora de 46 anos, casada, tem três filhos, trabalha como servente em uma escola pública. Trabalhou muitos anos na agricultura, e após seu casamento passou a residir no perímetro urbano. Nessa ocasião concluiu o ensino médio. Margarida não se lembra de ter familiares que tenham passado pelo câncer. Foi ao médico no mês de maio para fazer exames de rotina, consulta e mamografia periódica. O médico percebeu que ela tinha calcificações e anormalidade na mama, solicitou ultrassom da mama direita, com agulhamento, pediu que fizesse os exames com urgência. Margarida refere que saiu muito preocupada da primeira consulta foi pega de surpresa com a suspeita. Dizia não esperar que tivesse algo, enquanto falava se desesperava e chorava ao mesmo tempo. Referiu que vai fazer os exames de forma particular, porque pelo SUS demoraria muito tempo para ter o resultado do exame. Parecia querer resolver logo a situação e saber se está com a doença ou não. Dizia não sentir sintomas, porém se dá conta que às vezes percebia que tinha caroços na mama, que pensava estar relacionado ao período menstrual. Disse: “Mas fiquei extremamente nervosa, porque não sinto nada assim [...], só percebia que às vezes tinha umas bolas [...] mas como era perto da menstruação a gente sempre acha que não é nada”. Ao receber a notícia que poderia ter câncer, diz viver um pesadelo, pois jamais pensava que poderia estar com algo. Comenta angustiada: “[...] parece um pesadelo, foi como um balde de água fria, tu não tem nada e [...] de repente tu ta ai, com uma coisa, que não se sabe o que vem pela frente”. Margarida refere que chegou a comentar com a cunhada, que é enfermeira, que sentia o seio mais encaroçado, doído, mas sua cunhada disse ser normal, e foi deixando o tempo passar. Refere o tempo todo

querer saber o que tem: “quero fazer os exames logo, fazer a biopsia logo pra ver o que tem, vou fazer particular, pra ser logo, me falaram que pelo SUS tem que entra na fila de espera e que demora, então vou dar um jeito de fazê (sic) particular”. Segundo Margarida, foi tudo muito rápido, não sentia nada e de repente a mamografia aponta manchas crescendo, calcificação e bastante calcificação. Neste momento, fala e demonstra seu nervosismo, parece estar com muita pressa de sair do local e ao mesmo tempo de resolver a sua situação. Talvez por não ter histórico familiar, parece não imaginar-se com a doença, que é algo muito distante, e por isso mostra-se impaciente em saber o resultado. Margarida encaminhou os exames já na semana seguinte, uma parte pagou particular e outra conseguiu pela unidade de saúde, e teve sempre o apoio da família. Na segunda consulta, recebeu o resultado e constatou-se uma neoplasia maligna. Segundo Margarida, apesar da rapidez no diagnóstico, o tempo parecia não passar devido à angústia. Entre a primeira conversa até a segunda, Margarida comenta que todo dia pensava no que poderia ter, não conseguiu mais ficar em paz, pensava na possibilidade de estar com a doença, não conseguia se alimentar direito, não trabalhou mais, chegou a emagrecer. Margarida é alta, magra, percebem-se olheiras e ansiedade ao falar, é visível a perda de peso entre a primeira e a segunda entrevista e o descontrole emocional, ao falar chora muito. Refere seus sentimentos sobre a mama: “A sensação é que não podia nem encostar ali (mostra o seio direito) parecia que já tinha algo, sentava na mesa e não descia a comida, emagreci já bastante”. Relata que pretende cuidar-se e daqui para frente vai fazer o tratamento como o médico encaminhou, tem muita vontade de viver. Conta momentos felizes vividos com os filhos. Parece que quando fala de família, acalma-se: “Desde o primeiro dia, da primeira consulta, que voltei pra casa, tive bastante apoio da família, de lá onde trabalho, em casa dos filhos, todos me falaram que se fosse uma doença iam me apoiar”. Também refere o desânimo que sente às vezes, mas logo comenta que agora vai cuidar da sua saúde. Tem expectativas e está ciente de que a medicina a auxiliará, porém que ela tem uma parcela importante no tratamento se ajudando e fazendo-o de forma correta. Refere que o médico disse: “50% é o tratamento e 50% é minha parte, eu vou fazer [...] o que ele disse, se cuida”. Nota-se que ficou claro para Margarida a orientação do médico. Diz pensar muito nos filhos que ainda precisam dela. Percebe-se que neste momento os sentimentos falam mais alto e desperta o choro, a tristeza, o impacto da doença, o sentido da vida, da família, do trabalho até acalmar-se pelo silêncio.

Síntese dos casos cruzados

O objetivo deste estudo foi compreender as reações emocionais das mulheres durante o período de investigação da doença do câncer de mama e no momento da comunicação do diagnóstico. Além disso, se propôs a examinar os sentimentos despertados e a percepção da doença em situação de um possível diagnóstico de câncer de mama. A partir dos três casos relatados, foi possível verificar quatro momentos distintos e fundamentais para as participantes e que serão discutidos aqui: 1) Do período de investigação da doença à definição do diagnóstico; 2) Percepção sobre a doença; 3) Comunicação e impacto do diagnóstico; 4) Relação entre profissionais de saúde, clientes e familiares.

Sobre o período de investigação da doença à definição do diagnóstico, nos três casos estudados a experiência vivenciada pelas mulheres teve uma sequência de eventos angustiante e possivelmente traumatizante. Rosa e Tulipa haviam presenciado o câncer em suas famílias e o sofrimento de quem passou por isso, e pareciam ter pouco apoio dos familiares. No caso de Margarida, não havia histórico familiar de câncer, e ela tinha apoio e incentivo da família, bem como dos colegas de trabalho o que resultou em perspectivas de vida e cuidado com a doença. De acordo com Helman (2003) e Silva (2005), esses eventos ou caminhos percorridos durante a investigação da doença dependem de vários fatores, tais como a forma como a mulher sente ou percebe os sinais da doença, o que muitas vezes é confuso para a pessoa. Margarida, por exemplo, percebia os sinais da doença (caroços) próximo ao período menstrual, mas a interpretação desse sinal era confuso e percebido como normal, talvez até por falta de conhecimento. Já Rosa havia retirado há algum tempo um caroço e, mesmo assim, não soube dizer se na época era câncer ou cisto mamário o que denota o não conhecimento da doença. Da mesma forma, Tulipa que já tinha histórico familiar de câncer na sua família, referiu bastante dificuldade para entender os exames médicos. Assim, a falta de conhecimento e de compreensão dos sinais da doença pode prejudicar muito a saúde da mulher. O processo saúde-doença pode ser melhor entendido quando o consideramos como parte da experiência cultural da pessoa. Assim, deve-se considerar o sistema fisiológico e o sistema emocional, considerando o corpo e mente integrados, respeitando os sentimentos da pessoa, seus medos, suas ideias a respeito do que sente, suas raízes e suas expectativas em relação ao médico o que favorece a aceitação da doença e, conseqüentemente, o tratamento (Stewart et al. 2010). Nesse sentido, esse olhar diferenciado pode favorecer a mulher, que passa a ter atitudes mais

positivas em relação à doença, sendo capaz de viver e elaborar as suas próprias experiências, utilizando seus próprios recursos potenciais (Rogers, 2004).

Nos três casos apresentados, são visíveis as dificuldades socioeconômicas, de acesso ao tratamento, fragmentação da assistência e, principalmente a demora nos atendimentos e nos resultados dos exames, tanto que Margarida faz exames particulares para ter acesso ao diagnóstico mais rapidamente. Esses problemas são comuns ainda no Brasil (Skaba, 2003; Helman, 2003 & Silva, 2005), e prejudicam as mulheres no período da investigação da doença e também durante o tratamento. Como podemos, notar as mulheres, ao tomarem conhecimento do diagnóstico já estavam num estágio avançado do câncer (Estádio II e III). O diagnóstico tardio também aumenta o estresse da mulher, os custos do tratamento, assim como diminui as chances de cura. A prevenção, o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama podem auxiliar no controle da doença (INCA, 2011; Nazário & Kemp, 2007; Silva & Riul, 2011).

As mulheres, ao descreverem a experiência e o sofrimento vivenciado no período da investigação e na espera dos resultados dos exames, apresentaram reações e sentimentos variados, como ansiedade, medo, pânico, angústia, desamparo e incertezas preenchidas por pensamentos negativos, já encontrados em outros estudos. Saegrov e Halding (2004) observaram que o período de espera do diagnóstico é considerado como um agravante de crise, tensão e incertezas. Bergamasco e Ângelo (2001), também identificaram que os sentimentos de incerteza e desconfiança quanto à suspeita de estar com câncer de mama gera desconforto e pode ser traumático, ainda mais se for prolongado ou se acaba com a confirmação do diagnóstico, já que o câncer é considerado uma doença ameaçadora à vida. O diagnóstico de câncer pode ser compreendido pelas mulheres como uma experiência dramática, algo inesperado e conflitante que leva a mulher a confrontar o mais primitivo dos medos humanos, ou seja a experiência pessoal da morte, a finitude da vida como constatado nos casos de Rosa e Tulipa (Saegrov & Halding, 2004; Silva 2005).

Com relação à percepção sobre a doença, tanto Rosa como Tulipa experienciaram o câncer em sua família de uma forma drástica e delicada, talvez por isso, o receio de iniciar uma jornada amedrontadora, estar com o câncer e passar por caminhos íngremes e incertos. É nítida a apreensão e o medo diante da realidade da doença, suas falas vem associada a morte dos familiares. Essa percepção é representada por sinais de ansiedade, angústia, incertezas e desconfiança, momentos difíceis preenchidos por pensamentos negativos como medo e pânico da doença, que refletem a experiência e a dor já vivenciada (Bergamasco e Ângelo,

2001). Mesmo Margarida, que não tem histórico de câncer na sua família, percebe a doença com indignação ao mesmo tempo que parecia sentir-se distante dela. Essa é uma atitude que também pode repercutir em seu próprio processo saúde-doença decorrente da ansiedade e indignação gerada pelo esforço emocional em tentar compreender o que está por vir. No contexto da ACP, considera-se a história de vida da pessoa, uma vez que a percepção da doença também é fruto de um processo histórico e cada mulher percebe o seu estado de saúde de acordo com as suas raízes, sua cultura, sua vivência e a forma de sentir-se e olhar-se internamente e externamente (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Rogers, 2004; Stewart et al., 2010). Conforme o relato de Rosa, pela primeira vez que percebeu o caroço (bolinha) ficou muito tempo sem buscar auxílio médico (quase dois anos) e ao procurar o médico, este não solicitou exames e muito tempo depois percebeu novamente o caroço, que foi retirado. Porém, constata-se que na sua fala não ficou claro para Rosa qual foi seu primeiro diagnóstico. Como referenciado por Skaba (2003), as mulheres procuram pela assistência médica, mas às vezes são orientadas apenas a monitorar os sintomas sem que a investigação seja feita. No entanto, a doença neste período pode estender-se diminuindo as chances de cura ou o controle da doença. Para Azevedo e Lopes (2005) e Coberlini (2001), as vivências das mulheres no processo de descoberta do câncer de mama ocorre de uma forma bastante dolorosa e solitária, pois cada mulher traz consigo a sensação da incerteza do prognóstico e muitas entram em pânico e desespero por considerar a doença como devastadora, levando ao fim da vida. Assim, vivenciam o processo da doença passando por momentos difíceis e impactantes, carregados de muita emoção e sofrimento. No entanto, esses mesmos autores, apontam que as mulheres têm o desejo de falar, serem ouvidas, acolhidas e respeitadas pelos profissionais de saúde, o que requer destes um envolvimento mais profundo com o sofrimento das mulheres. Desta forma, a saúde centrada na pessoa pode ser vista como um método de promoção de saúde mais adequado ao mundo da pessoa em estado doentio, pois entende que dar atenção a pessoa favorece a ela tomadas de decisão quanto a aceitabilidade da doença, comprometimento com o tratamento, estabelecimento de autoconfiança entre profissionais da saúde e cliente, assim conseguem desempenhar no tratamento e no âmbito da saúde práticas mais compreensivas e humanizadas (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010).

Conforme Rogers (1999, 1975), a pessoa tem condições de melhorar sua saúde, uma vez que ela possui dentro de si, os recursos necessários à sua recuperação, mas para isso necessita admitir seus sentimentos e suas reações, aceitando-se. Da mesma forma, refere Tillich (2010), ao aceitar-se o ser humano consegue viver de maneira mais saudável e assim

enfrentar seus problemas e obstáculos. Frente ao abismo e à ameaça, o ser humano, tenta fugir desta condição de angústia, a qual lhe proporciona certos sentimentos como a própria melancolia diante da morte (Tillich, 2010). No entanto, a importância de acolher e escutar o ser humano em todas as suas dimensões é fundamental (Rogers, 1975), o que pode ser proporcionado através do cuidado centrado na pessoa, mais precisamente da “saúde centrada na pessoa” (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010), pois favorece um conhecimento complexo e integrado do ser humano. Nos três casos estudados, a possibilidade de estar com a doença, gerou pavor, medo, e angústia, porém nota-se que o apoio familiar, como no caso de Margarida, proporciona conforto. Assim, a percepção e a compreensão que elas têm da doença, o relacionamento com seus familiares, as questões culturais, religiosas e hábitos de vida devem fazer parte do tratamento (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Stewart et al., 2010). Além disso, quando compreendidas de forma integrada pelos profissionais de saúde, as mulheres aceitam melhor a doença, comprometem-se com o tratamento, cria-se um clima favorável de confiança, o que auxilia na recuperação da mulher e também nas intervenções dos profissionais de saúde (Azevedo & Lopes, 2005; Coberllini, 2001).

Com relação à comunicação e impacto do diagnóstico, pode-se perceber, no primeiro momento, o desespero pela ameaça concreta da morte. O impacto da doença traz um profundo sofrimento psicológico, desespero e pode dar um novo sentido da vida. Rosa, no momento da revelação do diagnóstico, sentiu muita tristeza, desespero, como se a vida estivesse acabando. Tulipa declarou vontade de morrer, parecia querer antecipar a morte, inclusive porque ainda estava em processo de luta pela perda do esposo. Para Rogers (1975), admitir tais sentimentos e permitir-se aceitar é a forma mais saudável de viver os obstáculos da vida. Tillich (2010) afirma que, frente ao abismo e ameaça, o ser humano, tenta fugir desta condição a qual lhe proporciona certos sentimentos como a própria melancolia diante da morte e a finitude da vida. No entanto, para Rogers e Tillich (2008), o indivíduo necessita admitir seus sentimentos, estar atento aos seus sinais, estar sensível às suas reações. A vontade de morrer de Tulipa, de acordo com Tillich (2010), pode ocorrer devido a vontade de fugir dessa condição. Já, Margarida refere o desânimo em relação a doença, porém demonstra perspectivas em relação ao tratamento. Percebe-se que os seus sentimentos falam mais alto, também desperta o choro, a tristeza, o impacto da doença, mas ao mesmo tempo refere cuidar-se, fazer o que o médico solicitou, conta com o apoio da família, dos colegas de trabalho e assim consegue acalmar-se. Observa-se também que Margarida busca um sentido para a vida após a descoberta da doença. Para Rogers (1975) o ser humano tem dentro de si forças

interiores e pode sair dessa condição, basta ser facilitado a ele. Como podemos constatar na reação de Margarida, ela encontrou apoio familiar, dos amigos e reagiu a doença. Portanto, a abordagem centrada na saúde proporciona condições favoráveis à pessoa, basta ela encontrar apoio e olhar-se internamente, permitindo que reveja e busque suas forças interiores. (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Stewart et al., 2010; Rogers 1975).

Quanto à relação entre os profissionais de saúde, clientes e familiares, destaca-se as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em comunicar-se com o médico, as dificuldades por parte dos médicos em comunicar o diagnóstico e tratamento aos clientes e a própria dificuldade que os clientes encontram em relação aos seus familiares. Nos casos de Rosa e Tulipa, ambas parecem não entender o que o médico explicou. Para Rosa foi solicitado novos exames, porém não sabia esclarecer o porquê, ela também não soube explicar o que havia retirado do seu seio há algum tempo atrás. Nesse caso, observa-se a falta de orientação adequada e talvez a falta de comunicação e maiores esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde e a falta de apoio dos familiares para ajudá-la a buscar respostas. Da mesma forma, Tulipa o estado emocional já debilitado pela viuvez possivelmente piorou a forma como recebeu e compreendeu seu diagnóstico e prognóstico. No caso de Margarida, apesar da surpresa com o diagnóstico, parece ter entendido a explicação do médico e contar com o apoio dos familiares. Silva et al. (2011) referem que durante a consulta e revelação do diagnóstico, existe a presença de ansiedade que surge tanto por parte do médico, do cliente e dos familiares, pois a doença e o tratamento em si, são geradores de tensão emocional. Em função disso, se faz necessário fomentar a comunicação e a relação entre médicos, outros profissionais de saúde, clientes e familiares, o que pode auxiliar de forma positiva a melhorar o estado emocional do cliente e, conseqüentemente sua saúde. Nos casos estudados, possivelmente houve dificuldades na construção de vínculos entre médico-cliente, dificultado pela morosidade no atendimento e encaminhamento dos exames. Observa-se que tanto Rosa como Tulipa não se sentiram acolhidas, nem mesmo pelos seus familiares. Já Margarida, apesar da má notícia, consegue força e logo refere o apoio dos familiares, dos colegas de trabalho o que acalma e faz encontrar sentido na vida. No entanto, o apoio familiar, o atendimento humanizado e o suporte emocional são de grande relevância durante todas as fases do tratamento assim como, a adequada intervenção psicológica (Silva et al., 2011). Como se pode perceber neste estudo, as mulheres vivenciaram o processo da doença passando por momentos difíceis, impactantes principalmente, no momento da comunicação da doença. Esses momentos foram carregados de muita emoção e sofrimento (Azevedo & Lopes, 2005;

Coberlini, 2001). Contudo, os profissionais de saúde ao atenderem as mulheres precisam ter uma boa relação, serem empáticos, genuínos, serem eles mesmos, sem usar nenhuma capa ou fachada pessoal, isso proporcionará maior crescimento ao cliente. Isso requer na relação entre os profissionais da saúde, cliente e familiares um maior vínculo, assim como sentir de forma precisa os sentimentos e os significados da doença vivenciados pelo cliente por meio do atendimento humanizado (Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Rogers, 2004).

Portanto, a ACP vem auxiliar as pessoas em estado doentio, uma vez que possibilita uma acolhida diferente através da escuta autêntica, empatia, autoconfiança, assim como proporciona um atendimento mais centrado nos seus problemas, que diretamente afetam o seu estado de saúde e conseqüentemente pioram o quadro da doença (Freire, 2010; Guedes, Pereira & Quaresma, 2010; Rogers 1975; Stewart et al., 2010). Assim, cuidar e tratar a saúde da pessoa, não é refratar a pessoa pela doença em partes, seja do braço, da mama ou de alguma parte do corpo, assim como neste dizer: Tulipa: “você tem uma neoplasia mamária, que é câncer”. Isso reduz a pessoa à doença e aos sintomas. É preciso ir muito além disso, sentir a pessoa na sua totalidade e prepará-la para receber o diagnóstico, através da boa relação e do atendimento humanizado (Guedes, Pereira & Quaresma 2010; Rogers, 2004; Stewart, et al. 2000), assim como é necessária uma boa relação e apoio dos familiares, auxiliando a mulher na luta contra a doença, suprimindo carências emocionais o que ajuda ela a aceitar melhor a doença e o tratamento (Caetano, Gradim & Santos, 2009; Rogers, 2004).

Em suma, este estudo mostrou a importância e a necessidade de um atendimento humanizado com essas pacientes. Observou-se também, a falta de habilidade e de tempo dos profissionais da área da saúde em lidar com as pacientes e comunicar o diagnóstico, a falta de conhecimento e ignorância das mulheres em relação à doença, dificuldades socioeconômicas, dificuldades de acesso à saúde, morosidade no atendimento e investigação do diagnóstico, falta de um ambiente adequado para comunicar o diagnóstico e a grande necessidade de instruir as pessoas em relação a doença. A doença já instalada causa altos gastos e danos muitas vezes irreversíveis à saúde da população, e o foco na prevenção poderia reverter essa verba em prevenção e promoção da saúde da população. Nesse sentido, a Abordagem Centrada na Pessoa e a Psicologia Humanista podem contribuir para a melhora da saúde de mulheres acometidas pelo câncer de mama, assim como de outras doenças, independente de gênero, raça ou idade. A ACP poderá propiciar aos profissionais da saúde através de cursos, capacitações maior flexibilidade no atendimento voltado ao tratamento, com base no desejo da pessoa; permitir que a pessoa doente seja acolhida e expresse seus sentimentos; instruir os

profissionais da saúde a partir de capacitações com relação ao atendimento e acolhida às pessoas; fornecer subsídios para a formação dos profissionais de saúde, através de cursos e formações para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e demais profissionais que trabalham diretamente com educação, ensino e formação de pessoas, assim como colaborar com a comunidade científica, fornecendo subsídios de como a ACP pode facilitar e promover mudanças pessoais e profundas na vida das pessoas, proporcionando melhor qualidade de vida, crescimento e desenvolvimento humano nas dimensões biopsicosocioespirituais.

Considerações Finais

Ao longo deste estudo, foi possível compreender como se dão as reações emocionais das mulheres durante o período de investigação da doença do câncer de mama e no momento da comunicação do diagnóstico, bem como entender os sentimentos e as reações emocionais despertados com a confirmação do diagnóstico do câncer de mama. A partir da discussão dos dados, entendemos que as mulheres compreendem a dimensão da sua doença pelo conhecimento que elas têm. No entanto, é de fundamental importância considerar as suas raízes, sua cultura, sua singularidade e, principalmente o seu jeito de ser. Durante o período de investigação da doença à descoberta do diagnóstico a mulher passa por momentos difíceis como: insegurança em relação à vida, ideias recorrente a morte, medo intenso da doença, perda de sentido da vida e às vezes em decorrência da doença dão até um novo sentido a vida. Reações que influenciam o estado emocional, físico e social da mulher. Também foram identificadas as dificuldades que as mulheres enfrentam até descobrirem o diagnóstico da doença, já que depende de vários fatores, decorrentes dos aspectos socioeconômicos, das dificuldades de acesso ao tratamento, morosidade no atendimento, precariedade do sistema, fragmentação da assistência e, principalmente a demora nos atendimentos e nos resultados dos exames. Esses são alguns dos fatores levantados que prejudicam e retardam o diagnóstico da doença e, quanto mais tarde for descoberto menor são as chances de cura. E, como podemos constatar no estudo, até as mulheres descobrirem o diagnóstico já estavam num estágio bem avançado da doença. No entanto, este estudo também vem salientar a importância da prevenção do câncer e do atendimento humanizado, tendo em vista o déficit existente nas informações prestadas às mulheres, pela não compreensão por parte das mulheres em relação à doença e pela dificuldade do atendimento integral a mulher.

Retomando nossas inquietações quanto ao atendimento prestado as mulheres com câncer, mais uma vez, enfatizamos que o processo saúde-doença pode ser melhor compreendido e trabalhado no âmbito da saúde, quando considerarmos parte da experiência pessoal e cultural da pessoa. Essa compreensão pode ser guiada pela abordagem centrada na pessoa, uma vez que leva em consideração a biologia e as emoções, considerando o corpo, a mente, os sentimentos da pessoa e, especialmente, seus medos e suas ideias a respeito do que sente. Aspectos que auxiliam a mulher na aceitação da doença e, conseqüentemente, o tratamento. Nesse sentido, o cuidar humanizado favorece a mulher, pois ela passa a ter atitudes mais positivas em relação à doença, sendo capaz de viver e elaborar as suas próprias experiências, utilizando seus próprios recursos potenciais como referenciado por Rogers. A partir dos casos estudados, foi possível compreender que os dados fornecidos pelas mulheres corroboram com a literatura quando relacionados ao impacto do diagnóstico e as reações que estas apresentam em decorrência da doença. No entanto, o estudo é composto por poucos casos, o que dificulta a generalização dos resultados, mas acredita-se que este possa auxiliar as pessoas no processo do adoecimento, assim como propor aos profissionais de saúde, cuidadores e gestores um olhar mais humanizado no atendimento as pessoas, bem como desenvolver estratégias que proporcionem ações mais positivas em relação ao cuidado, prevenção e tratamento. Enfim, ao encerrar este estudo, não tivemos a pretensão de esgotá-lo, pois percebemos como inesgotável, e muitos são os desafios em se tratando de saúde-doença. Assim, as reflexões suscitadas poderão servir para novos estudos sobre essa temática, melhorando o sistema de saúde e contribuindo para melhor qualidade de vida da população.

Referências

- Araújo, I. M. A. de, & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, (12)4, 664 - 671.
- Azevedo, R. F., & Lopes, R. L. M. (2005). Merleau-Ponty e a Compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. *Revista de Enfermagem*. UERJ,13, 188-93.
- Barbosa, C. R. M., Ximenes, L. B., & Pinheiro, K. A. B. (2004). Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. [Versão Eletrônica]. São Paulo: Acta Paulista. *Enfermagem*, 17(1), 18-24.

- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Caetano, A. C., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. S. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista de Enfermagem*, 17(2), 257-261.
- Carvalho, M. V. B., & Merighi, M. A. B. (2005). O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 13(6), 951-959.
- Cavalcanti, D. R. (2005). Comunicação do diagnóstico de doença grave (câncer) ao paciente: Quem? Quando? Como? Por quê? *Pan-American Family Medicine Clinics*, 1(1), 41-45.
- Corbellini, V. L. (2001). Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 22(1), 42-68.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Freire, E. (2010). Psicoterapia Centrada na Pessoa: uma jornada em busca de auto-realização e plenitude. In F. C. S. Klöckner. *Abordagem centrada na pessoa: a psicologia humanista em diferentes contextos* (pp.15-28). Londrina: PR: Unifil.
- Fontes, C. A. S., & Alvim, N. A. T. (2008). Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 346-354.
- Gil, A.C. (2009). *Estudo de Caso*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, C. H. R., Silva, P. V., & Mota, F. F. (2009). Comunicação do diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(2), 139-143.
- Guedes, A. D. S., Pereira, M. E. F. & Quaresma, R. D. S. M. (2010). Saúde Centrada na Pessoa. *Revista Científica ESAMAZ*. Belém, 1(2), 8-23.
- Hadjisavvas, A., Loizidou, M. A., Middleton, N., Michael, T., Papachristoforou, R., Kakouri, E., Daniel, M., Papadopoulos, P., Malas, S., Marcou, Y., & Kyriacou, K. (2010). An investigation of breast cancer risk factors in Cyprus: a case control study. *BMC Câncer*. (10) 447, 01-10.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde, doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2004). Normas e Recomendações do Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(2), 77-90.

- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2010). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2011). *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro.
- Lenzi, D. R. Parker, D. W, Buchman, P., & Cohen. (2002). Patient Perceptions of Oncologist-Patient Communication About Prognosis: Changes From Initial Diagnosis to Cancer Recurrence. *Health Communication*, 26(1), 48-58.
- Lopes A., Iyeyasu, H., & Castro, R. M. R. P. S. (2008). *Oncologia para graduação* (Orgs.). São Paulo: Tecmedd.
- Maluf, M. F. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro. 51(2), 149-154.
- Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Morgan, P. D., Mock, V., Rose, L., & Fogel, J. (2004). African American Women's Emotional Responses to Breast Cancer. *Journal International and Interdisciplinary - Women's Health & Urban Life*. Toronto. 3(1), 56-73.
- Nazário, A. C. P., & Kemp, C. (2007). Câncer de mama. In A. C. Lopes (Eds.). *Diagnóstico e tratamento*. Barueri, SP: Manole. 3(1), 692-709.
- Oliveira, M. E., Fenili, R. M., Zampieri, M. F., & Martins, C. R. (2006). *Un ensayo sobre la comunicación em los cuidados de enfermería utilizando los sentidos*. *Enfermagem Global*. (8), 1-7.
- Perdicaris, A. A. M., & Silva, M. J. P. (2008). A comunicação essencial em oncologia. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. de C. Macieira, M. T. Veit, et al. (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 403-413). São Paulo: Summus.
- Rennert, G. (2006). Breast Cancer. In. Freedman L. S., Edwards, B. K., & Ries, L.A. *MECC Monograph*. (Chapter 8). Young JL. Bethesda: NIH Pub, 06(5873),73-81.
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro. 32(1), 90-97.
- Rogers, C. R. (1975). *Terapia Centrada no Paciente*. São Paulo: Moraes Editores.

- Rogers, C. R. (1999). A Reformulação de Sentimentos. A Pessoa Como Centro – *Revista de Estudos Rogerianos*. Ed. APPCPC: Lisboa, 3, 9-12.
- Rogers, C. R. (2004). A essência da psicoterapia: momentos de movimento. In Santos, A. M. D., Rogers, C. R., Bowen, M. C. V.B. *Quando fala o coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa* (pp. 14-23). São Paulo: Vetor.
- Rogers, C. R., & Tillich, P. (2008). Diálogo entre Carl Rogers e Paul Tillich (M. R. Janzen, Trad.). *Revista da Abordagem Gestáltica*. Goiânia. 14(1), 121-127.
- Saegrov, S., & Halding, A. G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer*. Oxford, 13(2), 145-153.
- Skaba, M. M. V. F. (2003). *Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica*. Tese de Doutorado. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro.
- Silva, V. C. E. (2005). *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).
- Silva, C. M. G. C. H., Rodrigues, C. H. S., Lima, J. C., Jucá, N. B. H., Augusto, K. L., Lino, C. A., Carvalho, A. G. N., Andrade, F. C., Rodrigues, J. V., & Caprara, A. (2011). Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza – CE. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(1), 1457-1465.
- Silva, L. C. da. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Revista Psicologia em Estudo*, 13(2), 231-237.
- Silva, P. A. da, & Riul, S. S. (2011). Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1016-1021.
- Stewart, M. (2000). Towards a global definition of patient centred care: the patient should be a judge of patient centred care. *BMJ*, 322(7284), 444-445. Stewart M, Brown J. B., Donner A., McWhinney I. R., Oates J, Weston W. W, Jordan J. J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J. Fam. Pract.* 49(9), 796-804.
- Stewart. M., Brown, J.B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2010). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. (A.T. Burmeister, Trad.), Porto Alegre: Artmed.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J., (2000). The impact of patient-centered care on patient outcomes. *Journal of Family Practice*. 49(9), 796-804.

Tillich, P. (2010). A concepção do homem na filosofia existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica*. Goiânia, 16(2), 229-234.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Outras Referências da Dissertação

- Araujo, I. M.A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 12 (4), 664-671.
- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Guedes, A. D. S., Pereira, M. E. F., & Quaresma, R. D. S. M. (2010). Saúde Centrada na Pessoa. *Revista Científica ESAMAZ*. Belém, 1(2), 8-23.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2011). *Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA.
- Regis, M.F., & Simões, M. F. (2005). Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 7(1), 81 – 86.
- Rogers, C. R. (1975). *Terapia Centrada no Paciente*. São Paulo: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (2004). A essência da psicoterapia: momentos de movimento. In Santos, A. M. D., Rogers, C. R., Bowen, M. C. V.B. *Quando fala o coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa* (pp. 14-23). São Paulo: Vetor.
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., & Freeman, T. R. (2010). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. (A.T. Burmeister, Trad.), Porto Alegre: Artmed.

Anexo B - Ficha de Observação para Anotação de Campo

Nome da pesquisa:

Pesquisadora:

Orientadora:

Programa: Pós-Graduação em Psicologia Clínica – Nível Mestrado

Nome da participante: _____

Local: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

1. Quem está presente com a paciente? Como se caracteriza?

2. Comportamento das pessoas e linguagem corporal (o que fazem ou dizem).

3. Rotina da unidade da saúde (funcionamento).

4. Atendimento e formas de comunicação entre profissional e paciente ou vice-versa.

5. Outros aspectos observados (sociais, ambientais, culturais, psicológicos):

**Anexo C - Entrevista 1 - Experiência de estar com suspeita de câncer de mama:
momento da investigação da doença**

1. Conte-me sobre a senhora e o que veio fazer na consulta de hoje.
2. Como se sente?
3. Como notou que tinha caroço ou nódulo no seio (ou algum sintoma do câncer)?
4. A senhora comentou com alguém sobre o nódulo?
5. Qual foi sua reação ao dar-se conta disso (de imaginar-se com o caroço ou senti-lo)?
6. O que a senhora pensa que pode ser?
7. Em sua família, houve ou já tem algum caso semelhante ao seu (aparecimento de nódulos, sinais)?

() Não () Sim. Com quem? _____
8. A senhora gostaria de falar sobre a situação da doença, o que tem acontecido?

Anexo D - Entrevista 2 - A revelação e o impacto do diagnóstico do câncer de mama

1. A senhora recebeu o resultado dos exames:

() Não () Sim

2. Qual foi o resultado e o que foi falado para a senhora?

3. Neste tempo de espera (entre a nossa primeira conversa e hoje), como a senhora tem se sentido?

4. O que a senhora pensa em fazer daqui para frente?

5. Em relação a tudo que conversamos até agora, quais são as suas perspectivas?

Anexo E – Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO 177/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 11/178 **Versão do Projeto:** 19/12/2011 **Versão do TCLE:** 19/12/2011

Coordenadora:

Mestranda Marli Kasper Rex (PPG em Psicologia)

Título: O processo de investigação do câncer de mama: contribuições da abordagem centrada na pessoa.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 19 de dezembro de 2011.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

Anexo F - Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Sou a psicóloga Marli Kasper Rex (CRP 12/07447), mestranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, sob a orientação da Prof. Dra. Elisa Kern de Castro (CRP 9533/07). Estou realizando uma pesquisa cujo propósito é compreender as reações emocionais em mulheres que estão em processo de investigação de nódulo no seio. Os resultados dessa pesquisa proporcionarão um maior conhecimento do tema e darão subsídios para posterior intervenção psicológica com pacientes que possam passar pela mesma situação que a senhora.

Sua participação na pesquisa implicará o preenchimento de uma ficha de dados. Essa ficha será preenchida por mim em sua companhia e também a partir dos dados do prontuário. Serão realizadas duas entrevistas, as quais serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise. Todos os dados e informações obtidos na entrevista serão confidenciais e ficarão arquivados por um período de 5 (cinco) anos, sob os meus cuidados. Os dados poderão ser divulgados em publicações de caráter científico, no entanto, eles serão apresentados sempre de maneira geral, com informações fictícias das participantes, preservando o anonimato e a identidade.

A pesquisa não implicará qualquer risco para a senhora. Caso experimente algum desconforto ao tratar do assunto relacionado à sua saúde, seus sentimentos e sobre o resultado da investigação, não precisará responder a essas questões. No entanto, a sua participação no estudo possibilitará que fale a respeito dos seus sentimentos, sendo um momento benéfico e de reflexão sobre a sua saúde. Caso não se sentir bem e se for da sua vontade, poderá ser encaminhada para acompanhamento psicológico.

Dessa forma, convido-a a participar da pesquisa, e peço sua autorização através da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Ressalto que a participação na pesquisa é totalmente voluntária e em qualquer momento, poderá retirar sua autorização de participação ou desistir da pesquisa, sendo que isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Estou à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto através dos telefones: (51) 3590-8121 Ramal: 2229 ou (51) 93286381 com Elisa Kern de Castro ou pelo e-mail: elisakc@unisinos.br ou (49) 9977-0932 com Marli Kasper Rex.

_____, ____ de _____ de 2012.

Marli Kasper Rex

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 21/12/11
.....
.....

Eu _____ (nome da participante), declaro que fui informada sobre os objetivos da pesquisa e aceito participar dela.

_____, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da participante