

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional
Curso de Psicologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**O apoio psicológico no diagnóstico e no viver com câncer ginecológico:
um estudo de caso**

Mariana da Cunha Aires

Pelotas
Julho, 2019

Mariana da Cunha Aires

**O apoio psicológico no diagnóstico e no viver com câncer ginecológico:
um estudo de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Medicina,
Psicologia e Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção de título de
Bacharel em Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Duarte Nogueira

Co-Orientador: Prof. Dr^o Régis de Azevedo Garcia

**Pelotas
Julho, 2019**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A297a Aires, Mariana da Cunha

O apoio psicológico no diagnóstico e no viver com
câncer ginecológico : um estudo de caso / Mariana da
Cunha Aires ; Maria Teresa Duarte Nogueira, orientadora ;
Régis de Azevedo Garcia, coorientador. — Pelotas, 2019.

41 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Psicologia) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal
de Pelotas, 2019.

1. Psicologia. 2. Câncer ginecológico. 3. Enfrentamento.
4. Escuta terapêutica. 5. Estudo de caso. I. Nogueira, Maria
Teresa Duarte, orient. II. Garcia, Régis de Azevedo,
coorient. III. Título.

CDD : 150

MARIANA DA CUNHA AIRES

O apoio psicológico no diagnóstico e no viver com câncer ginecológico:

um estudo de caso

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa:

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Duarte Nogueira (Orientadora)

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof. Dr. Régis de Azevedo Garcia (Co-orientador)

Doutor em Letras - História da Literatura pela Universidade Federal do Rio Grande

Prof^a. Dr^a. Celene Maria Longo da Silva

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof^a. Dr^a. Marta Solange Streicher Janelli da Silva

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.

Daniele Concli Loureiro

Psicóloga Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica.

Dedico este trabalho a minha irmã, Veridiana.

(in memoriam)

Agradecimentos

Agradeço minha irmã Veridiana (*in memoriam*) por me ensinar desde sempre a ter força e determinação, por me mostrar que se desiste do que não se quer, mas se vai até o fim pelo que quer. A ti, meu amor e admiração infinitos. Aos meus irmãos, Carolina e Vinicius por dividirem uma vida ao meu lado, pelo amor, companheirismo e força que sempre encontramos uns nos outros. A minha cunhada Carol, pelo apoio e amizade de sempre.

Aos meus pais, Amauri e Sandra agradeço por aceitarem minhas escolhas, por todos os esforços, pelo amor e dedicação de uma vida inteira. Me tornei a mulher que eu sou por causa de vocês!

Aos meus sobrinhos, Luiza, João e Lucas por serem luz na minha vida! A Luiza e Lucas, pela proximidade geográfica, por serem o sorriso que me esperava e o abraço que me reinventava. A vocês minha dedicação sem fim!

Agradeço a minha psicóloga, Renata Ribeiro, por me impulsionar, me dando suporte nos momentos mais difíceis desta caminhada. Obrigada por ser meu exemplo de profissional internalizado.

A família Lahm, por todo apoio nessa trajetória, por entenderem minhas ausências, por acreditarem em mim e me mostrarem o caminho do amor e da ética. Estarão sempre em minha memória!

À Marine, minha irmã de coração, por estar comigo desde sempre, por apoiar meus sonhos e sempre segurar a minha mão. Obrigada amiga, por cada incentivo, por cada colo, por dividir a vida comigo!

À Aline Goularte, por todo amor e incentivo diários, por apoiar todas as minhas escolhas e por mostrar na rotina diária que estaria sempre ao meu lado. Essa conclusão não seria possível sem ti!

Ao meu grupo da graduação, os incríveis, com os quais amadureci, me desenvolvi, aprendi e vivenciei os melhores momentos destes anos:

Priscila, ao meu lado desde o primeiro semestre, agradeço por nunca me deixar desistir e me fazer mais forte a cada dia. Juntas somos mais fortes e vivemos cinco anos enfrentando tudo que viesse, obrigada por estar comigo.

Jade, agradeço por me acolher nessa jornada, pela sensibilidade e afeto, pela disponibilidade, amizade e companheirismo. Que bom te ter na minha vida!

Ao Arthur e Matheus—não há como separá-los – agradeço por todo afeto, pelas risadas, pelas trocas de conhecimento e por serem sempre a tranquilidade em meio ao caos.

Ao Eduardo, por sempre acreditar em mim e me incentivar, pelos abraços acolhedores, pela escuta sensível, pelo cuidado e afeto. Cresci muito contigo. Obrigada por isso!

À Morgana, que ao longo do percurso encontramos nossas afinidades, criamos laço e vínculo, agradeço o apoio, acolhimento e afeto disponibilizados.

Ao Diego, pela disponibilidade em sempre auxiliar, pelo deboche sempre sarcástico, por nos fazer um grupo mais bonito com sua presença iluminada.

À Aline Ramos, por ser exemplo de força e resiliência, por compartilhar suas angústias e acolher as nossas. Nosso grupo se faz completo assim!

À Simone, pelo olhar sempre carinhoso, por me acolher em muitos momentos, pelas trocas e pela paz que transmite.

À Renata Trindade, por ser a “mãezona” do grupo, por “puxar as orelhas” e também dar o colo para deitar, pelo incentivo e entusiasmo em cada plano e por trazer sempre afeto a nossa vida!

Agradeço aos professores que estiveram em meu caminho, levo comigo um pouco de cada um na minha formação. Aos profissionais da PRAE, onde realizei meu estágio clínico e onde me tornei uma profissional melhor, Daniele, Gustavo, Juliana, Lisandra e Thaíse. Obrigada!

À minha banca de qualificação do pré-projeto, professoras Celene e Marta, pelo olhar crítico e sensível ao meu trabalho e pelas contribuições que fizeram com que ele tomasse forma!

Aos meus orientadores, professora Maria Teresa e professor Régis, por me acolher quando mais precisei, por confiarem em mim, pela compreensão e carinho, por fazerem ao meu lado este trabalho que me é tão importante! Levo vocês comigo como referência de profissionais cheios de competência e amor!

À paciente agente deste estudo, por se permitir compartilhar a multiplicidade da sua vivência comigo e permitir a realização deste trabalho!

Por fim, a todos que partilharam momentos comigo nessa caminhada! Os agradecimentos foram extensos pois a caminhada foi longa e não foi solitária!

Parece não haver qualquer agente mais efetivo que outra pessoa para fazer que o mundo renasça para alguém ou paralisar a realidade, na qual está alojado, através de um olhar, um gesto ou uma observação.

(Goffman, 1996, p. 140)

Resumo

AIRES, Mariana da Cunha. **O apoio psicológico no diagnóstico e no viver com câncer ginecológico**: Um estudo de caso. Orientadora: Maria Teresa Duarte Nogueira. 2019. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

O presente trabalho constitui-se em um estudo de caso realizado com uma paciente com diagnóstico de câncer de colo uterino, em atendimento no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas FAMED/UFPel. O estudo foi realizado a partir de um estudo de caso único e utilizou entrevistas gravadas como técnica para coleta de dados, foram realizados encontros semanais entre os meses de março a julho de 2019. O trabalho tem o intuito observar de que maneira o apoio psicológico em mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico se torna importante, a fim de explorar possíveis estratégias de enfrentamento diante de tal perspectiva. Por tratar-se de uma pesquisa ancorada na perspectiva da psicanálise como forma de acolhimento, foi possível perceber que o oferecimento do espaço de escuta e acolhimento incondicional, foi, talvez, algo mais próximo da construção de uma verdadeira estratégia de enfrentamento.

Palavras-chave: Psicologia. Câncer ginecológico. Enfrentamento. Escuta terapêutica. Estudo de caso.

Abstract

AIRES, Mariana da Cunha. Psychological support in gynecological cancer diagnosis and living: A case study. Advisor: Maria Teresa Duarte Nogueira. 2019. 41 f. Final paper (Degree in Psychology) – Institute of Medicine, Psychology and Occupational Therapy, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

The present work is a case study conducted with a patient diagnosed with cervical cancer, attending the Gynecology and Obstetrics Outpatient Clinic of the Federal University of Pelotas FAMED / UFPel. The study was conducted from a single case study and used recorded interviews as a technique for data collection. Weekly meetings were held between March and July 2019. This paper aims to observe how psychological support in women with gynecological cancer diagnosis becomes important in order to explore possible coping strategies in the face of such perspective. As this research is anchored in the perspective of psychoanalysis as a form of reception, it was possible to realize that offering the space for listening and unconditional reception was, perhaps, closer to the construction of a true coping strategy.

Keywords: Psychology. Gynecological Cancer. Coping. Therapeutic listening. Case study.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. METODOLOGIA.....	15
2.1 Desenho do estudo.....	15
2.2 Cenário do estudo.....	15
2.3 Participante da pesquisa.....	16
2.4 Instrumentos para coleta de dados.....	16
2.5 Procedimento.....	16
2.6 Análise de dados.....	17
2.7 Aspectos éticos.....	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
3.1 A paciente.....	18
3.2 O recebimento do diagnóstico.....	21
3.3 Conversando com a família após o diagnóstico.....	24
3.4 A culpa.....	26
3.5 Enfrentamento, aceitação e esperança: o apoio no pós-cirúrgico.....	32
3.6 O câncer como ponto de mutação.....	36
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
5. REFERÊNCIAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, o apoio psicológico e a psicoterapia alcançaram *status* sem precedentes por buscarem aprimoramentos com base em princípios científicos e por terem se tornado propostas efetivas para grande parte dos transtornos mentais (BOTEGA, et al, 2012). Ainda de acordo com os autores, as várias psicoterapias têm em comum um modelo de desenvolvimento humano em que a natureza e a qualidade dos relacionamentos interpessoais desempenham papel fundamental na manutenção da homeostase emocional.

Ao considerar o adoecimento um processo involuntário na vida do ser humano, Barros (2003) descreve que toda doença afeta o indivíduo em diferentes aspectos: sociais, psicológicos e orgânicos, de modo que tais circunstâncias exigem que o paciente crie estratégias de enfrentamento para essa nova situação e possa, assim, adaptar-se a ela da melhor maneira possível.

O câncer ginecológico é um dos diversos tipos de neoplasia que podem afetar a população feminina (BERECK, 2008). Este tipo de câncer pode vir a acometer um ou mais órgãos do sistema reprodutivo da mulher, como, por exemplo, o colo do útero, endométrio ou corpo do útero, ovários, vagina e vulva (CARVALHO e PEREIRA, 2008).

O adoecimento e a cena do diagnóstico podem significar momentos de crise, onde o indivíduo se depara com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana. Neste ambiente, que na maioria das vezes é de dor e sofrimento, observa-se o quanto o diagnóstico de uma doença pode provocar crise, fazendo com que sobreposto ao sofrimento físico surja o sofrimento psíquico (VALLE, et. al. 2012).

Ainda de acordo com Valle et. al. (2012), frente ao sofrimento causado pela irrupção do real, que, muitas vezes, mostra-se insuportável, o sujeito busca ajuda e alívio para sua angústia, um alívio da sensação de perda dos limites, uma garantia contra a morte e a certeza de que não será abandonado.

Neste contexto, o profissional da psicologia com aporte teórico da psicanálise irá se apresentar ao paciente com o intuito de escutá-lo,

diferentemente do consultório onde é o paciente que o procura. Porém, em ambos os locais, a psicanálise oferece sua escuta.

Pensar a psicanálise em um ambiente diferente do *setting* clássico, até tempos atrás não era possível. Hoje, com os avanços e as mudanças da sociedade, é preciso repensar o fazer psicanalítico, sem perder de vista sua dimensão ética, tendo como princípio fundamental a ideia de que onde há um ser humano em sofrimento, há possibilidade de psicanálise (VALLE, et. al. 2012).

O sujeito que se encontra em sofrimento por conta de seu diagnóstico, embora doente, é um sujeito desejante, um ser complexo, não dividido em partes, um sujeito fragilizado física e psicologicamente, na maioria das vezes, necessitando de uma escuta para aliviar sua angústia (VALLE, et. al. 2012). Para Moretto (2002, p.109), "onde há oferta, pode surgir demanda e, se surge a demanda, é porque existe, em algum lugar, a possibilidade de ser escutada". Segundo Soares (2000, p.45), "se há um ouvido para escutar além da orelha, há um corpo que fala além das palavras".

De acordo com Valle, et. al. (2012), um processo de análise, na maioria das vezes, leva um tempo longo para ser finalizado. No entanto, no trabalho em um ambiente hospitalar ou ambulatorial, o tempo pode parecer um obstáculo para a psicanálise. Então, instaura-se o questionamento e a problematização: como trabalhar com psicanálise neste espaço de tempo?

Há de fato o tempo concreto, ordenado pelo tempo da doença, tratamento e recuperação e o tempo do sujeito, do inconsciente (Ics). O tempo do sujeito difere do tempo social. Freud (1915/1996) refere-se ao inconsciente como sendo atemporal, ou seja, define a temporalidade do inconsciente como sendo diferente do que estamos acostumados a pensar. De acordo com o psicanalista, "os processos do sistema Ics são atemporais; isto é, não são ordenados temporalmente; não se alteram com a passagem do tempo; não tem absolutamente qualquer referência ao tempo" (FREUD, 1915/1996, p.192).

Para a psicanálise, o desejo não segue a ação do tempo cronológico. Assim, independentemente do tempo marcado pela lógica das horas, o mais importante é proporcionar uma escuta analítica ao paciente para que a partir

daí o mesmo possa encontrar estratégias de enfrentamento em sua própria fala e no reconhecimento de sua própria condição.

Ao pensarmos sobre “estratégias de enfrentamento”, é importante refletir sobre a conotação que esta expressão pode imputar, acarretando entendimentos errôneos do seu significado e assim, exigindo do outro atitudes que nem sempre serão possíveis naquele momento. O termo *enfrentamento* sugere que o sujeito reaja de maneira positiva, lutando e tendo posições ativas em seu processo de adoecimento (RIBEIRO, 2013).

Levando-se em consideração as variáveis que estão envolvidas neste processo, é necessário perceber que o enfrentamento é o processo de mobilização emocional, comportamental e cognitiva com o objetivo de adaptar-se as situações vividas e que se alteram durante cada momento da doença (PEÇANHA, 2008).

O acompanhamento psicológico, portanto, tem como objetivo auxiliar o paciente a encontrar suas próprias formas de enfrentamento, respeitando seu próprio tempo. Ao auxiliar o paciente, o terapeuta não deve esquecer que a ideia de enfrentamento aponta para um conjunto de possibilidades que o paciente possui como recurso e não necessariamente atitudes reconhecidas como positivas dentro da situação.

Sendo assim, este estudo tem como proposta verificar os resultados do apoio psicológico em uma paciente oncológica e como se dá o seu processo de enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento de câncer ginecológico. A asserção neste tema se dá a partir do interesse e identificação pessoal e profissional da pesquisadora sobre o assunto.

Neste sentido, o presente trabalho foi pensando em conjunto com a equipe de profissionais de medicina que integram o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (FAMED-UFPel), pois diante da complexidade que estes profissionais enfrentam ao ter que dar o diagnóstico de câncer para os seus pacientes, a Psicologia inserida neste local pode trazer grandes benefícios tanto para a equipe quanto para a comunidade atendida.

2. METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Refere-se a uma pesquisa aplicada de caso único, que segundo Shaughnessy (2012) é uma descrição e análise intensiva de um indivíduo único, onde os pesquisadores que utilizam este método de estudo de caso obtêm seus dados de várias fontes, incluindo a observação naturalística, entrevistas e testes. Assim, os estudos de caso são uma fonte potencialmente rica de informações sobre indivíduos.

Consiste, desta forma, em observar de que maneira o apoio psicológico em mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico se torna importante, a fim de explorar possíveis estratégias de enfrentamento diante de tal perspectiva.

A pesquisa se dá em caráter qualitativo, sendo que a investigação qualitativa em psico-oncologia deve ser orientada pela busca de uma compreensão daquilo que estiver implícito nas diferentes manifestações do enfermo, mais precisamente daquilo que se torna singular, além do conhecimento produzido ser fruto da qualidade da interação entre pesquisador e participante (REY, 1999; MERCADO et al., 2002).

2.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (FAMED-UFPel). No local acontecem exames citopatológicos e de colposcopia e, conseqüentemente, é fornecido o diagnóstico de câncer ginecológico para as mulheres usuárias do serviço. O ambulatório realiza seus atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As entrevistas foram realizadas nas salas do ambulatório, combinado previamente com a equipe do local e, com antecedência, com a paciente.

2.3 Participante da pesquisa

Fez parte desse estudo uma mulher de 44 anos, com diagnóstico prévio de câncer de colo uterino e ciente do mesmo, sendo atendida pelo serviço de ginecologia do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

2.4 Instrumentos para coleta de dados

Em um primeiro momento foi feita uma entrevista com o objetivo de conhecer a vida pregressa e atual da paciente. Após a anamnese foi realizada uma análise das funções de Ego para que fosse possível compreender o funcionamento da paciente e a partir disso elaborar estratégias de intervenção para o processo terapêutico.

Ao fim da pesquisa, foi novamente realizada a análise das funções de Ego para que fosse possível ter um referencial sobre as mudanças que ocorreram ao longo do processo. É importante ressaltar que não houve, necessariamente, um momento no qual as funções do Ego foram observadas de forma absolutamente pontual. Entretanto, no decorrer do processo, em especial no início e no fim, foram observadas características globais sobre as funções do Ego para fins comparativos. Tais observações aparecerão na caracterização inicial da paciente.

Todos os encontros foram gravados e transcritos pela pesquisadora.

2.5 Procedimento

No primeiro momento foi selecionada a paciente agente do estudo. A mesma foi encaminhada pela médica ginecologista responsável por seu atendimento. Após o primeiro contato foi apresentado a pesquisa e a proposta de participação no estudo. O próximo passo foi a leitura do termo de aceite juntamente da paciente e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após a assinatura iniciou-se a primeira sessão com duração de 50 minutos.

Os encontros ocorreram individualmente, para que houvesse maior privacidade. Foram realizados encontros semanais com duração média de 45-50 minutos, nos meses de março a junho de 2019, com interrupção de 25 dias que foram necessários para o procedimento cirúrgico e repouso da paciente.

2.6 Análise de dados

Com o propósito de explorar o material obtido, a análise dos dados do material gravado e transcrito acontecerá, de acordo com Minayo (1992), em três momentos: a ordenação dos dados, onde os encontros serão transcritos e lidos; a classificação dos dados, para que se possa fazer uma análise das respostas obtidas; e a harmonização entre os dados obtidos e o referencial teórico da pesquisa.

2.7 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas para aprovação.

A pesquisa está pautada na Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), publicada em 07 de abril de 2016, que garante os direitos e deveres éticos de quem participa de pesquisas e da comunidade científica.

A resolução aponta ainda que este tipo de pesquisa feita em ciências humanas e sociais exige respeito, além, é claro, da garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes. Neste sentido, a pesquisa deve ser concebida, avaliada e realizada de forma que os danos aos pacientes possam ser previstos e evitados (BRASIL, 2016). Neste sentido, todas as questões emocionais apresentadas pela paciente foram avaliadas ao longo do processo com a finalidade de promover apoio psicológico para a mesma.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Apaciente

A paciente, que neste estudo, para fins de privacidade, passaremos a nos referir pelo nome fictício de Jules, é branca, heterossexual, casada, mãe de uma menina de 11 anos, estudante e possui empreendimento próprio. Para que possamos trazer à compreensões pontos evidenciados neste trabalho, se faz necessário entender um pouco o primeiro contato e a história progressa de Jules.

Nosso primeiro contato aconteceu de uma forma imprevista. Devido a um desencontro de informações, Jules foi para o nosso encontro com uma semana de antecedência, o que fez com que, até que fosse possível perceber o mal-entendido, começássemos o encontro com duas horas de atraso.

Logo no primeiro contato, ao chamar Jules na porta do ambulatório, percebi que a mesma levantou extremamente agressiva pelo atraso. Como já imaginava que esta seria sua reação, decidi ser honesta e explicar que havia compreendido que nosso encontro seria apenas na semana seguinte, que não havia entendido o que tinha acontecido, mas que havia conseguido me deslocar e chegar até lá o mais rápido possível para o nosso encontro. Jules, que de imediato havia sido muito agressiva e rígida, aos poucos foi mudando sua postura, inclusive percebendo que talvez a confusão nas datas tenha vindo da parte dela e não do serviço. No entanto, apesar de tudo, não escondia seu descontentamento.

Ao perceber que a mesma estava ficando mais calma pude ir aos poucos iniciando o manejo para o início do processo. No primeiro momento de nossas conversas, Jules expôs que estava extremamente tranquila quanto ao seu diagnóstico, que não existiam questões a serem tratadas e que, desde o momento do diagnóstico até aquele momento, tudo havia sido “extremamente tranquilo”, termo corriqueiramente utilizado e que me causou uma primeira estranheza quanto ao seu significado.

Conta ser dona do próprio negócio e que gerencia tudo de forma muito organizada, além de fazer de forma excelente todas as tarefas domésticas. Também aponta que até aquele momento não precisou mudar nada a respeito de seu cotidiano em decorrência da doença.

Ao longo do encontro fui trazendo alguns aspectos a respeito da doença, de forma a instigar a paciente a abrir-se sobre o caso e com a finalidade de observar o quanto pareciam preservadas as funções do Ego em um momento inicial, sempre respeitando os limites impostos. Carvalho & Costa (2009) indicam que na oncologia o psicólogo incita os pacientes a manejarem seus afetos e suas experiências de perda. Silva (2005) salienta a importância de respeitar o ritmo de cada paciente, avaliando primeiramente se o mesmo está pronto para ouvir e o quanto ele deseja saber sobre si mesmo e sobre sua condição. A autora acrescenta que a resposta ao diagnóstico pode variar de acordo com a história de vida, conhecimento, crenças e o amadurecimento pessoal de cada paciente. Para Silva,

a tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com suas necessidades (SILVA, 2005, p.13-14).

O encontro ocorreu de forma tranquila, trocamos contato telefônico para fins de comunicação e marcação dos encontros. Finalizamos e combinamos o dia e horário do próximo encontro, de forma a ficar viável para ambas estarem presentes. Senti, neste primeiro encontro que talvez nossa vinculação inicial pudesse ter sido abalada. Saí, de certa forma, desesperançosa quanto ao nosso processo, temendo que o mal-entendido inicial tivesse sido um fator determinante para Jules não continuar o processo.

Alguns dias depois, recebi através do aplicativo de mensagens instantâneas uma mensagem de Jules que dizia: "Foi bom ter estado com vc! Tomara que se prolongue nossos encontros!!!!Boa semana querida!!!!Bj"¹

Foi uma surpresa receber aquela mensagem. Aproveitei contato para confirmar nosso próximo encontro, mas ali já sentia que nosso vínculo terapêutico havia se instalado.

No encontro seguinte, sendo este o pré-operatório, Jules chegou novamente muito sorridente e dizendo estar muito tranquila. A expressão "muito tranquila" era frequente no seu vocabulário. Respeitei seu momento e sua narrativa, mas decidi trazer à tona uma discussão sobre alguns elementos

¹ Decidi manter a grafia utilizada pela paciente na mensagem, incluindo abreviações e demais características próprias do discurso apresentado na conversa.

a respeito da doença, formas como ela poderia vir a se sentir, explicando que estava tudo bem sentir-se como por exemplo, cansada, com raiva, triste, etc.

Em um determinado momento, Jules começou a chorar e falou: *"eu não aguento mais ter que ser forte o tempo todo, eu fico me contendo para que os outros não sofram, mas é muito difícil, é difícil ser forte"*². Nesse momento entendi que o que ela precisava era justamente a escuta da qual falo ao longo desse trabalho e que, apesar de parecer um artifício simples, é fundamento da psicanálise e oferece os acessos importantes ao real psíquico da paciente por meio da linguagem. Jules continuou: *"foi difícil o diagnóstico porque eu sei que eu me descuidei, eu fazia exames de rotina anualmente, mas eu tava cuidando da minha vó e fiquei cinco anos sem fazer, quando fiz já estava em estado avançado"*.

Ao pedir que a mesma explicasse a relação com a avó, Jules trouxe que a avó materna estava há um tempo com Alzheimer e que aos poucos ficou inviável que morasse sozinha. A avó, por ser extremamente controladora, não queria ninguém em sua casa e quando foi questionada pela família sobre o que realmente desejava disse que queria morar com Jules.

Jules conta que durante cinco anos viveu em função da avó, deixou um pouco de lado marido e filha e, inclusive, a si mesma para dedicar-se exclusivamente aos cuidados de sua avó. Nos últimos cinco meses de vida da avó, decidiu enviá-la para uma casa de idosos com cuidadores, narrando acreditar que estes cuidariam melhor de seu familiar. Após o falecimento da avó, com noventa e cinco anos, Jules passou a sentir culpa por não a ter cuidado até o fim.

Após alguns meses do falecimento da vó, Jules percebeu que precisava cuidar de si mesma e, então, decidiu finalmente marcar suas consultas médicas. Ao realizar o exame citopatológico constatou-se uma lesão no colo uterino, o que posteriormente foi confirmada como Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Por tratar-se de uma mulher organizada, com inteligência normal, com nível de escolaridade satisfatório, fora de um estado psicótico, a avaliação das

² Após transcrever trechos que considereei significativos do discurso de Jules, decidi usar sua própria fala ao longo deste trabalho para elucidar com maior precisão o que a paciente parecia sentir. Todos os trechos nos quais temos a marcação em itálico e entre aspas são referências ao discurso da paciente.

funções do Ego foi feita de forma mais aberta, permitindo que a paciente falasse e se expressasse de forma mais fluente e espontânea. A paciente mostrou-se em aspectos gerais com bom cuidado pessoal, com consciência, orientação, atenção, memória e sensopercepção normais.

Ao avaliar os pensamentos de maneira sintética, foi possível notar um pensamento acelerado, talvez comum em casos de fuga da complexidade de um diagnóstico como o seu, o que pode ser constatado na comparação um pouco incoerente de patologias rotineiras, como uma gripe, com a questão do câncer. Além disso, apresentou características de fuga de ideias, parecendo, em alguns momentos, um pouco desorganizada no próprio pensamento, o que também é compreensível perante sua condição.

A linguagem possui uma boa fluência, sem alterações. O Juízo de realidade, de forma geral, encontra-se normal exceto pelo julgamento que a mesma possui sobre a realidade da doença.

O estado de humor mostra-se eufórico, exaltado e ansioso. Volição, psicomotricidade e inteligência encontram-se dentro da normalidade. Quanto a personalidade, pude perceber fortes traços obsessivos, trazendo ordem excessiva, rigidez e medo do imprevisto, mostrando sentir-se ameaçada devido à perda de controle.

Após esta apresentação da paciente e do caso a partir destes aspectos, passo, então, ao início do diálogo sobre os impactos do diagnóstico de câncer na vida de Jules, as preocupações que surgem em sua narrativa, em especial com a família, e as nuances da culpa relacionadas ao seu autocuidado.

3.2 O recebimento do diagnóstico

A cena do diagnóstico para câncer é rica em conflitos e estar neste ambiente é estar diante de angústia, medo, revolta, dor, tristeza e luto. A fragilidade imposta pelo medo da doença deve ser considerada e dada à atenção que vai ser essencial para este indivíduo ao longo do tratamento.

Para Simonetti (2011), adoecer é como entrar em órbita: a doença é um evento que se instala de forma central na vida da pessoa, onde tudo mais perde importância ou então passa a girar em torno dela, numa espécie de órbita que apresenta quatro posições principais: negação, revolta, depressão e

enfrentamento. Ainda de acordo com o autor, por ser uma órbita, há constantemente variação da posição, o que pode deslocar o centro do sujeito para a doença.

Quintana, et al. (1999) afirmam que é muito comum que mulheres com câncer ginecológico neguem a doença e as modificações corporais advindas, em especial pela dificuldade de se lidar com a angústia que o diagnóstico desperta. De acordo com os autores, esta negação faz com que a mulher negue a existência da doença, muitas vezes acreditando (ou talvez esperando) se tratar de qualquer outra patologia.

A premissa de Quintana surge como uma espécie de negação na seguinte fala de Jules sobre seu diagnóstico: *"eu não tô, sabe? Em pânico...Pra mim é como se fosse uma gripe que vou tratar e vou curar."* Para muitos, a reação imediata diante da doença é a própria negação e isto não é de caso pensado. O paciente o faz porque naquele instante é o que ele pode fazer. Talvez logo adiante possa assumir outra posição diante da doença, mas por ora a negação é a arma que ele tem. Diante disso, podemos perceber a importância do terapeuta presente neste processo de negação. É, pois, desta forma, que há alguém disponível para escutar além da escuta, oferecendo o espaço para que a paciente fale, sinta, transmita ou demonstre o que necessita.

No entanto, é preciso salientar que o psicólogo não é *a priori* um modificador de comportamento. Ele é um facilitador do trabalho de elaboração psíquica, trabalho esse que pode levar a uma mudança ou não. O compromisso do profissional de psicologia é com a verdade do sujeito e não necessariamente com a mudança (SIMONETTI, 2011).

Neste sentido, fui a responsável por acolher e oferecer o espaço de escuta para que Jules pudesse trazer à tona suas questões, mesmo que em forma de negação, já que nesse momento é a sua verdade que importa. Para Simonetti,

o psicólogo não deve observar apenas o errado da situação; deve observar também o acerto do paciente. O objetivo da psicologia não é convencer o paciente de que ele é um doente, nem forçá-lo a concordar com o diagnóstico médico; tudo que se deseja é que o paciente fale, fale de si, da doença, do que quiser (SIMONETTI, 2011, p.119).

Com isso não quero dizer que não entraremos em contato com suas dores, mas sim que a negação deve ser respeitada e não confrontada a qualquer custo nem a qualquer hora.

Gimenes e Queiroz (1997, p.191) explicam que diante do diagnóstico e tratamento do câncer, as pessoas “se engajam numa transação dinâmica com o contexto ameaçador do câncer e apresentam estratégias diversas de enfrentamento, procurando responder às exigências de cada etapa da doença”. Jules trouxe em muitos momentos que estava muito bem, na maioria das vezes falando de forma alegre e empolgada: “*não tô me vendo com medo, receio... medo não tenho, tô ansiosa que chegue o tratamento... tem que fazer, tem que fazer e tá tudo certo!!...*”; “*eu tô muito tranquila, tô fazendo tudo normal, tá tudo muito bem!!!*”. Simonetti (2011) aponta que apesar de todas as dificuldades originadas pela doença, a pessoa na posição de negação pode apresentar como emoção principal a alegria, o que para quem observa geralmente parece falsa.

A negação funciona como uma espécie de para-choque, depois de notícias inesperadas e não se dá por falta de informação e sim por falta de condições psicológicas de lidar com a questão, falta essa que não podemos ver como um defeito e sim como uma característica daquele momento, momento este que pode variar de um dia para o outro, já que, como explicado anteriormente, essa posição é mutável em torno da órbita da doença.

Neste sentido, percebo que mesmo que em alguns momentos tenha sido angustiante para Jules deparar-se com a negação frente ao diagnóstico, mesmo sabendo, como terapeuta, que nosso tempo seria curto e que seria necessário tomar um rumo para que eu pudesse trazer as estratégias de enfrentamento para que a paciente tivesse autonomia para enfrentar as próximas mudanças, foi preciso esperar que Jules estivesse pronta, e o estar pronta somente ela saberia quando seria.

Não é por ter uma patologia como o câncer que *temos* que falar sobre morte ou *temos* que abordar a questão de adesão ao tratamento. O paciente pode estar se deparando com outras diferentes questões, sendo possível ainda não ser suportável verbalizar sobre este conteúdo. Precisamos estar disponíveis para o paciente, porém identificando e entendendo a necessidade dele e não a nossa, da equipe, ou ainda, da instituição (RIBEIRO, 2013).

3.3 Conversando com a família sobre o diagnóstico

A compreensão do processo de doença na família, de acordo com Rodrigues (2004), deve considerar os aspectos da dinâmica familiar, sua estrutura, fase do ciclo evolutivo e tipologia da doença. Verificando os conflitos que surgiram a partir do adoecimento, pode-se encontrar alternativas melhores para a readaptação funcional familiar.

Uma das queixas mais recorrentes de Jules foi sobre como a sua filha de 11 anos estava rebelde. Esta questão aparece nas seguintes falas da paciente: *"tá difícil lidar com essa pré-adolescência, de uma hora pra outra ela ficou muito rebelde"; "ela sabe que eu não gosto do quarto desarrumado e agora deu pra deixar tudo bagunçado, só arruma quando eu brigo com ela"*.

Pude perceber claramente que a filha de Jules estava de alguma forma tentando chamar sua atenção, já que, de acordo com a percepção e narrativa da mãe, havia assumido posturas inexistentes anteriormente. Neste sentido, perguntei como era a comunicação sobre a sua doença com sua filha, Jules prontamente disse: *"isso era outra coisa que eu queria ver contigo, se tu pode me orientar, não sei exatamente como falar com ela"*.

Diante disso, pude perceber que seria meu papel também trabalhar com a hipótese de uma possível psicoeducação e, então, sugeri que Jules pudesse ser franca com sua filha sobre o que estava acontecendo, sempre respeitando os limites impostos pela sua idade, de modo que essa fala deveria ser feita de forma a ser compreendida. Também expliquei sobre a importância de falar a verdade, já que as crianças criam muitas fantasias, e, ao ser excluída de uma situação familiar a menina poderia estar criando suas próprias verdades, o que poderia ocasionar um sofrimento desnecessário.

Já no atendimento seguinte, Jules falou sobre a conversa com sua filha: *"perguntei pra ela: tu quer perguntar alguma coisa pra mãe?"; "ela prontamente me disse: mãe o que tu realmente tem? Todo mundo fala que tu tá doente, mas eu não sei realmente o que se trata"; "eu disse pra ela: a mãe tá com um problema no útero e vai precisar tratar, em meio a esse tratamento uma das coisas é fazer cirurgia, a mãe vai ir pro hospital em breve e ficar uns dias e aí espera que volte melhor, mas eu tô bem"*. Jules trouxe essas falas de forma aliviada.

Sua relação com o marido aparentemente é boa. No entanto, por ser recorrente na fala de Jules questões sobre suas tarefas domésticas, questionei como seriam organizadas as tarefas domésticas na sua ausência cirúrgica e durante seu repouso e, então, ela trouxe a seguinte questão: *"eu tenho dificuldade em largar o osso sabe? Quero fazer tudo porque a casa é toda do meu jeito, não sei como vai ser ver outras pessoas fazendo minhas coisas."*, o que reforça a questão da dificuldade de abrir mão do controle e de uma estrutura de Ego aparentemente rígida e que pode ser complexa para a aceitação de si mesma em casos como o da paciente.

De acordo com Franco (2008), no enfrentamento da doença pela família, há fatores facilitadores e fatores complicadores. Dentre os facilitadores encontra-se a flexibilidade para o reajuste de papéis. Baseado nisso, conversei com Jules sobre a importância das responsabilidades serem reajustadas, de forma que todos tivessem participação, ao passo em que a paciente explica o seguinte: *"mas aí eu fico sem fazer nada? eu vou enlouquecer"*. Expus ainda que o fato dela deixar de lado algumas tarefas não implicava em ela ficar sem fazer nada, que eu poderia ajudar a pensar sobre novas tarefas dentro das novas possibilidades que estariam por vir.

Jules expressou sua dificuldade em ficar sem trabalhar. Ela que é dona de um negócio próprio, onde monta decorações e brinquedos em festa, não entendia como ficaria fora, o que aparece no seguinte trecho: *"não sei como vai ser, minha irmã que vai assumir, mas eu vou ter que ficar em casa né... Isso é difícil, não sei como as coisas vão estar andando"*. Essa relutância em delegar tarefas, vai de encontro com a observação inicial feita nas análises das funções do Ego, em que foi possível notar traços obsessivos.

Chachamovich & Fetter (2015) entendem que o terapeuta, ao lidar com o paciente com traços obsessivos, deve assumir uma postura mais ativa, enfocando aspectos relevantes acerca dos temas, ainda que o paciente não os veja com tal importância. Nessa perspectiva, trouxe para Jules a seriedade de delegar as funções para sua irmã e o quanto isso não necessariamente a faria distante do processo. Estar longe fisicamente do trabalho não implicaria em estar longe de forma geral. Contatos telefônicos, por exemplo, era algo que ela poderia seguir fazendo em sua casa.

Outra queixa recorrente de Jules era sobre sua mãe: “*a mãe nem se fala... Tá lá em casa... A mãe me sufoca*”; “*Nunca fiquei doente antes que a mãe tivesse que me cuidar...*”; “*Ela acha que tem que estar muito presente, a mãe trabalhou 25 anos na área da saúde, já viu de tudo e por isso tá com medo*”. Franco (2008) expõe que qualquer doença potencialmente fatal afeta a família como um todo, não apenas o paciente. Todos terão sua vida alterada, de maneiras sutis e também significativas, ao longo do curso da doença.

Como aparece na fala de Jules, sua mãe sente-se como dever estar ao lado dela. Diante disso, expliquei para ela que, por mais que ela se sinta sufocada, sua mãe está desempenhando um papel importante para sua recuperação. Nesse momento Jules não pode realizar todas as tarefas e, como conversado anteriormente, em alguns momentos as tarefas têm de ser delegadas. No entanto, é importante que ela reconheça seus limites diante do que quer ou não quer. Foi importante pra Jules perceber que se de algum modo a presença da mãe não lhe agrada, ela como protagonista da sua história e da sua doença tem o direito de não a querer por perto. As redes sociais de apoio são importantes e devem existir, contudo é preciso respeitar a vontade do paciente sobre quem ele quer por perto.

3.4 A culpa

Simonetti (2011), traça sua ideia sobre a órbita negação, revolta, depressão e enfrentamento baseando-se no trabalho de Elizabeth Kubler-Ross (2008), que ao dedicar-se ao estudo de paciente em estados terminais, publicou o resultado de sua pesquisa em seu livro “*Sobre a Morte e o Morrer*”. Para Kubler-Ross, as fases do luto diante da doença são divididas em cinco: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Apesar de usar os quatro conceitos de Simonetti, decidi utilizar, para exemplificar o local da culpa de Jules, ao invés da ideia de revolta proposta, o conceito de raiva de Kubler-Ross, por este fazer mais sentido diante do que a paciente me transmitiu. Entendo que a ideia de revolta está mais relacionada com algo externo, como se ao ter esse sentimento, o mesmo devesse ser extravasado e direcionado para outras pessoas e objetos. Presumo por raiva,

algo mais íntimo, que não necessariamente precisa ser extravasado para terceiros.

Ao estar em contato com Jules, pude perceber claramente a transição, o momento no qual não mais negou o que estava acontecendo e passou a sentir raiva, essa raiva manifestada através de sentimento de culpa como se ao longo do processo de busca de um responsável pelo que aconteceu tivesse encontrado nela mesma essa culpa e a assumido. A paciente diz que "*é difícil pensar que eu não me cuidei né... Eu tava cuidando da minha vó e me abandonei, eu não fui fazer exames e por isso só descobri quando tava desse jeito*"; "*Eu sei que se eu tivesse continuado me cuidando isso não teria acontecido... Sei porque a gente sabe que câncer de colo uterino em fase inicial é mais fácil de tratar*"; "*Eu sempre fui muito regradinha com meus médicos e exames, mas me descuidei, eu sei que foi por isso*".

Quando não mais foi possível negar o fato, Jules entrou em contato com sentimentos de raiva e ressentimento o que fizeram com que ela questionasse o que estava acontecendo: "*não é culpa de ninguém que um problema como esse tenha surgido, mas não posso evitar assumir total responsabilidade pela situação que me encontro agora*".

Importante ressaltar que, suas falas, se de forma isolada, poderiam se enquadrar em outros sentimentos, como o de melancolia, por exemplo. No entanto, percebo a raiva pela sua entonação vocal e sua postura diante das falas. Para Simonetti (2011), é através da fala que o paciente simboliza o sofrimento e dissolve a angústia. No entanto essa fala não necessariamente é uma fala verbal, o que exige que quando um profissional da saúde assiste a um paciente deva estar atento conscientemente, também, aos diferentes tipos de comunicação não verbal, linguagem que pode vir a se manifestar através, por exemplo, de um olhar, uma postura, um toque (SILVA, 2005).

Diante da postura de Jules de trazer sua raiva através da culpa, é importante ressaltar que nesse momento não adianta dizer: "Não se sinta culpada, não é tua culpa". Pois, a verdade dela, o que compreendemos por realidade psíquica da paciente, nesse momento é de que a culpa existe e, então causa sofrimento. Desta forma, é importante estar disponível para ouvir, e em geral, através da escuta, podemos descobrir a razão mais profunda desse sentimento de culpa.

Jules parece ter notado sua entonação mais raivosa e se justificou: *"ando mais estressada, acho que é pelo fato de tá dormindo mal"*. Questionei então o que estava havendo com seu sono. Foi então que ela mencionou estar acordando algumas vezes à noite, às vezes sem motivo aparente, às vezes por conta de alguns sonhos.

Quando surge a questão dos sonhos, como terapeuta me deparei com um questionamento: devo procurar saber sobre esses sonhos? Esta hesitação se dá pelo fato de que sei que há muita teorização sobre estudos em torno dos sonhos, principalmente no que tange à psicanálise, e nesse sentido, não sabia se conseguiria lidar de maneira adequada com o que estaria por vir. Contudo, acredito que todo conteúdo que surgen a sessão deva ser observado. Foram alguns segundos até que eu perguntasse à Jules o conteúdo dos seus sonhos.

Inicialmente houve hesitação: *"mas ultimamente eu não lembro de tá sonhando muito assim... isso faz uns dias, já"*. Apenas concordei com a cabeça e permaneci em silêncio, então Jules trouxe: *"agora eu não tenho sonhado com a minha vó, mas eu sonhava muito seguido com ela"; "sonhava que ela estava viva, revoltada comigo pela questão que eu comentei contigo... de não ter cuidado dela até o fim"; "as vezes penso nela, em como seria se ela estivesse aqui ainda"*. "E como seria?", indaguei Jules: *"acho que ela estaria mais debilitada e eu mais estressada, esgotada talvez... e procuro desvirtuar o pensamento... ocupar o espaço que ela tinha."*

Para Cruz (2015), um aspecto importante no estudo dos sonhos refere-se ao entendimento da sua função. O autor expõe que, de acordo com Freud, a principal meta do sonho era a de guardião do sono, mediante a realização alucinatória e disfarçada dos desejos, que durante o sono continuam exercendo pressão sobre o psiquismo. Ainda de acordo com o autor, a compreensão psicanalítica evoluiu e o progresso realizou-se no sentido de conceber os sonhos como tentativas do sonhador de resolver problemas da vida de vigília.

Assim, como Cruz (2015) ressalta, Sandor Ferenczi, em 1934, fez uma série de reflexões a respeito da comoção psíquica que segue um evento traumático e da função dos sonhos em tal situação. Ferenczi concorda com as ideias de Freud a respeito da realização dos desejos, mas acrescenta que, para ele, o retorno, nos sonhos, "dos restos diurnos já representa por si mesmo

uma das funções do sonho. Pois [...] aquilo a que chamamos de restos diurnos[...] são, de fato, [...] repetição de traumas."(CRUZ, 2015).

Ainda para Cruz, Ferenczi entende tal ressurgimento dos restos diurnos como manifestação de uma tendência do psiquismo, continuada durante o sono, no sentido de alcançar uma nova e melhor resolução de conflitos desencadeados pela situação traumática. Desta forma, o sonho tem uma continuidade com o pensamento da vigília, na medida em que o sonhador, durante o sono, permanece tentando resolver problemas e conflitos (CRUZ,2015). Para o autor,

embora as modernas teorias a respeito da função dos sonhos continuem destacando os aspectos mais importantes das hipóteses de Freud, houve um reconhecimento da função adaptativa do sonhar, ou seja, a consideração do enredo onírico como expressão de uma atividade interrompida da mente na busca da resolução de conflitos (CRUZ, 2015, p.381).

Nesse sentindo, senti que o conteúdo que Jules trazia através dos sonhos poderia estar relacionado com o fato de que não conseguia perdoar o fato de não ter cuidado da avó até o fim. Porém, como já apontado anteriormente, é importante lidarmos sempre com a verdade do paciente. Diante desta verdade questionei o seu pensamento a respeito desses sonhos, foi então que ela disse: *"acho que esses sonhos que a vó tá revoltada comigo é da sensação que eu tenho dela ter morrido braba comigo!"*. Após essa afirmação, entendi que Jules estava preparada para falar e ouvir a si mesma sobre isso, só então comecei as intervenções.

Expliquei para Jules a possibilidade de sua avó não ter morrido com raiva dela, bem como a ideia de que lidar com a morte é difícil mesmo e que não fomos ensinados durante nossa vida sobre a melhor maneira de defrontar-nos com tal situação. Por ser algo desconhecido, é difícil, muitas vezes, compreender as questões da morte, e outras vezes a tendência natural é olhar os lados negativos daquela relação e fixar em tudo aquilo que não fizemos, trazendo à tona, por exemplo, questões relacionadas ao hipotético, as ideias de "se eu tivesse feito, se eu tivesse falado".

Assim, acaba-se por excluir todo o contexto de uma relação, todo vínculo e afeto de uma vida resume-se aos minutos finais em que "não se fez tal coisa". Expus para Jules que a sua avó não está mais fisicamente presente e por esse motivo não havia a possibilidade de conversar ou pedir desculpas, a

mágoa existente não poderia virar diálogo. Mas havia a oportunidade de olhar para ela e se perdoar, perceber que não foi por acaso que a avó escolheu morar com ela, observar os sentimentos envolvidos nessa escolha, olhar para esse afeto e essa relação bonita que existiu.

Conversei com Jules que, ao que me parecia, ela não havia se perdoado por algumas coisas naquele período e enquanto ela não se perdoasse talvez essas coisas continuariamacompanhando-a e que seria importante que ela olhasse com carinho para esse momento que viveu. Perceber as coisas que fez e as coisas que não fez, e, se não fez, o motivo pelo qual isso ocorreu, naquele momento não foi possível, mas em outros tantos foi. Abrir sua casa para receber, cuidar, dedicar-se durante tanto tempo, são características de amor e sensibilidade muito grandes que sua avó provavelmente sentiu.

Jules então disse: *"quando ela morava comigo, era cansativo às vezes porque ela chamava só pra ver se eu estava lá, às vezes de madrugada, mas penso no depois, quando não tava mais comigo, ela chamava e eu não tava? abandonei ela..."; "tenho que pensar que fiz o meu melhor, dei o meu melhor e as coisas aconteceram porque tinham que acontecer, mas é difícil".*

Uma das questões que me chamou atenção nas falas de Jules sobre a avó foi a do abandono que ela acredita existir por não tê-la cuidado até o fim. Percebi as semelhanças no sentimento de culpa que ela mantinha consigo mesma por ter se abandonado e, por isso, descoberto sua patologia de forma mais avançada. Por conta disso, acreditei ser importante seguir trabalhando os aspectos referentes a sua avó, pois estaria ao mesmo tempo trabalhando os sentimentos de culpa que a mesma trazia em cima dela mesma.

À vista disso, trouxe que sua avó havia partido, mas que ela havia ficado, que talvez houvesse chegado um momento em que ela pudesse perdoar as coisas que acreditava serem necessárias para seguir em frente e se cuidar. No momento atual, era ela a protagonista da própria história, ela precisaria olhar para si. Trouxe ainda que em sua narração, as características da avó me lembravam ela em alguns aspectos, Jules concordou: *"sim, a família diz: tu é igualzinha tua vó"*econtinuou: *"eu fui criada até os seis anos com a minha vó, depois fui morar com a minha mãe que aí ela já tinha uma vida diferente, mas eu sempre fui muito ligada à vó, quando adolescente eu deixava de sair pra ir pravó.";* *"a gente sempre manteve um elo muito grande".*

Após notar que Jules estava entrando em contato com situações positivas de sua relação com a avó, ao passo em que fui percebendo maior permeabilidade na sua estrutura egóica anteriormente menos maleável, disse para ela que notava existirem muitas coisas bonitas nessa relação. Existiu toda uma história significativa na infância, adolescência e vida adulta e que talvez fosse interessante ela olhar para esse lado e pensar em como se constituiu essa relação, não observando apenas as faltas que tiveram. Que, talvez, para sua avó toda a história significasse muito mais, toda a vida de amor é maior e mais bonita do que os momentos finais e que, talvez, para ela não fizesse tanto sentido quanto fazia para Jules estas questões.

Isto posto, falei que, quem sabe agora não seria um momento interessante para ela se olhar com carinho, perceber as coisas que havia feito e que foram muito bonitas. Houve um ciclo e este ciclo finalizou, mas provavelmente sua avó tenha partido com uma imagem de afeto e carinho e não de abandono. Jules que estava muito pensativa, disse: *"tomara que sim!"*.

Assim, falei o quanto o luto é difícil mesmo de lidar, e elaborar algumas questões faz parte do luto mesmo quando já faz algum tempo, que algumas coisas vão ficando, pequenas mágoas guardadas, como, por exemplo, a ideia do "eu deveria". Entender que foi feito o que se pode com os recursos disponíveis naquele momento é uma forma de ir elaborando a problemática e, assim, se sentir mais leve e mais possível.

Trouxe para Jules que percebia a culpa que ela carregava, mas que olhar para isso era importante para que se sentisse bem, para se familiarizar com esses sentimentos como forma de elaboração. Existiram coisas negativas, mas é importante não olhar com julgamento e saber os motivos, é poder oferecer a si mesma a possibilidade de perdoar esses momentos e de compreender os mecanismos que possibilitam tais problemáticas. Enquanto eu falava, durante todo tempo Jules apenas concordava com a cabeça. Em um determinado momento houve muito choro e após isso Jules trouxe: *"de repente eu considero negativos né?"*; mais algum tempo de choro e continuou: *"na verdade ela estava em outra residência, mas os cuidados continuaram os mesmo, função de hospital eu sempre ia, final de semana eu ia passar com ela."*; *"mas se ela ainda estivesse aqui eu não teria descoberto... foi depois que ela saiu foi que eu comecei a recomeçar as atividades"*.

Nesse momento percebi que Jules estava ressignificando algumas coisas e entendi que, mais uma vez, a escuta era a melhor aliada. Jules continuou: *"eu não abandonei ela, orava por ela toda noite."*; *"ela que me salvou né? Foi depois que ela se foi que eu fui me cuidar, eu não teria descoberto meu problema"*.

Jules mostrava através de sua narrativa que estava aos poucos elaborando seu sofrimento e sua angústia, compreendendo a culpa que carregava na questão com a avó também implicava em olhar com mais carinho para sua atenção consigo mesma e entender os motivos que a levaram a tardar seu diagnóstico de câncer. É importante ressaltar que esses sentimentos podem vir à tona, emergir novamente, muitas vezes ainda ao longo do processo, mas o primeiro passo é importantíssimo para que se possa tomar familiaridade dos sentimentos envolvidos e possa dar um novo rumo a eles.

3.5 Enfrentamento, aceitação e esperança: o apoio no pós-cirúrgico

Após vinte e cinco dias de interrupção necessários para o processo cirúrgico e repouso de Jules, voltamos a nos encontrar. Logo no início da sessão ela disse: *"tivemos uma surpresinha na cirurgia"*. Eu já sabia do que se tratava, pois havia conversado anteriormente com a médica responsável. No entanto, acreditei que escutar de Jules a sua visão da nova condição seria o ideal para trabalharmos em cima da sua verdade.

Foi então que ela disse: *"na cirurgia a Dra. descobriu uma metástase, uma lesão na bexiga"*. Confesso que estava angustiada com esse encontro e essa nova perspectiva, pensando nos processos de negação anteriores e o que havíamos trabalhado em cima da culpa e da raiva, pensei que este novo elemento poderia trazer novamente estes sentimentos e teríamos que voltar novamente ao início do ciclo. Como terapeuta, sei que é natural que os sentimentos possam ir e voltar, mas seria importante que não mais regredíssemos. Foi então que questionei como estava sendo esse novo momento e fui surpreendida: *"um pouco ansiosa, eu sei que tem que esperar a consulta com o novo médico agora, mas tô confiante, um passo de cada vez, tratamos os problemas da parte do útero, agora vem a outra parte, vamos encarar."*

Em um primeiro momento fiquei esperando as reações para entender se ela estava em um novo processo de negação ou estava realmente entendendo o que se passava, então continuou: *"foi preciso tirar além do colo uterino, o útero pois o câncer tava comprometendo a cavidade uterina, teve também que tirar o ovário esquerdo, tuba esquerda e o que a Dra. explicou como gânglios que ela fez uma raspagem"; "foi ai que ela viu a lesão na bexiga e teve que tirar um pedaço e mandar pra biópsia, que já saiu o resultado e é câncer também"*.

Notei que, desta vez, Jules estava entendendo sua patologia e não mais comparando com coisas menores, como se houvesse, finalmente, uma aproximação da realidade e da concretude da patologia que não era mais mascarada por uma fantasia/resistência. Então indaguei quais seriam os próximos passos para entender se ela estava compreendendo bem seu novo processo, ao que continuou: *"eu tô com atestado de 45 dias, mas eu me sinto bem, então espero voltar às aulas, ao trabalho sei que não vai dar, mas vou fazer aquilo que tu falou, cuidado da agenda na parte do telefone e minha irmã toca o negócio.";* *"sei que mudanças vão haver, mas só vou saber quais quando forem ocorrendo, né?";* *"tenho dores, mas eu sei que passei por um procedimento delicado e é natural que eu sinta, trato com medicação.";* *"tem também a parte que a minha barriga tá inchada, um desconforto às vezes, não posso dizer que é dor, mas quando é dor faço medicação"*. Neste sentido, pude perceber que Jules entendia o processo que estava ocorrendo, dessa vez já delegando funções a sua irmã e não negando a doença e buscando uma fuga na ideia de produtividade e não de resguardo.

Quanto ao tratamento, Jules mostrou estar ciente do que estava por vir: *"a Dra. me encaminhou pro novo médico, tenho que consultar com ele pra saber se vai ser quimio, rádio, se vai ser os dois, ela já cuidou da parte ginecológica, agora a bexiga é com ele"*.

De acordo com Simonetti (2011), o enfrentamento realista da doença é, geralmente, um ponto de chegada após uma longa jornada, e quase nunca é um ponto de partida, por isso o psicólogo não deve se angustiar se o paciente demorar a atingir essa posição, é preciso ter paciência.

Percebo que foi necessária muita escuta, ter paciência e entender o tempo de Jules para, só então, chegarmos a essa fase, que relacionando com

os estágios de Simonetti (2011) vamos enquadrar no enfrentamento. Porém, acredito ser interessante interligar com os estágios de Kübler-Ross (2008), que nesse aspecto entraria em aceitação. Segundo a autora, o paciente que tiver tido tempo necessário e tiver recebido alguma ajuda para superar tudo, atingirá um estágio que não mais sentirá raiva, terá podido externar seus sentimentos e estará, enfim, aceitando sua condição de enfermo, o que possibilita uma real elaboração do sofrimento.

No encontro em que Jules já havia consultado com o novo médico, trouxe as novas condições a respeito da doença: *"a consulta foi legal, o médico é muito simpático e já me encaminhou para o radioterapeuta... ele viu meus exames e disse que há necessidade sim, de rádio e quimio"; "a mãe veio junto na consulta, tá preocupada com o tempo, em agilizar as coisas, mas o Dr. disse pra ela que a gente tá dentro do tempo, que tá dentro do programado"; "eu sei que não adianta eu ficar preocupada porque eu tenho que esperar... então eu tô confiando."*

Sobre suas dúvidas em relação aos novos procedimentos, Jules percebe que surgirão aos poucos, conforme as coisas forem acontecendo, mas que algumas coisas ela já esclareceu com o médico: *"eu vou ir tendo as perguntas ao longo do tratamento, mas algumas coisas eu já perguntei pra ele, questão de alimentação ele disse que eu não vou ter a mesma disposição"; "eu até perguntei se ia ter algum outro tipo de reação, se eu ia ter que parar de ir a aulas, ele disse que depende, que vou sentir um abalo mas cada organismo reage de uma forma"; "ele não pode me garantir... eu vou ir sabendo aos poucos"; "ele comentou a função do cabelo, que essa quimio não vai fazer o cabelo cair, mas se caísse eu disse pra ele que tudo bem, já tenho o cabelo curto e ralo há anos".* Pergunto, então, o que essas informações parecem para ela, ao passo que Jules responde: *"que claro que vou ter minhas limitações, dias mais e dias menos, mas vou enfrentá-las da maneira que for possível e seguir em frente."*

Mesmo que possa parecer que por estar na posição de enfrentamento e aceitação Jules não precise de muito auxílio, todo paciente nesta situação que Jules se encontra precisa de muito apoio. Está ainda digerindo uma realidade muito dura, e é mais confortável fazer essa elaboração quando se tem um ouvinte qualificado do que sozinha com os próprios pensamentos.

O enfrentamento é uma posição de fluidez, tanto de emoções como de ideias. Para o paciente há que ser verdadeiro em relação a sua doença e não coerente, não tem de se fixar na verdade que descobriu em relação a sua doença: ela pode ser apenas a primeira verdade, que logo será substituída por outra. Assim, o importante é o paciente ser ajudado a falar a sua doença, e a falar novamente no dia seguinte (SIMONETTI, 2011) e o quanto for necessário para tal elaboração.

Quanto ao que esperar, Jules apontou seguinte: *"eu espero que seja tranquilo... a radio são algumas sessões... dei uma lida na diferença entre radio e quimio..."*. Percebemos aqui que mesmo que a paciente volte a utilizar o termo *"tranquilo"*, muito recorrente em seu processo de negação, agora o termo está ligado a uma ideia de esperança. Houve, desta forma, uma ressignificação da própria condição, das suas possibilidades e, diretamente, de sua existência. A esperança se mostra presente novamente em algumas falas, como a seguinte: *"a princípio vou fazer a quimio e a radio e não vai precisar outro procedimento cirúrgico... ele disse que tenho grandes chances de cura e eu confio que sim"*. É importante ressaltar que, neste momento, não se trata da construção de uma fantasia, mas de uma forma de compreensão de suas possibilidades, uma forma definitivamente mais otimista e, talvez, mais saudável.

Para Kübler-Ross (2008), os estágios terão duração variável, um substituirá o outro ou se encontrarão por vezes lado a lado. A única coisa que geralmente persiste em todos os estágios é a esperança. Para Simonetti (2011), toda situação de adoecimento comporta uma possibilidade de esperança, sempre, e essa esperança deve ser mantida não importa de que forma. Ainda de acordo com o autor, a esperança não é uma posição na órbita da doença, ela é, isto sim, o fio que sustenta e conecta as posições. Ela sempre está presente, se repete em todas as posições, pode até estar disfarçada, mas ela está lá.

Corvo (1998) aponta que esperança implica espera, transcendência no tempo em um itinerário em direção ao futuro. Próprio do ser pensante, relaciona-se à possibilidade da espera para se obter uma satisfação. Dufault e Martocchio (1985), partem da compreensão da esperança como conceito multidimensional, definindo-a como uma força dinâmica de vida caracterizada

por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo.

Ao pensar a esperança de Jules, podemos perceber que estava presente desde o início, diria até desde o primeiro dia quando a mesma esperou por duas horas pelo nosso encontro, uma esperança de ser ouvida, de ser acolhida, de poder realmente fazer algo por si. Na negação podemos pensar que a esperança era exagerada, logo diminuindo a doença e pensando ser algo mínimo, na culpa junto à raiva, uma esperança de voltar atrás e fazer diferente. Já no enfrentamento podemos ver uma esperança composta, também, pela realidade.

3.6 O câncer como ponto de mutação

A efetiva transformação de uma situação de adversidade em desafio e oportunidade para crescimento implica em um processo de aprendizagem e desenvolvimento psicológico para reproduzir os recursos adaptativos para tal situação. Santos et. al (2009), trazem que, diante da adversidade, o indivíduo mobiliza uma gama de recursos dos quais, geralmente, não tinha consciência prévia. A adversidade tem efeito potencializador de amadurecimento, crescimento e enriquecimento pessoal. Indo ao encontro com a lógica das autoras, pude perceber em Jules as transformações ao longo do processo que não só nos estágios de luto, mas também na forma de viver a vida.

Começamos com uma fala de Jules sobre respeitar seus sentimentos: *"tenho pensado mais em mim, sabe?"; "agora eu me respeito, eu sempre lembro do que tu me disse: tem que te dar o direito de estar irritada, tem que te dar o direito de chorar, de dizer não e de dizer sim."*

Falando sobre as limitações que a doença traz, Jules não mais foge do inevitável: *"aprendi a delegar funções e faço minhas coisas dentro do que eu posso."* Sobre o aparecimento da doença, Jules muda seu discurso tão cheio de culpa e raiva e passa a entender de outra forma: *"eu não tenho religião sabe? Eu tenho fé, sei que foi descuido, mas tem coisas que acontecem porque tem que acontecer e não devo me culpar por isso."* Esses aspectos são importantes, pois Jules passou a entender suas limitações e lidar com elas de forma saudável. Passou a respeitar seus sentimentos, delegar algumas de

suas funções e entender sua doença de um outro ponto de vista que não a culpa. Para Simonetti (2011, p. 62), "o mais importante não é o que a doença fez de você, mas o que você vai fazer com o que a doença fez de você".

Essas perspectivas muito provavelmente não estarão presentes na vida de Jules somente enquanto acompanhada da doença, é plausível pensar que são aprendizados que irão acompanhá-la em sua vida a partir de agora.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos encontros com Jules foi preciso, enquanto terapeuta, refletir até onde ir, quando recuar, reconhecer que em muitos momentos o silêncio é terapêutico e adquirir aos poucos a clareza do papel que exercia naquele espaço de tempo na vida de Jules.

Desde o primeiro encontro foi preciso desfazer-me dos ideais que me cercavam sobre o terapeuta ideal para aquela situação e compreender que a questão real não é o que se diz ao paciente, mas o que se deixa o paciente dizer. Perceber que, mesmo com todas as leituras e preparos, estar diante de alguém é algo singular e é preciso entender as demandas daquele momento.

Foi importante perceber que os meus interesses imediatos enquanto terapeuta não eram os mesmos de Jules. Enquanto acreditei que encontraria alguém falando sobre seu sofrimento e eu traria as estratégias necessárias para esse enfrentamento, encontrei alguém que não estava disposta a falar da doença, minimizando ou mudando de assunto. Desta forma, percebo o quanto a ideia inicial de que existem estratégias absolutamente fixas e que podem dar conta de diversas subjetividades acaba por ser colocada em perspectiva. Por tratar-se de uma pesquisa ancorada na perspectiva da psicanálise como forma de acolhimento, percebo que o oferecimento do espaço de escuta e acolhimento incondicional, um espaço no qual Jules pode não ser reduzida à sua patologia, é, talvez, algo mais próximo da construção de uma verdadeira estratégia de enfrentamento.

Pensando que a psicologia auxilia no processo de elaboração simbólica do adoecimento e se propõe, então, a ajudar o paciente a fazer a travessia da experiência do adoecimento, é papel da psicologia entender que, ao estarmos diante de um paciente, não estamos lidando somente com a dor do sujeito, mas sim com todo contexto social envolvido. Jules tinha suas questões a respeito da filha, sua mãe que a deixava sufocada, o luto da partida de sua avó, a dificuldade em deixar o emprego de lado e assim por diante. Todas essas questões faziam parte da elaboração da doença. Jules precisava, no entanto, reorganizar todas elas para só então olhar para si mesma e reconhecer o que necessitava para seguir em frente.

Não é preciso descobrir qual a verdade de uma doença para que possamos ajudar a enfrentá-la, mas descobrir a verdade do paciente sobre essa doença é essencial. Quando Jules pôde ser escutada e acolhida em sua negação e sua culpa, quando pôde ter seus sentimentos reconhecidos, seus medos ventilados numa conversa desarmada, pôde, então, elaborar e reconhecer o processo que estava enfrentando.

Ao contrário do que parecia ao longo de meus primeiros encontros com a questão que norteou este estudo, não parece existir uma forma pré-estabelecida de enfrentamento. Cada um vai encontrar sua forma particular e única de enfrentar a doença. E dessa forma podemos perceber a importância de um profissional da psicologia para estar ao lado de um paciente adoecido, para auxiliar junto a ele na melhor maneira de enfrentar – seja qual for – a situação em que se encontra.

Acredito ser importante ressaltar que o processo de Jules não é um mérito meu ou do trabalho da psicologia em si. Trata-se de um processo em que a dupla terapêutica pôde, ao andar lado a lado, encontrar formas de ressignificações, a fantástica experiência de obter a permissão de adentrar no seu mundo e estar ao seu lado naquilo que foi possível. Trata-se de um processo transferencial no qual ter a consciência de que torci, de que também senti e de que um pouco disso poderá permanecer um tempo comigo é fundamental. Através de Jules foi possível refletir sobre de que forma o terapeuta pode atuar fora do *setting* clássico da clínica e de que forma construir esse percurso, bem como refletir sobre a singularidade da subjetividade que precisa ser respeitada e compreendida mesmo em situações de adversidades tão complexas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, T.M, **Psicologia e Saúde**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- BERECK, J.S. **Tratado de ginecologia**, 14ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008
- BOTEGA, N.J; FIGUEIREDO, J.H.C; GIGLIO, J.S. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 527-528
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 510/16 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CARVALHO, D.C & COSTA, C.L. **Psico-oncologia em discussão**. 1ª ed. São Paulo: Lemar, 2009.
- CARVALHO, V.A& PEREIRA, M. H.**Temas em Psico-oncologia**, 1ª ed. São Paulo: Summus, 2008.
- CHACHAMOVICH, J. J; & FETTER, I. S. C. **Psicoterapia de orientação analítica**: fundamentos teóricos e clínicos. Cap. Abordagem psicodinâmica do paciente obsessivo. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- CORVO, R. R. L. **Metapsicologia da esperança**. Rev. Bras. Psicanál, 1998. 97.
- CRUZ, J. G. **Psicoterapia de orientação analítica**: fundamentos teóricos e clínicos. Cap. Sonhos. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 374-392
- DUFAULT, K; MARTOCCHIO, B.C. **Esperança: suas esferas e dimensões**.Clinica de Enfermagem. 91.
- FRANCO, M.H.P. **Temas em Psico-oncologia**. A família em psico-oncologia 1ª ed. São Paulo: Summus, 2008.
- FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. (1915). In: SALOMÃO, J. (Trad.).**Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, E. **A mulher e o câncer**. As diferentes fases do enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Campinas: Psy, 1997.
- GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo, Petrópolis: Vozes, 1996.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

- MERCADO, F. J.; GASTALDO, D; CALDERÓN, C. (orgs).
Investigación cualitativa em salud en Iberoamérica: método, análisis y ética. Guadalajara, n2002.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro :Hucitec - Abrasco, 1992
- MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- PEÇANHA, D. **Temas em Psico-oncologia: Câncer: Recursos de enfrentamento na trajetória da doença.** 1ª ed. São Paulo: Summus, 2008.
- QUINTANA, A.M.; SANTOS, L.H.R.; RUSSOWSKY, I.L.T e WOLFF, L.R.
Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 1999. 45-52
- REY, F.G. **La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos.** São Paulo: Educ, 1999
- RIBEIRO, V. S. G. **Psicologia Hospitalar - Sobre o adoecimento...Articulando Conceitos com a prática clínica.** Pesas ou pensar: Quando há escuta ao paciente oncológico. São Paulo : Atheneu, 2013
- RODRIGUES, R.T.S. **Trabalhando com famílias no Hospital Geral.** A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. 189-194
- SANTOS, S. R.; NAKAMOTO, L. H; COSTA, C.L. **Psico-oncologia em discussão.** 1ª ed. São Paulo: Lemar, 2009.
- SHAUGHNESSY, J.J; ZECHMEISTER, E. B; ZECHMEISTER, J. S.
Metodologia de pesquisa em psicologia. 9ª ed. Porto Alegre: AMGH Ltda, 2012.
- SILVA, M, J, P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença.** 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- SOARES, C. P. **Uma tentativa malograda de atendimento em um centro de tratamento intensivo.** Psicanálise e Hospital. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- VALLE, B.; SALVADOR, C. N.; SANTOS, J. B. **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis.** Psicanálise e hospital: a escuta além do corpo. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.