



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

da Silva Sastre Capelozza, Maria de Lourdes; Lieth Peçanha, Dóris; Mattar, Rosiane; Yazaki Sun, Sue

A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas

Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 34, núm. 86, enero-junio, 2014, pp. 151-170

Academia Paulista de Psicologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632921011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

• **A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas**

*The emotional dynamic of women with cancer and pregnancy*

*La dinámica emocional de las mujeres embarazadas diagnosticadas con  
cáncer*

Maria de Lourdes da Silva Sastre Capelozza<sup>1</sup>

Dóris Lieth Peçanha<sup>2</sup>

(Cad. nº19 da A.P.P.)

Rosiane Mattar<sup>3</sup>

Sue Yazaki Sun<sup>4</sup>

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

**Resumo:** A presença de câncer em grávidas gera importante impacto emocional em todos os envolvidos, especialmente nessas jovens mulheres que têm que lidar com duas crises ao mesmo tempo: câncer e gravidez (morte e vida). Este estudo tem como objetivo investigar a dinâmica emocional de pacientes diagnosticadas com câncer e gravidez. Problemas de pesquisa que guiaram o estudo foram: a) Por que uma pessoa com câncer engravida ou mantém a gravidez? b) A experiência da gravidez implica mudanças na percepção de vida dessas mulheres? Utiliza-se um método qualitativo de pesquisa em abordagem clínica e comparativa através de análise de conteúdo e categorização temática. Entrevistas foram desenvolvidas com 11 mulheres divididas em dois grupos: 6 gestantes com câncer e 5 pacientes com gestação saudável. Mulheres com câncer mostraram grande dificuldade em lidar com o diagnóstico, forte sentimento de luto, ambivalência entre medo e coragem, alegria e tristeza, vida (do bebê) e morte (da própria). Entretanto, a gravidez também lhes dá um sentimento de estar saudáveis e aptas para criar vida. Relevante é o modo como essas pacientes lidam com o tempo. Para enfrentar o medo da morte elas usam objetivos de curto prazo. Isso lhes proporciona um senso de força e empoderamento para lutar contra a doença. Essas mulheres com câncer mostram clara preocupação em proteger os bebês durante o período intra-uterino e pós-natal. Por fim, salienta-se a importância do atendimento psicológico para ajuda-las nas questões emocionais e na aderência ao tratamento.

**Palavras-chave:** Atendimento psicológico; gravidez; câncer.

**Abstract:** *The presence of cancer in pregnant women generates important emotional impact on everyone involved, especially to the young women who have to deal*

<sup>1</sup> Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Contato: Rua Domingos de Morais, 348/43 - Vila Mariana, São Paulo, SP - CEP 04010.000. E-mail: mlsscpsi@gmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Prof<sup>ª</sup>. Associada IV do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos e do Programa de Pós-graduação (EESC – USP). Contato: Alameda das Crisandálias, 616/32 – Cidade Jardim – São Carlos, SP. CEP 13566-570. E-mail: doris@ufscar.br

<sup>3</sup> Médica Obstetra, Professora Associada do Departamento de Obstetrícia – UNIFESP. Contato: R. Dr. Diogo de Faria, 477 ap 31- Vila Clementino- São Paulo SP. E-mail: rosiane.toco@epm.br

<sup>4</sup> Médica Obstetra, Professora Associada do Departamento de Obstetrícia – UNIFESP. Contato: Rua Rua Napoleão de Barros, 875- Vila Clementino São Paulo SP. Email: sueysun@gmail.com

*simultaneously with two crises: cancer and pregnancy (death and life). This study aims to investigate the emotional dynamics of patients diagnosed with cancer and pregnancy. The research questions guiding the study were: a) Why does a person with cancer gets pregnant or maintain pregnancy? b) Does the experience of pregnancy leads to changes in the women's live perception? A qualitative, comparative and clinical research approach is used by means of content analysis based on thematic categorization. Interview is conducted with 11 women who were divided in two groups: One group has 6 cancer patients and the other 5 healthy pregnant women. Women with cancer show great difficulty in dealing with the diagnosis, strong sense of mourning, fear of death, ambivalence between fear and joy, life and death. The pregnancy also gives them a feeling of being healthy and able to create life. Noteworthy is the way how patients deal with time. To face the fear of death they use short-term goals in their life. It gives them a sense of strength and empowerment to fight disease. Women show a clear concern for protecting the baby during intrauterine and post-natal period. It must be stressed the importance of psychological care helping them to cope with emotional issues and adherence to treatment.*

**Keywords:** *Psychological care; pregnancy; cancer.*

**Resumen:** *La presencia de cáncer en el embarazo genera impacto emocional significativo en todos los involucrados, especialmente en las mujeres jóvenes que tienen que hacer frente a dos crisis al mismo tiempo: el cáncer y el embarazo (muerte y vida). Este estudio tiene como objetivo investigar la dinámica emocional de las pacientes embarazadas diagnosticadas con cáncer. Las principales preguntas que guían este estudio son: a) ¿Por qué es una persona con cáncer queda embarazada y/o mantiene el embarazo? Y b) ¿La experiencia del embarazo implica cambios en la percepción sobre la vida de estas mujeres? Utilizamos el método cualitativo aplicado en la práctica clínica y el comparativo a través de análisis de contenido y enfoque de categorización temática. Se realizaron 11 entrevistas a estas mujeres, divididas en dos grupos: 6 mujeres embarazadas con cáncer y 5 pacientes con embarazo saludable. Las mujeres con cáncer mostraron grandes dificultades para tratar con el diagnóstico, fuerte sentimiento de duelo, ambivalencia entre el miedo y valentía, alegría y tristeza, la vida (del bebé) y la muerte (de sí misma). Sin embargo, el embarazo también les da una sensación de estar sanas y capaces de crear vida. También resultó relevante la manera en que estas pacientes lidian con el tiempo. Para enfrentar el miedo a la muerte, estas mujeres utilizan metas a corto plazo, esto les da una sensación de fuerza y empoderamiento para luchar contra la enfermedad. Estas mujeres con cáncer muestran una clara preocupación por la protección de los bebés durante la vida intrauterina y el período postnatal. Por último, destacamos la importancia de la atención psicológica para ayudarlas con los problemas emocionales y la adherencia al tratamiento.*

**Palabras claves:** *Atención psicológica; embarazo; cáncer.*

## **Introdução**

A presença de câncer em mulheres grávidas gera importante impacto emocional em todos os envolvidos, pois são mulheres jovens em momento especial de suas vidas. Essa associação, embora não seja frequente, torna-se inquietante, levantando muitos questionamentos, alguns dos quais a presente pesquisa busca responder. De acordo com a literatura médica, de cada mil gestantes, uma desenvolve algum tipo de neoplasia (Ferreira, 1996, INCA, 2013). O câncer de mamas é o de maior incidência entre as mulheres e a estimativa para o ano de 2013 foi de 56.680 ocorrências, sendo 52 casos para cada 100.000, de acordo com o INCA (2013).

Na revisão da literatura, buscamos as palavras chave câncer e gravidez, e também procuramos estudos sobre os sentimentos das pacientes e familiares frente a essa doença quando associada à gravidez, sobre equipes de saúde em relação à questão específica gravidez e câncer, nas bases de dados BVS Saúde, DeCS, Medline, Lilacs, PubMed/NCBI. Foram encontrados mais de 300 artigos, mas poucos enfocavam aspectos emocionais da paciente com câncer e, menos ainda, a questão emocional de mulheres com câncer e grávidas.

Importante ressaltar que cada paciente vivencia de forma pessoal a experiência de uma doença de caráter maligno e os aspectos psicossociais envolvidos nesse processo. Alguns pacientes utilizam-se da negação da doença como mecanismo de defesa, o que em alguns casos poderá ser perigoso e prejudicar a aderência ao tratamento (Gomes, Skaba & Vieira, 2002), mas sempre se impõe uma escuta empática e a compreensão de que o desenvolvimento humano sempre é possível mesmo que a cura física esteja ameaçada e até impossibilitada (Peçanha & Santos, 2011).

O câncer é uma enfermidade grave, considerada ainda como metafórica na medida em que traz consigo significações que ultrapassam o fato médico, tais como as ideias de desordem, catástrofe, castigo e, em última análise, está relacionado à fatalidade (Ferreira, 1996, Micelli, 1998). Aspectos emocionais como a culpa frequentemente aparecem, dificultando um olhar mais realista e responsável face à enfermidade por parte dos envolvidos (Peçanha & Santos, 2011). Assim, em geral, o diagnóstico de câncer é vivenciado tanto pelo paciente quanto pela sua família como um momento de intensa angústia, onde a possibilidade de mutilação e morte se fazem presentes. Quando o diagnóstico de câncer acontece no transcorrer da gravidez, além desses sentimentos, a equipe médica depara-se com o dilema de tratar a doença materna com procedimentos que podem acarretar efeitos deletérios ao feto.

Nos últimos anos houve mudanças importantes na filosofia do tratamento que passou da desconsideração da gravidez, frequentemente com interrupção imediata, a uma conduta médica mais humana que busca equilibrar os interesses maternos e fetais da melhor forma possível, buscando limitar os riscos de

progressão da doença materna e preservar a integridade fetal (Schünemann Jr, 2006).

Na assistência às gestantes com câncer, verificamos que algumas engravidaram tendo conhecimento do diagnóstico de câncer, já estabelecido. Essas mulheres estavam em fase de tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico. Outras engravidaram sabendo serem portadoras de alguma anormalidade que estava sendo investigada, como um eventual tumor maligno. Tais situações são vistas, do ponto de vista médico, como totalmente inadequadas para a ocorrência de uma gravidez. O contexto descrito levou-nos a indagar como a paciente percebia sua capacidade reprodutora, se a gravidez havia sido planejada e se a equipe de saúde poderia ter falhado na orientação contraceptiva.

Reiteramos que existem poucos estudos na literatura sobre os sentimentos das pacientes, seus familiares e os dos membros da equipe de saúde frente à associação gravidez e câncer. Contudo, Macieira e Barboza (2009) consideram fundamental a participação de equipe multidisciplinar no diagnóstico, no atendimento integral a essas pacientes e em todas as fases da doença. A ênfase maior dos estudos está nos cuidados físicos, mas as pacientes também devem receber atendimento psicológico, social, educacional, e legal entre outros, a fim de possibilitar o bem-estar das mesmas e de seus familiares.

Face ao exposto, propusemos-nos a investigar o impacto emocional do câncer na gravidez, a dinâmica emocional e as motivações destas pacientes para engravidar, bem como a importância do atendimento psicológico durante o pré-natal e puerpério. Para tanto, julgamos importante analisar o contexto de gestação também em mulheres saudáveis atendidas no mesmo serviço de obstetrícia, pois a gestação em si é amplamente compreendida como uma situação de crise para a mulher. Tal comparação permitiria alcançar respostas mais acuradas às questões levantadas, em especial ao conhecimento dos sentimentos, motivações para engravidar mediante doença grave e o quanto o atendimento psicológico poderia auxiliá-las as grávidas com câncer em suas necessidades emocionais.

### **Objetivo**

Esse estudo teve como objetivo investigar a dinâmica emocional das pacientes com diagnóstico simultâneo de câncer e gravidez. Os problemas de pesquisa que guiaram o estudo foram: a) Por que uma pessoa com câncer engravida ou mantém a gravidez? b) Houve falhas na orientação do planejamento familiar? c) A experiência da gravidez implica mudanças na percepção de vida dessas mulheres? d) O atendimento psicológico é importante?

### **Método**

Utilizou-se o método qualitativo, numa abordagem clínica e comparativa, por meio da análise de conteúdo das falas das pacientes. Foram realizadas

entrevistas semi-estruturadas com onze (11) gestantes atendidas no ambulatório de especialidades da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. Essa pequena amostra foi dividida em dois grupos, sendo o primeiro formado por seis (6) pacientes gestantes com neoplasias diversas, oriundas do Ambulatório de Neoplasia e Gravidez, e o segundo grupo ficou constituído de cinco (5) grávidas saudáveis classificadas como gestantes de baixo risco, oriundas do Pré-Natal de Baixo Risco na mesma instituição. As pacientes do grupo comparativo foram escolhidas pelas semelhanças relativamente ao grupo de estudo em aspetos demográficos como idade e número de filhos. Tal comparação objetivou colocar em evidência aspectos emocionais específicos ligados à presença do câncer, uma vez que a situação de gravidez é considerada como uma crise evolutiva para todas as mulheres. No primeiro grupo, duas delas engravidaram sabendo serem portadoras de câncer, nas outras quatro mulheres o diagnóstico da doença foi estabelecido durante a gestação. As pacientes de ambos os grupos foram convidadas a participar do estudo e após esclarecimento da pesquisa, assinaram um termo de consentimento. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp sob o número CEP 0510/10. Considerou-se critério de exclusão a presença de distúrbio psiquiátrico grave que impedisse respostas à entrevista.

A entrevista semi-estruturada, desenvolvida para os fins específico deste trabalho, foi composta por doze questões que abordavam temas relacionados ao diagnóstico e tratamento da neoplasia, bem como diagnóstico da gravidez, contexto social, emocional e familiar, além do relacionamento com a equipe de saúde, particularmente com o serviço de psicologia. Para as pacientes do grupo comparativo foi utilizada a mesma entrevista, porém focalizando a gravidez e, nesses casos, somente a percepção das mesmas relativamente à enfermidade denominada, em linguagem corrente, de câncer. As entrevistas foram realizadas na sala de atendimento psicológico do ambulatório, zelando pela privacidade e conforto físico e emocional das pacientes. Foram gravadas e transcritas posteriormente pela primeira autora, psicóloga na equipe de saúde.

O referencial metodológico utilizado para este estudo foi a análise de conteúdo baseada na categorização temática (Bardin, 1977; Moraes, 2003) que consiste no desmembramento do texto em unidades menores, criando categorias com temas definidos a partir da análise das falas das pacientes entrevistadas. Inicialmente procedemos à desmontagem do texto, fragmentando-o até alcançar unidades referentes aos fenômenos estudados. Depois, estabelecemos relações entre esses elementos unitários para reuni-los na formação de conjuntos maiores e mais complexos. Assim chegamos ao estabelecimento de categorias, guiadas pelos problemas de pesquisa, que permitiram analisar e comparar as respostas dos dois grupos de gestantes, verificando especificidades e diferenças entre os mesmos.

## **Resultados**

Com o intuito de caracterizar a amostra que constituiu o grupo de estudo apresentamos um breve resumo das histórias clínicas.

AT: 26 anos, 1ª gravidez, portadora de carcinoma cístico da glândula lacrimal direita há 12 anos, tendo sido submetida à retirada cirúrgica do globo ocular. Recebeu diagnóstico de gravidez e de metástase pulmonar e cerebral. Era conhecedora do fato de estar em tratamento paliativo, ou seja, fora de possibilidade de cura, tendo sido orientada a não engravidar pela má condição de saúde.

LU: 27 anos, 1ª gravidez, portadora de cordoma de região pélvica diagnosticado há 3 anos. Esse tumor não é histologicamente maligno, mas se comporta como tal em sua expansão local, atingindo órgãos vizinhos. Sem condições de remoção cirúrgica e sem possibilidade de tratamento curativo, uma vez que este tumor não responde bem à quimioterapia (QT) e nem à radioterapia (RT). Fora orientada a não engravidar e medicada com contraceptivos, o que usou irregularmente.

PA: 17 anos, 2ª gravidez. Descobriu ser portadora de Leucemia Mielóide Aguda (LMA), através da assistência pré-natal de sua segunda gestação. Sua primeira filha tinha, na época, 18 meses. Pelas características da LMA, o caso foi considerado como de prognóstico muito reservado. O tratamento quimioterápico foi iniciado na vigência da gravidez.

PR: 32 anos, tinha um filho de 16 anos do primeiro casamento. No início do pré-natal foi diagnosticado câncer de mama. O tratamento instituído incluiu mastectomia durante a gravidez e QT adjuvante. A RT foi planejada para ser desenvolvida após a gravidez. Tumor de estágio avançado, com prognóstico reservado.

AP: 43 anos, 6ª gravidez, com 5 filhos vivos. Portadora de câncer de bexiga, descobriu a gravidez durante exame para investigação do tumor. Neoplasia de baixo índice de agressividade, com bom prognóstico. Foi indicado tratamento expectante na gestação e reavaliação pós-parto.

TA: 26 anos, 2ª gravidez, tem 1 filho com 7 anos. Descobriu câncer de reto no primeiro trimestre da gestação, o prognóstico da doença dependia de tratamento agressivo, incluindo radioterapia pélvica, que atingiria de forma deletéria ao feto. Após discussão interdisciplinar foi apresentada a opção de interrupção da gravidez em função do risco de vida materno. Assim TA escolheu interromper a gestação antes de iniciar o tratamento.

Analisamos com essas pacientes como haviam recebido os diagnósticos da gravidez quando já sabiam ter câncer, pois ambos os diagnósticos (gravidez e câncer) ocorreram quase simultaneamente para a maioria delas. Posteriormente examinamos como cinco mulheres saudáveis receberam o diagnóstico de que estavam grávidas.

Observamos que, nas gestantes com câncer, o sentimento mais referido foi o de ambivalência, entre medo e alegria, como ilustrado pelas seguintes falas:

- LU: “[...] Quando soube da gravidez, comecei a chorar, porque sabia que tinha problema, fiquei com medo, [...]. Eu não sabia se chorava de alegria, de tristeza, medo.” LU acreditava que não engravidaria pela presença do tumor pélvico (grifo nosso).

- AT “[...] Foi uma surpresa incrível! Porque como eu fiz muitos tratamentos, quimioterapias, estas coisas, eu não imaginava que ia engravidar assim tão rápido!” (grifo nosso).

- PA “[...] Foi um choque!! Tinha já uma filha pequenininha, ia querer outro? Mas apareceu né?... Falei só com meu marido, e ele ficou triste! “[...] Difícil porque exige bastante cuidado e dinheiro!” [...] “Sabia que teria bastante dificuldade para criar, mas eu queria” (grifo nosso).

A gravidez, em alguns casos, atenuava os sentimentos negativos trazidos pelo diagnóstico do câncer.

- AP “[...] Fazia cinco anos de tratamento da tireoide e o médico falou pra mim que seria muito complicado se eu engravidasse, ai apareceu o tumor, depois soube da gravidez”, “[...] Viram uma lesão na minha bexiga, depois fui fazer o ultrassom aí que deu que eu já estava grávida. Agora que realmente descobri que estou grávida, estou bem porque tenho a convicção que estou carregando algo dentro de mim” (grifo nosso).

Notamos que após a surpresa com a gravidez, vinha uma sensação de bem estar. A gravidez manifesta-se como mais concreta, comparativamente ao aspecto “intangível” do tumor; além do que era portadora de vida, contrariamente ao conceito de morte implícito neste último.

- AT: Eu não penso mais no tumor, porque na primeira vez eu disse para o médico tirar o tumor inteiro, não deu, ele deixou a lesão que voltou a crescer por causa dos hormônios e tudo mais. Agora eu nem sabia que eu tinha de novo. Eu fiz uma cirurgia recentemente, estava sentindo muita dor de cabeça, ai foi uma surpresa também, já nem penso mais nisso. Depois que eu engraidei só quero ter meus filhos saudáveis e que eu possa cuidar deles (grifo nosso).

Entendemos que, para algumas mulheres com câncer, a possibilidade de engravidar deu-lhes certo sentimento de estar saudável e de empoderamento, já que a capacidade de gestar está geralmente associada à juventude e saúde. Observamos que as duas pacientes diagnosticadas com câncer antes da gravidez, AT e LU, apesar dos médicos terem orientado uso de contraceptivos, eram displicentes quanto a sua utilização, levando-nos a cogitar que, inconscientemente, estavam testando a própria vida através da fertilidade. Essas duas mulheres tinham sonho de ser mãe, e a gestação proporcionou-lhes um sentimento de poder e saúde, levando-as a um estado de ânimo e de felicidade durante a gravidez, tudo isso apesar da enfermidade.

Percebemos que as pacientes foram devidamente orientadas em relação aos métodos anticoncepcionais e ao planejamento familiar, no entanto, demonstraram forte desejo de ser mãe e a gestação deu-lhes a oportunidade de mudarem suas perspectivas de vida. Elas passaram a priorizar a saúde e o bem-estar do filho. Desta forma, concluímos que não existiu falha na orientação da anticoncepção, mas, sim, ocorreu o desejo (inconsciente ou não) de engravidar, apesar das condições de saúde desfavoráveis.

De acordo com Maldonado (1997), mesmo nas gestações indesejadas, há uma busca inconsciente do filho ou da afirmação da fertilidade como fonte de valorização pessoal. Em boa parte das gestações não planejadas, o desejo de ser fecundada manifesta-se não somente pelas sabotagens da anticoncepção – exemplo, esquecer de tomar a pílula, de colocar o diafragma, errar nas contas da tabela etc. - como também por mecanismos psicossomáticos que resultam em alterações da data da ovulação (Navajas Filho, 1997).

- AT “[...] A doutora vivia dizendo para eu não engravidar, parecia que ela estava adivinhando”. Eu disse: “Sua culpa, quando engravidei” Ela tinha me passado um anticoncepcional que tinha menos hormônio. O anticoncepcional faz crescer, então eu não tomava por causa disso.

Navajas Filho (1997) conclui que a mulher possui processos psíquicos que permitirão ou facilitarão que ocorra ou não a gravidez e que pode haver “descompasso” entre os níveis consciente e inconsciente da mente. De um lado, o desejo de engravidar; do outro, de forma antagônica, as dificuldades inconscientes de realizar este desejo.

Em relação às pacientes que iniciaram a gravidez achando estarem saudáveis e que descobriram o tumor durante a gestação pudemos observar dificuldades emocionais como ambivalência entre a esperança de vida proporcionada pela gravidez e o medo intenso que, geralmente, acompanha o diagnóstico do câncer.

- PR “[...] Quando veio a notícia da gravidez foi ótimo, pensei: vou ser mãe de novo, foi uma coisa feliz. Quando engravidei eu estava sem problema de saúde, descobri o câncer estava com quatro meses de gestação”, “[...] Ao saber do câncer, foi ruim, eu fiquei muito triste, de pensar que eu não ia conseguir passar por tudo aquilo que eu já passei até aqui, é muito medo, nossa, eu tinha muito medo, muito, muito medo!... Eu tinha medo de fazer a cirurgia, tinha medo de fazer a quimio e tinha medo das reações da quimio, eu tinha medo... era um medo assim que eu não dormia, eu ficava pensando, o que ia acontecer, nossa foi ruim, muito ruim!” “Senti medo de precisar tirar a gravidez ou dos remédios da quimio causarem problemas para o bebê”. Contudo, nesta paciente, a pulsão de vida venceu o medo: “A gravidez me deu forças para lutar contra a doença”.

- TA: “Foi uma alegria enorme. Nós queríamos muito, ele tinha vontade de ter filho. Toda a família ficou muito feliz. Queria muito ser mãe de novo. Descobri

*o câncer de intestino na gravidez. O médico viu algo no exame e falou que iria fazer novos exames para ver melhor e também iria discutir meu caso com uma equipe de médicos. Foi muito difícil. O médico falou que poderia ter que interromper a gravidez. Eu não queria nem pensar nessa hipótese. Não gosto nem de lembrar”.*

Percebemos ainda que, no momento da descoberta da gravidez, a regressão esteve presente mais fortemente em pacientes do grupo comparativo, uma delas relatou ciúmes da atenção que o marido dispensaria ao feto. Supomos que nas pacientes portadoras de câncer a preocupação com a doença e o sentimento de proteção e cuidado com o feto, atenuaram possíveis comportamentos regressivos tão comuns nessa etapa da vida (Langer, 1986).

Observamos ainda uma associação do câncer com a mutilação e a incapacidade de uma vida normal. A mutilação faz com que a mulher entre em contato com uma gama de sentimentos perturbadores, muitos deles negativos e de ordem psicológica (Vieira, Lopes & Shimo, 2007) como pode ser contatado nos seguintes relatos.

PR: Paciente estava muito angustiada com a descoberta do câncer e da notícia da retirada de sua mama direita. *“Sempre fui muito vaidosa, sempre gostei de usar roupas decotadas, agora não vou poder mais.” “Não vou mais ser a mesma pessoa, vou me sentir menos (chora) não vou mais ter coragem de me trocar perto do meu marido, não vou conseguir ficar sem roupa perto dele. Vai mudar tudo, é como se eu não fosse mais ser mulher”.*

AT: mutilada pela retirada da órbita do olho, relata que no começo foi muito difícil, pois estava na adolescência, e que começou a namorar seu marido nesta época. Percebia que a mutilação era aceita pelo namorado o que a ajudou no enfrentamento deste fato. *“[...] Foi difícil ele ficou mutilado aqui (olho), na cirurgia, porque a pálpebra não se mexe eu até comprei a prótese, mas a cavidade acabou fechando porque a pálpebra perdeu o movimento. Hoje já não me importo tanto com isso, também porque meu marido me ama do jeito que eu sou”.*

O que pudemos verificar, pelos relatos de PR, é que os sentimentos decorrentes deste tipo de intervenção são semelhantes quando a cirurgia precisa acontecer durante a gravidez. Muitas das fantasias e medos, entretanto, diminuem frente à realidade, seguimento do quadro clínico e pela elaboração dos conflitos emocionais e enfrentamento do mundo real. Assim, após a cirurgia PR comentou *“eu já vi, até que nem está tão feio como eu imaginei que ficaria, agora já foi, meu marido também já viu, tá tudo bem”.* Percebeu-se também que a aceitação das pessoas próximas diminui a angústia da paciente e facilita sua aceitação da nova condição.

TA: Referia muito medo da mutilação que o tumor e o tratamento podiam ocasionar. Tinha história de um tio que também sofrera de câncer de intestino e

precisou de colostomia definitiva. Assustada com essa possibilidade, dizia preferir morrer.

- [...] *“Não consigo aceitar, essa bolsa (colostomia), eu não aceitava a doença, preferia morrer que fazer a cirurgia, depois saber que teria que usar essa bolsa, foi muito difícil eu não consigo aceitar... Eu me sinto nojenta, insegura, ela faz barulho, tenho medo de ficar perto das pessoas, de elas perceberem, de dar cheiro, eu não tenho mais paz... Quem faz a higienização dela é meu marido, eu nem olho, eu nem quero ver, eu nunca vou olhar isso, eu nunca vou aceitar isso”.*

Podemos perceber nas falas de TA o quanto essa adaptação ao quadro clínico requer esforço e tempo, e quanto o apoio e o estímulo das pessoas significativas podem ajudar a paciente a superar os seus sentimentos de perda, bem como a negação, revolta e desesperança. Por meio desse apoio podem modificar e superar limitações, conforme foi descrito por Sonobe, Barichello & Zago (2002). No mesmo sentido, Simonetti (2006) ressaltou que a revolta e a raiva devem ser toleradas e não menosprezadas, pois se trata da expressão de sentimentos reprimidos que precisam vir à tona para poderem ser elaborados e reorganizados. Tais emoções podem se manifestar como comportamentos lamuriosos, de solicitação de constante atenção e até mesmo de críticas ao atendimento recebido. Daí a importância do preparo emocional da equipe de assistência para lidar com estes conteúdos.

Observamos que o aspecto de mutilação que o câncer e seu tratamento podem determinar é fator de sofrimento, depressão, revolta e é algo que pode interferir com a adesão ao tratamento. A postura do companheiro, em geral auxiliava a mulher a enfrentar sua nova imagem e a recuperar a autoestima. Sentindo-se aceitas, essas mulheres tendiam também a maior aceitação da dolorosa realidade. Mesmo na gravidez normal o relacionamento conjugal é de vital importância para a experiência da gestação, desta forma a participação do companheiro neste processo e a forma como ele apoia a mulher, contribui de forma significativa na vivência adequada deste período (Prill & Langen, 1985).

Entretanto, na área da sexualidade, verificamos que as pacientes costumavam evitar contato sexual por vergonha de sua imagem mutilada.

- PR: *Eu me sinto debilitada. Também me sinto mal com minha aparência, me sinto feia, não gosto de me olhar no espelho, fico cobrindo meu corpo, fico me escondendo assim. Eu fico me esquivando de ter relações.*

Importante destacar que a sexualidade pertence à individualidade de uma pessoa, tendo ela um parceiro ou não. Contudo, numa forma de relacionamento íntimo entre duas pessoas, como era o caso das pacientes que tinham um companheiro, torna-se essencial que o mesmo seja incluído na unidade de cuidados (Macieira & Maluf, 2008). Com a associação de dois eventos que

modificam o comportamento sexual do casal: o câncer e a gravidez, o aspecto sexual precisa ser analisado.

Em pacientes com câncer, mas não grávidas, foi observado que a atividade sexual é fonte de estigma, ficando muitas vezes em segundo plano. A mulher passa a se ver com menos valia, com tristeza e com medo intenso de não mais corresponder às demandas sexuais do parceiro (Bergamasco & Ângelo, 2001). Temores de ser vista como doente, vítima e passível de pena também afetam a autoestima. Os relacionamentos acabam por se complicar, principalmente quando não há clareza e abertura na comunicação do casal. Parece ser muito importante que o parceiro esteja apto a oferecer afeto genuíno, assim a paciente se sentirá acolhida e compreendida pelo mesmo (Biffi & Mamede, 2004). Também em relação à fase de reabilitação, a presença do parceiro sexual é altamente importante no que se refere à criação de um ambiente saudável e para que a mulher possa sentir-se novamente integrada ao contexto familiar. Macieira e Maluf (2008) salientaram que grande parte dos problemas sexuais que surge nesses pacientes pode ser prevista com um bom diagnóstico e minimizada com o atendimento psicológico ou psico-oncológico.

Na gravidez da mulher com câncer os parceiros julgam, às vezes, que não procurar a mulher nesse momento é uma forma de poupá-la de sofrimento, mas isso pode reforçar ainda mais a sensação de rejeição que a paciente experimenta pela mutilação. Assim a procura sexual pelo parceiro deve ser reforçada como algo que, quando sincero, auxilia a gestante a lidar com esse momento e promove o não afastamento do casal. Esse aspecto precisa ser trabalhado pela equipe assistencial não só com a paciente, mas com o companheiro e a família, pois são eles que vão lidar a maior parte do tempo com essas demandas.

Os relatos de todas as pacientes entrevistadas mostraram que, ainda hoje, mesmo com melhores índices de sobrevida, o câncer é percebido como uma doença destruidora, geralmente associada a castigo ou punição, pois envolve sentimentos difíceis de serem administrados principalmente o estigma social de morte (Gomes et. al., 2002). Quando falávamos em câncer, a sensação de sofrimento e de medo da morte apareceu fortemente nas pacientes com câncer e também nas saudáveis.

No grupo das grávidas com câncer observamos que elas usavam mecanismos de enfrentamento, voltados, em especial, para o significado da maternidade. Esta constituía forte motivo para lutar contra a doença, buscando constantes metas de sobrevida que pudessem viabilizar o nascimento saudável dos bebês e depois acompanhá-los em cada período de desenvolvimento.

O resignificado da doença e do medo da morte foi observado por nós nas pacientes cuja enfermidade ocorreu previamente à gravidez. Dessa forma, AT tinha doença avançada, mas seu comportamento foi de enfrentamento da doença

não se entregando a uma atitude fatalista. AT e LU mostraram que suas vidas não estavam limitadas ou acabadas pela doença. Elas foram capazes de viver para além da doença. Essas pacientes que tiveram câncer antes de engravidar, dispunham de um tempo para elaborar a doença e o filho passou a representar uma razão para viver já que antes havia a convicção de morte iminente. Para as grávidas com diagnóstico recente de câncer, a desestruturação emocional pareceu maior, pois precisaram lidar com os dois eventos (vida e morte) simultaneamente, o que gerou maior ambivalência.

Percebemos também uma nítida diferença, na forma de lidar com o tempo, das mulheres com câncer quando comparadas as grávidas sem enfermidade. Nas mulheres saudáveis, o tempo de vida aparecia infinito, elas tinham sonhos e planos de longo prazo, como fazer faculdade, construir a casa dos sonhos, entre outros. As grávidas com câncer pensam mais em curto prazo e mostravam-se focadas em planos estratégicos, agindo como se fizessem uma programação interna para se manterem firmes até um determinado evento. Vencendo uma meta, automaticamente, se programavam para outra como, por exemplo, chegar até 30 semanas de gestação. Vencido isso, programavam ter o parto a termo, depois amamentar, ver o filho andar, e assim por diante.

- PR: *“Tantos anos aguardando e depois veio essa notícia do câncer, assim eu achei que não fosse conseguir passar, mas agora você vê que eu fiz a mastectomia, já foi uma etapa, agora. Eu comecei com a quimio, já é a segunda, e a bebê tá bem”.*

Concluimos que a relação da gestante com o câncer é permeada pelo medo da morte, no entanto, o fato de estarem grávidas funcionou como um impulso para a superação da doença. Outro aspecto do enfrentamento da associação do câncer à gravidez é a dificuldade da paciente e também do obstetra em lidar com sentimento de luto e eventual morte.

Quanto aos sentimentos das gestantes com câncer em relação aos seus filhos, percebeu-se a preocupação em protegê-los tanto no período intrauterino, pelo receio dos medicamentos quimioterápicos fazerem mal ao feto, quanto no período pós-natal, por sequelas tardias da quimioterapia sobre o recém-nascido e também por dificuldade da mãe em cuidar do filho em consequência da debilidade física decorrente das terapias empregadas.

- AT “[...] *“Com certeza a prioridade vai ser cuidar deles”.* Agora tenho que pensar nos meus filhos, eu não tenho mais aquela coisa de pensar em mim, eu me preocupo agora com eles. Agora tenho que me manter mais ainda pelos meus filhos”.

- LU “[...] *A minha preocupação é não prejudicar meu bebê com algum tratamento”.* E depois dele nascer se eu optar em fazer quimio ou radio, o que vou fazer com o bebê?.

- PR “[...] *Eu sei que eu vou ter algum limite porque a quimioterapia deixa você fraca, mais debilitada, e eu vou ter a criança pra cuidar, né?* Eu vou ter que ter o foco nela... Eu acho que vou conseguir. Cuidar de mim e do bebê. Eu acho que vou ter que ter muita força de vontade. Vou pensar: Força! Tenho um bebê pra cuidar.

As gestantes com câncer encontravam no feto motivação para cuidar de si e querer viver. O bebe representava um elemento compensador das adversidades enfrentadas em decorrência da doença.

Quanto à possibilidade de interrupção de gravidez para tratamento do tumor, algumas vezes cogitada e indicada pela equipe médica, não foi desejada ou aceita por algumas das pacientes que preferiram correr riscos em favor do filho gestado.

- PR “[...] *No começo foi muito ruim, porque o médico que estava me atendendo falou em interromper a gestação, e então foi muito difícil para mim, porque eu não tinha isso na minha mente, foi como... tantos anos aguardando e depois veio essa notícia do câncer*”.

- TA “[...] *Foi muito difícil, o médico falou que poderia ter que interromper a gravidez, eu não queria nem pensar nesta hipótese, não queria nem imaginar, eu queria demais ter o filho, meu marido também queria demais ter um filho, eu fui tentando fugir de pensar nisso, sempre pensava que dava pra dar um jeito, que não queria de jeito nenhum interromper, rezei, pedi a Deus que me ajudasse, que tivesse um jeito de tratar sem ter que interromper*”... “*Até que o médico disse que não teria jeito, que meu tumor ia se agravar rapidamente e eu correria risco de vida, você lembra eu disse que não iria tratar que preferia morrer que ter que matar meu filho... mas aí vi que tinha que pensar no meu outro filho de 7 anos, aí eu não tinha outra escolha, não queria deixar meu filho sem mãe, tinha que tentar me salvar, fiz a interrupção, mas foi a coisa mais difícil da minha vida. Eu só fiz mesmo pensando no meu filho senão eu não faria, senão eu nunca faria isso, de jeito nenhum*”. “*O momento mais difícil foi quando tive que “decidir” (interrupção) eu não tiro isso da minha cabeça, eu me sinto culpada ainda ‘me sinto uma assassina’.* Só fiz por causa do meu filho senão eu não tinha aceitado”.

Frente à necessidade de interrupção da gestação, a paciente e sua família precisam de assistência psicológica sistemática e frequente. Ao existir risco de vida materno, as pacientes referiam que apenas optariam pela interrupção da gravidez se já tivessem outros filhos que necessitassem de seu cuidado. Tal relato demonstra a força da maternidade pelo filho já existente, ou pelo que se desenvolvia nessa gestação, parecendo sobrepujar o instinto de preservação da própria vida pela mulher. A partir de conteúdo semelhante nas diversas falas dessas mulheres, compreendemos que a relação das gestantes com câncer era, prioritariamente, com a vida e a segurança de seus filhos. Quando elas não tinham um filho antes da doença, privilegiavam a gravidez; mas, na existência de uma

criança previamente à gravidez, privilegiavam o próprio tratamento para se manterem vivas, em contato com seu bebê e para continuar o cuidado que dispensam à criança existente. Assim, a presente gravidez e a vida de suas crianças eram elementos que motivavam a adesão ao tratamento e a esperança na cura. Interessante relatar que, nas grávidas sadias, sentimentos relativos ao medo de adoecer, ansiedade, preocupações e angústias em relação ao cuidado com o bebê apareceram de forma mais intensa comparativamente às pacientes com câncer. Essa observação corrobora a literatura que trata da importância emocional da gravidez, em geral vivenciada como crise (Langer, 1986) e, também, contribui para demistificar a ocorrência do câncer.

Ainda, no sentido da dinâmica positiva das pacientes que viviam a experiência da associação câncer e gravidez, observamos nas mesmas um posicionamento mais adaptativo à realidade vivenciada, pensavam mais na saúde e no desenvolvimento de seus filhos tanto no período da gravidez quanto para o futuro, enquanto as mulheres do grupo comparativo apresentavam, muitas vezes, um comportamento regressivo e centrado nelas próprias.

O apoio familiar foi um fator importante para as pacientes no enfrentamento da doença e de grande ajuda na adesão ao tratamento.

- TA: “[...] *Quando souberam da gravidez, todo mundo ficou muito contente e depois do câncer todo mundo ficou muito triste. Eles me dão muito apoio, todos eles, minha irmã e meu cunhado principalmente, eles vem em todas as visitas, meu marido também embora esteja preso, coitado ficou muito abatido com a notícia, mas me dá muita força, manda carta, me telefona toda hora, me consola, diz pra eu me cuidar, que quer que eu me trate, pra eu só me preocupar com isso e sofre por não poder estar comigo nessa hora tão difícil.*

- AT “[...] *Com a ajuda da minha sogra, que é meu anjo da guarda, eu acho que vou dar conta. Eu tenho o meu marido, tenho minha sogra, que é a pessoa mais especial pra mim, até melhor que a minha mãe, porque antes da primeira vez que eu passei por isso, minha mãe estava aqui em São Paulo, nem me visitar ela ia.*

- AP “[...] *vou ter apoio de muita gente da minha família, da família do meu marido, eles estão sabendo (do câncer) eu contei para eles, porque eles ficam mais na minha casa, do que na casa deles, então eu contei. Então acho que vou ter muito apoio.*”

Observamos ainda dificuldade não só da paciente em aceitar a doença, mas também da família, como no caso de PR, em que os membros familiares demonstravam tristeza e se rebelavam com um sentimento de injustiça. Alguns familiares e pessoas de referência das pacientes ficavam tão indignados com o diagnóstico que não conseguiam apoiá-las. Essas mulheres, além de não contarem com o acolhimento e suporte familiar, ainda tinham que lidar com um maior desgaste

emocional advindo do fato de tentarem esconder a doença, potencializando assim os próprios sentimentos de medo, ansiedade, angústia, e desamparo entre outros.

- PR “[...] *Ter que esconder é muito pior, você sofre muito mais. Ter que esconder aumenta a angústia aumenta a tristeza.*”

- PR “[...] *ah, eu acho que pelo fato de eu ser uma pessoa muito comunicativa, muito presente na vida da minha família, sempre ajudando acho que elas acham que por você fazer isso você não vai passar por nada ruim, e não é verdade, né”?... Então é uma coisa assim que todo mundo tá sujeito, né? Se você tem que passar, você vai passar e não tem essa de que você ser boa pessoa ou má pessoa (Se referindo à fala da tia “Por que com você e por que isso agora?”).*

Por outro lado, observamos que à medida que a paciente aceitava a enfermidade e o tratamento transmitia maior segurança aos familiares. Contudo, o núcleo familiar mais próximo é importante para auxiliar as mulheres a terem segurança para enfrentar o tratamento e as novidades associadas à gravidez. Mas constatamos certo constrangimento inicial na abordagem desses temas tanto pela paciente como pelos familiares, sendo algo importante a ser trabalhado nas mulheres com câncer.

Em relação ao tratamento, a confiança na equipe de saúde dependia muito da postura dos profissionais (Peçanha & Santos, 2011). O atendimento precisa ser acolhedor e continente, considerando questões culturais, sociais e psicológicas de cada indivíduo, desde o momento da comunicação do diagnóstico da doença - o que influencia todo o tratamento (Veit & Carvalho, 2008) podendo facilitá-lo, como pode ser constatado na seguinte fala:

- PR “[...] *estou confiante nos médicos, que vai dar tudo certo, tem as possibilidades, eles deixam tudo muito claro, o que pode acontecer o que não pode, então deixa-nos mais confortável*”,

Com relação à percepção que as pacientes tinham do atendimento psicológico constatamos que as portadoras de câncer percebiam esse serviço como um espaço de acolhimento, apoio e reflexão, onde podiam trabalhar as suas angústias, medos e ansiedades em relação ao tratamento e as vivências nesse período, além de obterem esclarecimentos e ajuda na adesão ao tratamento e no suporte aos familiares. Relataram sentimentos de segurança e de confiança em relação ao atendimento psicológico, sendo que um aspecto que contribuiu para essa avaliação foi a garantia do sigilo das entrevistas. Vejamos a continuidade da fala da gestante:

- PR “[...] *Muito bom, me ajudou em muita coisa, assim... parece que eu fiquei um pouco mais madura com respeito do assunto que eu estava passando... eu fiquei mais madura, mais segura pra falar. Em algumas coisas que eu estava sentindo, que eu achava que era certo e não era, então pra mim foi muito bom*”,

Os achados relativamente ao atendimento psicológico são concordantes com as assertivas de Liberato e Carvalho (2008) que relataram que as intervenções psicossociais em psico-oncologia propiciam espaço seguro para a expressão de sentimentos e ajudam a descobrir meios para a diminuição do estresse, da ansiedade e da depressão. Em suma, as grávidas com câncer consideraram importante o atendimento psicológico, e que o mesmo as ajudou a lidar com o processo de diagnóstico e de tratamento. De nossa parte, consideramos fundamental que o psicólogo saiba ouvir de forma empática, respeitando as defesas da paciente nas diferentes fases do processo e, ao mesmo tempo estimulando o seu gradativo amadurecimento emocional (Peçanha & Santos, 2011). Este amadurecimento acontece de dentro para fora, assim, primeiro a paciente encontra dentro de si novos sentidos para a experiência, passando a resignificá-la de forma mais positiva e, depois, essa nova visão de si e do mundo expressa-se em comportamentos manifestos. Importa destacar que o profissional em psicologia para ter sucesso deve progredir, fluindo com as etapas gradativas da paciente, tendo sensibilidade de aguardar o seu tempo de conscientização dos eventos, não se sentindo pressionado a resultados, pois o agir abruptamente pode amputar o desenvolvimento do processo. Concordante com a literatura revisada (Liberato & Carvalho, 2008), o foco do atendimento em psico-oncologia é delimitar estratégias que facilitem o enfrentamento do câncer como a expressão de sentimentos, esclarecimentos relativos à enfermidade, fortalecimento das relações interpessoais, buscando qualidade de vida da paciente e qualidade de vida familiar, bem como incentivar a rede de apoio, auxiliar o resignificar da vida e do viver. Vale destacar ainda a importância do aspecto situacional ou contextual do enfrentamento, ou seja, não existe estratégia melhor ou pior e sim o que importa é a funcionalidade e eficácia do uso adequado da estratégia no contexto da pessoa, da doença e do momento vivido, conforme descrito por Peçanha (2008). A forma com que a paciente vivencia a doença, sua auto-percepção de bem ou mal-estar parecem contribuir na evolução biológica da enfermidade.

A gestação é momento de muitas dúvidas e questionamentos e a adesão ao pré-natal depende da gestante se sentir cuidada e ter seus questionamentos respondidos. Se à gravidez se associa ao câncer, as inquietações se somam. Dessa forma defendemos a importância de um grupo específico de atendimento à gestante com câncer como fundamental, para ajudar no esclarecimento de suas dúvidas, na partilha de experiências, na busca de sentidos, enfim, no enfrentamento dessas crises, favorecendo bons resultados e uma adaptação saudável de parte da grávida.

Concluindo, as gestantes com câncer e as do grupo comparativo referiram o desejo de ter alguém capaz de escutá-las e de ajudá-las a se organizarem para as mudanças experienciadas nesse momento de suas vidas. No grupo com a doença, a valorização do atendimento foi maior. Essas mulheres conseguiram,

aos poucos, expressar e discutir sua desestruturação emocional frente ao diagnóstico e tratamento, bem como seus sentimentos em relação à gravidez e a possibilidade da perda gestacional. A escuta psicológica também lhes auxiliou nas dificuldades de relacionamento com o parceiro e familiares. Por fim, o fato do serviço psicológico ser sigiloso, seguindo preceitos éticos, favoreceu a boa valorização desse atendimento.

### **Considerações finais**

Entendemos que o presente trabalho atingiu seu objetivo de maior compreensão da dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas, respondendo às indagações de pesquisa. As ocorrências de gravidez e de câncer constituíram um momento particular de crise na vida emocional das mulheres deste estudo. Parece que, quando esses dois eventos acontecem ao mesmo tempo, há necessidade de se lidar de um lado com a vida e do outro com a mutilação e a morte, mas sabendo que ambos os aspectos precisam ser integrados para favorecer a construção da saúde. Entretanto, tal integração precisa ser aprendida, em especial no mundo ocidental, devendo o profissional em psicologia trabalhar no sentido de mudar a ideia de morte como sendo o fim de um processo de cura ou de desenvolvimento (Peçanha & Santos, 2011).

Observamos nas gestantes com câncer, grande dificuldade em lidar com o diagnóstico, e forte sentimento de luto por estarem vivendo uma gestação totalmente diferente da idealizada por elas e seus familiares. O sentimento mais referido foi o de ambivalência, entre medo e alegria, vida do bebê e possibilidade de morte da própria gestante. Os últimos aspectos constituíram uma dúvida constante.

Por que uma mulher que tem câncer engravida? Concluimos que a gravidez lhes dava uma sensação de poder, uma chance de ter algo bom, mesmo sendo portadora de doença grave. O filho representava uma razão para continuar a lutar pela vida.

Quanto à questão correlata a anterior e relativa aos métodos anticoncepcionais, temos que as pacientes sabiam que era desaconselhável engravidar, mas, mesmo assim, burlavam a anticoncepção e lutavam, inconscientemente, pela chance de levar a gravidez a cabo. Observamos que essas mulheres foram devidamente orientadas em relação aos métodos anticonceptivos e ao planejamento familiar, no entanto, demonstravam forte desejo de ser mãe e esta condição mudou radicalmente suas perspectivas de vida, priorizando a saúde e o bem estar do filho. Concluimos que não existiu falha na orientação de anticoncepção, porém o desejo inconsciente ou não, de engravidar, mesmo quando as condições de saúde não eram favoráveis, implicando no risco de ter sua vida encurtada, predominou nessas pacientes.

Para as grávidas com diagnóstico do câncer durante a gravidez, a desestruturação emocional pareceu mais importante, pois elas precisavam lidar com dois eventos ao mesmo tempo: vida e morte, o que gerou ambivalência maior. Entretanto, após o impacto inicial, direcionavam suas energias para a vida e para os cuidados com o filho.

Em relação à pergunta sobre a possibilidade da experiência da gravidez implicar em mudanças na percepção da vida pelas mulheres com câncer, constatamos que as pacientes apresentavam medo da morte, e mudavam sua forma de lidar com o tempo, utilizando-se de metas de curto prazo para se manterem fortes e lutarem contra a enfermidade. Constatamos preocupação em proteger os bebês, tanto no período intrauterino quanto pós-natal, sendo que a interrupção de gestação só foi aceita em benefício de um ou mais filhos já existentes e não para melhorar a chance de sobrevivência da própria mulher. Entretanto, quando não havia outros filhos, as pacientes preferiam dar uma chance ao desenvolvimento do bebê gestado, isso em detrimento da própria vida.

A mutilação do corpo precisou ser discutida com as pacientes, pois, muitas vezes, constitui um fator associado a quadros depressivos e ao abandono do tratamento. Sugerimos que esses aspectos também sejam tratados com o parceiro e a família. Em particular, o aspecto sexual precisa ser abordado com o companheiro para não comprometer a intimidade do casal e a autoestima da mulher. Como diretriz de pesquisa, sugerimos estudos sobre o impacto do câncer no companheiro das grávidas e pai de uma criança que vem em condições muito adversas.

Para garantir adesão ao tratamento são fundamentais serviços específicos e equipe treinada não só nos aspectos médicos, mas de acolhimento e acompanhamento das pacientes ao longo do processo terapêutico. A confiança na equipe de saúde depende da postura empática dos profissionais. Familiares e amigos também apareceram como fundamentais na adesão ao tratamento. Eles são importantes no apoio às pacientes na gravidez, especialmente na presença de um câncer. Salientamos a importância da assistência e aconselhamento aos familiares pelos aspectos emocionais envolvidos com a doença de alguém próximo emocionalmente e também para que eles saibam lidar melhor com o fato e, assim, auxiliar a gestante. Faz-se necessário esclarecer a diferenciação entre piedade e amor (Peçanha & Santos, 2011), bem como os limites de uma ajuda no sentido de não interferir nas escolhas do outro. Invasões à individualidade da outra pessoa trazem prejuízos ao tratamento e a boa evolução da gravidez.

Quanto à última questão de nossa pesquisa, temos que o atendimento psicológico foi descrito como importante para ajudar a diminuir a ambivalência que esteve presente em ambos os grupos e auxiliar as pacientes com câncer a enfrentar as dificuldades na vivência das duas crises simultâneas: gravidez e câncer.

Metodologicamente, a análise do conteúdo das falas das pacientes mostrou-se um procedimento eficaz fornecendo também subsídios na identificação das dificuldades nas fases de obtenção do diagnóstico e do tratamento, e das formas de enfrentamento da doença. O estudo de um grupo comparativo mostrou-se oportuno para responder aos problemas da pesquisa, colaborando ainda para desmistificar a ocorrência do câncer. Lembremos que as grávidas sadias apresentaram mais comportamentos regressivos, bem como preocupações e angústias em relação ao cuidado com o futuro bebê de forma mais intensa comparativamente às pacientes com câncer.

Como limite deste estudo tem-se o não aprofundamento no estudo das histórias clínicas o que poderiam lançar mais luz sobre a associação câncer e gravidez. Isso, feito numa perspectiva empática e humanista, pode colaborar para dirimir o paradigma culpabilizante da cultura ocidental, recolocando a questão da responsabilidade pessoal e social, ao invés da culpa (Peçanha & Santos, 2011).

Como diretriz de pesquisa tem-se ainda a ampliação dos estudos sobre as características do tratamento interdisciplinar para pacientes gestantes e portadoras de câncer. Por fim, os resultados advindos deste estudo podem auxiliar no planejamento de políticas públicas que promovam melhorias na assistência a essas gestantes.

## **Referências**

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bergamasco, R. B., & Ângelo M. (2001). O Sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 3 (47), 277-282.
- Biffi, R. G., & Mamede, M. V. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 262-269.
- Ferreira, N. M. L. A. (1996). O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 42 (3), 161-170.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 197-204.
- INCA (2013). *Outubro Rosa: INCA e sociedade unidos pelo controle do câncer de mama*. Recuperado em 05/10/2013 de: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/outubro\\_rosa\\_inca\\_sociedade\\_unidos\\_pelo\\_controle\\_cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/outubro_rosa_inca_sociedade_unidos_pelo_controle_cancer_mama).
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Liberato, R. P. & Carvalho, V. A. (2008). Psicoterapia. In: V.A de Carvalho, M.H.P. Franco, M.J. Kovács et al. (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 341-350). São Paulo: Summus editorial.

- Macieira, R. C., & Barboza, E. R. C. (2009). Olhar Paciente - Família: incluindo a unidade de cuidados no atendimento integral. In: M.T. Veit et al. (Coord.). *Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. (pp. 119-126).
- Macieira, R. C., & Maluf M. F. (2008). Sexualidade e câncer. In: V.A de Carvalho, M.H.P. Franco, M.J. Kovács et al. (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 303-315). São Paulo: Summus editorial.
- Micelli, A. V. P. (1998). Pré-operatório do paciente oncológico: uma visão psicológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51(2),131-137.
- Moraes, R. (2003). *Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva*. *Ciência & Educação*, 9(2), 191-211.
- Navajas Filho, E. (1997). Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: J.J.A, Tedesco, M. Zugaiv, J. Qualyle. *Obstetrícia psicossomática* (pp.10-14). São Paulo: Editora Atheneu.
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: Recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: V.A de Carvalho, M.H.P. Franco, M.J. Kovács et al. (Org) et al. (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 209-217). São Paulo: Summus editorial.
- Peçanha, D. L., & Santos, L. S. (2011). 2ª reimpressão. Cuidando da vida – olhar integrativo sobre o ambiente e ser humano. São Carlos: EdUFSCAR.
- Prill, H. J., & Langen, D. (1985). *Ginecologia psicossomática*. São Paulo: Roca.
- Schünemann Jr., E., Urban, C. A., Lima, R. S., Rabinovich, I., & Spautz, C. C. (2007) Radioterapia e quimioterapia no tratamento do câncer durante a gestação - revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1), 41-46. Recuperado em 05/10/2013 de: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v01/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/revisao1.pdf).
- Simonetti, A. (2006). *Manual de Psicologia Hospitalar-Mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sonobe, H. M., Barichello, E., & Zago, M. M. F. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 341-348. Recuperado em 02/11/2013 de: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/artigo2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf).
- Veit, M. T., & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: definições e áreas de atuação. In: V.A de Carvalho, M.H.P. Franco, M.J. Kovács et al. (Org). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 15-20). São Paulo: Summus editorial.
- Vieira, C. P., Lopes, M. H. B., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 311-316. Recuperado em 10/09/2010 de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/719.pdf>.