

Negação e estigma em pacientes com câncer de mama*.

Denial and stigma in patients diagnosed with breast cancer

Alberto Manuel Quintana¹; Luis Humberto R. Santos², Irene L. T. Russowsky³, Leila Regina Wolff⁴.

Resumo

Este trabalho parte da afirmação da existência concomitante de um corpo biológico e um corpo psicológico. A partir dessa concepção, busca-se analisar as dinâmicas geradas pelo diagnóstico de câncer de mama e pela mastectomia na busca da compreensão de como essa doença e o referido tratamento afetam a imagem corporal das doentes, considerando-se o lugar especial que o seio ocupa no universo de representações femininas. No trabalho são visualizados também os mecanismos que as pacientes utilizam como tentativas de lidar com as angústias, bem como as modificações que os mesmos desencadeiam em suas vidas e as repercussões no tratamento.

Na seqüência são analisados os diferentes tipos de reação frente à confirmação do diagnóstico de câncer de mama, tanto por parte da paciente como do seu círculo familiar, o qual é também afetado e tem portanto, um papel relevante na construção das diferentes representações da doença.

Palavras-chave: câncer de mama; negação; psico-oncologia.

Abstract

This paper stems from the affirmation of a concomitant existence of a biological and a psychological body. Based on this concept, the dynamics generated by the breast cancer diagnosis and by mastectomy are analyzed in an effort of psycho-oncology to understand how this illness and its treatment affect the women's body image, considering that the breast has a special place in the universe of women's representations. The mechanisms that the patients use as attempts to deal with their anxieties as well as the changes that they cause in women's lives and repercussions of the treatment are also focused in this paper.

Furthermore, the different kinds of reactions that the patient and her family have to the breast cancer confirmation are analyzed. The patient's beloved ones are also affected and have, therefore, an important role in building the different illness representations.

Key words: breast cancer, denial, psycho oncology.

¹ Psicólogo, Dr. em Ciências Sociais (Antropologia), Mestre em Psicologia Clínica, Prof. Adjunto do Departamento de Psicologia da UFSM.

² Médico, Radioterapeuta, Mestrando em Ginecologia-Obstetrícia, Prof. Auxiliar III do Departamento de Cirurgia da UFSM.

³ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatológica, enfermeira do HUSM-UFSM.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Profa. Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM.

* Este trabalho foi realizado com apoio das instituições CNPq Proc. 108.063/98-4; FAPERGS Proc. 98/50338.8 e 98/1815-6.

Endereço para correspondência: UFSM, Departamento de Psicologia, Rua M. Floriano Peixoto 1750 - 3º Andar - Centro - Santa Maria - RS - CEP 97015-372.

Introdução

O corpo biológico somente pode ser percebido através de seus representantes, os quais constituem o que vamos aqui denominar “corpo psicológico”. De fato, sobre o substrato formado pelo corpo anatômico se constrói a imagem corporal. Quando uma pessoa diz *o meu corpo* é a essa imagem que ela está se referindo. Tal imagem pode possuir pontos em comum com o corpo biológico, porém nunca se reduzirá a ele.

Por ser o corpo orgânico o alicerce onde se apoia a imagem corporal, as modificações daquele terão efeito sobre essa imagem. Essas mudanças podem ser simbolizadas e integradas na imagem que o sujeito tem de seu corpo sem produzir grandes alterações; porém quando as modificações biológicas são relevantes, como no caso de uma cirurgia mutiladora, acarretarão também uma modificação na imagem corporal.

Um dos aspectos que nos propomos a pensar aqui são os processos que acontecem quando essa mutilação orgânica ocorre num lugar determinado do corpo feminino: a mama. De fato, a principal terapêutica para o câncer de mama, a mastectomia, remete inevitavelmente à perda de uma parte do corpo anatômico, noutras palavras, à “mutilação” da mama. No entanto, este órgão, como qualquer outro, somente se pode fazer presente ao sujeito, ou seja, ser pensado, por meio de seus representantes psíquicos. A equipe médica tem a seu encargo a retirada da mama sobre a qual, entretanto, vai estar superposto o seio, lugar privilegiado das representações de “feminilidade”, “sexualidade” e “maternidade” para a mulher.

Vemos então que, quando lidamos com o corpo ou com a sexualidade, nos deparamos, irremediavelmente, com construções psíquicas, representações.

A existência conjunta de dois corpos, um biológico e um psicológico, fica bem simbolizada pelas denominações “mama” e “seio”. A equipe médica comunica à paciente que ela deve retirar a “mama”, enquanto a paciente recebe a comunicação de que vai perder o “seio”, que é algo mais que um *órgão glandular, em número de dois ou mais, característico dos mamíferos, e que na fêmea produz o leite, sendo normalmente atrofiado no macho*⁽¹⁾.

Se o corpo orgânico é o suporte sobre a qual se assentam as diferentes imagens que consti-

tuem a imagem corporal, qualquer alteração profunda no mesmo, que impeça a sustentação dessas representações vai gerar um desequilíbrio no corpo psicológico. Na tentativa de escaparem da angústia produzida por esse desequilíbrio, investida essa que produz, no entanto, graves conseqüências, é comum às mulheres com câncer de mama negarem as modificações corporais.

Assim, a aceitação de uma intervenção cirúrgica não depende somente da modificação da anatomia do sujeito, mas do fato de colocar em jogo a modificação da imagem que o mesmo possui de seu próprio corpo e com a qual é, por vezes, muito mais difícil lidar.

Para começar, devemos pensar naquelas representações que, por força de processos culturais, estão mais presentes na representação do seio. Em nossa sociedade e, principalmente, em grupos populares, dar à luz é visto como a grande realização feminina, podendo, em muitos casos, compensar imaginariamente a sensação de incompletude, presente em todos os seres humanos. Com efeito, através do filho, as mulheres desses grupos “superariam”, no seu imaginário, a sua castração.

Por outro lado, devemos considerar também o lugar que o seio ocupa na vida da mulher. Logo após o nascimento, a relação mãe-bebê é fortemente estreita. Com o passar do tempo, a tendência é que exista uma individualização do bebê e, com isso uma progressiva separação da mãe. No início desse processo, na medida em que a ruptura mãe-filho acontece, o seio se constitui no objeto por meio do qual a mãe estabelece contato com seu bebê e lhe proporciona não somente alimento, como também prazer. Assim, o seio vai ser o meio privilegiado das trocas simbólicas da mãe com seu filho, trocas de importância fundamental na estruturação do psiquismo da criança⁽²⁾.

Na imagem corporal das mulheres, o seio, além de um sinônimo de maternidade, constitui-se, ainda, num símbolo de feminidade. Se, por épocas, o seio era percebido por seus aspectos quase que exclusivamente maternos, atualmente ele é valorizado também, por seus aspectos de feminilidade. De fato, em nossa sociedade, na construção do corpo feminino, os seios apresentam-se como um dos alicerces sobre o qual se assenta a imagem da mulher. Dessa forma, ao extirpar a mama, produz-se uma mudança na imagem corporal da mulher, o que, por sua vez, acarreta uma diminui-

ção de sua auto-estima, determinando sentimentos de insegurança⁽³⁾.

Esses sentimentos de inferioridade e temor à rejeição estão relacionados com a não-aceitação dessas mudanças orgânicas, que obrigam tais mulheres a modificar o seu corpo psicológico. Ainda que tenha, no corpo biológico, o seu ponto de apoio, a imagem corporal é construída em função do olhar do outro; noutras palavras, ela responde à imagem que um outro significativo tem do sujeito, neste caso, a mulher.

Por esta razão, por ser a imagem corporal uma forma de relação com um outro significativo, sua modificação sempre provocará fortes resistências. Contudo, nos casos de mastectomia, defrontamo-nos com um fator agravante: essas modificações se contrapõem, diretamente, à concepção social de maternidade e feminidade arraigadas em nossa sociedade e que fazem parte, portanto, do corpo psicológico de grande parte das mulheres.

Somam-se a isso o ressurgimento de idéias de castração que levam essas mulheres a se sentirem mutiladas sexualmente. Ao afastarem-se do ideal de mulher, sua auto-estima decai, o que as induz a julgarem-se incapazes de satisfazer sexualmente seus parceiros. Nascimento⁽⁴⁾ afirma que a retirada do seio gera uma forte interferência tanto na vida afetiva como sexual das mulheres. Além do desconforto da doença, surge, paralelamente, um sentimento de culpa em relação a seus companheiros por não se considerarem as mulheres ideais para eles. Concomitantemente, aparece o medo de serem abandonadas, na medida em que seu parceiro procure uma mulher mais saudável.

Com efeito, pode-se afirmar que a mastectomia ameaça as imagens corporais e as experiências erógenas dessas mulheres. Assim, com o abalo de sua feminidade, fica comprometida sua confiança na capacidade de poder gratificar e propiciar experiências positivas, tanto a seu companheiro como a seus filhos⁽²⁾.

Material e Métodos

Neste trabalho usamos o conceito de “representações sociais” como forma de aproximação do fenômeno a ser estudado, uma vez que as representações são dinâmicas, sendo constituídas tanto de elementos históricos, como de situações atuais. Elas são *conhecimentos*

sociais que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social - o seu modo de ser particular, produto de seu ser social⁽⁵⁾.

Portanto, neste trabalho, o que estamos procurando não é uma verdade a ser alcançada mas significações a serem compreendidas. Significações que nos possibilitem, ainda que não sejam consideradas como as únicas possíveis, criar caminhos para pensar a reconstrução da realidade nas mulheres com câncer de mama. Levando estes aspectos em consideração optamos pela técnica de “entrevistas semi-estruturadas”.

As entrevistas, num total de doze, eram solicitadas a pacientes que procuravam atendimento no setor de mastologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFMS) e também a mulheres que participavam do grupo RENASCER do referido hospital. No primeiro momento era explicado o trabalho que pretendia-se desenvolver, assim como solicitada a permissão para gravar durante a entrevista. As fitas eram posteriormente transcritas e analisadas de acordo com a metodologia de “Análise de discurso”^(6,7).

Nas entrevistas se procurou estabelecer um diálogo o mais descontraído possível. Inicialmente, solicitamos que a pessoa entrevistada falasse sobre si mesma, sobre sua vida, sobre os acontecimentos que ela acredita-se relevantes. Assim, através desse tipo de instrumento, procuramos obter as informações durante o desenvolvimento da conversa, sem cair numa enquete do tipo “pergunta-resposta”.

Resultados e Discussão

As considerações feitas anteriormente ficam expressas na resistência que as mulheres com câncer de mama apresentam para aceitar a mastectomia. A mesma é mais temida do que a própria morte, como podemos observar no seguinte relato:

É difícil mesmo da gente aceitar e dizê e guardá na cabeça que tá doente, com essa doença, é muito difícil. Barbaridade, credo! Ai, no começo assim... quando eu recebi aquela notícia eu disse pra minha filha assim: ai, eu acho que eu preferia morrer do que tirá a mama, eu disse pra ela. Ela ficô apavorada de eu dizê isso, né?.

Com efeito, aqui a morte física se constituiria numa defesa contra a ferida narcísica que implica a retirada do seio. Esse recurso extremo visto, como forma de afastar-se do conflito que a mutilação do seio representa, é muito utilizado pelas pacientes logo após receberem o diagnóstico. Contudo, isso não significa que na maioria dos casos esteja presente a idéia de um suicídio ativo, mas representa sim, o desejo de não realizar o tratamento e, com isto, vir a falecer de câncer. Aliás, a estreita ligação existente entre o câncer de mama e a mastectomia como forma de tratamento seria um dos responsáveis, porém não o único, pelo retardo na procura de atendimento médico após detectar-se um nódulo no seio⁵.

Um outro fator relacionado a esse é a representação de câncer como uma sentença de morte. *Uma vez com câncer, vai-se morrer de câncer.*

Pelo exposto fica evidente que essas mulheres, ao depararem-se com o diagnóstico de câncer de mama, defrontam-se com o sentimento de portar uma doença identificada como incurável e cujo tratamento passa preferencialmente pela mutilação de uma parte do corpo fundamental para sua identidade feminina. Isso as obriga a constatar a sua fragilidade, o seu desamparo, constituindo uma situação traumática.

Para poder superar o traumatismo, faz-se necessário que as pacientes consigam reconstruir o seu universo simbólico. Elas precisam integrar esta nova situação a seu universo psíquico. Assim, ao vincular essa vivência de morte em diversas cadeias associativas, podem encontrar um novo sentido a sua vida, reconstruindo sua imagem corporal e sua auto-estima.

Negação (recusa) da doença

Contudo, nem sempre é possível, às mulheres com câncer de mama, conseguir realizar essa reconstrução de sentido. Nestes casos é comum que aconteça negação da doença através da qual *se revela à consciência, individual ou coletiva, o insuportável, o inominável, o irrepresentável, o inimaginável, o primitivo, mas que, apesar de tudo, existe*⁽⁸⁾.

Podemos observar que tal negação tem graduações que vão desde a paciente que rejeita totalmente a existência da doença e, como consequência, se afasta do tratamento, até aqueles

casos em que a paciente lança mão do mecanismo de defesa conhecido como recusa (renegação), no qual sabe que tem câncer mas, mesmo assim, continua acreditando que se trata de um outro tipo de patologia. Tudo se passa como se, por meio da indiferença ou do terror, a paciente não pudesse pensar sobre o que lhe está acontecendo.

Essa negação pode tomar várias formas:

1) **Rejeição total:** nestes casos, como já dissemos, a não aceitação de sua condição impede a realização de qualquer tipo de tratamento. Com efeito, as pacientes somente recorrem ao atendimento alguns anos após o diagnóstico ou o reconhecimento do nódulo. Nesse instante as modificações corporais não deixam outra alternativa na medida que o corpo real se impõe com toda sua força.

Eu fazia os exames, a gente vê que dizem que tem que fazer, ne? Então eu notei uns caroços bem pequeninhos. Ai eu deixei passar, pois se a gente vai tratar depois aquilo vira doença. Mais depois de um tempo [quatro anos], esses carozinho começaram a crescer e tomaram conta. Isso cresceu assim no peito. No braço dava uma dor que descia até a mão.

2) **Evitar de nomear o câncer:** evitar falar sobre ele e, inclusive, a rejeição de pronunciar seu nome são uma constante neste tipo de pacientes. De fato, elas, via de regra, se referem ao câncer de maneiras alusivas como: *aquela doença, essa coisa ruim;* ou por meio da descrição de sua sintomatologia sem explicitar a doença. Isso também foi constatado por Télis⁽⁹⁾ em seu trabalho com pacientes com câncer avançado.

O depoimento que se segue nos mostra a concepção de que o reconhecimento do câncer, a sua nomeação, fortaleceria o mesmo.

Me disseram que estava doente, que tinha essa coisa. Não falo o nome senão ele vem. Uma vizinha tinha também câncer no seio, ela iniciou o tratamento em Porto Alegre e os médicos disseram que tinha pouco tempo de vida. Ai ela foi embora prá casa, não fez tratamento nenhum e agora está boa.

Daí a idéia mágica de eliminar a doença por meio do procedimento de não pensar nela, o que também fica bem expresso no seguinte ditado popular: *Quem procura acha.*

1) Aceitar que tem câncer mas continuar acreditando que o diagnóstico está errado: aqui a paciente tem o conhecimento de que tem câncer, porém continua acreditando que possa não tê-lo. Essa dupla crença, onde se exprime a ignorância e o conhecimento daquilo que está acontecendo, surge, freqüentemente, quando as pacientes, ao sentirem a presença de um nódulo por meio da apalpação ou, após terem recebido o diagnóstico, manifestam: *Eu ainda não acredito; Não pode ser; Não posso acreditar que seja câncer*⁽⁸⁾.

Eu passei a mão assim, e táva tomando banho, né? E eu senti aquilo ali, eu digo: ai, meu Deus, que será isso aqui? E fiquei pensando, né? Terminei de tomá o banho e fiquei pensando, pensando... Quê que pode sê... Aí, eu pensei, isso aqui só pode sê da batida, de outra coisa não tem, né?

A paciente se encontra na encruzilhada entre aceitar o que está acontecendo com ela, juntamente com a angústia que esse conhecimento significa, ou se refugiar num mundo imaginário.

É, às vezes eu penso assim,: será que é verdade, será que não é... Aí eu acho que não é verdade.

E eu fico assim pensando. Ai, mas eu acho que não é câncer que eu tenho, acho que não é... digo que não é, que não é e não é.

Esta última forma, muito freqüente, de se relacionar com o conhecimento da doença, é denominada “recusa” ou “renegação” e pode ser encontrada, como vimos, em diversas situações. Todas essas situações têm, no entanto, algo que as atravessa: a impossibilidade de lidar com o quantum de angústia que o diagnóstico desperta e, portanto, a necessidade de excluir essa informação. Contudo, por ter a negação total um preço muito alto a pagar -a própria vida- em alguns casos chega-se a uma formação de compromisso singular onde ficam condensadas as duas crenças opostas. Isso se

evidencia quando uma paciente, ao comparecer à consulta para receber o resultado da biópsia, comunica ao médico: *Faça o que tenha que fazer, mas não me diga nada.* Quando a paciente solicita que não se lhe diga nada é porque ela já sabe o que é. Vemos então, que a paciente aceita a necessidade do tratamento e, portanto, implicitamente a doença mas simultaneamente se recusa a tomar conhecimento do que acontece consigo.

O mesmo processo podemos visualizar, ainda que de uma forma mais elaborada, quando os sintomas são atribuídos a uma batida no peito. Várias são as pacientes que consideram uma batida sofrida anteriormente como a causa do nódulo no seio. Consideramos essa explicação uma das formas que tomaria o mecanismo de recusa pois, se por um lado a batida seria a causa do câncer no seio, por outro, considera-se que a batida não originou um nódulo mas um “caroço”, um “galo”, produto de uma pancada que, ainda causando dor, seria inofensivo e desapareceria com o passar do tempo.

Poderia ser um... pelo, da batida que eu dei ali, né? E claro aquilo ali é só pra mentir pra mim própria, que não é nada grave, nem coisa ruim, nem nada.

A recusa da doença através de sua atribuição a um traumatismo pode ficar fortalecida pela entrevista que as pacientes realizam no seu primeiro contato no setor de mastologia, onde são inquiridas sobre a ocorrência de alguma batida no seio. De fato, essa pergunta pode ser entendida, pelas pacientes, como indicativo de que o nódulo pode ser de uma origem outra que não o câncer.

Em algumas pacientes a recusa da doença e a falta de angústia ficam manifestas quando o motivo principal de preocupação é deslocado de sua doença para um outro fato. Com efeito, a angústia aparecia vinculada a um filho dependente de drogas, a uma divergência com o marido em função de uma viagem, etc.

Essa falta da angústia também foi relatada por Janiaux, que associa tal fenômeno àquelas pacientes que rejeitam o tratamento. Essas pacientes manifestariam indiferença ou terror, mas nunca angústia, a qual sempre estaria presente no outro, *esse outro que de certa forma assistia à sua destruição*⁽¹⁰⁾.

Consideramos que um quantum de angústia é um bom sinal da aceitação do tratamento, pois

é através desse sentimento que o sujeito vai ser mobilizado a proteger o seu corpo. Já em situações em que a angústia não apareça, podemos estar frente a um caso de negação da doença de uma forma direta ou através de mecanismos onipotentes de reparação. Na primeira situação, temos o afastamento do tratamento e, na segunda, o risco de que, na medida em que essa reparação imaginária não possa ser sustentada, sobrevenha um estado de depressão. Além disso, esta última forma de negação estabelece uma exigência de perfeição da equipe médica, o que poderia dificultar seu trabalho.

A negação da perda do seio pode estar encoberta pela exigência, feita por algumas pacientes, de somente realizar a mastectomia se a mesma estiver acompanhada de uma cirurgia de reconstrução do seio. Ainda que essa seja uma técnica válida para diminuir o impacto da retirada da mama, também pode-se constituir numa forma de negação da perda do seio através de uma reparação mágica. Isso leva a paciente a uma negação maníaca por meio da fantasia de que a cirurgia reparadora vai anular os efeitos da mastectomia saindo do ato cirúrgico num estado igual ao que entrou. Tal posição por parte da paciente pode determinar que, após a intervenção cirúrgica, ao verificar que ficaram marcas em seu corpo e que seu seio não é o mesmo, sendo a intervenção perceptível, ela se depare com o fracasso de sua fantasia onipotente de reparação, desencadeando-se, a partir dali, um processo depressivo.

Vemos, então, como as diversas formas de negação complicam o tratamento, uma vez que, ao não aceitar a presença do nódulo, as pacientes demoram a procurar ajuda⁽¹¹⁾.

Como assinalamos anteriormente, o seio se constitui, em nossa sociedade, num dos principais emblemas femininos, de modo que a sua perda acarreta o desmoronamento da auto-estima, pois, via de regra, a mastectomia passa a ser vista como a confirmação da castração no corpo da paciente.

O conhecimento dos mecanismos expostos cobram importância no atendimento às pacientes com câncer de mama, pois as mesmas lançam mão do mecanismo de negação como forma de recusa ao tratamento, uma vez que, ou não admitem a gravidade, ou simplesmente não reconhecem sua existência. Isso fica evidenciado na demora em procurar um tratamento, fenômeno facilmente observável e que traz

como consequência a redução da probabilidade de cura⁽⁴⁾.

Assim, através da negação a paciente pode viver num mundo de fantasia onde existiria a ilusão de imortalidade. Contudo, o preço a pagar é muito alto: a redução drástica do tempo de vida.

Dessa forma, podemos dizer que, por meio das diversas formas de negação, a experiência da doença fica afastada da fala da sujeito, constituindo-se num cisto desvinculado de qualquer contexto associativo. Daí se desprende a necessidade de criar procedimentos que venham a dificultar o estabelecimento desse mecanismo de negação. Consideramos ser esta uma das principais tarefas da equipe de apoio a mulheres com câncer de mama.

O grupo familiar

O processo de negação da doença não deve ser atribuído unicamente a um mecanismo psíquico individual. De fato, dele participam tanto fatores sociais como familiares. Dentre os últimos podemos observar que, de maneira geral, não se permite que a paciente se queixe de sua situação. Não se aceita a condição de gravidade de sua doença, exigindo-lhe que acredite que “*Não é nada*”; que “*logo vai passar*”.

A minha filha... ela é muito de mim, barbaridade! É coisa assim, muito apegada comigo e... então, ela fica preocupada, fica nervosa, fica atacada também, né? Às vezes eu converso um pouquinho com ela, já chora. No fim a gente não pode conversá muito porque eu começo a chorá, aí ela sai, né?.

Não, eu gostaria que dissesse também pra eles [familiares] que não é uma doença contagiosa, que pode dá... assim... conversá assim com as pessoa ou que não tem problema nenhum, né? Não fica...

Em casa quando eu choro assim eles [os familiares] já ficam bravos comigo, me ralham, me ... Eles dizem: tu chora e deixa a gente triste, não pode te ajudar, fica chorando desse jeito.

A doença reduz o familiar à impotência, de frontando-o com a sua própria castração em

dois sentidos. Por um lado, o coloca na situação de aceitar a proximidade da morte de seu ser querido sem nada poder fazer para evitá-lo, o que o leva a se deparar com suas próprias limitações; e, por outro, a ameaça de morte da paciente o obriga a conviver com a possibilidade de sua própria morte.

Além dos fatores acima mencionados, deve-se levar em conta que a mastectomia, ao produzir uma amputação real no corpo da paciente, remete a uma situação de castração. Contudo, não é somente sobre a paciente que isso vai ter repercussões. A extirpação da mama de sua cônica vai colocar o marido de frente com sua própria angústia de castração, o que pode dificultar a aceitação da cirurgia por parte da esposa. Partindo do pressuposto que a mastectomia vai se constituir num processo conflituoso também para o cônica é necessário atenuar tal processo como forma de facilitar a elaboração da perda na paciente, pois é muito freqüente que o marido se torne cúmplice, quando não iniciador, do processo de negação da perda do seio de sua companheira. Inicialmente o parceiro pode recusar-se a falar, a compartilhar com ela suas angústias e, posteriormente, pode não participar do processo cirúrgico, negando-se a acompanhar sua parceira nas consultas, recusando-se finalmente, a ver a “cicatriz”, a marca de uma “ausência”. Vemos então que, se bem é verdade que a perda do seio afeta a sexualidade dessas mulheres, é também necessário admitir que ela não está desligada da sexualidade de seu marido, que também é afetada. Portanto, ainda que a cirurgia aconteça em apenas um dos cônica, os dois se encontram envolvidos no processo e, desta forma, ambos devem ser tratados, uma vez que, como vimos, a não aceitação por parte do esposo favorece os mecanismos de negação da paciente.

Com efeito, quanto mais o parceiro participa das decisões a serem tomadas e faz-se presente após a cirurgia, mais terá capacidade para prestar apoio a seu cônica. Já aqueles maridos que não se integram nas diferentes fases do tratamento da mulher terão mais dificuldades de prestar auxílio a mesma⁽¹²⁾.

A negação da doença como forma de se deparar com a morte é um fenômeno que também se apresenta na família da paciente. Os familiares podem não aceitar que a paciente conte suas angústias e seus temores com a desculpa de que querem dar-lhe ânimo e evitar que

pense *bobagens*. Porém, por baixo do manto de proteção de um ente querido, muitas vezes se oculta o próprio temor do familiar de reconhecer que qualquer um, inclusive ele, pode ser acometido pelo câncer. De fato, existe uma proximidade entre a atitude do paciente que nega sua doença: *Não pode ser; Não acredito que seja câncer*; e a família que se nega a aceitar a doença da paciente. A quem realmente o familiar tenta convencer quando diz: *Não é nada? Com efeito, há uma grande semelhança entre o Não acredito que possa ser câncer do paciente e o Não é nada da família.*

Eu comecei a falar o que os médicos me tinham dito mas eles não deixaram termina. Ai eles conversavam: 'não, mas não é assim, (...) isso não deve sê nada ...

Desse modo, em muitas situações as pacientes se sentem inibidas a falar sobre a sua situação, suas fantasias e seus temores. Porém, ao começar a censurar suas falas, os temas tabus vão-se infiltrando nos assuntos mais diversos. Família e paciente sabem o diagnóstico, ambos têm temores, fantasias e angústias, porém nenhum fala para o outro com a intenção de evitar o seu sofrimento. Cria-se então uma situação onde várias pessoas evitam e escondem um segredo que “é de conhecimento de todos”. Assim, a cada dia que passa, os silêncios vão substituindo os diálogos até tornar a comunicação quase impossível, levando, muitas vezes, as pacientes isolarem-se com sua dor.

Na dinâmica familiar da paciente com câncer de mama, devemos considerar também a existência de uma particularidade em relação aos familiares da linha feminina materna e que Volich⁽²⁾ denominou “herança mórbida”. Com efeito, o câncer de mama está ligado a fatores genéticos, o que significa que o diagnóstico positivo numa mulher da família indica uma maior probabilidade de que suas filhas e netas possam vir a ter a mesma doença. Isso, em algumas pacientes, pode levar a um sentimento de culpa ao se responsabilizarem por um legado imaginário de morte a suas descendentes, o que, por vezes, pode colaborar no estabelecimento de processos depressivos.

Vemos então que cabe à família um papel fundamental na rede de apoio à paciente. Contudo, para conseguir realizar essa tarefa, ela deve superar seus próprios temores, coisa que por vezes não é fácil numa sociedade onde a negação da morte é uma imposição.

Referências Bibliográficas

1. FERREIRA, A. B. de H. -*Novo dicionário da língua portuguesa*. 14^a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1499, 1975.
2. VOLICH, R. M. -Câncer de mama, entrelinhas, entranhas... Perspectivas Psicanalíticas. *Pulsional*, 107: 16-25, 1998.
3. WANDERLEY, K. S. -Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. (Coord). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 95-102, 1994.
4. NASCIMENTO, M. G. R. -A natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. In: ROOSEVELT, M.S. C. (Coord). *Da morte: Estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papirus, 51-78, 1991.
5. SPINK M. J. -*O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 311, 1995.
6. LAVANDERA, B. R. -*Curso de lingüística para el analisis del discurso*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, 163, 1990.
7. ORLANDI, E. P. -*Discurso e leitura*. São Paulo: Cortez, 118, 1993.
8. VOLICH, R. M. -Psicanálise e oncologia: a arte do impossível. *Pulsional*, 107, 3-9, 1998.
9. TÉLIS, C. M. T. -Comportamento psicológico de pacientes com câncer avançado. In: ROOSEVELT, M. S. C. (Coord). *Da morte: Estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papirus, 105-118, 1991.
10. JANIAUX, J. -Eu não quero me tratar: Um enigma. *Pulsional*, 107: 37-42, Março 1998.
11. KRYNSKI, S. -Reações Psicológicas e Psicopatológicas Relacionadas à Cirurgia da Mama. *Boletim do Centro de Estudo de Psiquiatria e Psicologia*, 2: 59-65, 1986.
12. ABEICHE, A. M. & BLOCHTEIN, C. A. -Mastectomia: Abordagem do Papel do Cônjuge. *AMRIGS* (Associação Médica do Rio Grande do Sul), 29: 126-9, 1985.