



Os impactos psicológicos em mulheres com câncer de colo de útero e a atuação do psicólogo do diagnóstico ao primeiro tratamento

Psychological impacts on women with cervical cancer and the psychologist's activity from diagnosis to first treatment

Gabriella Gomes MONTEIRO¹  

Alice Parentes da Silva SANTOS¹  

¹ Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, Faculdade de Psicologia, Departamento de Psicologia. São Luís, MA, Brasil.

Correspondência:

Gabriella Gomes Monteiro
gabriellagmonteiro@gmail.com

Recebido: 08/11/2023

Revisado: 07/08/2024

Aprovado: 25/09/2024

Como citar (APA):

Monteiro, G. G., & Santos, A. P. S. (2024). Os impactos psicológicos em mulheres com câncer de colo de útero e a atuação do psicólogo do diagnóstico ao primeiro tratamento. *Revista da SBPH*, 27, e010. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.595>

Financiamento:

Próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

O câncer é uma das maiores causas de mortalidade no Brasil, e o câncer de colo de útero (CCU) é a terceira maior causa de morte para as mulheres. Esse tipo de câncer acomete principalmente a faixa etária de 35 a 49 anos e tem alta incidência nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Nesse cenário, por ser uma doença que carrega tantos estigmas e principalmente o CCU, que se refere a um órgão o qual tem relação com aspectos muito relacionados ao papel de gênero e características específicas da mulher, a equipe de saúde deve estar bem preparada teoricamente bem como em relação aos aspectos emocionais. Isto é, tanto o momento do diagnóstico quanto o início do tratamento são etapas delicadas e que podem gerar consequências se a comunicação não for feita com cuidado e empatia. Nesse sentido, o presente trabalho visa, portanto, contemplar a atuação do psicólogo hospitalar junto a pacientes com CCU e explorar os dados epidemiológicos desse quadro clínico no Maranhão. Esta pesquisa tem como foco possíveis estratégias de intervenções psicológicas que podem ser utilizadas desde o primeiro contato com a doença até o início das terapêuticas, tais como: protocolo SPIKES, comunicação cuidadosa de profissionais da saúde, psicoterapia, grupos terapêuticos e outras que serão detalhadas a seguir. O estudo ocorreu por meio de revisão de literatura e pôde constatar que estratégias como acompanhamento individual e em grupo (grupos de apoio e/ou psicoterapia em grupo) podem auxiliar na elaboração do sofrimento de mulheres acometidas com câncer de colo uterino. Contudo, ressalta-se a escassez de publicações específicas em relação a essa patologia.

Descritores: Psico-oncologia; Intervenção psicológica; Neoplasias mamárias.

Abstract

Cancer is one of the most common causes of mortality in Brazil, and cervical cancer is the third leading cause of death among women. It affects mostly 35 to 49 years old women, and it has high incidence rates in North and Northeast of Brazil. From this perspective, considering that cancer is a stigmatized disease, especially cervical cancer, which affects an organ related to the role of women in society and to the characteristics of female gender, health professionals must be prepared not only in terms of health care competence, but also regarding the emotional impact of the disease. Namely, both the diagnosis and the beginning of treatment are delicate moments that may yield negative consequences if, in such time, communication is handled without empathy and proper care. It is intended, therefore, to study the psychological assistance for cervical cancer patients and explore the epidemiological data of this clinical condition in Maranhão. Focusing in possible psychological strategy interventions that can be used since the first contact of the patient with the referred pathology until the beginning of the treatment, such as: SPIKES protocol, careful communication from health professionals, psychotherapy, therapeutic groups and others that will be detailed below. This study was based in bibliographical review, which showed that strategies as individual follow-up and groups (support groups and group psychotherapy) may help with the suffering of the women with cervical cancer. Besides, it was possible to observe scarce specialized publications about this disease.

Descriptors: Psycho-oncology; Psychological intervention; Breast neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer (CA), segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020a), é uma das quatro maiores causas de mortes no mundo e, entre 2008 e 2018, o número de internações decorrentes dessa doença ultrapassou 7,5 milhões de casos (Santos *et al.* 2020). A terceira neoplasia mais comum entre as mulheres, exceto o CA de pele não melanoma, no Brasil, é o câncer de colo de útero (CCU). Na região nordeste, é o segundo de maior incidência e, no Maranhão, é o de maior prevalência dentre as mulheres; estima-se que entre 100 mil mulheres existem 28,9 casos (INCA, 2022b).

Essas informações evidenciam a necessidade de estudos cada vez mais aprofundados, bem como da atualização e reinvenção dos profissionais para atenderem às demandas das pacientes acometidas com CCU, uma vez que a doença carrega, desde os primeiros casos detectados, estigmas¹ (Carvalho *et al.* (2018) e preconceitos que se estendem até os dias de hoje (Pimentel, 2021), como associar o diagnóstico dessa patologia com terminalidade, tratamentos difíceis, assim como muito sofrimento físico e emocional.

Nesse sentido, o momento do diagnóstico e o início do tratamento podem gerar significativo impacto emocional e psicológico na paciente, seja pelas futuras perdas (reais ou simbólicas) – que são comuns à doença – ou pelos estigmas associados ao câncer. É nesse cenário que a Psicologia pode contribuir, a partir de um olhar integral e amplo do sujeito, além de auxiliar no que tange ao enfrentamento desde o momento da descoberta do diagnóstico até as terapêuticas utilizadas.

É diante desse tipo de demanda que podem ser identificadas as queixas mais comuns das pacientes e possibilitar o estudo acerca da importância da atuação do psicólogo neste cenário. Uma vez atingindo uma parcela significativa da população e tendo vários efeitos emocionais e físicos, este estudo teve como base uma visão mais clara e fidedigna da vivência de cada uma enquanto ser único e subjetivo.

Assim, aprimorar e aprofundar o embasamento teórico-científico é fundamental para a formação e o desempenho profissional do psicólogo nessa área. A partir disso, também há impacto no que concerne à comunidade acadêmica e profissional, pois corrobora com estudos já existentes e possibilita novas abordagens no contexto de atuação.

Discutir a presente temática evoca um horizonte de possibilidades de intervenções mais eficazes para a atuação de psicólogos frente a pacientes com CCU. Assim, é imprescindível ofertar uma escuta ainda mais qualificada e ter mais conhecimento sobre o que esse tipo de paciente vivencia e sente. Vale lembrar que o adoecer é vivenciado de maneira individual, pois cada pessoa tem uma trajetória e um histórico de contingências passadas e, logo, se comporta de maneira particular diante de uma doença ou condição desfavorável de saúde e suas consequências físicas e emocionais.

Portanto, o presente trabalho teve como objetivo geral estudar possíveis estratégias psicológicas junto às mulheres com CCU no momento do diagnóstico e início do tratamento. Dessa forma, os objetivos específicos foram: caracterizar o CCU e o diagnóstico recebido; elencar os principais efeitos emocionais e psicológicos a partir dos principais tratamentos possíveis; delimitar o perfil das pacientes com esse diagnóstico; expor as principais demandas e queixas dentro desse contexto; discutir o efeito das intervenções psicológicas dirigidas para a elaboração do sofrimento e do impacto do tratamento direcionado às mulheres com CCU.

Para isso, foi realizado um estudo de natureza básica de revisão bibliográfica de literatura e de objetivo exploratório, cujos materiais, datados de 2007 a 2022, foram obtidos em plataformas digitais (*Google* e *Google Acadêmico*) utilizando as palavras-chave: psicologia hospitalar, psico-oncologia, câncer, câncer de colo uterino e paciente oncológico; além de livros de cunho analítico-comportamental sobre essas temáticas. O método utilizado foi o indutivo, possibilitando generalizações a respeito da atuação do psicólogo com pacientes diagnosticadas com CCU (Prodanov & Freitas, 2013).

Foram selecionados 36 artigos que, além de contemplar o recorte temporal supracitado, tivessem como foco a atuação da psicologia hospitalar, um olhar integral da paciente e fossem realizados no Brasil. Foram excluídos 23 estudos cuja linha teórica era mentalista (como a psicanálise) uma vez que é contraposto a abordagem analítico-comportamental.

O primeiro tópico contemplará informações estatísticas sobre o câncer no Brasil e no estado do Maranhão, bem como sua definição, porém com foco no câncer de colo uterino, também chamado de câncer cervical (CCU), e sua incidência. Ademais, serão abordados estudos referentes ao momento do diagnóstico e o início do tratamento, a fatores que contribuem e atrapalham a adesão ao tratamento, principalmente no que tange à comunicação da equipe de saúde com a paciente.

No tópico seguinte, será delimitada a faixa etária das pacientes com CCU abordadas nesta pesquisa além de elencar e caracterizar suas principais queixas e demandas. Uma das variáveis importantes a ser considerada nesse contexto é a cultura, isto é, como os aspectos culturais e históricos interferem no grau de enfrentamento das pacientes em questão.

Por fim, será discutido o efeito das intervenções psicológicas dirigidas para a elaboração do sofrimento e do impacto do tratamento nesse contexto de psico-oncologia, tais como: acompanhamento individual ou em grupo (terapêutico ou de apoio), atuação com a família e com a equipe, psicoterapia breve e focal e estratégias de intervenção psicológica desde o diagnóstico até a escolha inicial da(s) terapêutica(s) a ser(em) adotada(s).

As possibilidades de intervenção do profissional da Psicologia supracitadas têm como ponto em comum a escuta psicológica, que intervem na compreensão e aceitação do diagnóstico bem como na escolha e adesão ao(s) tratamento(s) proposto(s) pela equipe de saúde envolvida. Essas estratégias serão melhor detalhadas ao longo deste artigo.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO OU CERVICAL

Em vários estudos, observou-se que, no Brasil, as pesquisas sobre câncer (CA) têm sido aprimoradas e, como consequência, houve um crescimento nos registros dessa doença e nos meios de detecção. Há também uma relação direta com os índices de desenvolvimento socioeconômico, isto é, na medida em que se percebeu o aumento da expectativa de vida, também foi identificado um aumento nos casos de CA decorrentes da urbanização, industrialização e envelhecimento por exemplo (INCA, 2020).

Essa doença, bastante estigmatizada e que engloba mais de 100 tipos de malignidade, é definida como o crescimento desordenado de células, que se agrupam e formam os tumores, causado por alterações genéticas. Uma vez formados, os tumores podem

invadir outros órgãos – o que constitui as metástases – e prejudicar o funcionamento deles (INCA, 2022c).

O câncer pode se manifestar em qualquer parte do corpo, no entanto, algumas áreas possuem maior incidência, dentre elas o colo do útero. Segundo o INCA (2022a), ele é causado principalmente pelo Papilomavírus Humano (HPV) em casos de infecção recorrente.

A infecção genital por esse vírus é muito frequente e na maioria das vezes não causa doença. Em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso, é importante a realização periódica do exame preventivo (INCA, 2022a).

O exame Papanicolau mencionado acima, chamado também de citopatológico, é a principal forma de rastreio e, consequentemente, de prevenção do CCU. Ele é voltado como meio de rastreio à faixa etária de 25 a 64 anos, “[...] e interrompidos após essa idade, se houver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.” (Carvalho *et al.*, 2018, p. 688). Por se tratar de uma doença cujo início é assintomático e de evolução lenta, as mulheres que não possuem o costume de fazer o acompanhamento ginecológico acabam tendo diagnósticos tardios (Moreira *et al.*, 2019).

O exame, no entanto, possui baixa adesão (Becker & Rocha, 2017) e isso se dá por diversos fatores. De acordo com Silva e Schumacher (2020), dentre as justificativas, tem-se: medo do exame e de receber o diagnóstico positivo; vergonha de realizá-lo; desconhecimento sobre o câncer cervical. Já em um âmbito mais amplo, podem ser citados fatores econômicos, sociais e/ou dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

A incidência é maior em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, como menciona as autoras Carvalho *et al.* (2018, p. 688): “A doença afeta principalmente as mulheres de nível socioeconômico mais baixo e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde.” No Brasil, por exemplo, o exame está disponível na Atenção Primária à Saúde (APS) e nas políticas de saúde da mulher dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, fatores comportamentais individuais ou socioeconômicos, ainda interferem no rastreio precoce de CCU, como corrobora Santos *et al.* (2019, p. 1951):

A realização do exame citopatológico é mais ocasional e oportunística, devido à falta de informação, por parte das mulheres e de estratégias efetivas e humanizadas, por parte do sistema público de saúde. A não adesão ao exame é encontrada principalmente entre as mulheres com baixa escolaridade. Geralmente, deixam para realizar o exame de três em três anos, deixando de fazê-lo anualmente.

De acordo com as pesquisas de Carvalho *et al.* (2018), quanto mais tardio é o diagnóstico, maiores são os comprometimentos físicos e emocionais da paciente visto vez que o tratamento será mais agressivo para tratar cânceres mais avançados. Além disso, também diminui a sobrevida da mulher com CCU. Também foi constatado, na pesquisa, que, no universo de 174 mulheres, 65,5% delas já estavam com a doença avançada na primeira avaliação.

Assim, pode-se afirmar que o diagnóstico precoce por meio das estratégias de rastreio, principalmente o exame Papanicolau, tem extrema importância no que concernem às possibilidades de cura do CA. Ademais, por se tratar de um diagnóstico delicado, quanto maiores as possibilidades de tratamento apresentadas à paciente, mais chances de minimizar o impacto ao receber essa notícia e também facilitar a adesão no início das terapêuticas adotadas.

O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Como apontam os estudos citados no tópico anterior, receber um diagnóstico oncológico carrega vários estigmas e costuma ser um momento com impactos emocionais e psicológicos. Isso se justifica por ser uma doença com “[...] grande potencial de ameaça à vida, à integridade e às funcionalidades corporais, configurando-se como uma das doenças culturalmente mais temidas [...]” (Pimentel, 2021, p. 40). É importante ressaltar que cada pessoa vive o câncer a sua maneira, apresentando demandas e queixas específicas, que costumam se relacionar, entre outros aspectos ao tipo de câncer e ao nível de avanço da patologia.

Ao se tratar do câncer de colo uterino, além da terminalidade, outros aspectos vêm à tona no momento do diagnóstico. Por exemplo: vergonha de realizar procedimentos por se tratar de um órgão íntimo; possibilidade de realizar histerectomia; questões sobre fertilidade; sexualidade; feminilidade da paciente (Pimentel, 2021). A todos esses fatores, ao dar início ao tratamento, ainda se acrescentam as consequências físicas e emocionais que podem decorrer dos tipos de intervenções médicas adotadas, como quimioterapia, radioterapia, cirurgias e a associação dessas (Corrêa *et al.*, 2021).

Corrêa *et al.* (2021) afirmam que as mudanças decorrentes do CCU, ocorridas no cotidiano das mulheres desde o diagnóstico até o tratamento, podem afetar diversos âmbitos, inclusive reduzir a qualidade de vida. Por isso, a abordagem da equipe de saúde durante todo o percurso de cuidado da paciente, nesse cenário, ultrapassa práticas curativas e considera também o aspecto psicossocial e espiritual do sujeito.

[...] há impacto emocional ocasionado pelo modo de comunicação do médico ao confirmar o diagnóstico, a falta de habilidade, acolhimento, humanização, os juízos de valores impostos no diálogo, bem como na linguagem verbal e a não inserção da mulher como sujeito ativo na escolha do tratamento dificultam a compreensão da gravidade da doença, a adesão ao tratamento, e o seu enfrentamento (Pereira, 2019, p. 14).

Sendo assim, ressalta-se a importância do preparo tanto do médico quanto dos outros profissionais da equipe de saúde em relação à comunicação de notícias difíceis. Uma vez que, a partir do diagnóstico, a paciente depara-se com muitas mudanças em sua vida. Há, além das possíveis alterações físicas, muitas incertezas sobre o futuro, sentimento de medo, ansiedade e preocupações (Félix *et al.*, 2022).

O estudo de comunicação de notícias difíceis caracteriza-se pelo processo de comunicação sobre “[...] informações que podem representar um risco à vida, à segurança, ao conforto e à tranquilidade pessoal, familiar e social, pelos impactos que são causados a quem a recebe. Na maioria das vezes, está associada à doença grave ou a perdas familiares” (Amorim *et al.*, 2019, p. 2), como o CCU. Na pesquisa realizada

por Félix (*et al.*, 2022), os sentimentos mais comuns sobre o que as mulheres relatam no momento do diagnóstico são tristeza, desespero, medo, tranquilidade, pânico e preocupação, o que corrobora com o que fora afirmado.

As pesquisas constatarem que há pouco preparo, principalmente da equipe médica, para dar esse tipo de notícia. Ao passo em que se desenvolve e se investe muito em tecnologias cujo foco é a emergência física e alguns profissionais acabam deixando em segundo plano o cuidado com a relação com o paciente (Costa *et al.*, 2017; Cruz & Riera, 2016;). A teoria e as técnicas são essenciais no cuidado com pacientes oncológicos, contudo, é fundamental que sejam associadas ao comportamento empático, propiciando, com isso, escuta ativa e acolhimento às mulheres com CCU (Corrêa *et al.*, 2021).

Amorim *et al.* (2019) ainda acrescentam que se deve também permitir, em um momento de comunicação de notícias difíceis, respostas emocionais. Isto é, cabe ao profissional fornecer as informações sobre seu caso, deixando espaço para que ela se comporte² (Moreira & Medeiros, 2007), em relação a isso, seja com perguntas, silêncio, comentários ou expressões físicas, como choro. E, ainda, que profissional e paciente busquem em conjunto estratégias para auxiliar no seu enfrentamento e na adesão ao tratamento (Costa *et al.*, 2017).

Reconhece-se, pois, que uma efetiva comunicação profissional-paciente realizada desde o diagnóstico e durante todo o processo de tratamento e de perdas permite o reconhecimento das dúvidas e dos sentimentos associados à doença, representando a oportunidade de oferecer informação e apoio ao paciente e seus familiares. (Costa *et al.*, 2017, p. 3215)

Diante do que foi exposto, é essencial que o profissional da saúde em interação com a paciente, esteja minimamente preparado para lidar com reações emocionais que possam surgir no primeiro contato com o CCU. Ainda que isso seja relatado como algo árduo e pouco abordado em ambiente acadêmico, é também algo que faz parte da práxis na saúde e, portanto, deve ser considerado e estudado (Amorim *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017).

Ademais, um diagnóstico cuidadoso e eficaz também pode ser um facilitador de vínculo com a equipe de saúde e na adesão ao tratamento (Costa *et al.*, 2017), bem como na adesão ao tratamento com ênfase principalmente na relação com o profissional (Perdicaris & Silva, 2008).

Diante desse cenário, algumas orientações e protocolos foram desenvolvidos, por exemplo, o Protocolo SPIKES, que foi criado com objetivo de auxiliar os profissionais da saúde a se prepararem para dar uma notícia difícil. Ele oferece um modelo de *checklist* que segue seis passos para organizar o processo de comunicação entre profissional e paciente e/ou família, são eles: *Setting up* (S): preparando-se para o encontro; *Perception* (P): percebendo o paciente; *Invitation* (I): convidando para o diálogo; *Knowledge* (K): transmitindo as informações; *Emotions* (E): expressando emoções; *Strategy and Summary* (S): resumindo e organizando estratégias (Cruz & Riera, 2016, p. 107).

O modelo inicia com a atitude “preparando para o encontro”, que inclui a preparação do profissional, isto é, ter as informações necessárias sobre o quadro clínico da paciente

bem como planejar o modo como o diagnóstico será realizado (Cruz & Riera, 2016). A essa preparação também pode ser incluído o cuidado com o ambiente, a fim de assegurar privacidade e conforto à paciente (Amorim *et al.*, 2019). Com isso, ao iniciar a comunicação, deve-se investigar qual o grau de entendimento e como a pessoa está recebendo a notícia, isto é, “perceber o paciente”.

Após essa segunda etapa, o profissional deixa um espaço para que sejam feitas perguntas, questionamentos a respeito do que já fora falado, a etapa de “invitation”. É comum que algumas mulheres desejem se abster de receber informações novas ou mais detalhadas logo de início. Também pode ocorrer de solicitar que outra pessoa tome as decisões por ela, cabe a equipe de saúde compreender e respeitar sua escolha (Cruz & Riera, 2016).

Também é importante que a pessoa que esteja realizando esse diagnóstico forneça informações claras com vocabulário adequado ao entendimento do paciente (etapa de “knowledge”). Quanto mais claras e objetivas forem essas informações iniciais, melhor a compreensão da paciente e, consequentemente pode auxiliar na adesão ao tratamento. Nesse sentido, é fundamental que a expressão de sentimentos e emoções seja facilitada pelo profissional da saúde, vale lembrar que essa atribuição não é exclusividade do psicólogo, mas sim de toda a equipe de saúde e não se limita à etapa “emotions”, mas sim de toda comunicação nesse processo (Cruz & Riera, 2016).

Por fim, a etapa 6 consiste em realizar a sumarização (“strategy and summary”) do que foi conversado e, possivelmente, decidido a partir do diagnóstico. Ainda que a paciente tenha escolhido não decidir nada ou não se aprofundar mais sobre a patologia, é importante que fique claro que existem caminhos a serem seguidos, sejam práticas curativas ou não (Cruz & Riera, 2016).

Uma vez seguindo o modelo apresentado, o profissional, como protagonista das notícias difíceis, consegue planejar como será feita a comunicação bem como manejar possíveis reações emocionais, fornecendo informações claras e objetivas à paciente e ofertando-lhe as possíveis terapêuticas a serem escolhidas. E, principalmente, respeitando as emoções e sentimentos advindas no momento do diagnóstico (Costa *et al.*, 2017).

A ESCOLHA INICIAL DO TRATAMENTO

Após o contato inicial com o câncer, é preciso escolher o tipo de tratamento, os mais comuns para o CCU são: quimioterapia, radioterapia e cirurgia, que podem ou não ser associadas (Pimentel, 2021). A escolha é orientada por um médico considerando o grau de evolução da doença, o tamanho do tumor e características da paciente (INCA, 2022a; Moreira *et al.*, 2019; Pimentel, 2021) e, também, características pessoais da paciente e aspectos emocionais, para que maximize a possibilidade de adesão ao tratamento.

O processo terapêutico das mulheres com câncer de colo uterino configura-se como uma transformação em todos os aspectos físicos, emocionais, espirituais, sociais. A adesão ao tratamento é vista como um desafio a ser enfrentado, devido ao sofrimento que permeia a terapêutica, sobretudo, alguns tratamentos

específicos, que as tornam mais vulneráveis, gerando sentimento de impotência, transtorno emocional e até depressão (Pereira, 2019, p. 33).

Nesse cenário, o tratamento mais comum quando se pensa em câncer é a quimioterapia, para a população em geral. Segundo o INCA (2022d), constitui-se como “[...] um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor ou se multiplicam desordenadamente” e que pode apresentar alguns efeitos colaterais, que variam de acordo com o tipo e a dosagem da droga utilizada (Pimentel *et al.*, 2020). Os principais exemplos são: queda de cabelos, fraqueza, enjoo e vômitos. Quando se trata de CCU, ainda há outro fator a ser considerado no primeiro momento: a gravidez, como retrata Costa e Souza (2018, p. 103):

A literatura científica aponta que existem dois grandes dilemas: a) priorizar o tratamento da mulher pode colocar em risco a vida do feto; b) priorizar a preservação da vida do feto pode ameaçar a vida da mulher. Ainda, precisarão lidar com questões éticas relacionadas aos riscos de malefícios para grávida e o feto, como também à influência do desejo da mulher e seus familiares.

As discussões acabam por atravessar outros tópicos para pacientes com câncer cervical pois esse tipo de patologia se refere a um órgão com funcionalidades específicas como menstruação, liberação de hormônios e gestação. Além do impacto de medicações na gravidez, optar ou precisar de quimioterapia pode implicar consequências físicas que afetam a autoestima da mulher, como a perda de peso e queda de cabelo.

Outra possibilidade de tratamento é a radioterapia, indicada durante todo o curso da doença, podendo ter caráter curativo e/ou preventivo. Essa terapêutica consiste na aplicação de radiações ionizantes visando destruir células cancerosas, causando danos mínimos à paciente. Porém, ao longo desse processo, algumas células benignas também podem ser destruídas e, por isso, gera prejuízos no aspecto orgânico (Salvajoli & Silva, 2008).

No caso das pacientes com CCU, a radioterapia é feita na região pélvica e pode atingir, além do útero e ovários, áreas subjacentes como reto e bexiga. Assim, pode haver atrofia nos ovários e, conseqüentemente, amenorreia precoce e/ou falência ovariana, isto é, finda a reserva de óvulos da mulher (infertilidade). Ademais, ao afetar outros órgãos, pode-se desencadear disfunções secundárias que afetam direta ou indiretamente “[...] a vida conjugal, laboral e nas atividades diárias das mulheres em tratamento.” (Pimentel, 2021).

Não só na quimioterapia ou na radioterapia a mulher sofre consequências em sua vida cotidiana, mas também a partir de cirurgias, podendo estar presente em todas as fases do tratamento. Existem diversas modalidades, dentre elas: diagnóstica, curativa, paliativa, minimamente invasiva, citorrredutora, reconstrutora, preventiva. A cirurgia como opção de tratamento é a mais antiga e, ainda hoje, a mais comum na oncologia (Perdicaris & Silva, 2008).

O impacto e o medo costumam ser mais acentuados nesse tipo de abordagem em razão do que um procedimento cirúrgico significa de modo mais amplo, ou

seja, anestesia geral, centro cirúrgico, procedimentos invasivos, possibilidade de histerectomia, expectativas de engravidar, questões sobre sexualidade por conta dos hormônios, e outros, principalmente por associar a um órgão tido como “símbolo feminino”, como afirma Pereira (2019), e que será abordado mais detalhadamente nos tópicos seguintes.

Sendo assim, é preciso haver diálogo entre profissional e paciente para que a escolha seja feita em conjunto visando melhorar a saúde da mulher e respeitar sua decisão, sempre considerando seus limites e possibilidades, sejam eles físicos e/ou psicológicos. E, também, preocupando-se com o impacto emocional, pois pode interferir na adesão e na efetividade do tratamento bem como no controle e/ou possibilidades de cura (Moreira *et al.*, 2019).

A MULHER COM CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Segundo dados do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN; Ministério da Saúde [MS], 2022), no ano de 2022, existem 137.134 pacientes com CCU no Maranhão cujo diagnóstico se deu por meio do exame citopatológico, sendo 23.037 dos casos, em São Luís. O SISCAN também informa que a faixa etária de prevalência no estado é de 35 a 39 anos, com 18.606 diagnósticos (MS, 2022). Números que corroboram com os estudos de Thuler *et al.* (2014) que afirmam que, entre 30 e 39 anos, é 10% mais provável o desenvolvimento de CCU em nível avançado.

Diante disso, um dos motivos para o alto índice é a baixa adesão aos exames preventivos e de rastreio, como já fora citado anteriormente. E, também, fatores comportamentais específicos desse perfil de paciente, por exemplo, por ser “[...] mais difícil a visualização do câncer de colo uterino como risco potencial para mulheres com parceiro fixo, idade avançada e ausência de atividade sexual” (Carvalho *et al.*, 2018, p. 697), variáveis que podem ser comuns no intervalo de idade em questão.

É sabido que a maioria das mulheres entre 35 a 39 anos, geralmente, está no mercado de trabalho, já finalizou as atividades escolares, possui parceiro(a) fixo(a), tem ou pretende ter filho(s), preocupa-se e busca estabilidade financeira, está em uma fase mais ativa da vida – trabalhando, com vida sexual ativa, fazendo atividade física – ou seja, possui ritmo de vida mais intenso. Tudo isso, faz parte de quem é essa mulher, isto é, compõe sua identidade.

Para Micheletto e Sérgio (1993) e Skinner (1974/2006), o indivíduo se constitui a partir das relações que desempenha com o ambiente no qual está se comportando. A mulher, portanto, tem sua identidade constituída ao longo de sua vida, sendo atravessada por questões culturais, familiares, a profissão que desempenha, se há ou não rede de apoio, orientação sexual, constituição familiar e outros como supracitado anteriormente. Assim, pode-se afirmar que o CCU atinge a identidade feminina das pacientes uma vez que, geralmente, os tratamentos são invasivos e podem interferir em aspectos relacionados ao “ser mulher”.

O projeto da maternidade, quando ocorre, se dá principalmente entre 35 e 39 anos. E, ao passo que o CCU em questão se localiza justamente no órgão responsável pela gestação essa funcionalidade está ameaçada e, pode evocar sentimentos variados nas pacientes, como tristeza, frustração, medo e outros (Pinheiro *et al.*, 2021).

Ademais, segundo a pesquisa da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2020), as mulheres são as maiores usuárias do SUS do ponto de vista quantitativo, tanto para seu próprio atendimento quanto para acompanhar outra pessoa, superando o registro de atendimentos para os homens. Fato esse que ressalta o papel de cuidadora que a mulher ocupa na sociedade (MS, 2004), que pode ser ameaçado quando há um diagnóstico como o do CCU.

Sabe-se, também que muitas mulheres costumam mudar muitas de suas atividades cotidianas em virtude das consequências da patologia. Nesse sentido, a mulher acometida com uma patologia como o câncer costuma passar por uma transição de cuidar para precisar ser cuidada pela família e/ou pela sua rede de apoio.

ASPECTO CULTURAL E O ENFRENTAMENTO DA PACIENTE

A cultura se constitui enquanto terceiro nível de seleção de comportamentos, ou seja, é uma das variáveis definidas por Skinner (Moreira & Medeiros, 2007) que interferem diretamente no comportamento dos seres humanos, são eles: filogenético, referente à espécie, são as mutações e codificações genéticas; ontogenético que seriam as experiências individuais de cada pessoa com o ambiente; e, por fim, cultural, as práticas grupais, os costumes e tradições que passam pelas gerações.

Sendo assim, como já foi dito, o câncer é culturalmente associado à invalidez, morte iminente e tratamentos extremamente agressivos. E, especificamente sobre o câncer de colo uterino “[...] além dos estigmas do câncer, é uma doença que atinge um órgão repleto de simbolismos para a mulher, pois envolve questões inerentes à sexualidade, feminilidade e reprodução” (Toledo *et al.*, 2021, p. 3). E, por isso, dependendo do tipo de intervenção – cirúrgica ou não, por exemplo – pode ter mais ou menos impactos nos fatores já mencionados que precisam ser levados em consideração.

Uma vez que se decida realizar a histerectomia, por exemplo, muitos sentimentos podem ser desencadeados e, se a paciente em questão não tem filhos e deseja tê-los, é ainda mais delicada essa decisão. Não ter o útero ou perder uma de suas funcionalidades pode provocar sentimentos de “inutilidade e destituição da condição feminina”, como afirma Pimentel (2021, p. 40), o que vai de encontro com as expectativas da sociedade para uma mulher e, por vezes, dela própria que é cumprir o papel de genitora.

Nesse sentido, também se espera que as mulheres desempenhem outras funções, tais como: o papel de cuidadora e até provedora do lar que recaem no que se diz muito sobre a tripla jornada de trabalho (Silva & Schumacher, 2020) que, muitas vezes, ela não consegue realizar por conta das consequências dos tratamentos que realiza. Em virtude disso, a paciente pode passar por alguns lutos mais específicos dessa vivência com CCU, influenciando na sua identidade, autoestima e feminilidade.

Fala-se também da pressão que a paciente sofre nesse processo de perdas, “[...] a maioria das mulheres espera retornar aos níveis normais de funcionamento para continuar sua rotina habitual [...]” (Pimentel *et al.*, 2020, p. 16), o que não costuma ser possível logo de início, mas sim algo gradativo. E, uma vez sendo a referência de cuidado dentro de casa, por exemplo, os familiares e amigos também acabam por pressioná-la a manter a rotina. Isso pode acabar gerando frustrações e ainda mais sofrimento na paciente.

Pereira (2019) afirma que se atentar aos impactos emocionais advindos desse quadro clínico é imprescindível à práxis da oncologia. Identificar as dificuldades auxilia o profissional a estabelecer e buscar estratégias junto à paciente no que tange ao enfrentamento da doença. Segundo Moreira *et al.* (2019), enfrentamento ou *coping*

é a maneira como a paciente administra as demandas e as emoções advindas do seu adoecer, isto é, como lida com os estímulos aversivos³ (Skinner, 1953/2003; Moreira & Medeiros, 2007) decorrentes do CCU e suas implicações.

A estratégia de enfrentamento será efetiva quando o comportamento utilizado pelo sujeito amenizar os sentimentos desconfortáveis, associados a ameaças ou perdas para o mesmo. Por outro lado, será não efetiva se a situação ameaçadora não for manejada de forma eficaz, resultando em crise e, se não for resolvida, podem ocorrer desequilíbrios psicológicos e fisiológicos que podem agravar o quadro clínico emocional do paciente, complicando o andamento do tratamento, e por vezes, até mesmo contribuindo para a morte do indivíduo (Moreira *et al.*, 2019).

Sabe-se que a qualidade de vida das mulheres com CCU é atravessada pelas consequências físicas, emocionais e psicológicas. Autores como Corrêa *et al.* (2021) falam ainda sobre “dupla morte” pois, além do potencial risco à vida, há também uma outra perda comum nesse tipo de diagnóstico: a fertilidade. Isso se dá por conta da ameaça ao órgão atingido, o útero, que é o grande símbolo da “geração da vida” (Corrêa *et al.*, 2021, p. 2166) como falam os autores que enfatizam a dimensão da historicidade na mulher.

Os estudos skinnerianos corroboram com essa ideia uma vez que um dos níveis de seleção é a cultura. Assim, ao longo da história de vida do sujeito, vai-se construindo um repertório comportamental de acordo com sua história de reforçamento. Isto é, comportamentos que foram sendo reforçados, são mantidos no repertório comportamental e os que não forem, são excluídos Moreira & Medeiros, 2007.⁴

A partir disso, evidencia-se a necessidade para um profissional analista do comportamento de estudar e investigar a respeito da história de vida da paciente, pois o prognóstico e o grau de enfrentamento dependerão, entre outros aspectos, de como aquela mulher foi ensinada, ao longo de sua vida, a lidar com suas dores, com uma doença e com a finitude, por exemplo. Ou seja, que comportamentos “de saúde” foram reforçados. E isso pode ser realizado a partir do atendimento individual seja em ambiente clínico (como psicoterapia) ou em *setting* hospitalar com o atendimento breve e focal.

ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

Para Simonetti (2016, p. 15), a Psicologia Hospitalar corresponde aos estudos “[...] dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o profissional especialista em psicologia hospitalar presta serviços a nível secundário ou terciário da atenção à saúde em hospitais e outras instituições de saúde bem como em contextos de ensino para aperfeiçoamento ou especialização de outros profissionais (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2007, p. 21).

Já a psico-oncologia demanda escuta e olhar específico em relação à paciente diante da relação dela com a doença e todo o processo de adoecer, Corrêa *et al.* (2021, p. 2167)

ainda destacam de modo mais específico a práxis do psicólogo hospitalar diante desse tipo de demanda:

[...] na área de psicologia oncológica, [o psicólogo] pode prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, levando a pessoa a compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando assim, ressignificações desse processo e identificação e acompanhamento de possíveis aparecimentos de distúrbios psicopatológicos, como a depressão.

O psicólogo pode estar presente em todas as etapas do tratamento “[...] habilitando o paciente a confrontar-se com o diagnóstico e com as dificuldades dos tratamentos decorrentes, ajudando-o a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes” (Costa *et al.*, 2017, p. 3218). O olhar da Psicologia nessas contingências possibilita e fortalece a humanização do cuidado uma vez que amplia a concepção hegemônica biomédica e traz à tona o aspecto subjetivo de cada paciente.

Em suma, a intervenção psicológica no contexto da psico-oncologia é “[...] identificar o papel de fatores psicológicos e sociais no diagnóstico, desenvolvimento, tratamento e reabilitação do paciente com câncer.” (Soares *et al.*, 2012, p. 79) de acordo com suas particularidades.

Sendo assim, as estratégias são escolhidas e delineadas a partir da história de vida daquela paciente, identificando repertório comportamental de enfrentamento da doença e de manejo de situações aversivas. O hospital já pode ser, por si só, um estímulo aversivo para a pessoa e, nesse sentido, uma das funções do psicólogo hospitalar é auxiliá-la a lidar com essa contingência (Soares *et al.*, 2012).

POSSÍVEIS INTERVENÇÕES NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO E NA ESCOLHA INICIAL DO TRATAMENTO

Partindo do pressuposto de que o câncer em si já é algo tido culturalmente como uma doença cheia de sofrimentos e bastante associada ao fim de vida, deve-se buscar intervenções que minimizem o impacto da própria doença e das consequências advindas do diagnóstico e do(s) tratamento(s), visando buscar meios no próprio repertório da paciente para adaptar-se a possíveis mudanças decorrentes desse processo (Moreira *et al.*, 2019; Soares *et al.*, 2012).

Diante do processo de adoecer do CCU, no momento do diagnóstico, a presença do psicólogo como mediador da comunicação tem fundamental importância no que se refere ao processo de humanização. Vale ressaltar que, ainda que a responsabilidade de dar o diagnóstico seja do médico, a grande maioria desses profissionais não tem preparo teórico e nem costuma buscar desenvolver habilidades para preparar-se para esse tipo de práxis.

A forma de mediar os processos de comunicação nesse processo de diagnóstico e tratamento inicial, o(a) psicólogo(a) atua visando garantir “[...] um entendimento de forma mais clara a respeito das perspectivas sobre o diagnóstico, o prognóstico, as

dúvidas, os medos e os anseios por parte do paciente dentro do contexto hospitalar” (Santos *et al.* 2023, p. 129). Fortalecendo, portanto, o cuidado humanizado e integral da paciente.

Ademais, Amorim *et al.* (2019) reforçam a importância de permitir reações emocionais da paciente que, por sua vez, podem ser assistidas e acompanhadas por um profissional da psicologia. Uma vez que se fornece escuta qualificada e reforçadora às mulheres acometidas com CCU, reconhece-se a dignidade e individualidade de cada uma, olhando-as de modo integral, isto é, não se limitando apenas a doença (Santos *et al.*, 2023).

E isso implica no acompanhamento das emoções, valores e história de vida, o que visa garantir a autonomia nas decisões necessárias ao longo da descoberta e tratamento do câncer. Nesse contexto, pode ser comum identificar frustração, tristeza, desespero, desesperança, ansiedade, medo e insegurança (Santos *et al.*, 2023).

O diagnóstico pode gerar muitos sentimentos adversos e o suporte psicológico também pode ser ofertado por meio da modalidade de atendimento individual, após o recebimento do diagnóstico. O espaço da terapia se configura enquanto um ambiente seguro, acolhedor e não punitivo (Watrin & Canaan, 2015), isto é, possibilita a verbalização de emoções, pensamentos e inseguranças. Sendo assim, sentimentos podem ser explorados e elaborados diante da escuta profissional de um(a) psicólogo(a).

Segundo os estudos de Moreira *et al.* (2019), com uma equipe multidisciplinar, as estratégias psicoemocionais adotadas com as pacientes e os manejos que elas próprias foram adquirindo, tiveram efeito positivo na adesão e nos resultados do tratamento de câncer realizado. Essa práxis não possui um padrão estabelecido de protocolos e/ou estratégias, logo, cabe ao profissional escolher de acordo com cada paciente atendida e os recursos emocionais que ela tem à sua disposição.

Uma das possíveis estratégias é o atendimento psicológico individual, como foi falado anteriormente, que ocorre sob o modelo de atendimento breve e focal, obedecendo as normas, as prioridades e o *setting* hospitalar, que diferem em muitos aspectos do ambiente clínico. E, ainda que nesse ambiente o foco não seja a escuta mais aprofundada da paciente, realizar esse acolhimento no contexto da saúde reforça comportamentos de enfrentamento das mulheres (Cerqueira, 2020).

Sendo assim, o psicólogo analista do comportamento em contexto hospitalar, tem objetivo de, a partir da escuta qualificada e audiência não-punitiva⁵ (Soares *et al.*, 2012), identificar no relato da paciente o repertório de enfrentamento e as habilidades comportamentais de adesão aos tratamentos que ela dispõe. Esses padrões de comportamento podem ser identificados a partir da discussão sobre as decisões que precisam ser tomadas ao longo do processo de lidar com o CCU, levando em conta “[...] as consequências positivas da adoção de determinadas respostas de enfrentamento mais adaptativas.” (Soares *et al.*, 2012, p. 82).

É nesse cenário que o atendimento individual pode ter relevância associado também às entrevistas e aos atendimentos com familiares e/ou acompanhantes a fim de minimizar o sofrimento da paciente bem como identificar possíveis dúvidas e frustrações a respeito do diagnóstico ou do(s) tratamento(s) a ser(em) adotado(s) (Corrêa *et al.*, 2021). Como é afirmado também no manual de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) nos Serviços Hospitalares do SUS:

A psicoterapia com estes pacientes ajuda no enfrentamento de eventos estressantes, se não-aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento da pessoa assistida (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva (CFP, 2019, p. 85).

Essa escuta também pode contemplar e auxiliar em demandas decorrentes da escolha inicial e do(s) próprio(s) tratamento(s) adotado(s), como suporte psicológico no preparo de cirurgias, momento no qual deve-se contemplar compreensão acerca da patologia, reflexão sobre as possíveis consequências (incluindo ganhos e perdas), fortalecer a participação ativa da paciente, medos e fantasias diante de uma doença bastante estigmatizada e a reorganização do cotidiano muitas vezes necessária (CFP, 2019).

Nesse sentido, fala-se sobre escolha inicial do tratamento, pois, ao longo do processo, podem ser descartados métodos que estavam sendo utilizados e novas terapêuticas podem ser adotadas. Isso dependerá de como o CCU se manifesta e como o organismo da paciente reage. Sendo assim, cada escolha sobre novas medidas adotadas, é também um momento de impasses, frustrações e medos tal qual o momento do diagnóstico. Neste trabalho, porém, ressalta-se o papel das intervenções no primeiro contato com as possibilidades que a mulher possui.

Diante desse cenário, outro tipo de intervenção possível, além do atendimento individual, pode ser desenvolvido em grupo, tanto grupos de apoio quanto psicoterapia em grupo. Segundo a pesquisa de Leite e Peres (2013, p. 63), existem evidências dos benefícios: “diminuição dos níveis de desesperança, preocupação ansiosa e estresse e o fortalecimento do funcionamento social das participantes”. O(a) psicólogo(a), nessa modalidade, atua como mediador(a) do grupo direcionando e facilitando a fala das participantes.

As autoras ainda ressaltam que os grupos servem como um local seguro de troca de experiências e possuem eficácia no que tange aos aspectos sociais e psicológicos das mulheres, pois atividades desse estilo possibilitam que pessoas com características em comum, nesse caso o CCU, possam se conhecer e compartilhar vivências iguais ou semelhantes que estiverem passando. Identificar a sua dor no outro é também algo reforçador e a própria interação social acaba sendo reforçadora por si só (Leite & Peres, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, a pesquisa realizada alcançou os objetivos propostos por meio do estudo de possíveis estratégias psicológicas junto a mulheres com CCU no momento do diagnóstico e escolha inicial do tratamento. Elencando também, as características da patologia em questão e fornecendo dados epidemiológicos sobre o Brasil e o Maranhão.

Foi possível perceber características do perfil de mulher acometida com CCU, como ser cuidadora e provedora da casa, ter um(a) parceiro(a) fixo(a), estar no mercado de trabalho e que tem ou pretende ter filhos. Bem como os efeitos emocionais e psicológicos mais

comuns a partir dos principais tratamentos possíveis, quais sejam medo, frustração e tristeza. Identificando, a partir daí, principais demandas frequentes e queixas surgidas nesse contexto, especialmente em relação à identidade do “ser mulher”.

Os dados evidenciam a representação social da mulher enquanto cuidadora, tanto da casa quanto dos filhos, do/da marido/esposa e de sua família de modo geral, principalmente por serem as usuárias mais comuns do SUS e por ocuparem esse papel desde muito tempo na história da sociedade. Além disso, consideram-se também as múltiplas jornadas de trabalho que ela precisa desempenhar a partir da entrada da mulher no mercado profissional.

A literatura apresenta em consenso os diversos estigmas que recaem sobre o diagnóstico de um câncer e, ainda mais em um tipo de câncer que afeta órgão o qual carrega alguns papéis sociais como o ser mãe, ou seja, aquilo que se espera da mulher na sociedade. A comunicação e a escuta de toda a equipe de saúde são, nesse contexto, de extrema relevância pois podem funcionar como fator de proteção à saúde mental da paciente e/ou facilitador na adesão ao tratamento se feita com cuidado e preparo por parte desses profissionais.

Assim, pode-se constatar a importância da prática do psicólogo nesse cenário do adoecer a partir da discussão sobre o efeito das intervenções psicológicas dirigidas para a elaboração do sofrimento e do impacto do tratamento junto a mulheres com CCU.

Entretanto, notou-se dificuldade de acesso a índices epidemiológicos e demográficos a respeito da temática abordada bem como escassez de materiais específicos a respeito do aspecto psicológico e emocional da paciente, ao passo que há muitas publicações de cunho médico enfatizando o aspecto biológico. E, apesar de ser a emergência de cuidado, o lado orgânico não deve excluir de cena o sofrimento psicológico da paciente nem a sua subjetividade, isto é, sua história de vida e repertório de enfrentamento individual.

Portanto, reunir as informações contidas neste trabalho e apresentar de modo sistematizado essas estratégias facilita o acesso sobre essa temática tanto para os profissionais da área quanto para pacientes ou familiares de pacientes. E, consequentemente, poderá subsidiar outras pesquisas ou ações práticas voltadas para essas mulheres.

Entende-se, assim, que há necessidade de estudos mais aprofundados e detalhados sobre a vivência de mulheres com câncer de colo uterino à luz da Psicologia, principalmente no que tange às linhas teóricas externalistas, como a Análise do Comportamento, uma vez que os principais artigos e os livros de referência em Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar possuem linguagem mentalista.

REFERÊNCIAS

- Amorim, C. B., Barlem, E. L. D., Mattos, L. M., Costa, C. F. S., & Oliveira, S. G. (2019). Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20190017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- Becker, A. P. S., & Rocha, N. L. (2017). Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da psicologia. *Mental*, 11(21), 339-355. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004&lng=pt&nrm=iso.

- Carvalho, P. G., O'Dwer, G., & Rodrigues, N. C. P. (2018). Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde em Debate*, 42(118), 687-701. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>.
- Cerqueira, F. (2020). Análise do comportamento aplicada ao ambiente hospitalar. Portal Comporte-se. <https://comportese.com/2020/08/22/27538>.
- Conselho Federal de Psicologia (BR). (2007). *Resolução CFP nº 013/2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia (BR). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf.
- Corrêa, B. N., Fortes, G. N., Oliveira, P. M. (2021). Índices de depressão de mulheres com câncer de colo uterino em tratamento, em um hospital de referência no baixo amazonas, Pará. *Revista Saúde.com*, 17(2), 2157-2169. <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i2.8236>.
- Costa, A. É. L., & Souza, J. R. (2018). Implicações psicossociais relacionadas à assistência à gestante com câncer: percepções da equipe de saúde. *Revista da SBPH*, 21(2), 100-122. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.21.283>.
- Costa, M. C. M., Melo, C. F, Baião, D. C, & Cavalcante, A. K. S. (2017). Comunicação de uma má notícia: o diagnóstico de câncer na perspectiva de pacientes e profissionais. *Revista de enfermagem UFPE on-line*, 11(8), 3214-21.
- Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(3), 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf.
- Félix, B. A., Castro, J. V. G., Nogueira, G. M., Mangaravitt, M. B. M., Bastos, P. H. C., Barbosa, V. C. R, & Figueiredo Júnior, H. S. (2022). Infecção pelo papilomavírus humano e consequências biopsicossociais em mulheres: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 15, e10767. <https://doi.org/10.25248/reamed.e10767.2022>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa nacional de saúde - 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>.
- Instituto Nacional de Câncer. (2020). *Brasil terá 625 mil novos casos de câncer a cada ano do triênio 2020-2022*. <https://www.inca.gov.br/noticias/brasil-tera-625-mil-novos-casos-de-cancer-cada-ano-do-trienio-2020-2022>.
- Instituto Nacional de Câncer. (2022a). *Câncer do colo do útero*. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero>.
- Instituto Nacional de Câncer. (2022b). *Incidência*. <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/incidencia>.
- Instituto Nacional de Câncer. (2022c). *O que é câncer?*. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>.
- Instituto Nacional de Câncer. (2022d). *Quimioterapia*. <https://www.gov.br/inca/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/quimioterapia#:~:text=Quimioterapia%20%C3%A9%20um%20tratamento%20que,elas%20se%20espalhem%20pelo%20corpo>.
- Leite, L. P., & Peres, R. S. (2013). Grupos de apoio a mulheres acometidas por câncer de mama: panorama atual. *Revista da SPAGESP*, 14(1), 55-67. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100007&lng=pt&nrm=iso.
- Micheletto, N., & Sérgio, T. M. A. P. (1993). Homem: objeto ou sujeito para skinner?. *Temas em psicologia*, 1(2), 11-21. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200003&lng=pt&nrm=iso.
- Ministério da Saúde (BR). (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

- Ministério da Saúde (BR). DATASUS.(2022). *SISCAN: cito do colo: por pacientes: Maranhão*. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_pacma.def.
- Moreira, E. C. M., Dendasck, C. V., Aguiar, C. P., Alencar, S. M. F., Pinheiro, D. N., Oliveira, E., & Pinheiro, M. C. N. (2019). Estratégias psicoemocionais como mecanismos no enfrentamento do câncer do colo uterino: revisão da literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(12), 5-20. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/estrategias-psycoemocionais>.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Artmed.
- Perdicaris, A. A. M., & Silva, M. J. P. (2008). A comunicação essencial em oncologia. (2008). In V. A. Carvalho, M. H. P., Franco, M. J. Kovács, R. P. Libertato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, L. H. C. Barros (orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 403-413). Summus.
- Pereira, A. D. (2019). *Percepção de mulheres frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino* [Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão]. <https://tede.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/2703>.
- Pimentel, N. B. L. (2021). O custo da cura: repercussões psicossociais do tratamento radioterápico para o câncer do colo uterino [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/23484>.
- Pimentel, N. B. L., Modesto, F. C., Lima, V. C. G. S., Andrade, K. B. S., Oliveira, A. M., Fuly, P. S. C., & Santos, M. L. S. C. (2020). O câncer do colo uterino e o impacto psicossocial da radioterapia pélvica: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(10), e6489109052. <http://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9052>.
- Pinheiro, I. S., Guerra, B. C. O., Silva, L. R., Pacheco, P. Q. C., Monnerat, I. C., Teixeira, S. V. B., Macedo, E. C., & Veras, R. C. (2021). Impactos na saúde da mulher mãe cuidadora de criança com câncer. *Research, Society and Development*, 10(1), e31510111828. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11828>.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2a ed.). Feevale.
- Salvajoli, J. V., & Silva, M. L. G. (2008). Radioterapia. In V. A. Carvalho, M. H. P., Franco, M. J. Kovács, R. P. Libertato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, L. H. C. Barros (orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 150-154). Summus.
- Santos, C. C. R., Figueiredo, L. A. T. S., & Reis, J. A. R. (2023). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos: atuação com pacientes oncológicos. *Psicologia Saúde e Debate*, 9(2), 126-142. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A7>.
- Santos, H. L. P. C., Maciel, F. B. M., & Oliveira, R. S. (2020). Internações hospitalares por neoplasias no Brasil, 2008-2018: gastos e tempo de permanência. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(3), e-04992. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.992>.
- Santos, T. L. S., Silveira, M. B., & Rezende, H. H. A. (2019). A importância do exame citopatológico na prevenção do câncer do colo uterino. *Enciclopedia Biosfera*, 16(29), 1947-1961. <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/319>.
- Silva, I. M. L. & Schumacher, B. (2020). Conhecimento e sentimentos das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero. *Redes, Revista Interdisciplinar Acadêmica da Faculdade Ielusc*, 1(3), 85-94. <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/60/70>.
- Simonetti, A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (8a ed.). Casa do Psicólogo.
- Skinner, B. F. (2006). Sobre o behaviorismo (10a ed., M. P. Vilalobos, trad.). Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).
- Skinner B. F. (2003). Sobre ciência e comportamento humano (11a ed., J. C. Todorov, R. Azzi, trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Soares, M. R. Z., Ruppenthal, A. C., & El Rafihi-Ferreira, M. A. (2012). Análise do comportamento aplicada à oncologia.. In V. B. Haydy, & S. R. Souza. (Orgs.), *Psicologia comportamental aplicada: avaliação e intervenção nas áreas da saúde, da clínica, da educação e do esporte* (Vol. 2., pp. 77-92). Eduel.

- Thuler, L. C. S., Aguiar, S. S., Bergmann, A. (2014). Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 36(6): 237-243. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005010>.
- Toledo, Y. M., Menezes, M. P. N., & Barros, E. S. (2021). Avaliação da sexualidade de pacientes com câncer do colo do útero em Sergipe. *Research, Society and Development*, 10(2), e41710212375. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12375>.
- Watrin, J. P., & Canaan, S. (2015). Valores do terapeuta na clínica analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 519-527. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042370519527>.

NOTAS

¹ O estigma é uma associação negativa diante de uma característica ou doença específica, neste caso, o câncer de colo de útero. Segundo Carvalho *et al.* (2018), se trata de uma construção histórica que contempla a ideia de terminalidade inevitável, causas equivocadas da doença e aviltamento de características socialmente tidas como papéis sociais da mulher.

² Segundo Skinner, o comportamento [operante] é a relação organismo-ambiente, na qual o organismo modifica o ambiente, produz consequências e é também modificado por ele (Moreira & Medeiros, 2007). Nesse sentido, é importante que o profissional permita que a mulher reaja da maneira que for, como foi falado neste texto. Tudo isso é considerado comportamento, de acordo com os princípios da Análise do Comportamento.

³ Para a Análise do Comportamento, estímulos aversivos são as consequências provocadas no ambiente por um determinado comportamento que diminuem a probabilidade de que esse comportamento volte a acontecer. Isso pode ocorrer pelo acréscimo de estímulos aversivos ou pela retirada de estímulos reforçadores (Skinner, 1953/2003; Moreira & Medeiros, 2007). O contexto descrito no texto, refere-se a variáveis que possivelmente gerem sofrimento, dor, impactos emocionais e psicológicos (acréscimo de aversivos) e pelos lutos que a mulher vivencia, prejuízos à saúde, perdas advindas do tratamento, como desemprego, vida sexual inativa, infertilidade, desequilíbrio hormonal e outros (retirada de reforçadores).

⁴ Ideia pautada no evolucionismo darwiniano a qual as espécies mais fortes são mantidas e as mais fracas são extintas. Vale lembrar que o comportamento que foi reforçado, no entanto, não se refere necessariamente a comportamentos "bons" ou "fortes", mas sim as contingências de reforçamento em vigor que aumentam a probabilidade de um determinado comportamento ocorrer novamente e, logo, de se manter no repertório comportamental do sujeito em questão (Moreira & Medeiros, 2007).

⁵ Na análise do comportamento, fala-se de audiência não-punitiva a respeito da escuta qualificada do psicólogo, que se configura, em suma, em não punir o cliente logo nos primeiros contatos. Com isso, os comportamentos do sujeito aparecem na relação terapêutica tanto através do relato quanto manifestados no contato com o psicoterapeuta. Além disso, utilizando-se da audiência não punitiva, o psicólogo demonstra comportamentos de não-julgamento, compreensão e empatia, fundamentais para facilitar a exposição da paciente e, assim, possibilitar maiores chances de ambos identificarem modos funcionais e saudáveis de entrar em contato com as diversas contingências no contexto do CCU (Skinner, 1953/2000 *apud* Soares *et al.*, 2012).