



Marcas e transformações: a experiência de mulheres em tratamento braquiterápico para câncer de colo uterino

*Marks and transformations: the experience of
women undergoing brachytherapy treatment for
cervical cancer*

Ana Paula Silveira SASSO¹  

Eric Aquino CORRÊA¹  

¹ Hospital Erasto Gaertner. Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Ana Paula Silveira Sasso
silveirasasso@gmail.com

Recebido: 09 dez. 2023

Revisado: 12 out. 2024

Aprovado: 18 nov. 2024

Como citar (APA):

Sasso, A. P. S., & Corrêa, E. A.
(2025). Marcas e transformações:
a experiência de mulheres em
tratamento braquiterápico
para câncer de colo uterino.
Revista da SBPH, 28, e007.
<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.605>.

Financiamento:

Próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.



Resumo

O câncer de colo de útero é o quarto mais comum entre as mulheres em nível mundial. Uma das formas de tratar o câncer uterino é a modalidade de radioterapia conhecida como braquiterapia, que consiste na aplicação de fontes de radiação em contato direto com o tumor. A aplicação, contudo, pode representar uma gama enorme de desafios físicos e psicológicos. O objetivo do presente trabalho é compreender a experiência de mulheres submetidas a sessões de braquiterapia. O método utilizado foi o fenomenológico hermenêutico, o qual parte do discurso do próprio indivíduo sobre sua experiência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres que tenham finalizado o tratamento de braquiterapia, em um Hospital Oncológico no Sul do Brasil. Nas entrevistas foi utilizada a pergunta disparadora: “Descreva para mim como foi sua experiência de passar pelo tratamento de braquiterapia?”. Após a transcrição e análise das entrevistas, as temáticas encontradas foram agrupadas em três grandes eixos: (i) Marcas do Câncer, (ii) Transformar(-se) e (iii) Experiência da Dor, os quais após analisados foram discutidos com conceitos da fenomenologia-existencial. As falas das participantes revelaram as marcas, transformações e dores experienciadas ao longo desse tratamento, revelando a importância e necessidade de um cuidado singular e mais próximo dessas mulheres.

Palavras-chave: Psico-oncologia; Psicologia hospitalar; Neoplasias; Psicologia fenomenológica.

Abstract

Cervical cancer is the fourth most common cancer among women worldwide. One of the treatments for uterine cancer is the radiotherapy modality known as brachytherapy, which consists of the application of radiation sources in direct contact with the tumor. Application, however, can pose a wide range of physical and psychological challenges. The objective of the present work is to understand the experience of women submitted to brachytherapy sessions. The method used was the phenomenological hermeneutic, which starts from the individual's own discourse about their experience. Semi-structured interviews were carried out with women who had completed their brachytherapy treatment at Cancer Hospital in Brazil. In the interviews, the triggering question was used: “Describe to me how was your experience of undergoing brachytherapy treatment?”. After transcribing and analyzing the interviews, the themes found were grouped into three major thematic axes: (i) Marks of Cancer, (ii) Transforming yourself and (iii) Experience of Pain, which after being analyzed were discussed with concepts of existential-phenomenology. The participants' speeches revealed the marks, transformations and pain experienced during this treatment, revealing the importance and need for a unique and closer care for these women.

Keywords: Psycho-oncology; Hospital psychology; Neoplasms; Phenomenological psychology.

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de colo de útero é o quarto mais comum entre as mulheres em nível mundial (World Health Organization [WHO], 2020). Estima-se que anualmente no mundo inteiro 604.127 mulheres são diagnosticadas com câncer cervical e 341.831 mulheres morrem por conta dessa doença. A prevalência de casos se encontra especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. No Brasil, os números chegam a 16.710 casos novos anuais e 6.526 óbitos, sendo o terceiro câncer mais comum entre mulheres no país (Instituto Nacional do Câncer, 2020; WHO, 2020).

Uma das formas de tratar o câncer uterino é a modalidade de radioterapia conhecida como braquiterapia, ou implante radioativo, que consiste na aplicação de fontes de radiação em contato direto com o tumor ou órgão acometido pelo câncer, protegendo assim órgãos adjacentes saudáveis. Um dispositivo, usualmente chamado de aplicador, é conectado à fonte radioativa, e então, introduzido no canal vaginal, permitindo que a radiação seja irradiada na região desejada. O primeiro caso de uma braquiterapia bem-sucedida foi em 1903, no tratamento de tumores malignos de pele, sendo utilizado em 1904 já nos tumores de colo de útero. Atualmente, com o avanço tecnológico, o método é aplicado de formas distintas e avançadas, como com o uso de computadores, tomografias e ressonância magnética, aumentando a precisão e delimitação do tecido tumoral (Barros & Labate, 2008; Rosa & Sales, 2008).

O tratamento pode ser utilizado em diversos tipos de câncer, apresentando resultados favoráveis a depender do estadiamento desses tumores. Esse procedimento, apesar de invasivo, é vantajoso em diversos níveis para a paciente, como pela menor exposição de outros órgãos e tecidos a altas doses de radiação (Barros & Labate, 2008). O tratamento, contudo, pode representar uma gama enorme de desafios físicos e psicológicos.

Apesar dos inúmeros avanços tecnológicos e instrumentais atuais, a literatura acadêmica especializada no tratamento do câncer e de braquiterapia se debruça pouco sobre o significado dessa doença ou desse tratamento para as pacientes e seus efeitos psicológicos. Assim como outros tratamentos para o câncer, a radioterapia pode trazer diversos efeitos colaterais importantes para a vida das pessoas, que podem trazer reações emocionais e diversas formas de sofrimento. Esses efeitos podem ser imediatos pelo contato direto com a radiação como náusea, vômitos, desconfortos para evacuar e urinar e dores, ou tardios como a inflamação e atrofia dos músculos genitais (Barros & Labate, 2008; Rosa & Sales, 2008).

Os efeitos colaterais da braquiterapia são aspectos importantes nos relatos de pacientes submetidas ao tratamento. Dentre esses, as mulheres referem angústia e impotência devido a restrição à cama. Muitas pacientes referem dores intensas ao longo de todo tratamento, sentimento de isolamento, fadiga e dificuldade para alimentação. Ainda, uma parcela significativa dessas pacientes experimenta disfunções sexuais, como diminuição da lubrificação e sensações nessa área, redução da libido e encurtamento do canal vaginal (Barros & Labate, 2008; Long et al., 2016).

O diagnóstico de câncer de colo uterino, por si só, pode trazer sentimentos de fragilidade e sensibilidade, os quais se potencializam com seu tratamento e os efeitos colaterais mencionados. Rosa e Sales (2008), em seu trabalho de enfermagem com mulheres em tratamento para câncer de útero, observaram o desejo dessas pacientes de serem acolhidas em seus sentimentos, angústias e experiências durante o tratamento. Segundo as autoras, essas pacientes necessitam receber suporte para

enfrentar a doença e os possíveis problemas sociais, éticos, financeiros e emocionais que as acompanham (Rosa & Sales, 2008).

É importante acompanhar e valorizar as necessidades psicológicas e emocionais de pacientes com câncer em seus vários momentos dessa experiência. Permitir um informe adequado do diagnóstico, do tratamento e de seus possíveis efeitos colaterais pode reduzir a ansiedade com esse processo e trazer a sensação de controle e autonomia (Long et al., 2016).

Providenciar informações sobre o tratamento e a doença aparece como fator importante para as pacientes em braquiterapia (Araújo et al., 2017; Barros & Labate, 2008; Long et al., 2016). A clareza na descrição do procedimento, abrir oportunidade para tirar dúvidas, informar sobre efeitos colaterais e as preparar para o tratamento auxiliam na redução de sentimentos de medo e ansiedade. Essas informações, contudo, nem sempre preparam suficientemente essas mulheres para a experiência que estão para enfrentar. Mesmo nas pacientes que referem ter recebido informações, pode-se observar ansiedade e nervosismo para o momento, ao considerarmos as características estressoras inerentes dessa modalidade de tratamento (Araújo et al., 2017; Barros & Labate, 2008; Long et al., 2016).

Estudos com a experiência das mulheres que passam pela braquiterapia são escassos, especialmente nos países de maior incidência do câncer cervical, como países no continente africano e na América do Sul (Long et al., 2016). Os estudos de braquiterapia, em sua maioria, são com foco organizacional e técnico, com pouca integração da experiência real e psicológica das pacientes nessa vivência. Compreender a experiência de mulheres com câncer cervical e em tratamento, bem como de suas necessidades e dificuldades, aparece como uma etapa fundamental para o planejamento e aperfeiçoamento do cuidado que essas mulheres recebem (Long et al., 2016).

Há poucos estudos científicos relacionando psicologia e o tratamento braquiterápico (Barros & Labate, 2008). Dentre os estudos existentes, a grande maioria é experimental. Esses artigos são predominantemente estrangeiros e publicados em revistas de enfermagem por pesquisadores dessa área (Barros & Labate, 2008). Segundo a revisão de literatura sobre o tema, de Barros e Labate (2008), apenas um dos artigos encontrados na época estava ligado a um departamento de psicologia. Nos estudos para o atual trabalho, mais de dez anos depois, esse número ainda se mantém escasso. Na revisão de literatura realizada foram encontrados quatro artigos envolvendo aspectos psicológicos de pacientes submetidas a braquiterapia. Usamos as palavras-chave "braquiterapia" e "psicologia", em plataformas de estudos científicos como: *Web of Science*, *Google Acadêmico*, *Plataforma CAPES*, *SciELO* e *BVS Psicologia*. Mesmo os estudos tendo em suas palavras-chaves o termo "psicologia", não são realizados por pesquisadores dessa área, sendo todos realizados por profissionais da enfermagem e publicados em revistas dessa especialidade. Esse fato pode ser analisado ao compreendermos que o tema da braquiterapia, em sua grande maioria, aparece relacionado a área médica e de oncologia (Barros & Labate, 2008).

Ainda, outro ponto a ser levado em consideração é o da recente atuação da psicologia com pacientes oncológicos e no hospital. A Psico-oncologia nasce enquanto tema de estudo a partir de 1970, se estabelecendo concretamente no início dos anos 2000. A área da psico-oncologia se beneficia dos estudos realizados por outros profissionais da saúde, os quais partem do seu contato diário e próximo com esses pacientes fazendo uso de métodos de pesquisa das ciências humanas, e como de enfoque no presente artigo, da fenomenologia-existencial (Barros & Labate, 2008).

Essa perspectiva entende que os problemas de saúde não podem ser analisados isoladamente, sendo necessário avaliar como esse problema é vivenciado no estar-no-mundo daquela pessoa. Dessa forma, é enfatizada a importância de o cuidado na área da saúde ampliar sua concepção de tratamento, considerando os indivíduos em seus diversos aspectos. A ciência e o discurso tecnicista contemporâneo esconderam o estar-com-outro de forma autêntica pelo cuidado objetivável (Rosa & Sales, 2008). Todas essas questões e dificuldades impostas pela braquiterapia endossam a importância de uma equipe de cuidados multiprofissionais, com profissionais que estejam preparados e informados sobre essas dificuldades, bem como capacitados para atender e cuidar dessas pacientes em todas suas questões para além do corpo físico. Os poucos estudos de psicologia sobre o assunto demonstram a importância de que esses profissionais se debruçam sobre o tema e o cuidado dessas mulheres, buscando uma prática assistencial direcionada, distante do fazer imediatista e descolada da realidade dos próprios pacientes, os quais são o verdadeiro foco do cuidado e do tratamento (Barros & Labate, 2008).

Pretende-se com esse estudo, então, compreender a experiência de mulheres submetidas ao tratamento de braquiterapia, bem como descrever os sentidos atribuídos por elas e dar visibilidade a sua experiência vivida.

MÉTODO

O presente estudo se deu a partir de uma investigação fenomenológico-hermenêutica por meio do método proposto por van Manen (2003). Para se chegar ao fenômeno de interesse, então, busca-se uma apreensão profunda da experiência humana e do seu contexto. A fenomenologia, enquanto método filosófico, se propõe retornar aos fenômenos tais como aparecem à consciência, por meio da descrição da experiência como se dá originalmente, para além de conceitos e predeterminações (Perius, 2018). Essa experiência se dá no mundo vivido, permitindo uma descrição profunda e autêntica dos sentidos da vivência em foco, por meio da experiência do ser que a vive (Bicudo, 1994).

A população do estudo foi composta por quatro participantes, seguindo os critérios de inclusão: pacientes oncológicas do sexo feminino, acima de 18 anos, que tenham finalizado o tratamento de braquiterapia entre novembro de 2020 e abril de 2021; e exclusão pacientes que estivessem realizando as sessões de braquiterapia ou ainda não tivessem realizado a primeira sessão no momento da coleta de dados. A amostra se deu por conveniência, considerando a disponibilidade e aceite das participantes de realizarem a entrevista.

As participantes foram selecionadas a partir do sistema eletrônico do hospital de origem. No sistema foram cheçadas as agendas do setor da braquiterapia, entre os meses de novembro de 2020 e abril de 2021. As participantes foram selecionadas via prontuário a partir dos critérios de inclusão, as selecionando aleatoriamente dentro do período estipulado. A pesquisadora, então, entrou em contato com as pacientes por telefone, explicando sobre o estudo e as convidando para participar do estudo.

Todas as mulheres que possuíam disponibilidade entraram na amostra da pesquisa. No dia marcado para a realização da entrevista foram explicados os objetivos da pesquisa, enfatizando o sigilo e procedimentos éticos. Foram priorizadas datas em que a participante já tivesse horários marcados na instituição. As entrevistas foram realizadas em sala privada no hospital de tratamento das participantes, prezando pelo sigilo das entrevistadas.

No dia da entrevista foi realizada a leitura e a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme aprovado pelo comitê de ética (número do processo: 45082621.4.0000.0098) em pesquisa do Hospital Erasto Gaertner, em agosto de 2021. Apenas após a assinatura do termo, a participante respondeu a uma entrevista semiestruturada que teve o áudio gravado conforme autorização da entrevistada.

Ao final de cada entrevista foi disponibilizado às participantes, caso fosse necessário, atendimento psicológico, que, neste caso, foram encaminhadas para atendimentos clínicos no Serviço de Psicologia em seu hospital de referência. Os atendimentos foram realizados por outros psicólogos do serviço não envolvidos diretamente na pesquisa.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada. Nas entrevistas foi utilizada a seguinte pergunta disparadora: "Descreva para mim como foi sua experiência de passar pelo tratamento de braquiterapia?". As entrevistas, então, foram transcritas, sendo omitidos dados que pudessem identificar as participantes.

A análise de dados se deu segundo o método fenomenológico-hermenêutico de van Manen (2003) o qual se propõe a sistematizar e organizar descrições experienciais para revelar os sentidos atribuídos às experiências. O primeiro passo da análise é realizar a leitura das entrevistas aplicando a suspensão fenomenológica para apreensão da experiência como trazida pelo participante. Em seguida, a análise temática desse autor pode ser realizada de três formas, sendo elas a Abordagem Holística ou Sentenciosa, a Seletiva ou de Realce e a Detalhada ou Linha a Linha, nas quais:

- (1) Na abordagem holística nós nos voltamos ao texto como um todo e nos perguntamos, Qual frase sentenciosa pode capturar o sentido fundamental ou o principal significado do texto como um todo? Nós, então, tentamos expressar esse sentido ao formular tal frase.
- (2) Na abordagem seletiva nós ouvimos ou lemos o texto diversas vezes e nos perguntamos, qual(ais) declaração(ões) parecem particularmente essencial(ais) ou relevadora(s) sobre o fenômeno ou experiência descrita? Essas declarações, então, são circuladas, grifadas ou destacadas.
- (3) Na abordagem detalhada nós olhamos para cada uma das sentenças ou agrupamento de sentenças e perguntamos, O que essa sentença ou agrupamento de sentença revela sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrita? (van Manen, 2003, p. 93, tradução nossa).

O presente estudo realizou a análise das entrevistas utilizando a abordagem seletiva, na qual foram selecionadas frases que parecessem particularmente reveladoras sobre a experiência descrita pelas participantes. Buscando uma análise detalhada, foi realizado um retorno às frases com a pergunta sobre o modo como as frases ou grupamento de frases revelariam o fenômeno descrito, de modo a alcançar uma hermenêutica do sentido de ser uma mulher em tratamento braquiterápico. Tais relatos, então, foram agrupados em grandes grupos temáticos. Após a realização das abordagens citadas, por fim, foi realizado um diálogo com as vivências reveladas nas entrevistas com conceitos fenomenológicos, com o intuito de compreender o significado da experiência de ser mulher submetida ao tratamento de Braquiterapia.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 4 mulheres com diagnóstico de Cancer de Cóló de Útero, entre 30 e 50 anos. Os dados das participantes estão apresentados a seguir, no Quadro 1:

Quadro 1. Descrição das participantes do estudo

Participante	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Tratamentos realizado
A.	49	União Estável	Fundamental Incompleto	Empregada Doméstica	Quimioterapia, Teleterapia e Braquiterapia
R.	48	Solteira	Fundamental Completo	Pet Shop	Quimioterapia, Teleterapia e Braquiterapia
J.	36	Casada	Superior Completo	Empresária	Quimioterapia, Teleterapia e Braquiterapia. Indicado cirurgia, mas optou por não realizar.
K.	44	Separada	Médio Completo	Manicure	Teleterapia e braquiterapia

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

As frases destacadas nas entrevistas das quatro participantes foram agrupadas em três grandes eixos temáticos: (i) Marcas do Câncer; (ii) Transformar(-se); e (iii) Experiência da Dor. O eixo (i) Marcas do Câncer é constituído pelos temas: estigmas do câncer, medo da recidiva e hospital. O eixo (ii) Transformar(-se) é constituído pelos temas: emocional, físico, corporeidade e sexualidade. O (iii) eixo Experiência da Dor é constituído pelos temas: experiência da dor e anestesia.

DISCUSSÃO DOS DADOS

MARCAS DO CÂNCER

A experiências das participantes com o tratamento de braquiterapia foi perpassada pelo horizonte dos **estigmas do câncer**, no qual as entrevistadas trazem questões ao vivenciar um diagnóstico e tratamento de uma doença com tantas marcas históricas e culturais, como o câncer.

O câncer e seu tratamento são compreendidos socialmente enquanto uma experiência de sofrimento e dor (Teixeira, 2009). Assim, como afirma Ariés (1997, p. 37), do paciente oncológico “é roubado o seu processo de morrer, suas possibilidades de decisão, sua autonomia e controle da própria vida”. Na fenomenologia, entende-se a existência no horizonte da temporalidade (Heidegger, 1927/2012), onde o ser apreende os significados e vivências, dos outros entes e de si mesmo, na experiência do mundo (Alvarez & Sales, 2020). A experiência do outro, pela cultura, revela o horizonte da experiência própria, como evidenciado no discurso das entrevistadas:

“Talvez agora eu tenha consciência do que aconteceu. Quando eu descobri o câncer, no momento, assim, eu tava.. eu passei.. a médica falou pra mim, falou que a situação, como ela colocou né? Muito séria (...) Pensei assim ‘nossa...’. Daí comecei a pensar ‘ não, já vivi bastante, tenho dois filhos lindos, construí uma empresa, já realizei todos meus sonhos, já posso morrer’. Já coloquei isso na minha cabeça né? ‘Já posso ir’.” (J).

“Porque a minha prima faleceu, ela não resistiu, sabe? Ela tinha um cabelão assim.. (...) Daí eu ficava pensando ‘meu deus, acho que vai acontecer o que aconteceu com ela” (A).

“No começo quando você recebe a notícia você se abala, porque você já ouvir falar esse nome e já compara com o fim. Já era. Principalmente pessoal no sítio né? Onde meus pais moram, lá dificilmente alguém sobrevive. Então pra eles, na cabeça, já era. Então isso abala as pessoas.” (J).

“Nossa... foi... dois dias do aniversário da minha filha, se eu for vai que eu morra? A minha preocupação era essa né? Tipo.. morrer. E dai que foi, se eu tratar posso morrer, se não tratar posso morrer também, mas era a chance que eu tinha de ficar curada.” (K).

As falas das participantes revelam o horizonte da finitude e sofrimento comumente associado ao câncer. A imagem do paciente enfraquecido, sem cabelo e sem vida é trazida pelas participantes, as quais associam sua experiência com aquilo construído socialmente e na experiência do outro.

Os diversos tipos de câncer têm sido considerados enquanto problema de saúde pública, que atingem sujeitos de todas as idades, gêneros e classes sociais (Martins et al., 2011). O diagnóstico de uma doença grave carrega culturalmente consigo estigmas e medos intrínsecos, podendo trazer isolamento social e até desistência de projetos existenciais. Assim, o diagnóstico de câncer carrega o peso de uma “sentença de morte” (Martins et al., 2011), bem como de um rompimento existencial, o que aparece nos discursos das participantes do estudo.

O paciente, compreendido enquanto ser vivido e histórico, não se resume a um simples organismo doente com uma massa tumoral, mas sim enquanto “entidade psicológica e social, um ser-no-mundo” (Martins et al., 2011, p. 76). O diagnóstico revela uma ruptura com o viver anterior de ser-saudável, para um presente de ser-doente, que traz à tona a incerteza e inconstância da existência. Todo o peso implícito ao termo *câncer* impõe questões existenciais e angústia a essas pacientes desde o momento de seu diagnóstico até após o fim do tratamento.

Três das quatro entrevistadas finalizaram seus procedimentos e se encontram na instituição apenas para seguimento e observação. Apesar disso, as participantes revelam em sua experiência a marca do **medo da recidiva** do câncer, como R. e K. descrevendo não acreditarem na cura e no fim do tratamento:

“Enfraquece a mente, porque daí a gente fica meio confusa né? Não sabe se vai sarar se vai, entendeu?” (R);

“Então, assim depois da braqui, de achar que tá tudo bem, fiquei achando que agora tá em outro lugar. A minha sensação é essa, que não tá bem” (K).

A. e R. descrevem a preocupação e vigilância constantes com seu corpo, em busca de algum sinal ou sintoma do retorno da doença:

“É uma coisa bem traumática. E depois.. do tratamento e tudo eu ia no banheiro e tava sempre olhando pra ver se eu não tava sangrando. Porque aquilo fica na tua cabeça né? Meu deus será que eu to bem sera que não to? Será que vai voltar isso né? É uma coisa que fica meio traumatizado né?” (A).

“Aí chega a noite eu não consigo dormir, eu levanto 5 vezes. Eu não tinha isso antes, sabe? Tipo uma agitação, uma inquietação. Acho que é também porque você não tem certeza se sarou ou não sarou né? Acho que deve ser por isso né?” (R).

Pacientes “sobreviventes” do câncer convivem com mudanças e complicações da doença que exigem reorganização de toda sua vida e rotina, vivendo entre a alegria pelo término do tratamento e as incertezas das sequelas e inseguranças da doença (Alvarez & Sales, 2020). Atrelado a todos os estigmas do câncer, o retorno da doença é descrito como medo constante, como um fantasma que as cerca a todo momento (Alvarez & Sales, 2020), e se mostra na experiência das pacientes entrevistadas. O câncer, para muitos, é sentido como algo contínuo e sempre presente nas vidas dos indivíduos diagnosticados, mesmo após o fim do tratamento e até mesmo após a cura.

As marcas da doença, ainda, podem ser percebidas na experiência das participantes com o ambiente em que estão inseridas, no caso delas, com o hospital:

“Mas daí hoje eu vejo... quando eu venho aqui eu fico muito.. meio nervosa, por causa disso né? A gente sabe o sofrimento, e é um sofrimento.” (A);

ou

“Ah legal, o hospital é tão bom’. Aí eu falava ‘o hospital é bom, não tenho queixa reclamação do hospital nenhuma, mas é devido ao que trata né?’ (K).

A experiência com o mundo pode ser entendida enquanto unidade significativa, na qual o ambiente, os objetos e toda nossa percepção das coisas postas se dá pelo significado dado a elas (van den Berg, 1994). Como afirma van den Berg (1994, p. 25) “se

não vemos significado, não vemos coisa alguma". As participantes exemplificam isso ao descrever suas percepções do ambiente hospitalar, remetendo as suas experiências e significações com esse local, sendo enquanto costume ou sofrimento intenso. A nos traz esse horizonte do ser-no-mundo e ser-com-os-outros, ao descrever como o sofrimento em um hospital oncológico marca a instituição, trazendo tonalidades afetivas a esse ambiente:

"Sinto um desconforto assim, sabe? Medo, sei lá, a gente fica assim né? Eu não gosto muito.. falo assim pra irmã fico meio deprimida né? Daí a irmã fala 'não, mas é normal né? Porque aí você sofreu, você vê pessoas que ta sofrendo né?' Muita gente mesmo que tá sofrendo. Então a gente fica meio assim, sabe? Na verdade, eu fico bem nervosa. Toda vez que é pra eu vir pra consulta eu fico nervosa, mas deve ser por isso né?" (A).

Para a fenomenologia, a relação entre homem e mundo se dá de tal forma que seria impossível separá-los, na medida que o mundo não é apenas um amontoado de objetos sem sentido, mas sim um lar, relações e local de realização subjetiva (van den Berg, 1994). O indivíduo, da mesma forma, está inserido nesse mundo, não sendo possível sair ou se afastar dele, sendo sempre um ser-no-mundo.

As participantes revelam como o tratamento e seu diagnóstico deixou – e segue deixando – marcas em suas existências e forma de existir, seja pelos estigmas da doença, pelo assombro constante com seu retorno ou com as significações deixadas no ambiente.

TRANSFORMAR(-SE)

O tratamento da braquiterapia traz mudanças e transformações em diversos níveis na vida das pacientes submetidas a ele. As participantes do estudo descrevem reações e transformações *emocionais* importantes relacionadas ao tratamento, como:

"Eu não sei nem como falar para você (risada)... Foi bem traumatizante assim nossa horrível" (R);

"Ai, eu tenho dificuldade até para conversar (silêncio) tem vezes assim que... se eu pudesse nem saia da cama sabe?" (R);

"deitava e dormia, esperava o outro dia. Então... (choro) foi bem ruim." (K).

Devido aos seus efeitos colaterais e caráter invasivo, o tratamento afetou a forma com que as entrevistadas se percebem, trazendo alterações em seu humor, autoestima e, em alguns casos, trazendo sintomas depressivos e ansiosos. O adoecer revela uma ruptura com o viver anterior de ser-saudável, para um presente de ser-doente, que traz à tona a incerteza e inconstância da existência. Essa ruptura proporciona mudanças na relação consigo mesma, na subjetividade, sentimentos e afetos (Martins et al., 2011). As participantes descrevem seus sentimentos, afetando abruptamente sua vivência com o tratamento e diagnóstico, como nos traz A.:

“Nas últimas vezes eu não conseguia nem tomar água, que eu tinha que tomar, pra não prejudicar o meu rim, mas eu não tava raciocinando, tava muito debilitada. Eu chorava muito.. Aí um dia eu tava tipo assim eu pensei ‘não hoje e vou desistir, não vou mais, não quero mais, não vou mais ir lá, vou falar pra minha cunhada que eu não vou.’” (A).

A transformação do corpo físico, também, apareceu como ponto fundamental na experiência das participantes com a braquiterapia. Todas as entrevistas descrevem as dificuldades com o procedimento em si e com os efeitos colaterais após as aplicações, trazendo alterações importantes em seu corpo e fisiologia, como descrito por R.:

“A gente sente vergonha, por que quan.. quan.. quando eles põem os.. os né? Os fiozinhos lá dentro, da.. da vontade de fazer xixi, de fazer cocô, da vontade de.. às vezes a gente até faz..” (R).

“A. e K. da mesma forma, trazem dificuldades com as mudanças físicas decorrentes do tratamento, afetando diretamente sua relação com o mundo e com os outros”

“Nossa passei tão mal tão mal eu fui pra rua assim, vomitando daqui até a minha casa. Daí tomava os remédio pra enjojo... mas não passava. Foi bem complicado. O mais forte mesmo é a braqui e a quimio ne?” (A).

“Nossa.. totalmente desconfortável, dá vontade de ir no banheiro toda hora, aí você acha que tua bexiga tá muito cheia, mas não tá cheia. É... nossa” (K).

Para a fenomenologia, o corpo é veículo do ser no mundo, na medida em que, para além de termos um corpo, somos o próprio corpo, enquanto consciência encarnada (van den Berg, 1994). Os relatos das participantes trazem transformações corporais que ultrapassam apenas o físico, apresentando alterações em toda estrutura do esquema corporal e de sua qualidade de vida. Situações antes vividas como rotineiras e simples, para as entrevistadas, passam a ser descritas com angústia e sofrimento:

“Porque é dolorido né? É... você se/se/sente nossa.. vulnerável ali sabe?” (R);

e

“Eu falei ‘mas vocês não sabem a dor que eu sinto depois, o quanto que é ruim’ ne?” (K).

A convicção de corpo como objeto material ocupa lugar de destaque na ciência e psicologia ocidental (van den Berg, 1994). Para a fenomenologia, contudo, o conceito de *corporeidade* revela o corpo enquanto veículo da existência, se constituindo como algo além de apenas um objeto possuído pelo sujeito e largado entre outros objetos ordinários, mas sim como

aquilo que o sujeito é, por meio do qual se encontra no mundo e, mais especificamente, aquilo que permite que tenha um mundo (Merleau-Ponty, 1945/1994).

As transformações emocionais e físicas descritas pelas pacientes refletem o horizonte do corpo vivido, na medida em que esse mesmo corpo transforma e é transformado pelas suas experiências e percepções, como descrito por A., J. e K.:

Eu só vinha aqui, queria ir correndo pra casa pra deitar porque eu não tinha forças. Daí eu não comia, daí eu não conseguia comer por causa do enjoo né?" (A); "Fazendo a braquiterapia principalmente, né? Que dá muita diarreia, muita dor, tinha uns dias que eu ficava um caco, mas tirando de letra eu tive muita força para fazer o tratamento" (J); e "Tem que ficar direitinho, certinho, sem se mexer. E aí.. eu pensava 'são os piores minutos da minha vida'" (K).

K., ainda, relata como ouvia ao dormir os barulhos da sala de aplicação, retomando como sua experiência com o procedimento trouxe marcas e transformações em seu modo de ser e seu dia-a-dia:

"Eu fiquei acho que algum tempinho ainda acordando de madrugada, por mais que eu dormisse bem, com aquele pipipi da máquina, assim girando, da rádio, mas da braqui.. olha, vou ser sincera, não faria de novo. Não faria de novo" (K).

Os relatos das participantes desvelam o horizonte da corporeidade, da ambiguidade do corpo que o sujeito tem (*Körper*) e o corpo vivido que o sujeito é (*Leib*) (Merleau-Ponty, 1945/1994). Em suas falas é possível perceber como é pelo corpo e sua vivência, que se dão as suas reações emocionais, não separando a subjetividade do corpo físico. Em suas descrições, ainda, referem a percepção de mudanças importantes em sua forma de ser e se colocar no mundo por conta do tratamento e suas mudanças corporais.

A experiência das participantes com a braquiterapia, assim como mostrado na literatura, também afeta de forma importante sua **sexualidade**. Todas as entrevistadas trazem questões e dificuldades com as relações sexuais após o tratamento, descrevendo, ainda, a relação sexual como maneira pela qual descobriram a doença:

"É tipo meio um desconforto assim sabe? Eu já era meio apertada, aí agora eu fico mais né? Entao é meio complicado" (A).

Até hoje eu ainda sinto as... as... ainda sinto.. por exemplo eu ainda não tenho coragem de fazer sexo essas coisas. Eu não tenho coragem. Eu tenho medo" (J).

e

porque eu descobri na relação sexual, que sangrava muito. Daí não é normal. Não é normal" (K).

ou:

“Assim de fazer sexo até hoje eu não consigo.. Eu tenho muita dor, porque não sei se machucou muito e ta cicatrizando.. não sei” (R).

Como a corporeidade, a sexualidade é compreendida enquanto signo privilegiado, mas não enquanto instinto primitivo ou existência biológica isolada, mas interrelacionada à existência humana (Merleau-Ponty, 1945/1994). Como reforça Merleau-Ponty (1945/1994, p. 219) “é porque na sexualidade do homem projeta-se sua maneira de ser a respeito do mundo, quer dizer, a respeito do tempo e a respeito dos outros homens”. Dessa maneira, a experiência sexual dessas mulheres reflete sua existência como um todo: de sua forma de se perceber, de se colocar no mundo e de se relacionar com esse mundo e com o outros – enquanto “espelho de nosso ser” (Merleau-Ponty, 1945/1994, p. 236).

Percebe-se, assim, como a braquiterapia é experienciada neste estudo como fonte de transformações existenciais para essas mulheres, refletindo em sua autoimagem, sua corporeidade, sexualidade e relação com o mundo objetivo.

EXPERIÊNCIA DA DOR

O câncer aparece atrelado a experiência dolorosa, quase como se câncer e dor fossem sinônimos ou inseparáveis. Sabe-se que a dor é uma das maiores queixas dos pacientes com câncer, sendo que 80% das cinco milhões de pessoas que morrem com câncer anualmente não possuem controle adequado da sua dor (Boaventura et al. 2015; Gonçalves et al., 2018). No Brasil, estima-se que entre 60 e 90% dos pacientes oncológicos relatam sentir dores, sendo o segundo país na América Latina em que esses pacientes mais sentem dor (Gonçalves et al., 2018). As pacientes que vivenciam a braquiterapia, da mesma forma, descrevem e relatam diversos tipos de dores e desconfortos decorrentes do próprio tratamento (Barros & Labate, 2008; Long et al., 2016; Rosa & Sales, 2008).

As participantes do presente estudo relatam como sua experiência com o tratamento foi perpassada pela *experiência da dor* em seus mais diversos aspectos, como

“Porque é dolorido né? É... você se/se/sente nossa.. vulnerável ali sabe?” (R); e “Eu falei ‘mas vocês não sabem a dor que eu sinto depois, o quanto que é ruim’ ne?” (K).

A dor na fala das participantes revela como o sofrimento deve ser compreendido como algo único e singular, que perpassa o horizonte da existência e do ser-no-mundo. Dores essas relacionadas a impossibilidade de vivenciar uma vida sadia, de viver limitações, de experienciar mudanças em sua corporeidade e relações interpessoais, ultrapassando o horizonte meramente fisiológico da dor física. J. marca a relação da experiência dolorosa com seus sintomas físicos e reações emocionais decorrentes dessas sensações:

“É, foi a parte mais difícil. Difícil, porque tem que ficar sem comer, sem tomar água. Logo de início já me judiou, porque como a gente faz radioterapia, queima tudo, sem água você sente muita dor quando fica sem água” (J).

A braquiterapia, atualmente, pode ser realizada com anestesia e sedação. Na instituição em que foram realizadas as entrevistas, o procedimento com anestesia passou a ser realizado duas vezes na semana devido a disponibilidade de médicos anestesistas para o setor. Das quatro entrevistadas, duas foram submetidas a braquiterapia sem anestesia e duas com anestesia. A experiência dessas mulheres foi marcada por essa diferença, a qual aparece em suas falas, como na de A. e J. que foram sedadas:

"Eu não via nada. Eu entrava lá, saía depois.. né passada a anestesia, ficava ali, depois saía.. saia pra ir embora né? Mas não sentia nada né? Dor nenhuma." (A).

"Ai hora que chegava, que chamava era aquela alegria, porque aí ia para a anestesia e já não sentia mais nada." (J).

e

"Foi terrível, mas depois... quando a gente faz com anestesia a gente não vê nada." (J).

R. e K., que realizaram o procedimento sem sedação, marcam sua experiência com tonalidades diferentes das outras participantes. K. foi a única participante que optou por não fazer a sedação devido questões pessoais com anestesia. As falas de R., contudo, marcam o sofrimento e as dores sentidas durante o procedimento:

"Porque né... E fisicamente né? Porque machuca né? Bem dolorido né?" (R) e "Você sente vergonha, você sente dor, você sente tudo ali na mesa" (R).

K., por outro lado, refere uma percepção mais branda da dor do procedimento, referindo o desejo de observar e ter autonomia sobre o que estava sendo feito em seu corpo:

"Pedi, falei 'pelo amor de Deus, não quero nada, eu aguento qualquer dor, mas não quero ser anestesiada, não quero a sensação de não sentir o que tão fazendo né?'. Eu prefiro ver, estar ali acordada, saber. Que nem não me apavorou tanto o fato dela falar 'olha aconteceu um probleminha, arrebentou o negócio da sonda, vamos ter que tirar e começar tudo de novo'" (K).

A anestesia, dessa forma, aparece como experiência fundamental e diferenciadora da vivência dessas participantes com seu procedimento. J. relata como não teria conseguido passar pelo procedimento sem sedação:

"Sem anestesia não dá né? Deve ser muito insuportável" (J).

“Porque uma amiga que tratou aqui, fez sem anestesia e ela teve um monte de dor, infecção depois, desconforto também né? Acho que sem anestesia não faria nem a pau (risada)” (J).

R., que realizou o procedimento acordada, reforça a importância de um maior acesso das pacientes a sedação e a anestesia:

“Não... é um processo que ele é doloroso, ele é sofrido ele é.. mas assim o melhor que poderia ser feito, as pessoas daqui fez... então.. não tem mesmo né? Só o caso da anestesia né? Que deveria fazer né? Em todas as mulheres” (R).

O fenômeno da dor pode ser interpretado e sentido de diversas formas distintas, envolvendo aspectos fisiológicos, psicológicos e comportamentais (Ozanik & Barbosa, 2019). O acesso a essa experiência é possível unicamente pelo relato e percepção daquele que a sente e de sua singularidade, colocando em lugar fundamental a qualidade e atenção daquele que ouve essa dor. A descrição teórica da dor nunca irá abarcar por completo a experiência vivida do indivíduo que a sente.

A experiência da dor, como trazido pelas participantes do presente estudo, ultrapassa um mero sintoma físico ou um desconforto, se apresentando enquanto modo de experienciar e viver o tratamento. O uso ou não da anestesia na aplicação da braquiterapia trouxe mudanças fundamentais na forma com que as participantes se relacionaram com seu tratamento, perpassando suas histórias singulares e modos de ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar uma doença grave e cheia de marcas históricas como o câncer afeta diretamente o modo de ser e de se relacionar com o mundo dos pacientes oncológicos. Mulheres em tratamento de câncer de colo de útero, especialmente, trazem consigo transformações e estigmas relacionados à sexualidade e o acometimento de um órgão repleto de significados culturais.

O presente estudo visou trazer à tona a experiências das mulheres submetidas ao tratamento braquiterápico para câncer de colo uterino, ao compreender as dificuldades e o sofrimento decorrente de um procedimento invasivo e doloroso, o qual afeta diversos aspectos das vidas dessas pacientes.

As falas das participantes revelaram as marcas, transformações e dores experienciadas ao longo desse tratamento, trazendo a importância e necessidade de um cuidado singular e mais próximo dessas mulheres, as quais, muitas vezes, não são ouvidas nem levadas em consideração ao longo de seu cuidado.

Não podemos deixar de mencionar, ainda, como a experiência dessas participantes foi afetada pela pandemia do Covid-19, nos anos de 2019, 2020 e 2021, horizonte esse, que perpassou o discurso de todas as mulheres, trazendo medo e insegurança ao irem ao hospital para conseguir tratamento e cuidado. Devido a impossibilidade de trabalhar e discutir todas as vivências reveladas nos discursos das participantes nesta pesquisa, espera-se que novas pesquisas sejam realizadas com essa população, dada a escassez de estudos sobre o tema, em especial na área da Psicologia.

Com os resultados apresentados neste trabalho obteve-se conhecimentos relativos às vivências e experiências que um tratamento como o de braquiterapia pode ter na vida de uma mulher e seus efeitos subjetivos e emocionais. A partir dos achados científicos, espera-se contribuir para um maior cuidado e suporte das especificidades psíquicas das mulheres submetidas a esse tratamento, visando auxiliar no desenvolvimento de estratégias e intervenções nas instituições.

O cuidado dentro dos hospitais ainda se volta predominantemente ao corpo biológico, com enfoque na doença e na cura desse corpo. Ter mais profissionais da Psicologia voltados a essa temática se mostra fundamental, ao entendermos que escutar e debruçar-se no relato dos próprios pacientes possibilita pensar e compreender a verdadeira experiência de ser com câncer – sem fechar-se nessa patologia por si mesma. Essa compreensão só é possível ao dar voz aos pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos dos indivíduos, podendo revelar, assim, seus sentidos e compreensões sobre seu mundo. Uma psicologia produtora de sentidos se compromete com os sujeitos em sua essência mais própria e singular.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: APSS, EAC; **coleta de dados:** APSS; **análise dos dados:** APSS; **redação do manuscrito:** APSS; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** APSS, EAC.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, K. C. P., & Sales, C. A. (2020). Olhar fenomenológico existencial das vivências de cuidado à saúde na perspectiva de sobreviventes ao câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190811. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0811>.
- Araújo, C. R., Rosas, A. M. M. T. F., Menezes, H. F., Pinto, A. C., & Rodrigues, B. M. R. D. (2017). O fenômeno vivido por mulheres na consulta de enfermagem na braquiterapia ginecológica. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(2), e00140016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000140016>.
- Ariés, P. (1997). *Sobre a história da morte no ocidente*. Teorema.
- Barros, G. C., & Labate, R. C. (2008). Repercussões psicológicas relacionadas a tratamento de braquiterapia em mulheres com câncer ginecológico: análise da produção de 1987 a 2007. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(6), 1049-1053. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600018>.
- Bicudo, M. A. V. (1994). Sobre fenomenologia. In M. A. V. Bicudo & V. H. C. Espósito (Orgs.), *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. Cortez.
- Boaventura, A. P., Vedovato, C. A., & Santos, F. F. (2015). Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 51-62. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532015000200006>.
- Gonçalves, M. M., Guedes, N. A. B., Matos, S. S., Tiensoi, S. D., Simino, G. P. R., & Corrêa, A. R. (2018). Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8, e2595. <http://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2595www.ufsj.edu.br/recom>.
- Heidegger, M. (2012). *O ser e o tempo*. Vozes. (Obra original publicada em 1927).
- Instituto Nacional do Câncer. (2020). *Estatísticas de câncer*. Recuperado em 01 de abril de 2020, de <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

- Long, D., Friedrich-Nel, H. S., & Joubert, G. (2016). Patients' informational needs while undergoing brachytherapy for cervical cancer. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 200-208. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv119>.
- van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Idea Books.
- Martins, A. M., Almeida, S. S. L., & Modena, C. M. (2011). O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. *Revista da SBPH*, 14(1), 74-91. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.14.362>.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1945).
- Ozanik, S. S., & Barbosa, A. F. C. (2019). O olhar da psicologia sobre a subjetividade na vivência da dor oncológica. *Revista Caminhos*, 3,(1), 1-18.
- Perius, C. (2018). Três definições da fenomenologia. *Princípios*, 25 (47), 121-141. <https://doi.org/10.21680/1983-2109.2018v25n47ID12911>.
- Rosa, M. T. S., & Sales, C. A. (2008). Vivência de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 990-1003. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46776>.
- Teixeira, L. C. (2009). Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12. Recuperado em 20 de dezembro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200007.
- van den Berg, J. H. (1994). *O paciente psiquiátrico: esboço de psicopatologia fenomenológica*. Editorial Psy II.
- World Health Organization. (2020). *Cancer today*. Recuperado em 01 de agosto de 2020, de <https://gco.iarc.fr/today/home>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editor assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Leila Guimarães

Secretaria editorial: Cláudio Kazuo Akimoto Júnior

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
