

PRESENÇA DE ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS E O SOFRIMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Adriana GARBIN¹

Luidi SILVA²

Marcelly SOUZA³

aagarbin@hotmail.com

RESUMO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020. É a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, com 684.996 óbitos estimados para o referido ano. Neste sentido, a psicologia está atuando nos mais diversificados segmentos quando se trata do câncer, tratando de forma preditiva e preventiva. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo levantar o nível de sofrimento em mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama e também levantar a possível presença de esquemas iniciais desadaptativos nesta população, através de questionários aplicados de forma remota. Para isso, através de um questionário de escala Likert, foi verificado que a maioria das mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama entre os anos de 2015 a 2020, evidenciaram algum nível de sofrimento quanto ao descobrimento da doença, a passagem pelos tratamentos, assim como sua imagem corporal. Com a aplicação do questionário de esquemas de Young (YSQ-S3), foi possível verificar que metade da amostragem não apresentou a ativação de esquema e a outra metade apresentou prevalência de três esquemas inicial desadaptativo ativados, sendo eles: padrões inflexíveis/postura crítica exagerada, Auto-Sacrifício e Inibição Emocional. Sendo assim, não foi possível levantar um esquema em relação ao sofrimento. Entretanto, com manifestação do esquema de Padrões inflexíveis, pode concluir que ele contribuiu de forma adaptativa para a finalização do tratamento do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Sofrimento; Teoria de Esquemas; Psico-oncologia.

Adriana GARBIN¹

Luidi SILVA²

Marcelly SOUZA³

¹ Adriana Aparecida Garbin CARREIRO. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Mestre em Psicologia Forense pela Universidade Tuiuti do Paraná. E-mail: aagarbin@hotmail.com.

² Luidi Fernando Ribeiro da SILVA. Graduando de Psicologia pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: luidi_f.r@hotmail.com.

³ Marcelly Sarah SOUZA. Graduada de Psicologia, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: marcelly.saraha@gmail.com.

PRESENCE OF INITIAL MALADAPTIVE SCHEMES AND THE SUFFERING OF WOMEN WITH BREAST CANCER

Adriana GARBIN¹

Luidi SILVA²

Marcely SOUZA³

aagarbin@hotmail.com

ABSTRACT

According to the National Cancer Institute (INCA in portuguese), breast cancer is the most common cancer in women worldwide, with approximately 2.3 million new cases estimated in 2020. It is the most frequent cause of cancer death in this population, with 684,996 deaths estimated for that year. In this sense, psychology is working in the most diverse segments when it comes to cancer, treating it in a predictive and preventive way. Thus, the present research aimed to collect data about the level of suffering in women who underwent treatment for breast cancer and the possible presence of maladaptive initial schemes in this population, through questionnaires applied remotely. For this, through a Likert scale questionnaire, it was verified that the majority of women who underwent breast cancer treatment between the years 2015 to 2020, showed some level of suffering regarding the discovery of the disease, the passage through the treatments, body changes. With the application of Young's Schema Questionnaire (YSQ-S3), it was possible to verify that half of the sample did not present schema activation and the other half presented a prevalence of three activated initial maladaptive schemas, namely: Inflexible patterns/exaggerated critical stance, Self-Sacrifice and Emotional Inhibition. Therefore, it was not possible to measure a schema in relation to suffering. However, with the manifestation of the Inflexible Patterns scheme, it can be concluded that it contributed adaptively to the completion of breast cancer treatment.

Key words: Breast Cancer; Suffering; Schema Theory; Psycho-oncology.

Adriana GARBIN¹

Luidi SILVA²

Marcely SOUZA³

¹ Adriana Aparecida Garbin CARREIRO. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Mestre em Psicologia Forense pela Universidade Tuiuti do Paraná. E-mail: aagarbin@hotmail.com.

² Luidi Fernando Ribeiro da SILVA. Graduando de Psicologia pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: luidi_f.r@hotmail.com.

³ Marcely Sarah SOUZA. Graduada de Psicologia, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: marcelly.saraha@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O assunto do referido trabalho é sobre o levantamento do sofrimento em pacientes oncológicos e também o levantamento de esquemas iniciais desadaptativos. O tema abordará sobre o levantamento de perfis em esquemas iniciais desadaptativos, com base na teoria de esquemas com o sofrimento de mulheres que passaram por tratamento oncológico para o câncer de mama.

Como problema de pesquisa foi levantado o sofrimento de mulheres que passaram tratamento para câncer de mama e levantado a presença de algum esquema desadaptativo. Caso exista a presença de algum dos esquemas iniciais desadaptativos, isso pode vir a auxiliar em uma melhor maneira de conduzir a paciente frente ao seu tratamento. Foram levantadas duas hipóteses, sendo elas: mulheres que passaram por um nível de sofrimento no tratamento do câncer de mama não apresentam esquemas iniciais desadaptativos; e mulheres que passaram por um nível de sofrimento no tratamento do câncer de mama apresentam esquemas iniciais desadaptativos.

Em relação à justificativa desta pesquisa, trata-se da relevância do câncer de mama, já que de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020. Estima-se que 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres são de mama. Além disso, é a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, com 684.996 óbitos estimados para o referido ano (15,5% dos óbitos por câncer em mulheres) (IARC, 2020). Sendo o mais incidente em todas as regiões, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Neste sentido, a psicologia está atuando nos mais diversificados segmentos quando se trata do câncer. Trabalhando de forma preditiva e preventiva, ou seja, propondo campanhas sobre a importância do autoexame e avaliações profissionais de saúde. Quando o câncer é diagnosticado no início, o tratamento tem maior potencial curativo. No caso de a doença já possuir metástases, quando o câncer se espalhou para outros órgãos, o tratamento da psicologia busca prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. Neste caso, a Terapia de Esquemas pode ser incluída em qualquer momento do tratamento, sendo ela um método de psicoterapia para trabalhar com pacientes de

difícil manejo de evolução, por possuírem crenças muito arraigadas (YOUNG *et al*, 2008). Caso seja possível mapear um esquema desadaptativo, é possível encontrar a melhor maneira de trabalhar com o paciente para reduzir o sofrimento, mesmo que seja no fim de sua vida, se tratando de medidas paliativas.

O intuito da pesquisa é levantar a intensidade do sofrimento de mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama e também levantar se há algum esquema inicial desadaptativo ativado, para que assim, futuramente, este trabalho seja utilizado como base para uma intervenção mais cautelosa e preditiva de como trabalhar com essas pacientes, minimizando o sofrimento.

O objetivo geral deste trabalho é realizar o levantamento de possíveis esquemas iniciais desadaptativos e também o nível de sofrimento em mulheres que passaram pelo câncer de mama. Acompanhado com os específicos: levantar as características gerais dos participantes da pesquisa por meio de um questionário de dados pessoais; medir o sofrimento de mulheres enquanto estavam no processo de tratamento do câncer utilizando um questionário de escala likert; e verificar se há esquemas disfuncionais ativados em mulheres que já passaram pelo câncer de mama por meio do questionário de Esquemas de Young.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TERAPIA DE ESQUEMAS

A Terapia de Esquemas (TE), tem como precursor o psicólogo Jeffrey E. Young e os agregadores Janet Klosko e Marjorie Weishaar, formando seus conceitos teóricos com a junção de diversas teorias, como: Cognitiva Comportamental, Psicanálise, Gestalt, Construtivista, Teoria do Apego e das Relações Objetais, a fim de considerar a forma em que o indivíduo se percebe, age e relaciona-se consigo, com o mundo e com os outros (OLIVEIRA e BERGAMINI, 2018).

Segundo Young (2008) a terapia de esquemas trouxe um novo aspecto psicoterápico, a fim de trabalhar com pacientes, considerados pela terapia cognitiva comportamental, difíceis de evoluir, como por exemplo, indivíduo com transtorno de personalidade ou que possuem crenças muito arraigadas.

Ribas (2016) contribui afirmando que o propósito da terapia de esquemas é auxiliar o indivíduo a ajustar suas decisões, a fim de sanar as condições emocionais ditas como indispensáveis, entendendo que suas crenças fazem parte dos seus esquemas, estimulando novas formas de responder à determinadas situações.

Para Young (2008) os esquemas se desenvolvem no decorrer da infância e da adolescência, tendo um padrão amplo, relacionando-se ao próprio sujeito e as pessoas, podendo estes serem funcionais ou disfuncionais. Caso seja disfuncional, tornam-se padrões emocionais e cognitivos autodestrutivos e que permeiam ao longo de sua vida.

Os esquemas funcionais ou adaptativos são vivências ditas como positivas para o indivíduo. Quando ocorre a ativação desses esquemas adaptativos, existe o processo de enfrentamento e resolução satisfatória das tarefas diárias da vida. Enquanto os esquemas desadaptativos, também conhecido como esquemas disfuncionais, possuem sua origem de forma dolorosa e sofrida, podendo gerar ativações desconcertantes na vida do sujeito e ainda causar danos em suas decisões (OLIVEIRA e BERGAMINI, 2018).

De acordo com Ribas (2016), o conceito de esquemas é a interação entre o biológico, ativação neuronal, com o ambiente, aprendizados passados pela família e escola. O resultado dessa interação desenvolve a forma que o indivíduo pensa e como reage diante dessas ativações neuronais, em suas tomadas de decisões, assim construindo a identidade de cada sujeito.

Wainer (2016) contribui, quando traz comprovações neurobiológicas em relação à TE (Terapia de Esquemas) ao associar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) no processamento emocional dos neurocircuitos, a fim de fundamentar intervenções que possuem sucesso terapêutico. Por isso, é levado a compreender que os efeitos desadaptativos gerados pela hiper-reatividade emocional são necessários, também na identificação dos fatores de estresse.

Estas estruturas conhecidas como esquemas se formam através da resposta a uma situação que estimula uma busca pré-existente do conhecimento armazenado na memória, onde contém a informação de como o indivíduo conhece a si mesmo e ao mundo (RIJO, 2009).

Em concordância com Rijo (2009), grande parte das operações mentais rotineiras geralmente são automáticas e não conscientes, entretanto, essas

execuções podem alcançar a consciência quando é tomado o controle, por exemplo, ao trabalhar em uma resolução de problemas. As operações mentais possuem dois tipos de processamentos, sendo o automático e o estratégico. O processamento automático é rápido, inconsciente, não necessitando de muita atenção para ser efetuado, e isso pode trazer uma perda em sua eficácia. Em contrapartida, o estratégico é consciente, implicando maior esforço e atenção, e por isso sendo mais limitado que o anterior. A definição de qual processamento será ativado através do mecanismo da atenção.

Em conformidade Wainer (2016) traz o termo inconsciente, conduzido por Young, e tem sua base teórica na neurobiologia através de Joseph LeDoux, em seu livro *Emotional Brain*. O conceito se traz como um sistema emocional não consciente, fortalecendo hipóteses sobre os mecanismos neurais de desenvolvimento e formação em relação com a estrutura biológica dos EIDs.

De acordo com Oliveira e Bergamini (2018), os esquemas têm sua origem durante as primeiras provocações emocionais não sanadas durante a infância. Sendo assim, as privações podem ocorrer dentre as cinco exigências emocionais primordiais ao ser humano, sendo elas: segurança, imposição de limites, laços afetivos estáveis, independência e validação das emoções. Em concordância com Ribas (2016), estes esquemas que vão aparecendo na infância foram denominados por Young de Esquemas iniciais desadaptativos (EIDs).

Conforme Young (2008), alguns fatores biológicos como o temperamento emocional possui um papel fundamental no desenvolvimento do esquema. É perceptível que cada criança constrói sua personalidade em relação ao seu temperamento emocional e que podem ser inatas e possivelmente imutáveis, tratando apenas com psicoterapia.

O temperamento emocional, também conhecido como idiossincrático, traz a pluralidade nas reações à determinadas situações, reforçando o conceito de que cada indivíduo reage de uma forma diferente ao mesmo acontecimento baseado em seu temperamento, isto é, ativando seus esquemas adaptativos ou desadaptativos remotos (RIJO, 2008).

Ribas (2016) cita que os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) formam conteúdos que possuem tempo indeterminado nas projeções mentais que têm atuação na forma de como armazena, organiza e destina ideias que venham a ter significado. Os EIDs, segundo Young (2008), correspondem a 18 esquemas

agrupados em 5 domínios, os quais são compostos por: domínio de “Desconexão e Rejeição”, “Autonomia e Desempenho Prejudicados”, “Limites Prejudicados”, “Direcionamento para o outro” e “Supervigilância e Inibição.

Pessoas com o domínio de “Desconexão e Rejeição” são impossibilitadas de formar vínculos, acredita-se que as suas necessidades não atendidas são as de estabilidade, segurança, amor e pertencimento. Os esquemas atrelados a esse domínio são os de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação (YOUNG, 2008).

Segundo Rijo (2009) o domínio de “Autonomia e Desempenho Prejudicados” traz aos indivíduos expectativas sobre uma pessoa ou ambiente que interferem no desenvolvimento de forma independente, agindo com exatidão e confiança. Estes esquemas são ativados em pessoas que possuem uma família destruidora de confiança, agindo como super protetoras ou que possuem falhas no reforço em referência à competência da criança. Os esquemas agrupados neste domínio são de dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano e à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido, fracasso.

O terceiro domínio citado por Oliveira e Bergamini (2018) é o de “Limites Prejudicados”, expressado por sua ineficácia em definir seus limites internos, responsabilidades com as pessoas e seguimento de metas a longo prazo. Indivíduos com este esquema possuem dificuldades em cooperar e compreender o limite alheio. As pessoas que desenvolvem esquemas neste domínio são de famílias caracterizadas pela falta de orientação e discernimento ao ponderar o correto do incorreto socialmente, e também a permissividade excessiva. Os esquemas agrupados são de merecimento/grandiosidade, autodisciplina e autocontrole insuficientes.

O domínio de “Direcionamento Para o Outro” se enquadra nos indivíduos que estão em constante busca de aprovação e reconhecimento, focando de forma excessiva na vontade e sentimento alheio a fim de evitar retaliações e manter sua conexão emocional com os outros (RIBAS, 2018). Segundo Young (2008), quando crianças, esses indivíduos não podiam seguir com seus próprios desejos, pertencendo à famílias que possuem aceitação condicional. Para receber afetos, deveriam se abdicar de suas vontades restringindo aspectos importantes para o próprio sujeito. Esquemas deste domínio são: subjugação, auto-sacrifício e busca de aprovação/conhecimento.

O quinto e último domínio definido por Young é o de “Supervigilância e Inibição”. Consiste em um intenso desejo de controlar seus sentimentos, impulsos e escolhas com a finalidade de evitar cometer erros e cumprir expectativas enraizadas em relação à sua conduta ética, comprometendo sua felicidade, relações próximas, a forma de se expressar sobre determinada situação. O sujeito que desenvolve esquemas dentro deste domínio tem sua família de origem tipicamente punitiva, por onde o dever, perfeccionismo, obediência às regras e desempenho é mais trabalhado que o prazer e a alegria. Os esquemas envolvidos são negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva (RIJO, 2008).

2.2 CÂNCER DE MAMA

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2021), o câncer de mama é causado pela multiplicação desordenada de células anormais no órgão, formando um tumor que pode chegar a atingir outros órgãos, acometendo mulheres e homens raramente. Em 2019, 18.068 mulheres e 227 homens morreram da doença.

O diagnóstico é feito a partir da percepção de um nódulo ou sintomas suspeitos nas mamas, posteriormente fazendo exames clínicos de imagens, além de biópsia, para obter a confirmação necessária. Já o tratamento depende de que fase a doença se encontra e o tipo de tumor. Podendo incluir mastectomia, quadrantectomia, quimioterapia e radioterapia. O tratamento possui maior potencial de cura quando diagnosticado no início da doença, e se for diagnosticado com metástase, quando já se encontra espalhado por outros órgãos, o tratamento está voltado ao prolongamento e qualidade de vida do paciente (INCA, 2021).

A mastectomia é o tratamento primário, na qual ocorre uma intervenção cirúrgica para a remoção do tumor, e em alguns casos até da mama e linfonodos axilares. A quadrantectomia visa a não remoção das mamas, apenas do tumor. Entrando como tratamentos complementares estão a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia. Vale ressaltar que cada tratamento será único, conforme a demanda de cada paciente. Silva (2008) complementa que fatores psicossociais estão diretamente relacionados à evolução do tratamento.

O Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2020) pontua como os principais tipos de câncer o Carcinoma Ductal, tendo origem nos ductos mamários, possuindo vários subtipos, sendo o mais comum e encontrado em cerca de 80% dos casos; e o Carcinoma Lobular, que tem origem nos lóbulos responsáveis pela condução do leite materno, ocorrendo em cerca de 5 a 10% dos casos.

Os principais agentes de risco para o desenvolvimento da doença estão ligados à fatores ambientais e comportamentais, da história reprodutiva e hormonal, genéticos e hereditários; fatores estes como idade avançada, histórico familiar, hábitos de vida, influências ambientais e características reprodutivas (SILVA e RIUL, 2011).

2.3 SOFRIMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Quando uma mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama ela pode estar sujeita a passar por diversos protocolos de tratamento, como a mastectomia, a quimioterapia e a radioterapia, que através de seus efeitos físicos e comportamentais, atingem diretamente a autoestima e a vida social dessa mulher. Além disso, o significado por trás do câncer, historicamente, tem um peso muito grande para o entendimento e visão que a sociedade tem sobre o paciente em tratamento, sendo eles, ligados à culpa, punição, deterioração, dor e morte, trazendo mais sofrimento psíquico para o sujeito (SILVA, 2008).

O sofrimento é percebido desde o início, quando a paciente recebe a notícia de suspeita de câncer de mama, já que há um tempo para confirmação do diagnóstico da doença, que ameaça à vida. Bergamasco e Angelo (2001) relatam a importância do papel da família e amigos nesse momento, servindo como redes de apoio para a paciente persistir no tratamento.

Silva (2008) contribui apontando que inicialmente a preocupação da mulher e familiares está ligada à sobrevivência, em seguida é colocado a questão econômica e condições de tratamento. Posteriormente, quando já está no processo de tratamento, é levantado a possibilidade de mutilação, desfiguração do órgão através da mastectomia, e possível perda de cabelos e pelos, além de infertilidade e desregulação hormonal através dos tratamentos complementares de quimioterapia e radioterapia. Silva (2008) apresenta como efeito do tratamento impactos na vida sexual da paciente, podendo ter menopausa precoce, alteração

na produção hormonal, assim como diminuição da libido. Além dessas fases, a vida profissional e social desses pacientes também pode sofrer impactos.

Outrossim, o sofrimento também está ligado com a representatividade que as mamas possuem culturalmente. Considerado como símbolo de feminilidade, maternidade e fertilidade, o órgão é fonte de inspiração, desejo e ternura. Associa-se à sexualidade na intimidade e exposto publicamente é visto como protesto e/ou ousadia, além de ser visto como fonte de vida ao servir de amamentação (BRASIL, 2020).

A qualidade dos relacionamentos interpessoais dessas mulheres também podem ser afetados, devido à longa duração dos tratamentos, gerando mais sofrimento. Portanto, para Hoffmann *et al.* (2006), se a mulher com câncer de mama sente que possui pessoas próximas disponíveis para oferecerem ajuda e apoio, isso auxiliará no enfrentamento à situação do tratamento de uma forma menos estressora. Familiares e amigos são citados como uma rede de apoio social significativa durante o processo. Além disso, um relacionamento satisfatório com a equipe multidisciplinar de saúde, fornecendo os cuidados da forma mais adequada e clara, auxiliará as pacientes a se sentirem mais acolhidas e confortáveis.

2.4 PAPEL DO PSICÓLOGO NA PSICO-ONCOLOGIA

Ao citar psico-oncologia é necessário trazer o motivo inicial para inserção da psicologia na oncologia. Quando o termo “qualidade de vida” começou a surgir em meados da década de 70, iniciou-se um movimento de humanização em relação à assistência da saúde, desenvolvendo uma valorização dos critérios centralizados aos pacientes, incluindo aspectos psicológicos para serem trabalhados durante os tratamentos médicos (PERES & SANTOS, 2009).

Segundo Veit e Carvalho (2010), o trabalho do psicólogo percorre desde a necessidade de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, reinserção social, uma possibilidade de cura ou morte, e por fim, o luto. Ao longo deste percurso, são mobilizados diversos aspectos psicológicos, tornando necessária a intervenção. Sendo assim, Simonetti (2016) confirma que o objeto do trabalho da psicologia não são apenas as doenças psíquicas, mas sim os aspectos psicológicos de toda e qualquer patologia, pois toda doença tem envolto uma subjetividade, tornando-se necessário a atuação psicossocial.

No momento do diagnóstico e do tratamento do câncer existem possíveis estressores que provocam importantes perdas na qualidade de vida do indivíduo, portanto, são necessárias intervenções psicoterápicas e ajuste psicossocial do paciente e de seus familiares. A psicologia vem contribuindo de forma multiprofissional, agindo como um facilitador na identificação das expectativas, medos e dúvidas dos pacientes, auxiliando também na comunicação entre a tríade paciente, família e equipe médica. Além disso, o psicólogo atua junto ao paciente e aos seus familiares, em uma intervenção frente às perdas irreversíveis que podem ocorrer pelo tratamento, ou pela doença (SCANNAVINO *et al.*, 2013).

Queiroz *et al.* (2020) contribui que estar em contato com todos que possuem envolvimento, durante o adoecimento, reforça a importância da psicologia acompanhando todo o processo de vivência do paciente, familiar e da equipe médica.

Conforme Peres e Santos (2009), o enfrentamento à doença também pode ser utilizado como ferramenta para que possa ser minimizado o evento estressor causado pelo diagnóstico ou tratamento, assim, criando ou ampliando a sensação de controle que o paciente, muitas vezes, perde ao longo do tratamento. Por isso, entende-se que os processos cognitivos possuem uma influência no enfrentamento, podendo haver uma evolução mais favorável no tratamento.

Durante os atendimentos aos pacientes com câncer, a atuação do profissional de psicologia deve ser auxiliar na adaptação e mudanças impostas pela doença e adesão ao tratamento, promovendo o enfrentamento na tomada de decisões e possíveis consequências da escolha, amparado no manejo da dor e do estresse causado pelos procedimentos. Além disso, promove a qualidade de vida, propiciando a escolha de novos papéis sociais, trabalha na aquisição de novas aptidões, ou ao retorno das atividades já realizadas, auxilia na retomada da vida social e profissional, e em alguns casos permite a redução de sofrimento ao final da vida, tratando-se de um cuidado paliativo (SCANNAVINO *et al.*, 2013).

A atuação do psicólogo é fundamental no enfrentamento da doença, através de avaliações psicológicas, sendo elas, em grupo ou individual, dependendo do estado emocional e da necessidade do paciente. Entretanto, existe uma maior eficiência se tratando de grupos, o ajustamento sobre o tratamento, a doença e a troca de experiências entre os pacientes acometidos com câncer traz muitos ganhos positivos frente à patologia, favorecendo o altruísmo e o resgate da

autoestima, auxiliando na expressão dos sentimentos. Além disso, operar a psicoeducação em um formato mais abrangente, sustenta a diminuição de pensamentos negativos ao trazer informações mais claras sobre o seu diagnóstico (QUEIROZ *et al.*, 2020).

Portanto, é necessário que o psicólogo desenvolva uma postura participativa e ativa junto ao paciente durante o tratamento, ao enfrentamento da perda e alterações físicas no corpo, além da possibilidade da morte. Sendo assim, é fundamental a atuação da psicologia no âmbito oncológico, pois ameniza o sofrimento durante o desgaste emocional, através da interpretação da escuta e do acolhimento dos membros da equipe, da família e do adoecido, permitindo sucesso no tratamento ou a preparação do findar da vida (AZEVEDO *et al.*, 2016).

3 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal de natureza quantitativa, com a coleta de dados por meio da aplicação de três instrumentos: um questionário sociodemográfico para caracterização das participantes, composto por 6 perguntas, um questionário para medir o sofrimento durante o processo de tratamento do câncer de mama, com 11 perguntas, e o questionário de Young (YSQ-S3), composto por 90 afirmativas. A coleta dos dados e aplicação dos questionários foi realizada após aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética (CAAE: 54265621.4.0000.5219). A análise dos dados se deu a partir de uma análise de levantamento sobre os resultados quantitativos, e descritiva inferencial por meio de porcentagem e frequência.

Para a seleção das participantes, optou-se pela amostragem não probabilística por conveniências, sendo divulgada a pesquisa através de uma *live* na plataforma do Instagram, de um especialista na área de mastologia acompanhado pela orientadora deste trabalho (posteriormente sendo também divulgada na plataforma dos pesquisadores). A seleção das participantes ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2022, e as aplicações dos questionários no mês de março e abril de 2022.

A amostra foi composta por 33 mulheres, extraídas de uma população de 129 pessoas que responderam ao questionário sociodemográfico de caracterização das participantes. De acordo com os critérios de inclusão: mulheres acima de 18 anos,

que passaram por qualquer tratamento referente ao câncer de mama entre os anos de 2015 a 2020, residentes de vários estados brasileiro.

O primeiro questionário, que possibilitou a caracterização das participantes, foi realizado após a divulgação do projeto. Nele o objetivo foi o de filtrar as participantes de acordo com os critérios de inclusão. Assim, dados como: idade, quando passou pelo tratamento, qual localidade e e-mail para contato foram coletados nesta primeira etapa.

Posteriormente foram encaminhados pelos e-mails das participantes os links para os outros dois questionários, um para medir o sofrimento das participantes durante o processo de tratamento do câncer de mama, e outro para identificar se havia algum possível esquema inicial desadaptativo ativado.

Estes questionários ficaram dispostos para as participantes responderem dentro de um período de 15 dias após o envio dos e-mails. Posteriormente foram tabulados os dados sociodemográficos, os níveis de sofrimento e os esquemas iniciais desadaptativos ativados que apareceram nos questionários, sendo possível fazer um levantamento comparativo destes dados por porcentagem e frequência.

4 RESULTADOS

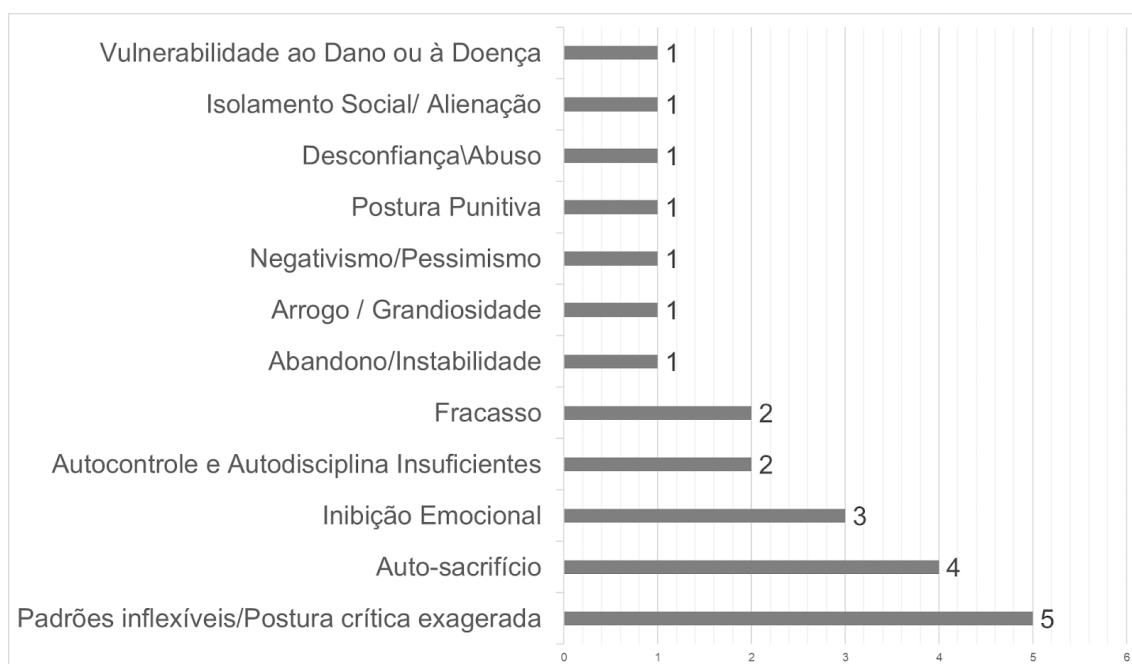
Foi dada continuidade com a pesquisa a partir das 33 mulheres extraídas de uma população de 129, das quais responderam o questionário sociodemográfico de caracterização da população, através dos critérios de inclusão e exclusão. A faixa etária foi de 26 a 64 anos, tendo como desvio padrão de 9. A idade predominante foi de 40 a 64 anos, que compreendeu 73% (n=24) das participantes. Em relação à residência das participantes 33% (n=11) residem no estado de São Paulo, 18% (n=6) no estado do Paraná, 12% (n=4) em Minas Gerais, e as demais 36% (n=12) residem nos demais estados do país. Todas as 33 participantes da amostra responderam ao questionário de sofrimento, porém apenas 15 iniciaram o questionário de esquemas de Young (YSQ-S3), sendo que 12 delas concluíram totalmente.

Quanto ao “Questionário sobre o sofrimento durante o tratamento do câncer de mama - Escala Likert”, composto por 7 questões, no qual foi respondido pela amostra das 33 mulheres, identificou-se que 26% (n=60) houve sofrimento, 24%

(n=56) houve muito sofrimento, 23% (n=53) houve sofrimento moderado, 11% (n=25) não houve sofrimento, 11% (n=25) houve pouco sofrimento e 5% (n=12) não fez um dos protocolos (quimioterapia, radioterapia e cirurgia) existentes para o tratamento de câncer de mama, com o desvio padrão de 1. Conclui que 84%, das respostas do questionário, demonstram algum nível de sofrimento.

Referente ao questionário de Esquemas de Young QYSQ - S3 (Young, 2002) que avalia os esquemas iniciais desadaptativos ativos em um indivíduo, verificou-se que do total das participantes da pesquisa, somente 45% (n=15) iniciaram o preenchimento deste questionário. Sendo que, destes 80% (n=12) realizam o preenchimento completo do questionário e 20% (n=3) não concluíram. Desta forma, 40% (n=6) não obtiveram ativação de nenhum esquema, 40% (n=6) tiveram algum esquema ativado.

Gráfico 1 – Esquemas desadaptativos manifestados



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo geral desta pesquisa foi realizar o levantamento de possíveis esquemas iniciais desadaptativos e também levantar o nível de sofrimento de mulheres que passaram pelo câncer de mama. Estas mulheres se caracterizaram

como residentes de vários estados brasileiros, tendo predominância no estado de São Paulo e no estado do Paraná. A faixa etária variou entre 26 anos até 64 anos, predominando a partir dos 40 anos de idade. Mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama entre os anos de 2015 a 2020, sendo que a maioria passou pelos processos de quimioterapia e radioterapia, além de cirurgias padrões.

Após o levantamento dos dados pessoais e demográficos das participantes, foi levantado o nível de sofrimento delas, de algumas situações vivenciadas no processo do descobrimento do câncer de mama, até a finalização do tratamento. Verificou-se que a grande maioria, 84% (n=194), manifestou algum nível de sofrimento quanto ao descobrimento da doença, à passagem pelos tratamentos, bem como a relação ao seu próprio corpo. Reafirmando o que Silva (2008) traz em sua pesquisa, o sofrimento da mulher que passa pelo tratamento do câncer começa na descoberta da doença, se estendendo até o pós tratamento, primeiramente para entender que tem a doença e suas consequências, e posteriormente por estar sujeita aos procedimentos invasivos e mudanças no seu corpo.

Em contrapartida, na questão sobre a rede de apoio, as participantes evidenciaram que tiveram uma rede que as acompanharam durante todo o processo. Familiares e amigos são citados por Hoffmann *et al.* (2006) como uma rede de apoio social significativa durante o processo, além do apoio da equipe multidisciplinar, deixando a paciente ciente dos procedimentos que estará sujeita e de seu quadro. Sendo assim, essas relações auxiliam com que as pacientes enfrentem a situação do tratamento de uma forma menos estressora.

Posteriormente com o preenchimento do questionário de Esquemas de Young QYSQ - S3, verificou-se a prevalência de três esquemas iniciais desadaptativos ativos. Cinco das seis mulheres, que tiveram a ativação de esquemas, apresentaram o esquema de “Padrões Excessivos/Hipercriticismo”, que também recebe a nomenclatura de “Padrões Inflexíveis” (RIJO, 2009), quatro mulheres tiveram o “Esquema de Auto-Sacrifício”, e três a ativação do esquema de “Inibição Emocional”.

Em relação ao esquema de “Padrões Inflexíveis” é importante ressaltar que a pessoa com ativação dele se preocupa constantemente com o tempo, pensando em maneiras de produzir algo melhor, relaciona-se ao desempenho elevado, assim como o perfeccionismo, buscando o detalhe de forma excessiva. Além disso, possui um pensamento rígido às questões éticas e morais extremas e tende a existir uma deterioração relacionada ao prazer e ao relaxamento (RIJO, 2009). A pessoa que

desenvolve este esquema, tem como necessidade básica o estabelecimento de metas, e estar em busca de padrões equilibrados, para que possa manter o controle das situações (WAINER, 2016).

De acordo com a pesquisa feita por Neme e Lipp, (2010), adaptações mais saudáveis e a redução no impacto do estresse para o equilíbrio psicofisiológico, são favorecidos através de padrões mais positivos, otimistas e flexíveis, ligando-se aos padrões adaptativos do esquema de “Padrões inflexíveis”, o qual se apresenta como um padrão realístico, apresentando flexibilidade para adaptar-se ao contexto vivenciado (WAINER, 2016).

A pessoa que apresenta o esquema ativo de “Auto-Sacrifício” busca o foco excessivo nas necessidades alheias. Envolve-se em atitudes voluntárias, apresenta a sensação de que o afeto deve ser algo condicionado a uma ação, e por isso a importância de suprir uma demanda alheia para obter atenção. Em muitos casos, existe uma sensibilidade à dor dos outros, levando a um sentimento de que suas necessidades têm menor importância. Tem medo de sentir-se egoísta caso pense em agir a favor das suas próprias carências. Portanto, através deste comportamento, existe a possibilidade do desenvolvimento de co-dependência (RIJO, 2009). A necessidade básica por trás deste esquema é a busca do indivíduo pelo equilíbrio da importância das suas necessidades com as de outras pessoas, o autocuidado, e a essência de gentileza para com a comunidade (WAINER, 2016).

Já o esquema de “Inibição Emocional” é a forma excessiva de inibir a ação, o pensamento, o sentimento e a comunicação em relação às emoções, a fim de evitar cometer erros, não ser aceito pelos outros e/ou que ocorra sensação de insegurança, esse esquema conduz o indivíduo à inibir suas emoções e catastrofizar caso perca o controle de seus impulsos. Procura inibir tanto as emoções da raiva, quanto os impulsos positivos como alegria, afeição, até mesmo excitação sexual. Sua rotina está baseada no controle excessivo através de ritos, e possui elevada dificuldade em expressar vulnerabilidade ao falar sobre seus próprios sentimentos. Tem a racionalidade como forma de agir com as situações (RIJO, 2009). O indivíduo tem a necessidade de ter pessoas que sejam honestas com as suas expressões emocionais, que possam trabalhar o acolhimento e que também incentivem a falar sobre os sentimentos, pois há a possibilidade desse indivíduo advir de uma família punitiva, em decorrência de erros por atividades prazerosas (WAINER, 2016).

Estes três esquemas que possuíram uma maior prevalência, assim como os demais, são partes de um agrupamento de necessidades emocionais não satisfeitas, que são chamados de domínios, sendo uma forma de categorização criada por Young para agrupar esquemas com origens semelhantes (YOUNG, 2006).

O domínio com maior prevalência foi o de “Supervigilância e Inibição”, tendo o esquema de “Inibição Emocional” e “Padrões Inflexíveis/Postura Crítica Exagerada” ativados. Young (2006) corrobora afirmando que esta categorização tem por principal característica a pouca expressão dos próprios sentimentos e impulsos, atravancando escolhas espontâneas, cultivando um rígido desempenho e comportamento ao ônus de sua felicidade. Podendo gerar um pessimismo e preocupação excessiva caso haja algum erro em situações rotineiras, por decorrência da falta de vigilância.

O segundo domínio manifestado foi o de “Direcionamento Para o Outro”, tendo como esquema ativado o “Auto-sacrifício”. Este domínio tem como atributo o aprofundamento excessivo nas vontades, emoções e desejos dos outros, sendo muitas vezes à custa de sua própria necessidade. Possuindo um alto desconhecimento sobre seus sentimentos e inclinações naturais. A origem dos esquemas neste domínio possivelmente vem de famílias em que os pais valorizam mais suas necessidades do que as dos filhos, e que prezam pela aceitação condicional, sendo necessário que os filhos omitam suas vontades e emoções para receber aprovação, afeto, atenção e amor (YOUNG, 2006).

Já os outros esquemas que apareceram ativados, porém com pouca frequências foram os: de Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes, Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/ Alienação, fazendo parte do domínio de “Desconexão e Rejeição”; de Fracasso e Vulnerabilidade ao Dano ou à Doença, pertencentes ao domínio de “Autonomia e Desempenho Prejudicados”; de Arrogo/Grandiosidade, do domínio de “Limites Prejudicados”; e por fim, de Negativismo/Pessimismo, e Postura Punitiva, os quais fazem parte do domínio de “Supervigilância e Inibição” (RIBAS, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou a intensidade do câncer de mama, já que é o mais incidente nas mulheres em todo o mundo, sendo estimado que a cada ano este índice tende a aumentar. Sabendo disso, a psicologia está atuando nos mais diversificados segmentos quando se trata do câncer, trabalhando de forma preditiva e preventiva com o objetivo de prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida destas pacientes. A terapia de esquemas é um método trabalhado em psicoterapia e voltado à pacientes de difícil manejo, por possuírem crenças muito arraigadas. Neste sentido, pode ser um recurso adicional para trabalhar com pacientes que passam pelo tratamento de câncer de mama.

Como contribuição, a pesquisa tem por finalidade acadêmica abrir uma ponte para a comunidade, vinculando a terapia de esquemas à pacientes no âmbito oncológico, mais especificamente em câncer de mama, visto que a abordagem consegue ter um aprofundamento em relação aos aspectos psicológicos manifestados neste âmbito, e podendo ser utilizada como base para o desenvolvimento de uma intervenção mais cautelosa e preditiva, para trabalhar com essas pacientes, minimizando o sofrimento durante o processo da doença.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi levantar o nível de sofrimento de mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama e também a presença de possíveis esquemas iniciais desadaptativos que poderiam estar ativados durante esse processo. Para disponibilizar estas informações, foram utilizados dois questionários, um em forma de escala Likert, para medir este sofrimento, e o questionário de esquemas de Young (YSQ-S3) para verificar os esquemas ativados.

Com os resultados da pesquisa, foi possível levantar dados relevantes quanto ao objetivo. De todas 129 mulheres que responderam ao questionário de caracterização da população, 33 foram selecionadas como amostra, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A amostra da população demonstra que faz parte de 13 dos 26 estados brasileiros, prevalecendo o estado de São Paulo e Paraná. Em relação ao sofrimento foi constatado que estas mulheres, em sua maioria, sentiram algum nível de sofrimento. Todas as 33 participantes da amostra responderam o questionário de sofrimento, porém apenas 15 iniciaram o questionário de esquemas de Young (YSQ-S3), sendo que 12 delas concluíram totalmente. Destas 12 mulheres, apenas 6 tiveram ativação de esquemas, sendo eles: Autocontrole e

Autodisciplina Insuficientes, Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Fracasso, Vulnerabilidade ao Dano ou à Doença Arrogo/Grandiosidade, Negativismo/Pessimismo, Postura Punitiva. Predominando os esquemas de Padrões inflexíveis/postura crítica exagerada, Auto-Sacrifício e Inibição Emocional.

O problema de pesquisa levantado neste trabalho é se mulheres que sofrem mais no tratamento para câncer de mama tendem a ter presença de algum esquema desadaptativo ativado. Porém a resposta não foi conclusiva, já que apenas a metade que concluiu o questionário de esquemas YSQ-S3 apresentou algum esquema ativado. Sendo assim, a maior dificuldade encontrada nesta pesquisa foi a aplicação do questionário de esquemas de Young (YSQ-S3), já que apenas 15 participantes da amostra total o iniciaram.

Esta dificuldade, quando ao questionário, pode advir por ser extenso, já que possui 90 afirmativas. Além disso, estas afirmativas de cunho pessoal e emocional podem trazer à tona sentimentos e/ou emoções que os indivíduos não queiram relembrar ou acessar. Também um fator importante a ser levado em conta é a faixa etária das participantes, que predominou dos 40 aos 64 anos, sendo um público que pode ter dificuldade com o manejo de tecnologias.

Entretanto, mesmo que o problema de pesquisa não possa ser conclusivo, foi possível verificar que das 6 participantes que apresentaram algum esquema inicial desadaptativo ativado, 5 possuem o esquema de Padrões Inflexíveis/Postura Crítica ativado. Sendo assim, pode-se concluir que apesar do sofrimento perante ao tratamento, este esquema pode ter contribuído de forma adaptativa para que estas mulheres concluíssem seus tratamentos, já os indivíduos que possuem o esquema de Padrões Inflexíveis possuem como estratégia de enfrentamento serem flexíveis para adaptar padrões às suas habilidades e contextos vividos (WAINER, 2016).

Além disso, através do questionário sobre o sofrimento, foi verificado que 31 participantes possuíam uma rede de apoio ativa durante o tratamento, podendo interferir diretamente na ativação de esquemas, já que a família é o principal fator para a ativação de esquemas.

O processo de enfrentamento da mulher com câncer pode demonstrar uma maior fuga ou hesitação em determinadas situações de estresse, tendo dificuldades de lidar com problemas, em sua maioria, não sendo capazes de superá-los (Neme & Lipp, 2010). Levando em conta que o esquema adaptativo de padrões realísticos,

que por ventura faz parte dos esquemas desadaptativos de padrões inflexíveis, promove uma maior estabilidade emocional em determinadas situações de estresse, diminuindo a fuga e a hesitação e aumentando as estratégias de enfrentamento.

Para futuras pesquisas voltadas ao mesmo âmbito, sugere-se que o questionário de esquema de Young (YSQ-S3) seja aplicado de forma presencial, havendo um suporte, caso ocorra alguma ativação emocional ou resistência. Assim como incluir nos critérios de inclusão pessoas que já passaram por algum processo psicoterapêutico. Aumentar a amostragem também pode auxiliar mais mulheres a responderem aos instrumentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D. R.; MORAIS R. S.; MARAFON, A. C. **Importância do Psicólogo na intervenção da Psico-Oncologia em mulheres acometidas pelo câncer de mama.** In: I SIMPÓSIO CIENTÍFICO DE PRÁTICAS EM PSICOLOGIA. 2016. Psicologia e saúde em debate. 2016. V. 2, p. 12-15, nov.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama:** como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia. São Paulo. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A mulher e o câncer de mama no brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de Mama.** Brasília: INCA, 2021.

HOFFMANN, F. S.; MULLER, M. C.; RUBIN, R. **A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade.** Psicologia da Saúde, São Paulo, v. 14, p. 143-150. 2006.

NEME, C. M. B.; LIPP, M. E. N. **Estresse Psicológico e Enfrentamento em Mulheres com e Sem Câncer.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 26, n. 3, p. 475-483. 2010.

OLIVEIRA, M. A.; BERGAMINI, G. B. **Esquemas desadaptativos de mulheres em relacionamentos abusivos:** uma discussão teórica. Ariquemes: Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2018.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. **Personalidade e câncer de mama:** Produção Científica em Psico-Oncologia. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2009.

QUEIROZ A. K. M.; SANTOS L. S.; PARRAGA M. B. B. **A Atuação dos Psicólogos junto à mulheres com câncer de mama.** Várzea Grande: Centro Universitário de Várzea Grande, 2020.

RIBAS, K. H. S. **Esquemas Iniciais Desadaptativos em Pacientes com Migrânea.** Pós- Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

RIJO, D. M. B. **Esquemas Mal-Adaptativos Precoces:** Validação do conceito e dos métodos de avaliação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.

SCANNAVINO, C. S. S. *et al.* **Psico-Oncologia: Atuação do Psicólogo no hospital de câncer de Barretos.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

SILVA, L. C. **Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico:** Aspectos relacionados ao feminino. v. 3, n.2. Maringá: Psicologia em Estudo, 2008.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. **Câncer de Mama:** fatores de risco e detecção precoce. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2011.

SIMONETTI, A. **Manual da Psicologia hospitalar:** o mapa da doença. 8 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SOUZA, L. H. *et al.* **Adaptação Brasileira do Questionário de Esquemas de Young – Versão Breve (YSQ-S3).** 2016. Dissertação de Mestrado de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2020.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. **Psico-Oncologia:** Um Novo Olhar Para O Câncer. São Paulo: O Mundo Da Saúde, 2010.

WAINER, R.; PAIM, K.; ERDOS, R.; ANDRIOLA, R. **Terapia Cognitiva Focadas em Esquemas:** Integração em Psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2016.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do Esquema:** Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.