

Psicoterapia Breve Operacionalizada na Adaptação de Mulheres com Câncer de Mama: Coletânea de casos

Nirã dos Santos Valentim¹

¹Universidade Municipal de São Caetano do Sul,
São Caetano do Sul, SP, Brasil

Yamamoto Kayoko²

²Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos terapêuticos da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) na adaptação de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento oncológico. O câncer de mama mostra-se mobilizador de sofrimento psíquico para as mulheres tanto no diagnóstico quanto no tratamento, o que justifica identificar intervenções psicológicas adequadas para essa população. As participantes foram 17 mulheres com idade entre 30 e 65 anos. A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) foi o instrumento utilizado para avaliação da adaptação em quatro setores: afetivo-relacional, produtividade, orgânico e sociocultural. Referida avaliação foi feita em três momentos: antes e após a intervenção breve, e no *follow-up*. A PBO foi a intervenção breve utilizada. Os resultados mostraram que o setor orgânico foi o mais comprometido, seguido do afetivo-relacional, com soluções pouquíssimo adequadas. Como foco da psicoterapia breve, a situação-problema mais recorrente se relacionava ao câncer de mama, que, na compreensão psicodinâmica, mostrou-se associada ao intenso desamparo egóico diante do adoecimento e tratamento oncológico. Na avaliação adaptativa final e *follow-up*, 82,4% das participantes apresentaram evolução de grupo adaptativo. Concluímos que, neste estudo, a intervenção com a PBO possibilitou efeitos terapêuticos na adaptação, reverberando na solução das situações-problema e na crise adaptativa por perda.

Palavras-chave: Câncer de Mama, Psicoterapia Breve, EDAO, Psicologia da Saúde.

Brief Psychotherapy Operationalized in Adaptation of Women with Breast Cancer: Case selection

Abstract: This study aimed to investigate the therapeutic effects of Operationalized Brief Psychotherapy (PBO) so women diagnosed with breast cancer could adapt to treatment. Breast cancer has mobilized psychological suffering for women during diagnosis and treatment, justifying the identification of the appropriate psychological interventions for this population. Participants included 17 women aged 30 to 65 years. Adaptative Operational Diagnostic Scale (EDAO) was used to evaluate adaptation in four sectors: affective-relational, productivity, organic, and sociocultural before and after a brief psychological intervention and follow-up. The PBO was used as the brief intervention. Results showed that the organic sector was the most compromised, followed by the affective-relational one, which showed very little adequate solutions. As a focus of brief psychotherapy, the most recurring problem-situation was related to breast cancer, which, in psychodynamic understanding, was associated with the intense helplessness of the ego in the face of illness and treatment. In the final adaptative evaluation and follow-up, 82.4% of participants showed evolution in the adaptive group. This study concluded that the intervention with PBO enabled therapeutic effects in these participants' adaptation, reverberating in the solution of problem-situation and in the adaptive crisis by loss.

Keywords: Breast Cancer; Brief Psychotherapy; EDAO; Health Psychology.

Psicoterapia Breve Operacionalizada en la Adaptación de Mujeres con Cáncer de Mama: Recopilación de casos

Resumen: El propósito de este estudio fue investigar los efectos terapéuticos de la psicoterapia breve operacionalizada (PBO) en la adaptación de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y en tratamiento oncológico. El cáncer de mama moviliza sufrimiento psicológico para las mujeres tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, lo que justifica identificar intervenciones psicológicas adecuadas para esta población. Participaron 17 mujeres de entre 30 y 65 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Diagnóstico Adaptativo Operacionalizada (EDAO) para la evaluación adaptativa en cuatro sectores: afectivo-relacional, productividad, orgánico y sociocultural. La evaluación se realizó en tres momentos: antes, después de la intervención breve y en el seguimiento. La PBO fue la intervención breve utilizada. Los resultados mostraron que el sector orgánico fue el más comprometido, seguido por el afectivo-relacional con soluciones poquísimas adecuadas. Como foco de la psicoterapia breve, la situación-problema más recurrente estuvo relacionada con el cáncer de mama, que en la comprensión psicodinámica resultó estar asociada a un intenso desamparo ante la enfermedad y el tratamiento oncológico. En la evaluación adaptativa final y el seguimiento, el 82,4% de las participantes tuvieron evolución grupal adaptativa. Se concluye que la intervención con PBO permitió efectos terapéuticos en la adaptación de estos participantes, repercutiendo en la solución de situaciones-problema y en la crisis adaptativa por pérdida.

Palabras clave: Cáncer de Mama; Psicoterapia Breve; EDAO; Psicología de la salud.

Introdução

O câncer de mama é o câncer que mais acomete as mulheres no mundo todo, com número de diagnósticos menor apenas do que o câncer de pele não melanoma. Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), (2022) mostram a estimativa de 74 mil novos casos de câncer de mama no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, o que corresponde a aproximadamente 25% do total de mulheres atingidas por todos os tipos de câncer. Em 2017, 16.724 mulheres morreram da doença (Instituto Nacional de Câncer, 2019).

O diagnóstico de câncer de mama ainda se mostra como um dos momentos mais difíceis para a paciente, provocando angústia e apreensão (Mattias et al., 2018), bem como tristeza e depressão, por ser a condição percebida como uma ameaça à integridade física e, muitas vezes, como um castigo e/ou punição. Além de provocar medo da morte, evocando sofrimento e reavaliação da própria vida (Andrade & Fonte, 2017).

As perdas causadas pelo tratamento e deflagradas no corpo da paciente também impactam a mulher, pois reverberam em seus representantes femininos, evidenciando medos relacionados à perda

da mama, levando as mulheres a terem vergonha de seu corpo, influenciando negativamente a autoestima, a autoimagem, os relacionamentos afetivos e a sexualidade (Araújo & Lima, 2015; Gomes, Soares & Silva, 2015). Para Tamburrino (2011), a retirada da mama, além de extirpar o câncer do corpo da mulher, também é vivenciada como um luto por essa parte de si que recebe tantas significações do feminino. A experiência de dor localiza-se tanto no corpo biológico, onde a doença e o procedimento invasivo acontecem, quanto no corpo subjetivo, representado pela dor psíquica da perda do seio. Uma perda narcísica, vivida no esquema e na imagem corporal, e que interfere nos investimentos libidinais e na construção de novas representações de si mesma (Zecchin, 2004).

Andersen, Goyal, Westbrook, Bishop e Carson (2017), em sua pesquisa longitudinal, encontraram altos índices de estresse e de depressão em mulheres no momento do diagnóstico do câncer de mama, que foram sofrendo diminuição, respectivamente, aos 12 e aos sete meses subsequentes. Os maiores índices apareceram nos primeiros quatro meses, provavelmente também associados à mastectomia e à quimioterapia.

Huang et al. (2019) investigaram os efeitos da quimioterapia nos aspectos cognitivos e encontraram associação entre níveis mais altos de depressão e déficits na memória entre as pacientes. Yang e Hendrix (2018), numa revisão sistemática de literatura, encontraram influência de aspectos psicológicos nos prejuízos cognitivos relatados pelas mulheres com câncer de mama: depressão, seguida de ansiedade e depressão com ansiedade foram as variáveis que mais apareceram. Wirkner et al. (2017) encontraram maiores índices de depressão e ansiedade entre as mulheres com câncer de mama do que no grupo controle, assim como elevados níveis de fadiga e menor desempenho da memória verbal.

Gomes et al. (2015) avaliaram a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas e encontraram, no domínio ambiental, maiores efeitos da cirurgia entre as mulheres que realizaram a mastectomia radical, se comparadas àquelas submetidas à cirurgia parcial, pela sensação de que a cirurgia as mutilara e impactara a feminilidade.

Gandini (2010) realizou um estudo com 30 mulheres mastectomizadas e concluiu que os efeitos do tratamento com a mastectomia, a linfadenectomia e a quimioterapia dificultavam o retorno da mulher ao trabalho. Para aquelas que conseguiam retomar suas atividades, as próprias expectativas e de sua chefia dificultavam dar continuidade ao trabalho. Na pesquisa de Al Zahrani, Alalawi, Yagoub, Saud e Siddig (2019), o trabalho foi um dos aspectos estudados para compreender a qualidade de vida das pacientes, com índices de bem-estar psicológico significativamente maiores entre as que trabalhavam.

Os dados mostram a urgência do atendimento psicológico da mulher com câncer, tanto na ocasião do diagnóstico como antes e depois da mastectomia. O tratamento psicológico na situação do câncer de mama atuaria como eficaz na redução do estresse, aumentando a qualidade de vida (Andersen et al., 2017). A aplicação de psicoterapia interpessoal no tratamento da ansiedade e depressão entre pacientes com câncer de mama foi realizada com 57 participantes que apresentavam transtornos mentais, em um hospital especializado na Etiópia. O estudo de dois braços comparou os resultados com 57 pacientes do grupo controle que não recebeu a intervenção. Os dados comprovam a melhoria significativa da ansiedade, depressão, funcionamento físico e qualidade de vida relacionada à

saúde, insônia e fadiga, o que reforça a importância das intervenções psicológicas de apoio às mulheres com esse quadro (Belay et al., 2021).

A literatura científica mostra que há um predomínio dos estudos sobre avaliação psicológica no contexto oncológico em relação às pesquisas de intervenção (Li, Fitzgerald, & Rodin, 2012; Lillo & Martini, 2013). Uma revisão integrativa de autoria de Silva e Ducatti (2022) identificou que a psicoterapia breve, grupos de apoio, aconselhamento, ações de psicoeducação e apoio da espiritualidade são intervenções que auxiliam as mulheres ao longo do processo de adoecimento e tratamento, reduzindo a ansiedade e os sintomas depressivos.

Burlamaque e Benincá (2021) utilizaram a entrevista semiestruturada e escrita autobiográfica como intervenção psicoterapêutica. As duas participantes receberam um diário e registraram suas próprias impressões, a partir de uma pergunta disparadora sobre o que poderiam compartilhar a respeito da vivência do câncer. Isso após um contato presencial com as pesquisadoras, que lhes mostraram depoimentos de outras mulheres registrados num blog especializado em câncer de mama. Apareceram nos diários aspectos como a insegurança de receber o diagnóstico com a palavra câncer; o medo de perder o cabelo durante a quimioterapia; o significado da mama como de muita importância para a mulher. As autoras consideraram que a experiência de escrita se mostrou psicoterapêutica com o acompanhamento de psicólogas, tendo ajudado a organizar e ressignificar a experiência do adoecimento também pelo processo de identificação com os relatos lidos.

Beutel et al. (2014) utilizaram a psicoterapia breve psicodinâmica para tratamento da depressão de mulheres com câncer de mama após a mastectomia e durante o tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia). Os resultados mostraram a eficácia desse modelo de psicoterapia para a melhora dos sintomas depressivos e da qualidade de vida. Visando a apresentar a proposta de psicoterapia breve para pacientes diagnosticadas com câncer de mama, Mijangos, Reyes e Solano (2019) apresentam estudo de caso de uma mulher no México e indicam o planejamento de um método de psicoterapia breve. Os autores concluem sobre a importância da inclusão de aspectos psicológicos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, além da utilização de outras terapêuticas para referido tratamento.

Nesse contexto, considera-se que a intervenção psicológica breve pode proporcionar atendimento psicológico urgente e específico às mulheres com câncer de mama, já que se trata de um adoecimento grave, com riscos reais para a vida, perdas deflagradas durante esse processo e significados psicológicos profundos. Estabeleceu-se como problema desta pesquisa: o método da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) poderia contribuir para a prevenção em nível secundário, quando o câncer já foi diagnosticado, e, em nível terciário, na reabilitação das mulheres mastectomizadas, e em qualquer momento em que houver crise adaptativa? A hipótese levantada é de que a psicoterapia breve contribuiria para a melhor adaptação e aceitação da experiência do adoecimento; do tratamento oncológico, que se mostra desgastante nos aspectos físicos e psicológicos; e, ainda, das possíveis sequelas do tratamento. Delineou-se, então, como objetivo da pesquisa, investigar os efeitos terapêuticos da PBO na adaptação de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento oncológico.

Método

O método desta investigação tem o delineamento de estudo de série de casos e utilizou o enfoque clínico-qualitativo, que busca compreender os significados dados aos fenômenos experienciados pelos sujeitos e como essas representações organizam suas vidas e suas relações com a saúde e a doença. A amostra foi intencional e por saturação (Turato, 2008). No caso das participantes, levantou-se a hipótese de crises por perda, associadas à perda da saúde e da mama, como situações-problema essencialmente novas em suas vidas. Entende-se que, na crise adaptativa, o sujeito não consegue encontrar uma resposta para o que se apresenta em sua vida, sendo a própria crise considerada a situação-problema. Realiza-se, então, uma avaliação retrospectiva – ou seja, antes da crise – para investigar a classificação do grupo adaptativo (Simon, 2005).

Foram realizadas entrevistas clínicas, e os dados obtidos foram analisados através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), desenvolvida por Simon (1989). A escala foi utilizada no diagnóstico inicial da adaptação das participantes e após o encerramento das sessões de PBO, a fim de verificar os resultados terapêuticos obtidos. No *follow-up*, agendado aproximadamente 40 dias após à última sessão da psicoterapia breve, nova avaliação da

adaptação com a EDAO foi realizada, a fim de verificar se os resultados obtidos se mantiveram, ou se houve alterações no funcionamento adaptativo.

Participantes do estudo

Participaram do estudo 17 mulheres, com idade entre 30 e 65 anos, diagnosticadas com câncer de mama e que estavam sendo submetidas, à época da realização da pesquisa, a uma das fases do tratamento oncológico: mastectomia, quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia.

Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo foi a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), desenvolvido por Simon (1989). Para o autor, a adaptação pode ser compreendida como o conjunto de respostas adotadas para situações variadas do seu dia a dia, diversas soluções que são necessárias para enfrentar a realidade e a vida cotidiana. Essas situações são denominadas como “situações-problema” e suscitam tanto a repetição de respostas já utilizadas, de forma consciente ou não, quanto exigem respostas completamente novas, tais como as que envolvem o adoecimento por câncer de mama. Quatro são os setores nos quais essas respostas foram avaliadas durante as entrevistas clínicas: a) afetivo-relacional (*A-R*); b) produtividade (*Pr*); c) orgânico (*Or*); e d) sociocultural (*S-C*), considerando os sentimentos, atitudes e ações relacionadas às situações em cada setor.

No setor *A-R*, as soluções voltadas aos relacionamentos interpessoais e aspectos intrapessoais; no setor *Pr*, aquelas relacionadas a trabalho, estudo, tarefas com as quais a pessoa se sinta produtiva, associadas ou não à remuneração; no setor *S-C*, as soluções encontradas para o convívio social e institucional, valores e normas sociais; e, no setor *Or*, como a pessoa lida com os cuidados com seu corpo, sua saúde, e com a doença, incluindo a adaptação aos tratamentos (Simon, 1989, p. 52).

A adequação das soluções é investigada sob três aspectos: a) a solução dos conflitos; b) a gratificação da pessoa com a solução obtida; e c) o aparecimento ou não de conflitos internos e/ou externos com a solução adotada. Em relação a esses aspectos, a avaliação setorial indica se as soluções encontradas para cada setor são adequadas, pouco ou pouquíssimo adequadas. As soluções serão *adequadas* se forem satisfatórias e

sem conflitos; *pouco adequadas*, se gerarem satisfação, embora com conflitos internos e/ou externos, ou se gerarem insatisfação, mas sem conflitos; e *pouquíssimo adequadas* quando gerarem insatisfação e conflitos internos e/ou externos (Simon, 2005).

Na avaliação pela EDAO atribui-se pontuação para os setores *A-R* e *Pr*; mas não se pontuam os setores *S-C* e *Or*. As informações destes dois últimos setores, no entanto, *são consideradas importantes* para a compreensão de aspectos adaptativos e psicológicos, e para o planejamento da psicoterapia breve. Dessa forma, a pontuação no setor *A-R* pode ser: a) *adequada* – 3 pontos; b) *pouco adequada* – 2 pontos; e c) *pouquíssima adequada* – 1 ponto. E no setor *Pr*: a) *adequada* – 2 pontos; b) *pouco adequada* – 1 ponto; e c) *pouquíssima adequada* – 0,5 ponto (Simon, 1989).

Através da pontuação dos setores *A-R* e *Pr* tem-se a classificação adaptativa sendo possíveis cinco grupos diagnósticos: a) Grupo 1 – *Adaptação Eficaz* (soma de 5,0 pontos); b) Grupo 2 – *Adaptação Ineficaz Leve* (soma de 4,0 pontos); c) Grupo 3 – *Adaptação Ineficaz Moderada* (soma de 3,0 a 3,5 pontos); d) Grupo 4 – *Adaptação Ineficaz Severa* (soma de 2,0 a 2,5 pontos); e e) Grupo 5 – *Adaptação Ineficaz Grave* (soma de 1,5 pontos). Em cada grupo pode ocorrer situação de crise adaptativa, podendo ser por ganho ou expectativa de ganho; perda ou expectativa de perda.

Acrescenta-se que um estudo realizado sobre a relação entre o conceito de eficácia adaptativa de Simon e indicadores de mudança em psicoterapia compreendeu que uma melhor adequação das respostas – ou seja, soluções mais adequadas para as situações-problema – estaria contemplada no que se concebe como mudança (Honda & Yoshida, 2013).

A EDAO foi utilizada antes do início da intervenção; após as sessões de PBO; e no *follow-up* de 30 a 40 dias após o término das sessões.

Intervenção

Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)

Simon (2005) desenvolveu o método da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), tendo em vista a reflexão sobre a necessidade da psicoterapia enquanto tratamento do sofrimento psíquico de forma viável para a população brasileira. O autor utilizou como referenciais teóricos: a Teoria da Adaptação (Simon, 1989), para fundamentar a

EDAO, e os pressupostos da psicanálise freudiana e kleiniana (Simon, 1989). Isso pressupõe que aspectos inconscientes engendrados nas situações-problema sejam compreendidos, bem como que a técnica da transferência seja utilizada, sendo as relações objetais com pessoas importantes na vida do paciente consideradas no processo de identificação projetiva. A transferência negativa é interpretada; e a técnica da interpretação é considerada como valiosa e adaptada ao método breve, de modo que a contratransferência (contraidentificação projetiva) pode ser observada pelo psicoterapeuta como uma contribuição ao conhecimento do funcionamento psicodinâmico do paciente.

Após as entrevistas clínicas e a avaliação adaptativa pela EDAO, os dados contemplam a compreensão psicodinâmica de cada caso. São identificados: a) *a situação-problema*; b) *as relações cotransferenciais* do paciente, ou seja, relações transferenciais não com o psicoterapeuta, mas com outras pessoas de sua convivência; e c) seus dinamismos inconscientes e as relações com o meio externo, não só conforme relatados pelo paciente, mas também inferidos da relação transferencial, possibilitando a *interpretação teorizada*, que será inicialmente uma “hipótese interpretativa” (Gebara, 2011, p. 58). Como a principal técnica da PBO, seu desenvolvimento durante as sessões é baseado

. . . no conhecimento da história do paciente através das entrevistas e sessões, aplicando sobre elas a teoria psicanalítica dos dinamismos inconscientes originados nas relações com pessoas significativas da infância – ou na fantasia – e que foram incorporadas como relações objetais internas reprimidas ou dissociadas, formando complexos inconscientes”. (Simon, 2005, p. 159)

O planejamento envolve o número de sessões que serão adotadas em cada caso, que podem variar de uma a 12 sessões. A frequência recomendada é de uma sessão semanal, mas, em crise adaptativa, o paciente necessita de maior apoio e acolhimento psicoterapêutico, podendo, nesse caso, ser realizadas duas ou mais sessões por semana (Simon, 2005). O atendimento da PBO é realizado face a face; a postura do terapeuta é mais ativa e diretiva do que na psicoterapia psicanalítica, mais amistosa, e, por isso mesmo, menos neutra, podendo utilizar sugestões

transferenciais para lidar com questões que suscitem medo e angústia (Simon, 2005).

Procedimento

A pesquisa foi realizada em ambulatório de oncologia que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em complexo hospitalar municipal no Grande ABC, sendo iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do hospital, sob o número 060/2012.

Foram contatadas 30 pacientes do ambulatório e agendados horários individuais com as 22 que aceitaram receber mais esclarecimentos sobre a pesquisa, tais como objetivo, sigilo das informações e demais questões éticas. As 17 que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a primeira entrevista foi iniciada. Ao término das entrevistas, a avaliação adaptativa com a EDAO e o planejamento da PBO foram realizados. As sessões de psicoterapia breve com as participantes que concordaram em prosseguir tiveram início nesse momento, sendo que as entrevistas e

sessões foram realizadas em sala adequada para este fim, agendadas semanalmente, em horário comercial (respeitando-se o horário do ambulatório), com duração de 50 minutos cada uma. Sempre que possível, foram realizadas no mesmo dia da semana e horário, tendo em vista a rotina de procedimentos médicos e a própria condição de saúde das participantes.

A própria autora realizou as entrevistas clínicas, assim como a avaliação com a EDAO, e deu sequência ao atendimento psicoterápico de cada participante do estudo.

Resultados e Discussão

Quanto à idade das participantes no momento do diagnóstico de câncer de mama, a média foi registrada em 46,5 anos, estando a maior parte delas entre 40 e 50 anos no momento da notícia do diagnóstico oncológico.

Na Tabela 1 estão as participantes, identificadas por nomes fictícios, com seus respectivos dados sociodemográficos e tratamentos realizados até o momento da pesquisa.

Tabela 1
Caracterização das participantes.

Participantes	Idade	Escolaridade	Estado civil	Situação Laboral	Tempo de diagnóstico (em meses)	Tratamentos
Amélia	>50	Fundamental Incompleto	Viúva	Desempregada	25-30	MT parcial, LT, QT, RT, em* HT
Bárbara	40-50	Superior	Solteira	Auxílio-doença	19-24	MT parcial, QT, RT, em HT
Cida	>50	Ensino Médio	Casada	Aposentada	19-24	MT parcial, LT, QT, RT, em HT
Dina	<35	Ensino Médio	Solteira	Auxílio-doença	7-12	MT radical, em QT
Emma**	40-50	Ensino Fundamental	Solteira	Informal	25-30	MT radical, LT, RT, em HT
Fátima**	40-50	Ensino Médio	Separada	Desempregada	13-18	MT radical, LT, QT, RT, em HT
Gina	40-50	Ensino Médio	Separada	Auxílio-doença	7-12	MT radical, LT, em QT
Heloísa	>60	Ensino Médio	Solteira	Aposentada	7-12	MT radical, LT, em QT
Isis	40-50	Ensino Médio	Separada	Auxílio-doença	0-6	MT parcial, LT, em QT
Janete	>50	Ensino Médio	Solteira	Aposentada	13-18	MT radical, LT, QT, RT em HT
Karina	40-50	Ensino Médio	Separada	Auxílio-doença	13-18	MT radical, LT, QT, RT, em HT
Luana	<35	Ensino Médio	Separada	Desempregada	0-6	Em QT

continua...

...continuação

Participantes	Idade	Escolaridade	Estado civil	Situação Laboral	Tempo de diagnóstico (em meses)	Tratamentos
Margareth	>50	Superior	Viúva	Aposentada	0-6	MT parcial, LT, em QT
Núbia**	40-50	Ensino Médio	Separada	Auxílio-doença	7-12	MT radical, LT, QT, RT, em HT
Olívia	40-50	Ensino Médio	Casada	Do lar	0-6	MT radical, em QT
Pietra**	>50	Superior	Casada	Auxílio-doença	7-12	MT radical, LT, em QT
Quitéria	40-50	Ensino Médio	Casada	Informal	0-6	MT radical, LT, em QT

Legenda: *o termo “em” foi inserido quando o tratamento ainda estava em andamento; **participantes com procura espontânea. MT: mastectomia, LT: linfadenectomia, QT: quimioterapia, RT: radioterapia, HT: hormonioterapia

Quanto aos dados sociodemográficos, a média da idade entre as 17 participantes foi de 47,8 anos, havendo variação de 32 a 65 anos, abaixo de outros estudos consultados, cuja média de idade mostrou-se em 51,8 anos (Beutel et al., 2014) e 56,1 anos (Gomes et al., 2015). Entre o total das 17, quatro participantes haviam procurado espontaneamente por atendimento psicológico no ambulatório, foram convidadas e aceitaram participar da pesquisa. Elas serão referidas no texto como participantes com procura espontânea.

Em relação à escolaridade, a maior parte delas, 70% (n=12), completou o Ensino Médio, assim como em Al Zahrani et al. (2019), que teve a maior parte de sua amostra – 42,7% – correspondente a tal nível de escolaridade, e estando um pouco abaixo da porcentagem de 47% do estudo de Beutel et al. (2014). Quanto ao estado civil, a maior parte das participantes estava separada, seguida pelas solteiras, diferentemente de outro estudo, cuja maior parte da amostra, 55%, estava casada (Beutel et al., 2014).

Quanto às quatro participantes com procura espontânea, todas haviam realizado a mastectomia radical e a linfadenectomia, e três delas faziam quimioterapia, o que pode justificar a procura por apoio psicológico, já que são tratamentos que produzem importante impacto psicológico, como afirmam Andersen et al. (2017), Araújo e Lima (2015) e Gomes et al. (2015).

Análise adaptativa das participantes

Na Tabela 2 estão os dados sobre o grupo adaptativo a partir da avaliação pela EDAO, a evolução adaptativa com a PBO e o número de sessões que foram planejadas. A escolha do número de sessões foi realizada diante da compreensão adaptativa e

psicodinâmica de cada participante, tal como orienta Simon (2005). Foram consideradas as possibilidades e limites da psicoterapia breve, mas a escolha precisou ser também ajustada à fase do tratamento oncológico a que as participantes precisariam se submeter e à agenda de intervenções médicas daquele momento.

Analisando os 17 casos atendidos, houve evolução no grupo adaptativo das participantes em 82,4% (n=14) dos casos após as sessões de PBO, que se manteve no *follow-up*. Em Olívia, a melhora foi avaliada no *follow-up*. No estudo de Gebara (2011), embora com população e números de participantes diferentes, o índice de evolução com a PBO mostrou-se aproximado: 86,7% em sua amostra de 30 participantes, entre homens e mulheres que buscaram psicoterapia numa clínica-escola.

As três participantes que não evoluíram de grupo adaptativo, Janete, Núbia e Quitéria, estavam no Grupo 4. Núbia interrompeu as sessões de PBO antes do término, assim como Gina e Luana, o que correspondeu a 17,6% do total das participantes, percentual inferior ao índice de 30% de desistência encontrado por Beutel et al. (2014) em pacientes com câncer de mama em intervenção psicológica.

A Tabela 3 demonstra que em termos setoriais, o diagnóstico inicial mostra o *setor A-R* com avaliação *pouquíssimo adequada* em 70,6% das participantes (n=12) e *pouco adequada* em 29,4% (n=5), não havendo participantes com avaliação *adequada*. O *setor Pr* apresentou avaliação *pouco adequada* em 58,8% (n=10); *pouquíssimo adequada* em 23,5% (n=4) e avaliação *adequada* 17,7% (n=3). Verificou-se que no diagnóstico final, o *setor A-R* apresentou soluções mais adequadas após a psicoterapia breve em 52,9% (n=9). O *setor Pr* mostrou evolução em 58,8% (n=10), que obtiveram soluções mais adequadas.

Tabela 2
Avaliação adaptativa antes da PBO, depois da PBO e no *follow-up*.

Participantes	Inicial	Grupo	Sessões	Final	Grupo	Follow-up	Grupo
Olívia	Ineficaz Leve	2	6	Ineficaz Leve	2	Adaptação Eficaz	1
Pietra*	Ineficaz Leve	2	8	Adaptação Eficaz	1	Adaptação Eficaz	1
Amélia	Ineficaz Moderada Em crise	3	8	Ineficaz Leve	2	Ineficaz Leve	2
Cida	Ineficaz Moderada	3	10	Ineficaz Leve	2	Ineficaz Leve	2
Margareth	Ineficaz Moderada	3	8	Ineficaz Leve	2	Ineficaz Leve	2
Bárbara	Ineficaz Severa Em crise	4	8	Ineficaz Moderada	3	Ineficaz Leve	2
Emma*	Ineficaz Severa Em crise	4	12	Ineficaz Moderada	3	Ineficaz Leve	2
Fátima*	Ineficaz Severa Em crise	4	12	Ineficaz Moderada	3	Ineficaz Leve	2
Gina	Ineficaz Severa Em crise	4	10	Ineficaz Moderada	3	n/a	
Heloisa	Ineficaz Severa	4	10	Ineficaz Leve	2	Ineficaz Leve	2
Janete	Ineficaz Severa Em crise	4	10	Ineficaz Severa	4	Ineficaz Severa	4
Núbia*	Ineficaz Severa	4	12	Ineficaz Severa	4	n/a	
Karina	Ineficaz Severa	4	10	Ineficaz Leve	2	n/a	
Quitéria	Ineficaz Severa	4	4	Ineficaz Severa	4	Ineficaz Severa	4
Dina	Ineficaz Grave	5	6	Ineficaz Moderada	3	Ineficaz Moderada	3
Isis	Ineficaz Grave	5	8	Ineficaz Severa	4	Ineficaz Severa	4
Luana	Ineficaz Grave Em crise	5	8	Ineficaz Severa	4	Ineficaz Severa	4

Legenda: n/a – não avaliado; * Participantes com procura espontânea.

Tabela 3
Evolução setorial dos setores *A-R* e *Pr*.

Participantes	Setor A-R			Setor Pr		
	Inicial	Final	Follow-up	Inicial	Final	Follow-up
Amélia	PA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Bárbara	PqA	PA	PA	PA	PA	Ad
Cida	PA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Dina	PqA	PA	PA	PqA	PA	PA
Emma	PqA	PA	PA	PA	PA	PA
Fátima	PA	PA	PA	PqA	PA	Ad
Gina	PqA	PA	n/a	PA	PA	n/a
Heloísa	PqA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Isis	PqA	PqA	PqA	PqA	PA	PA
Janete	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Karina	PqA	PA	n/a	PA	Ad	n/a
Quitéria	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Luana	PqA	PqA	PqA	PqA	PA	PA
Margareth	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Núbia	PqA	PqA	n/a	PA	PA	n/a
Olívia	PA	PA	Ad	Ad	Ad	Ad
Pietra	PA	Ad	Ad	Ad	Ad	Ad
Quitéria	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA

Legenda: Ad – Adequada, PA – Pouco Adequada, PqA – Pouquíssimo Adequada.

n/a – não avaliado.

Ademais, no diagnóstico inicial, o setor *Or* obteve avaliação *pouquíssimo adequada* em 94% (n=16); *pouco adequada* em 6% (n=1); e nenhuma avaliação *adequada*. O setor *S-C* obteve avaliação *pouco adequada* em 58,8% (n=10) dos casos, e *adequada* em

41,2% (n=7), não recebendo avaliação *pouquíssimo adequada*. No diagnóstico final, a avaliação em relação aos setores *Or* e *S-C*, respectivamente, mostrou soluções mais adequadas em 70,6% (n=14) e 29,4% (n=5) dos casos, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4
Evolução setorial dos setores *Or* e *S-C*.

Participantes	Setor Or			Setor S-C		
	Inicial	Final	Follow-up	Inicial	Final	Follow-up
Amélia	PqA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Bárbara	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Cida	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Dina	PqA	PA	PA	Ad	Ad	Ad
Emma	PA	PA	PA	PA	PA	Ad
Fátima	PqA	PA	PA	PA	PA	Ad
Gina	PqA	PA	n/a	Ad	Ad	n/a

continua...

...continuação

Participantes	Setor Or			Setor S-C		
	Inicial	Final	Follow-up	Inicial	Final	Follow-up
Heloísa	PqA	PA	PA	PA	Ad	Ad
Isis	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Janete	PqA	PA	PA	PA	PA	PA
Karina	PqA	PA	n/a	PA	PA	n/a
Quitéria	PqA	PqA	PA	PA	Ad	Ad
Luana	PqA	PqA	PqA	PA	PA	PA
Margareth	PqA	PqA	PA	Ad	Ad	Ad
Núbia	PqA	PA	n/a	PA	PA	n/a
Olívia	PqA	PqA	PA	Ad	Ad	Ad
Pietra	PqA	PqA	PA	Ad	Ad	Ad
Quitéria	PqA	PqA	PA	PA	Ad	Ad

Legenda: Ad – adequada, PA – pouco adequada, PqA – pouquíssimo adequada.
n/a – não avaliado.

Exame das situações-problema

Os resultados demonstrados poderão ser melhor compreendidos verificando as situações-problema de cada participante e seu impacto sobre as soluções dos setores adaptativos. Para as participantes em crise adaptativa, a situação-problema encontrava-se:

- No setor *Or*, para Amélia e Gina, tratava-se da possibilidade de metástase, e, para Luana, do anúncio da mastectomia radical que se aproximava.
- No setor *A-R*, para Bárbara, o medo da rejeição após as mudanças vivenciadas com o tratamento do câncer; para Emma, o luto pela perda da mãe; e Janete vivenciava o adoecimento neurológico da mãe. No caso destas duas últimas, havia um sentimento de solidão nas participantes, deflagrando a dependência da figura materna e a imaturidade afetiva.
- No setor *Prestava* Fátima, impactada pelas sequelas do tratamento que provocavam mudanças físicas que a impediam de retomar seu antigo trabalho.

Configuram, portanto, situações de crise por perda ou expectativa de perda, e aquelas relacionadas ao adoecimento mostravam significações conflituosas: a quimioterapia como “um veneno”; a mastectomia como “mutiladora”; a possibilidade de metástase como o medo de “começar tudo de novo” e de que seus esforços com o tratamento tivessem sido em vão. (Andersen et al., 2017, Gomes et al., 2015).

A situação-problema das demais participantes, que não estavam em crise adaptativa, mostrou-se localizada:

- No setor *Or*, para Heloísa, às voltas com nova metástase e deterioração física, além dos riscos que mais um tratamento de quimioterapia lhe trazia; para Olívia, o desconforto físico causado pela mastectomia, intensificando a sensação de gravidade de seu diagnóstico de câncer e fazendo-a temer a morte.
- No setor *A-R*, para Isis, Karina, Margareth e Pietra, a fantasia persecutória acentuada de que o câncer era um castigo, mostrando um superego rígido, mas também uma tentativa de explicar o câncer intelectualmente, de achar um lugar para ele em suas mentes, reforçadas por crenças de senso comum localizadas no setor *S-C*; e, para Quitéria, as defesas acentuadas de cisão na tentativa de proteger-se da angústia do adoecimento e da perda da mama (Klein, 1970, Araújo & Lima, 2015).
- No setor *Pr*, para Cida, o desafio de retomar suas atividades diárias; para Dina, a tentativa de encontrar um trabalho nessas condições; e, para Núbia, a necessidade de retornar ao trabalho e adaptar-se a ele. As três participantes estavam às voltas com os efeitos da fadiga do tratamento do câncer limitando sua capacidade de produção, o que se mostrou de acordo com Gandini (2010).

Para as participantes cuja situação-problema estava localizada no setor *Or*, embora elas tenham aderido ao tratamento oncológico recomendado, o adoecimento e o próprio tratamento mobilizaram insatisfação, conflitos internos e/ou externos, deflagrados nas soluções pouquíssimo adequadas daquele setor, o que exercia influência sobre os demais setores. O adoecimento era de tal forma inusitado e impactante do ponto de vista físico e psíquico que limitava o acesso de suas soluções a outras experiências anteriores de dor, sofrimento e aprendizado, pois não parecia possível compará-las ao impacto e sofrimento da experiência atual (Andrade & Fonte, 2017; Zecchin, 2004). A influência do setor *Or* sobre os setores *A-R* e *Pr* pode ser comprovada pelo fato de nenhuma participante ter sido avaliada inicialmente no Grupo 1, com adaptação eficaz (Simon, 1989; 2005).

Relatos destas participantes mostram que a intensificação da pulsão de morte no setor orgânico, devido ao estado de adoecimento grave e à mutilação da mama na mastectomia, exerceu pressão no setor afetivo-relacional, provocando sentimentos de depressão, culpa e angústias persecutórias (Simon, 2005). Podemos ilustrar com os seguintes relatos: “*era uma sensação de morte*” (Cida); “*câncer de mama? Você acha que vai morrer!*” (Amélia); “*Tenho medo de morrer, mas também de depender das pessoas*” (Margareth); “*tenho vontade de sumir*” (Fátima); “*estava deprimindo [pelo] fantasma [do câncer]*” (Gina); “*tenho medo de deprimir*” (Quitéria); “*meu mundo desabou*” (Karina); “*chorei muito e fiquei desesperada*” (Dina); e “*não acreditava que estivesse com essa doença*” (Luana).

Nesses casos, pode-se retomar o medo do aniquilamento, que, para Klein (1970), surge do investimento da pulsão de morte contra o organismo, neste caso amado e temido, sendo a causa da ansiedade persecutória intensificada pelas experiências dolorosas do adoecimento e do tratamento oncológico.

A intervenção em PBO

Ao final das entrevistas, uma devolutiva foi oferecida para cada uma das participantes na primeira sessão de PBO, como uma pequena retrospectiva dos relatos da história de vida e esclarecimento de sua situação-problema atual, sendo realizado o contrato terapêutico na sequência. A devolutiva mostrou-se como um momento de acolhimento para as participantes,

de seus relatos e angústias, sendo considerada como fundamental para que compreendessem os objetivos da PBO. Isso foi importante na motivação e adesão à pesquisa, assim como na necessidade de sua postura participativa no processo psicoterapêutico. Nesse momento, mas também durante as entrevistas, intervenções suportivas foram utilizadas nas participantes que estavam em situação de crise adaptativa e nos demais casos, quando necessário.

A interpretação teorizada foi utilizada contemplando cada caso, de modo que a compreensão de aspectos psicodinâmicos engendrados na situação-problema e conectados à história de vida foi essencial. A interpretação foi sendo esclarecida sessão a sessão, paulatinamente, buscando aproximação com as representações psíquicas do adoecimento, legitimando o sofrimento pelo diagnóstico de câncer e pelo tratamento, lançando luz nas soluções inadequadas do passado e da situação atual (Simon, 2005).

Dentre aquelas que evoluíram de grupo adaptativo, a PBO possibilitou que:

- Pietra ressignificasse o sofrimento por seu adoecimento por câncer de mama para um momento de amadurecimento, com possibilidade de mudança na sua autoimagem, relacionamentos e projetos para o futuro;
- Amélia repensasse a hormonioterapia como uma fase de “voltar à vida”;
- Margareth ressignificasse o adoecimento, passando a vê-lo não como um castigo, mas como uma vicissitude da vida;
- Cida mencionasse que, após a psicoterapia, não percebia mais “aquele medo e desespero que sentia”;
- Bárbara enfrentasse seu medo da rejeição e retornasse ao trabalho, percebendo sua nova situação de saúde de forma mais realista.
- Fátima compreendesse e aceitasse as sequelas da linfadenectomia, resgatando habilidades que poderiam ser investidas em uma nova profissão.
- Heloisa aceitasse sua autoimagem após a mastectomia. Diante do risco real de morte, aproveitou as sessões para resgatar seu passado, percebendo situações positivas e negativas, integrando-as e reparando-as, amparada pelo superego benigno, conforme Simon (2005), e pelo bom objeto internalizado, segundo Klein (1981), diante de sua difícil situação de metástases.

- Olivia demonstrasse diminuição da angústia depressiva, assumindo seus desejos e necessidades, e implementasse mudanças positivas na relação com o marido, com soluções mais adequadas no setor *A-R*.
- Isis apresentasse diminuição da fantasia onipotente de controle sobre o adoecimento, vindo a aceitar o cuidado da família.
- Dina resignificasse o adoecimento e o enfrentasse, retomando projetos futuros e melhorando a adequação das soluções nos setores *A-R* e *Pr*.
- Emma lidasse com a solidão e sensação de abandono após a morte da mãe. Aceitando as sugestões transferenciais, pôde resgatar vínculos com amigos antigos, desenvolvendo uma rede de apoio e diminuindo os conflitos internos com soluções mais adequadas no setor *A-R*.
- Karina, que vivenciava um luto por si mesma com a perda da mama (Tamburrino, 2011) e dos cabelos, compreendesse aspectos narcísicos importantes, com evolução da adequação das soluções nos setores *A-R*, *Pr* e *Or*, embora essa mudança não tenha sido confirmada no *follow-up*.

Gina, Luana e Núbia interromperam a psicoterapia antes do término das sessões programadas. A avaliação na última sessão realizada, contudo, mostrou que Gina e Luana evoluíram de grupo adaptativo.

- Gina elaborou a crise por perda e teve evolução de grupo adaptativo, embora não tenha sido possível confirmar a manutenção da evolução ao final do processo e no *follow-up*.
- Luana, a única participante que ainda não havia realizado a mastectomia, demonstrou um abrandamento da intensa angústia persecutória diante da cirurgia.

Núbia, que demonstrou intensa angústia e insegurança em voltar ao trabalho, não deu prosseguimento às sessões. Apesar da interpretação da transferência negativa, pôde rever as soluções pouco adequadas do setor *Pr*, repensando seu trabalho e futuro profissional, embora não tenha sido suficiente para evolução de grupo adaptativo.

Quitéria e Janete não evoluíram de grupo adaptativo, embora algumas mudanças tenham sido notadas. Quitéria demonstrou aceitação da necessidade de cuidados para sua condição de adoecimento. Com

diminuição das defesas de cisão, as soluções mais adequadas no setor *Or* foram avaliadas no *follow-up* com um melhor aproveitamento do tratamento oncológico (Klein, 1970; 1981). Janete vivenciava a crise pela perda anunciada da mãe e encontrava-se num estado de solidão intensa, precipitada pela repetição de soluções pouquíssimo adequadas no setor *A-R*. No entanto, apresentou melhora no cuidado consigo mesma, com soluções mais adequadas no setor *Or* durante a hormonioterapia.

Considerações finais

O objetivo do estudo de investigar os efeitos terapêuticos da PBO na adaptação de mulheres com câncer de mama foi cumprido, tendo em vista a evolução dos casos clínicos, demonstrada nos resultados. Entende-se que um método de psicoterapia breve se faz necessário para atender às demandas desta população, assim como a avaliação de sua terapêutica pode contribuir com evidências científicas que demonstrem a eficiência de um método de psicoterapia breve de abordagem psicodinâmica, neste caso, a PBO.

As participantes vivenciavam o desafio da aceitação e adaptação à nova realidade de adoecimento e tratamentos, que apresentava risco à vida e provocava sofrimento psíquico, angústias ou defesas exacerbadas, mesmo naquelas cujas situações-problema estavam em setores que não o setor *Or*.

Para as participantes que evoluíram de grupo adaptativo, percebeu-se que a PBO contribuiu para a evolução adaptativa e para soluções mais adequadas no setor *Or*, o que reverberou para os demais setores, principalmente para *A-R* e *Pr*. Pode-se observar a solução da situação-problema atual e da crise adaptativa por perda, além da legitimação do sofrimento com o adoecimento e com as perdas ocasionadas pelo tratamento. É possível afirmar que isso preveniu a deterioração ainda maior da adaptação.

Nos Grupos 2 e 3, pôde-se contar com a aliança terapêutica e com a transferência positiva desde as entrevistas, o que favoreceu a compreensão e aceitação da interpretação teorizada. Nos Grupos 4 e 5, a transferência negativa mostrou-se mais frequente, o que dificultou o trabalho terapêutico, permeado pela angústia persecutória e pela desconfiança na terapeuta.

Para as participantes com maior rigidez, cuja pressão da pulsão de morte no setor *Or* não pôde ser abrandada, não houve evolução de grupo adaptativo, com o excesso de defesas contra a angústia

gerada pela situação-problema, limitando os efeitos terapêuticos da PBO. A evolução adaptativa e psicodinâmica ficou restrita nesses casos, o que levanta a hipótese de que o método não atendeu às necessidades dessas participantes em particular e/ou de que o processo psicoterapêutico não ocorreu no momento mais propício para essas mulheres, sugerindo a necessidade de novas pesquisas.

Consideramos que a PBO, adaptada ao contexto do ambulatório e à realidade das participantes, trouxe respeito à situação de adoecimento e tratamento que ocorria no aqui e agora, num *setting* terapêutico específico, contribuindo para que a maior parte delas aderisse às sessões. A motivação de duas das três participantes com procura espontânea favoreceu seu aproveitamento das sessões, mas a motivação também favoreceu aquelas que aceitaram participar da pesquisa. Pode-se considerar, no entanto, que, no caso das participantes que não evoluíram de grupo adaptativo, além da questão do método, o sucesso da psicoterapia breve pode ter sido dificultado pelo fato de ela acontecer no mesmo local que demarcava seu sofrimento psíquico, o que pode ter se configurado como uma limitação do estudo nesses casos.

A avaliação pela EDAO final e no *follow-up* terem sido realizadas pela mesma pesquisadora poderia ser uma limitação do estudo, haja vista a importância da imparcialidade no processo. Nesse sentido, as entrevistas, a análise adaptativa e psicodinâmica e as sessões de todos os casos foram acompanhadas por uma psicóloga em supervisão clínica. Buscou-se, dessa forma, que fossem percebidos e discutidos os efeitos

da contratransferência e de um possível desejo de melhora que poderia surgir na psicoterapeuta, com objetivo de não interferirem nos resultados. Deve-se considerar que pesquisas que se utilizam da intervenção com psicoterapia implicam na importância da construção de um vínculo, e foi considerado que inserir outra pesquisadora junto às participantes, no momento final da intervenção, poderia ter impacto negativo no levantamento de material clínico necessário para a análise da EDAO.

Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas que utilizem não só a avaliação psicológica, que se mostra mais comum na literatura científica, mas também a intervenção psicológica para essa população. Os métodos psicoterápicos breves psicodinâmicos podem ser ferramentas importantes para a diminuição do sofrimento psíquico durante o processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, favorecendo ainda a adesão ao tratamento através da melhor compreensão dos significados do adoecimento.

Sugere-se, ainda, que se investiguem os efeitos terapêuticos da PBO em pacientes com outros tipos de câncer, já que as estimativas de casos tendem a crescer no Brasil e no mundo; e é importante que métodos eficientes, que se mostrem efetivos para os profissionais da psicologia, sejam aplicados nesse contexto. Uma sugestão complementar é que outros instrumentos sejam associados à EDAO na análise da melhora em psicoterapia breve, a fim de que contribuam com a verificação da eficiência desse método psicoterápico.

Referências

- Al Zahrani, A. M., Alalawi, Y., Yagoub, U., Saud, N., & Siddig, K. (2019). Quality of life of women with breast cancer undergoing treatment and follow-up at King Salman Armed Forces Hospital in Tabuk, Saudi Arabia. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 11, 199-208. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S200605>
- Andersen, B. L., Goyal, N. G., Westbrook, T.D., Bishop, B., & Carson, W.E. (2017). Trajectories of stress, depressive symptoms, and immunity in cancer survivors: Diagnosis to 5 years. *Clinical Cancer Research*, 23(1), 52-61. <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-16-0574>
- Andrade, F., & Fonte, C. (2017). Significados da doença, morte e perdão em mulheres com cancro da mama. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(1), 65-80. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.sdmp>
- Araújo, R. S., & Lima, N. L. (2015). A clínica psicanalítica no hospital com mulheres em tratamento de câncer de mama. *Tempo Psicanalítico*, 47(2), 90-102. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v47n2/v47n2a06.pdf>
- Belay, W., Ejigu, A., Gufue, Z. H., Haileselassie, W., Kaba, M., Labisso, W. L., Sahle, Z., Tigeneh, W., Bahereteb, Y., & Zergaw, A. (2021). The effect of interpersonal psychotherapy on quality of life among breast cancer patients with common mental health disorder: A randomized control trial at Tikur Anbessa Specialized Hospital. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 965-972. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-602596/v1>


- Beutel, M. E., Barthel, Y., Brähler, E., Haselbacher, A., Imruck, B. H., Kunt, S., Leuteritz, K., Ruckes, C., Weißflog, G., Wiltink, J., & Zwerenz, R. (2014). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: Results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of Oncology*, 25(2), 378-384. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt526>
- Burlamaque, A. V., & Benincá, C. R. S. (2021). Experiência da escrita: Intervenção psicoterapêutica com mulheres em tratamento do câncer de mama. *Revista Desenredo*, 17(3), 670-686. <https://doi.org/10.5335/rdes.v17i3.13013>
- Mattias, S. R., Lima, N. M., Santos, I. D. L., Pinto, K. R. T. F., Bernardy, C. C. F., & Sodré, T. M. (2018). Câncer de mama: Sentimentos e percepções das mulheres diante do diagnóstico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 385-390. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.385-390>
- Huang, Z., Chao, H. H., Cheng, H., Ding, K., Li, C.-S., Lv, Y., Zhang, C., & Zhao, J. (2019). Depression involved in self-reported prospective memory problems in survivors of breast cancer who have received chemotherapy. *Medicine*, 98(16), e15301. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015301>
- Silva, L. H., & Ducatti, M. (2022). Apoio psicológico a pacientes com câncer de mama: Revisão integrativa. *Revista Eixo*, 11(3), 89-96. <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/978/627>
- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1187-1196. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7372>
- Gandini, R. C. (2010). Câncer de mama: Consequências da mastectomia na produtividade. *Temas em Psicologia*, 18(2), 449-456. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a18.pdf>
- Gebara, A. C. (2011). *Técnica da interpretação em psicoterapia breve operacionalizada*. Vektor.
- Gomes, N. S.G., Soares, M. B.O., & Silva, S. R. (2015). Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 120-126. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50098/41208>
- Wirkner, J., Weimar, M., Löw, A., Hamm, C., Struck, A. M., Kirschbaum, C., & Hamm, A. (2017). Cognitive functioning and emotion processing in breast cancer survivors and controls: An ERP pilot study. *Psychophysiology*, 54(8), 1209-1222. <https://doi.org/10.1111/psyp.12874>
- Yang, Y., & Hendrix, C. C. (2018). Cancer-related cognitive impairment in breast cancer patients: Influences of psychological variables. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 296-306. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_16_18
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2013). Mudança em psicoterapia: Indicadores genéricos e eficácia adaptativa. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 589-597. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a06v18n4.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer. (2019). *A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação*. INCA. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>
- Instituto Nacional de Câncer. (2022). *Estimativa 2023: Incidência do câncer no Brasil*. INCA. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- Klein, M., Ames, T. H., Broadwin, I. T., Glover, E., Kris, M., Lorand, S., & Oberndorf, C.P. (1970). *A psicanálise de hoje: A aproximação moderna aos problemas humanos – Parte 1: Psicologia da infância e adolescência* (E. D. Velloso, Trad.). Imago.
- Klein, M. (1981) O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos. In M. Klein. *Contribuições à psicanálise* (M. Mailet, Trad.; 2a ed., pp. 391-424). Mestre Jou.
- Lillo, S., & Martini, N. (2013). Principales tendencias iberoamericanas en psicología clínica: Un estudio basado en la evidencia científica. *Terapia Psicológica*, 31(3), 363-371. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art11.pdf>
- Mijangos, S. N. H., Reyes, D. L., & Solano, G. S. (2019). Psicoterapia breve para pacientes que sufren cáncer de mama. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 49-62. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-80>
- Simon, R. (1989). *Psicoterapia clínica preventiva: Novos fundamentos*. EPU.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia breve operacionalizada: Teoria e técnica*. Casa do Psicólogo.

- Tamburrino, G. (2011). Subjetividade e câncer de mama: Transformações a partir do adoec(s)er. *Revista Brasileira de Medicina*, 68(5), 19–28.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3a ed.). Vozes.
- Zecchin, R. N. (2004). *A perda do seio: Um trabalho institucional com mulheres com câncer de mama*. Casa do Psicólogo, Fapesp, Educ.

Nirã dos Santos Valentim

Docente do curso de Psicologia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul – SP. Brasil. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo – SP. Brasil. Especialista em Psicoterapia Breve Operacionalizada pela Universidade Paulista (UNIP), São Paulo – SP. Brasil.


Email: niravalentim@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0866-1674>

Kayoko Yamamoto

Professora Doutora aposentada do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo – SP. Brasil. Coordenadora do Curso de Especialização em Psicoterapia Breve Operacionalizada e Psicoterapia Psicanalítica na Universidade Paulista (UNIP), São Paulo – SP. Brasil.

E-mail: kayamato@terra.com.br

 <https://orcid.org/0000-0003-3495-485X>

Endereço para envio de correspondência:

Nirã dos Santos Valentim. Rua Piauí, 88, Bairro Santa Paula, São Caetano do Sul, SP, CEP 09541-150. São Caetano do Sul – SP. Brasil.

Recebido 13/04/2022

Aceito 15/02/2023

Received 04/13/2022

Approved 02/15/2023

Recibido 13/04/2022

Aceptado 15/02/2023

Como citar: Valentim, N. S., & Yamamoto, K. (2024). Psicoterapia Breve Operacionalizada na Adaptação de Mulheres com Câncer de Mama: Coletânea de casos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, 1-15.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003263084>

How to cite: Valentim, N. S., & Yamamoto, K. (2024). Brief Psychotherapy Operationalized in Adaptation of Women with Breast Cancer: Case selection. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003263084>

Cómo citar: Valentim, N. S., & Yamamoto, K. (2024). Psicoterapia Breve Operacionalizada en la Adaptación de Mujeres con Câncer de Mama: Recopilación de casos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, 1-15.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003263084>