

Repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento em pacientes do sexo masculino com câncer avançado

Professional and daily repercussions of illness in male patients with advanced cancer

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis^I

Universidade Federal de Santa Catarina.

Luísa da Rosa Olesiak^{II}

Alberto Manuel Quintana^{III}

Universidade Federal de Santa Maria.

Camila Peixoto Farias^{IV}

Universidade Federal de Pelotas.

Resumo

O câncer é uma doença que provoca diversas repercussões, dentre as quais está o próprio adoecimento, tratamentos e hospitalização. Essas questões afetam o funcionamento físico e psíquico do sujeito. Nesse sentido, objetivou-se compreender como os pacientes do sexo masculino vivenciam tais repercussões. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva com 11 pacientes de um Hospital Escola do interior do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram analisadas por meio da análise temática. Compreendeu-se que, frequentemente, os sujeitos encaram a doença como uma interrupção da sua vida habitual, impossibilitados de realizar atividades profissionais, cotidianas e de lazer. Assim, ressalta-se a importância do processo de luto frente às perdas e mudanças como fundamental para o sujeito poder ressignificar sua vida.

Palavras-chave: neoplasias; hospitalização; atividade-passividade; sofrimento; luto.

Abstract

Cancer is a disease that causes many repercussions, such as the illness, the treatment, and hospitalization. These questions affect the physical and psychological function on the person. In this sense, the objective of this study is to comprehend how the male patients experience such repercussions. Therefore, it was conducted a qualitative, exploratory and descriptive research with 11 patients from a School Hospital in the interior of Rio Grande do Sul. The interviews were analyzed using the thematic analysis. It could be understood that, frequently, people face this illness like an interruption in their habitual life, making them unable to do professional activities, daily activities, and leisure activities. Thus, it is highlighted that the importance of the grieving process, in face of losses and changes, is fundamental so that the person can reframe his life.

Keywords: neoplasms; hospitalization; losses; activity-passivity; suffering, grief.

Sabe-se que o processo de adoecimento é cercado por diversos estereótipos e, frequentemente, associado à dor e ao sofrimento. É relevante destacar que, com grande frequência, algumas doenças ainda são tomadas como intratáveis e cruéis, a exemplo do câncer. Nas últimas décadas, o tratamento oncológico evoluiu muito. Contudo, mesmo com tal avanço, o câncer continua carregando o estigma social de ser uma doença fatal. De tal modo, ideias em que o câncer é visto como sinônimo de morte continuam preponderando na população em geral. Isso se dá pois sua evolução não pode

ser controlada, e seu tratamento, independente de qual seja, é visto como drástico e negativo, causando, quase sempre, efeitos colaterais desagradáveis. Assim, as expectativas dos sujeitos acometidos pelo câncer passam a ser minadas pelas imagens de dor, incertezas e angústias (Dóro, Pasquin, Medeiros, Bitencourt & Moura, 2004).

Nessa direção, o câncer, além de possuir uma imagem social abominável e repugnante, com uma carga simbólica perpassada pela sua memória de letalidade, é considerado equivalente a uma sentença de morte (Lerner & Vaz, 2017). Dessa forma, a partir

^I Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina.

^{II} Mestranda em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Universidade Federal de Santa Maria.

^{III} Professor Titular na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Santa Maria.

^{IV} Professora na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Universidade Federal de Pelotas.

do recebimento do diagnóstico e, conseqüentemente, da submissão aos tratamentos propostos, os pacientes acometidos pelo câncer passam a desenvolver um luto antecipatório pela própria vida e por tudo que terão que deixar para trás (Dóro et al., 2004), uma vez que a doença provoca uma ruptura e afasta o sujeito de suas atividades rotineiras. Somado a essas representações que antecedem a doença, muitas vezes, os pacientes se defrontam com mutilações e dores durante o tratamento, o que coloca em evidência a fragilidade e a finitude do ser humano (Combinato & Queiroz, 2006).

Tendo isso em vista, a ocorrência da doença, o tratamento doloroso e o contato frequente com a possibilidade de morte evocam sentimentos que tornam a finitude mais ameaçadora para esses pacientes (Lerner & Vaz, 2017). Diante disso, entende-se que o câncer é uma doença cercada por diversas representações negativas, sendo muitos os impactos gerados na vida dos sujeitos que o vivenciam. Tais impactos começam com o recebimento do diagnóstico – que causa espanto e incertezas – e avançam por todo o processo de adoecimento – que engloba a hospitalização e o tratamento –, evocando a concepção de um corpo adoecido e finito. Ademais, o câncer e seu tratamento geram mudanças na vida do sujeito, as quais reverberam em suas atividades cotidianas, atingindo desde o fazer profissional até o lazer.

É importante salientar que o corpo é uma figura central no cenário desta doença. Os sintomas corporais, tais como náuseas, cansaço, perda da vitalidade, perda da força, da energia, do apetite, bem como a dependência de ajuda externa e as reverberações emocionais podem acarretar ao paciente mudanças de suas relações com o mundo, com os outros e consigo (Jaman-Mewes & Rivera, 2014). A isso, acrescentam-se as regras sociais presentes nas sociedades ocidentais, nas quais o estereótipo de masculinidade está associado à força física, coragem, determinação e invulnerabilidade. Consoante a isso, não há permissão social para que os homens expressem as suas fragilidades ou preocupações quanto à saúde (Martins & Modena, 2016).

Tendo em vista tais aspectos, destaca-se a importância de refletir sobre as repercussões do câncer na vida dos homens. Assim, o presente artigo objetivou compreender como os pacientes do sexo masculino diagnosticados com câncer avançado vivenciam tais limitações que a doença traz.

MÉTODOS

Desenho do estudo

O estudo é constituído por uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo. Optou-se pelo

método qualitativo por melhor abordar o assunto, uma vez que busca explorar as questões inerentes aos sujeitos, bem como capturar os sentidos e significações dos fenômenos, por meio da escuta e observação dos sujeitos da pesquisa, assim como da criatividade e interpretação dos pesquisadores (Turato, 2013).

No que se refere à pesquisa exploratória, ela foi escolhida por ter como meta buscar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explicativo. Seu objetivo principal é o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições, sendo, portanto, bastante flexível. Já a pesquisa descritiva foi selecionada por ter como aspecto central a descrição das características de determinado fenômeno ou população (Gil, 2002).

Cenário do estudo

O local onde a pesquisa foi realizada trata-se do serviço de Hematologia-Oncologia de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. O hospital é referência em saúde, na região central do Estado.

Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram sujeitos diagnosticados com câncer em estágio avançado, definido como aquele em que recursos terapêuticos curativos são menos eficazes para a cura – embora possam ajudar com que o tumor cresça de maneira mais lenta (American Cancer Society, 2014). Os participantes foram indicados pela equipe de saúde do setor de Hematologia-Oncologia do hospital. A equipe foi solicitada para assumir essa função, por ser a única capaz de identificar quais pacientes estavam com câncer em estágio avançado dentre a totalidade dos demais pacientes com câncer. O critério determinante foi ser um paciente com câncer em estágio avançado e estar realizando o tratamento, neste hospital, no período de coleta de dados da pesquisa.

O número total de sujeitos incluídos na pesquisa foram 11 pessoas do sexo masculino. Inicialmente, o objetivo da pesquisa não era entrevistar apenas homens. Contudo, no período de coleta de dados, os pacientes internados no hospital com câncer avançado eram do sexo masculino, o que trouxe tal especificidade à pesquisa. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram trocados pela letra “P”, seguida de um número que identifica o entrevistado e outro referente à sua idade. Por fim, o tempo do recebimento do diagnóstico da doença e do início do tratamento, em relação ao ano das entrevistas (2014).

Com o intuito de delimitar o número de entrevistas, utilizou-se o critério de saturação. Tal critério estabelece que existe um número limitado de versões da realidade, uma vez que, embora as experiências possam parecer únicas ao sujeito, elas também são resultados de processos sociais. Assim, gradativamente, começam a surgir nas entrevistas tópicos que convergem em um tema em comum, sendo possível interpretá-los a partir de uma ótica semelhante (Bauer & Gaskell, 2008).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre o mês de julho de 2014 a outubro do mesmo ano. Ela foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, compostas por questões abertas. Segundo Turato (2013), ao utilizar este método, a direção pode ser dada por ambos integrantes da relação, além de oferecer espaço para o entrevistado colocar livremente o conteúdo da sua resposta. Para que houvesse flexibilidade nas entrevistas, elas contaram com tópicos que contemplavam o tema em pauta, tais como: o momento do diagnóstico; as mudanças antes e depois da doença; as mudanças de crenças; as mudanças na relação com os outros; e planos futuros. Esses eixos norteadores foram construídos de modo a permitir a colocação e a absorção de novos temas trazidos pelos entrevistados, a fim de promover uma abertura às interpretações dos sujeitos (Minayo, 2014).

Análise dos dados

O processo pelo qual foi feita a análise dos dados no presente estudo foi a análise temática, proposta por Minayo (2014), que consiste em revelar os núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja frequência de aparição pode ser significativa para o objetivo analítico. Ela consiste em três etapas: a Pré-análise, a Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados obtidos e interpretação.

A etapa de Pré-Análise consiste em determinar a unidade de registro, que são palavras-chave ou frase, a fim de delimitar o contexto de compreensão da unidade de registro. A etapa de Exploração do Material é o momento em que o pesquisador busca definir o núcleo de compreensão do texto, buscando categorias, ou seja, expressões ou termos significativos, em torno dos quais o conteúdo se organizará. Recorta-se frases e / ou palavras, que sejam significativas para a construção do contexto e, posteriormente, classifica-se e agrega-se os dados de acordo com a especificação dos temas. Na última etapa, trabalha-se com o Tratamento dos Resultados e a

interpretação que, a partir de novas propostas de análise mais flexíveis podem ser trabalhadas com significados, em vez de inferências estatísticas (Minayo, 2014).

Nesse sentido, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, lidas e relidas, a fim de serem encontrados conteúdos importantes e recorrentes, tanto pela pesquisadora principal, quanto pelos demais pesquisadores colaboradores. Neste processo, foi se destacando, com diferentes cores, falas ou palavras significativas no contexto da história que foi construída. As cores foram definidas segundo o conteúdo das falas, tendo sido utilizada a mesma cor para falas que tratassem do mesmo tema. Ao final da chamada codificação, foi utilizado o recurso de recorte, juntando as falas de mesma cor. Buscou-se sintetizá-las em grandes categorias que as caracterizavam. Foram organizados, em um novo documento, os temas que emergiram, os respectivos agrupamentos e os desdobramentos, segundo a proximidade temática. Posteriormente, elaboraram-se as interpretações, relacionando-as ao referencial teórico pertinente.

Aspectos Éticos

No presente estudo, foram mantidos os princípios éticos presentes na Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Ela orienta a ética em pesquisas com seres humanos na área de Ciências Sociais e Humanas. Desta forma, a pesquisa só foi colocada em prática após a aprovação do Comitê de Ética da universidade à qual a pesquisa estava vinculada, sob o número CAAE: 31503914.1.0000.5346 (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os resultados alcançados mediante a análise dos dados, as categorias foram elencadas por explicitar questões relevantes às vivências e aos sentimentos associados ao câncer. Destacaram-se, assim, pontos diretamente relacionados às repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento e a importância do trabalho de luto diante das perdas provocadas pela doença em pacientes do sexo masculino.

O adoecimento e suas repercussões

A doença e o tratamento exigem uma série de mudanças de hábitos, o que inclui um rigoroso acompanhamento do estado de saúde (Salci & Marcon, 2010). Tendo isso em vista, percebe-se que o tratamento altera de forma abrupta as possibilidades de atuação do sujeito e a rotina de suas atividades, como presente na fala de P1:

Nossa, é uma mudança radical [...] Ai então a gente sente falta, né... Tava correndo o dia todo... Agora tu passa o dia inteiro deitado. Só daí da pra ti ver a mudança, né (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; em tratamento há 11 dias).

Ao ser retirado do seu contexto habitual, o sujeito precisa se enquadrar nas regras e procedimentos referentes ao ambiente hospitalar, o que impõe diversas restrições frente à sua rotina e à convivência com os familiares e amigos. Isso provoca desordem e exige uma série de readaptações, como se ilustra com a fala a seguir, em que P9 sinaliza um novo regime de vida e o desconforto diante da internação no hospital:

Mudaram porque... Tem que pega o regime da nova vida, né [...] hospital é hospital, quando vem pro hospital já se sente um pouco nervos [...] a gente fica ruim, fica nervoso, isso é normal, né. [...] E porque qualquer coisinha eu fico emocionado (P9, 67, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há 7 meses).

Nesse contexto, o paciente abandona as funções exercidas até então no seu cotidiano, em decorrência do adoecimento, das reações ao tratamento, dentre outras causas. Essas transformações trazem um conjunto de consequências, tais como: vivência do medo frente à possibilidade de morte, debilidade física do corpo, interrupções de projetos e alterações na visão a respeito de si (Câmara & Amato, 2014). Esses fatores abalam a realidade até então vivenciada, que trazia senso de segurança ao sujeito (Neimeyer, 2011).

Além disso, a doença e o tratamento, como produtores de dor e de alterações na imunidade, modificam as possibilidades físicas de inserção nas atividades, o que exige cuidado do sujeito ao desenvolvê-las, bem como, muitas vezes, a impossibilidade de realizá-las. A dor aparece como signo de restrição imposto à sua forma de viver, alterando como e onde as atividades virão a ocorrer (Silva, Cabral & Christofell, 2010) e trazendo privações à vida pessoal, profissional e social. Isso provoca a sensação de aprisionamento causado pelo câncer e, conseqüentemente, pela dor, tal como evidenciado em um estudo empírico desenvolvido com idosos acometidos pelo câncer (Reticena, Beuter & Sales, 2015). Essas restrições também se fazem presentes na alimentação do sujeito, limitando quais alimentos ele pode ingerir, bem como a forma como podem ser ingeridos, o que torna o

ato de comer menos prazeroso (Rezende, Brito, Malta, Schall & Modena, 2009). Os entrevistados mencionam que os principais impactos gerados pelo tratamento são justamente a impossibilidade de continuar realizando atividades de lazer, hábitos cotidianos e alimentares, o que coincide com o trabalho de Marques (2004), como ilustrado nas falas: “Antes eu tomava trago, fazia de tudo, agora... acho que agora terminou tudo” (P5, 52, diagnóstico e tratamento há dois meses).

[...] Sou uma pessoa que gosta muito de esporte, o meu esporte é rodeio, então... Cheguei a começar a laçar de novo e... e daí não deu certo, porque logo me apareceu essa coisinha aqui [toca a cintura], daí nem anda a cavalo andei, porque vou me cuida [...] (P7,75, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há 3 anos).

Tu fica restrito, né, tu não pode cortar uma grama, a gente tem um pátio, né, então tem que cuida, aquele jardim, né, pra plantar aquela folhagem, que eu gosto muito de flor, então... (P6, 50, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há quatro meses).

As falas dos entrevistados discorrem sobre as mudanças causadas pela doença, remetendo a uma alteração no cotidiano, modificação do sistema habitual de vida e limitações que o adoecimento traz. Há necessidade de reorganizar suas rotinas, tanto durante, quanto depois da doença, tal como verificado nos estudos de Salci e Marcon (2010) e Whitaker, Nascimento, Bousso e Lima (2013). Os sujeitos acabam abandonando atividades antes habituais, a fim de que possam conviver com a doença e tratamento e se reconhecerem em um corpo doente. Isso pode ser constatado nas falas a seguir: “Ah... sempre muda, né. Antes eu pensava só em trabalhar, o dia inteiro, o tempo todo [...] Agora não posso. Agora tive que me aquietar, me acalmar...” (P4, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento em 2012; transplante de medula em 2013; recidiva em 2014); “Tive que parar de trabalhar. Agora, não sei quanto tempo, quanto tempo vai levar...” (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Ah... no começo foi bem complicado, porque eu queria ir trabalhar e não podia, queria fazer as coisas e não podia, né, agora já to me acostumando [...]. O que eu digo assim é

vim pro hospital, fica 5 dias internado, sabe, que eu não sou muito chegado em hospital (P2, 22, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há 5 meses).

Como evidencia a fala de P4 sobre se “aquietar, acalmar”, ou a de P1, sobre a obrigação de parar de trabalhar, os participantes frequentemente relatam em seus discursos uma redução nas atividades e paralisação da vida. Transparecem uma lógica de que, após a doença, retomariam as suas vidas de onde ela parou antes do adoecimento, como se a vivência da doença fosse um parêntese no viver, como ilustra a fala de P3, na qual se evidencia essa paralisação da vida e sua intenção de retomá-la, com o fim do tratamento:

Claro que sente, mas tem que se submeter, não adianta, não dá, esperamos, vamos se tratar e depois a gente segue trabalhando de novo. Ah, que acha falta, acha. Que era melhor tá numa estrada do que tá aqui, né, na quimioterapia, mas tem que tratar, né, não adianta (P3, 44, *comunicação pessoal*, diagnóstico há um mês; tratamento na semana da entrevista).

Verifica-se, portanto, que há uma dificuldade de integrar essa vivência em sua história de vida e ao seu cotidiano. Ademais, o adoecimento deixa a vida em suspenso. O tratamento e a hospitalização parecem representar, para o doente, uma passagem do sujeito ativo para passivo, em que ele se coloca em uma posição de inutilidade. Segundo Quintana, Wottrich, Camargo, Cherer e Ries (2011), comumente, a submissão às regras institucionais remete a uma certa despersonalização, à medida que paciente e cuidador são postos como passivos. Em relação à despersonalização, é importante destacar que esse é um fenômeno gerado pelo funcionamento da hospitalização, em que o sujeito passa a ser reconhecido pelo número do leito ou pelo nome de sua patologia (Angerami-Camon, 2003). Dessa maneira, entende-se que, à medida que o sujeito deixa de ser reconhecido enquanto detentor de vontade e desejos, passa a assumir uma posição passiva diante do processo.

Nessa lógica, o adoecimento impõe uma fragilidade e uma necessidade constante de cuidados, a qual coloca o homem diante de uma relação de poder, em posição de assujeitamento. Ao adentrar no ambiente hospitalar, um novo universo se presentifica, permeado pelo desconhecido e pelo não familiar (Modena, Martins, Gazzinelli, & Schall 2014), como pode ser observado na fala de P6, em que há um sentimento de aprisionamento:

“Desde março eu tô parado, né, então a gente tá com essa dificuldade de se sentir em casa, preso, de não sair ai, de não ter contato com o público, né” (50, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há quatro meses).

Essas mudanças repercutem em sensações de perda de autonomia e na necessidade de reestruturação de um papel social (Modena et al. 2014). A perda de autonomia e o assujeitamento às ordens impostas é vista no discurso de P9: “To fazendo o que o médico me mandou, obedecer... porque a vida é essa, né...” (*comunicação pessoal*), bem como o reposicionamento social, em que agora “nada se faz”, segundo P4: “Eu... minha profissão mesmo é marceneiro e agricultor... tenho marcenaria e tenho lavoura... ai depois que descobri que fiquei doente dai... ai não fiz mais nada” (P4, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento em 2012; transplante de medula em 2013; recidiva em 2014).

No que tange ao tratamento, Phillips, Montague e Archer (2017) constataram que ele provocou mais efeitos físicos do que a própria doença, o que afetou diretamente o modo como os sujeitos atribuíram sentido ao adoecimento. Os tratamentos oncológicos reproduzem efeitos colaterais e alteram a imagem que o sujeito possui de si. Portanto, há um sofrimento que se torna evidente no corpo e traz limitações visíveis que transcendem do campo físico para o campo emocional e identitário, uma vez que o corpo é parte daquilo que somos e serve de fundamento para nossa identidade (Woodward, 2012). Nesse conteúdo, o corpo deixa de ser o corpo provido de seu papel social, que ocupa um espaço funcional, para ser um corpo adoecido, que necessita do cuidado do outro.

No universo masculino, o corpo, frente ao processo de tratamento oncológico, passa a ser desconstituído de uma imagem atrelada a ele mesmo, como algo invulnerável, forte e másculo. Desta forma, passa-se a abrir espaço para uma nova corporeidade masculina, que questiona a suposta força e invulnerabilidade (Martins & Modena, 2016). Por isso, os homens se deparam com a necessidade de reconstituir suas representações e ressignificar a forma de demonstrar a sua masculinidade. Na literatura, demonstra-se que os homens, diante do diagnóstico do câncer e do tratamento a que são expostos, confrontam-se com suas fragilidades e limitações de forma mais intensa. Vale lembrar que, na maior parte das vezes, essas fragilidades e limitações eram negligenciadas e negadas no constructo social. Isso reproduz um rompimento na biografia até então constituída e uma grande exigência de reposicionamento subjetivo (Modena et al., 2014).

Nesse sentido, há um sentimento de impotência gerado pela questão da debilidade física, pois, além de limitar suas atividades rotineiras, diminui sua capacidade

funcional. A doença traz um sentido de dependência, principalmente econômica, que fragiliza o doente, uma vez que seu trabalho figura como um dos principais meios de sustento financeiro e interação social. Isso se torna mais evidente quando se trata de pessoas em plena capacidade laboral, pois esse afastamento do trabalho é um fator que gera frustração e sentimento de improdutividade (Ferreira, Dupas, Costa, & Sanchez, 2010). Bendassoli (2011) aponta o trabalho como cerne na estruturação do sujeito, bem como de processos psíquicos importantes, como a saúde mental, aprendizagem, significados e atitudes. Soares e Afonso (2014) reforçam a importância do trabalho como um fator organizador fundamental da vida e identidade dos sujeitos, além de ser um dos principais elementos estruturadores da sociabilidade, adquirindo diferentes valores individuais.

A identidade, por sua vez, é definida como um conceito dinâmico, adotado, frequentemente, para compreender a situação do sujeito no mundo e sua relação com o outro. Ainda, concebe-se uma relação dialética entre indivíduo e sociedade, em que um se modifica e se transforma a partir do outro (Coutinho, Krawulski & Soares, 2007). Diante disso, a identidade é relacional e depende do outro que, pela diferença, oferece condições para que a identidade própria se constitua (Woodward, 2012). Com isso, entende-se que as barreiras que o câncer impõe ao indivíduo – de continuar sendo o que era e fazendo o que fazia – podem produzir uma ameaça à identidade até então constituída, uma vez que atividades cotidianas e profissionais, de grande valor na constituição de suas identidades, são bruscamente interrompidas, gerando sentimentos de desvalorização, incapacidade, improdutividade, como visualizados na fala de P9 e de P3:

[...] mas eu tô muito fraco, eu... era acostumado com 67, 68 quilos de lavoura, eu trabalhava um monte, mas isso faz parte também, essas coisa ai não é brincado, a gente se alimenta menos. E, aqui, eu saio daqui [hospital] e me abre a expressão (P9, 67, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há sete meses).

Ah sim, isso ai muda um pouco, né. Nem tudo que tu era costumeiro de fazer... Então tu vai ter que modificar o sistema de vida, né [...] Tu é obrigado a algumas coisas, ser limitado, né. O serviço mesmo, que a gente fazia antes, não pode fazer tudo normal. E...

viagem que eu fazia de carro, de caminhão... Pra fazer alguma, vai ter que ser mais... devagar, menos, né (P3, 44, *comunicação pessoal*, diagnóstico há um mês; tratamento na semana da entrevista).

Em consonância com a desmotivação presente nas falas, Kübler-Ross (1981) relata que muitos pacientes se sentem completamente sem esperanças, inúteis e incapazes de encontrar qualquer significado para suas vidas. Nesse sentido, o entrevistado P5, quando questionado sobre como se sente no hospital, faz uma associação à morte: “Olha moça... não sei... pra mim é a mesma coisa que tá morto [...] Tava todo dia trabalhando, né, acostumado” (P5, 52, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há dois meses).

Com isso, pode-se pensar que o sentimento de “se sentir morto” esteja ligado ao papel essencial que as atividades laborais desempenhavam para o reconhecimento de si e para sua identidade. Uma vez que o trabalho é considerado importante para qualidade de vida e satisfação pessoal (Whitaker et al., 2013), ao não poder exercê-lo, conseqüentemente, não pode se identificar como um trabalhador, o que provoca um sentimento de que parte de si morreu junto com a sua identidade ligada ao trabalho.

Portanto, as repercussões expostas evidenciam que, tanto no que se refere à vida profissional, quanto às demais atividades cotidianas, os impactos da doença e do tratamento se estendem para além do corpo biológico. Assim, reverberam também no psiquismo e exige um trabalho psíquico que possibilite a elaboração dessas inúmeras perdas causadas pela doença e a integração de tal vivência como parte de si e de suas vidas.

As perdas provocadas pelo câncer e o trabalho de luto

É certo que o câncer e o tratamento confrontam os sujeitos e exigem que eles lidem com suas limitações e com sua finitude. Nesse contexto, cabe ressaltar que o psiquismo está diretamente associado ao corpo biológico: qualquer alteração deste tem repercussões psíquicas naquele e vice-versa, o que traz conseqüências importantes (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013). A doença, originada no corpo biológico, encontra correspondência no modo como o sujeito se sente, como visto na fala de P8, em que sinaliza que a doença o faz se sentir desmoralizado, destacando as mudanças que ocorreram em relação a si: “Ando muito cansado, desmoralizado. É a doença, né” (P8, 73, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há dois anos; recidiva no ano da entrevista).

Diante disso, fatores que atingem diretamente a anatomia, como um tumor e/ou uma cirurgia, influenciam na posição subjetiva do ser falante, dado que podem atualizar a posição do sujeito frente à castração, e, conseqüentemente, às suas modalidades discursivas, condutas sexuais e relação com os outros. Dessa maneira, as questões que tangem o corpo, como a doença e suas repercussões, direcionam-se à dimensão psíquica e alteram a concepção subjetiva que o sujeito tem de si mesmo. Isso afeta, conseqüentemente, suas relações consigo e com os outros (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013).

Nesse sentido, há algo do corporal que reverbera psiquicamente, havendo a necessidade de elaborar esse processo e integrá-lo como parte da vivência do sujeito, o que exige um trabalho psíquico difícil e doloroso (Pinheiro, Quintella & Verztelman, 2010). Sabe-se que o processo de elaboração conceituado como um processo realizado pelo aparelho psíquico tem o objetivo de dominar as excitações que se apresentam a ele e que correm o risco de se acumularem, tornando-se patogênicas (Laplanche & Pontalis, 2001).

Nessa direção, ressalta-se que, frequentemente, durante o processo de adoecimento, hospitalização e tratamento, o sujeito não só é colocado em um lugar passivo, como supracitado, mas, muitas vezes, assume tal papel, como se pode visualizar na fala de P5, quando questionado sobre o que ele faz: “Que que eu faço? Faz horas que eu tô fazendo é deitado aqui. [...] Acostumado a fazer de tudo. Agora tem que esperar”. No entanto, é preciso que o sujeito adote outra condição: a de sujeito ativo, podendo, assim, realizar um processo de elaboração psíquica, através do trabalho de luto, integrando a doença e o tratamento como parte de si e de sua nova condição de vida.

Alguns acontecimentos que provocam rupturas, ao longo do desenvolvimento humano, encontram sua analogia com a ideia de morte e convocam a importância do processo de luto. A doença, por exemplo, faz com que o sujeito se depare com a proximidade da sua finitude, uma vez que ele é afastado de suas atividades rotineiras e que o tratamento provoca mutilações e dores, evidenciando sua condição finita. Sendo assim, existem várias “mortes em vida”, experiências que demandam uma reflexão e ressignificação do viver (Combinato & Queiroz, 2006).

Diante disso, por meio da elaboração do luto, é possível assimilar a transitoriedade da vida, reconstruindo-a simbolicamente (Pinheiro et al., 2010). Vale destacar que com a percepção da interrupção em suas vidas habituais, dá-se início a de um luto antecipatório, já que o paciente passa por uma série de perdas, em virtude

da doença. Trata-se de um luto diante de perdas simbólicas que se dão durante o processo do adoecimento e do tratamento (Quintana, Kegler, Santos & Lima, 2006) e que dizem respeito à perda da profissão, assim como do ambiente familiar e da rotina que se mantinha até então. Frente a essas perdas e mudanças, é comum que haja um sentimento de choque, descrito como um “baque” em suas vidas, conforme observado nos relatos de P4 e P1: “Ahhhh... isso não foi nada fácil! Sempre é complicado, uma doença dessas é... um choque, né” (P4, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento em 2012; transplante de medula em 2013; recidiva em 2014).

É um baque... a gente sente muita tristeza, né. Muito grande. Sabe que tu ta com... então... Eu nunca parei no hospital, eu nunca fiz nada no hospital, sabe... nunca... ai de repente tu cai por uma coisa que... bei... uma das piores coisas, né... dai... bah... (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Nessa direção, Cardoso e Santos (2013), em seu estudo empírico com pacientes a serem submetidos ao Transplante de Células Tronco-hematopéticas, avaliaram que as reações descritas pelos participantes no recebimento do diagnóstico são semelhantes às presentes no luto normal, descritas por Kübler-Ross (1981), tais como: choque, negação, revolta, barganha, depressão e aceitação. Para que se dê prosseguimento à vida e se possa chegar ao momento de aceitação e integração da doença como parte da trajetória, é necessária a vivência do processo de luto. Segundo Combinato e Queiroz (2006), o luto remete ao rompimento e ao conjunto de reações em consequência da perda. De modo geral, constitui-se como uma reação à perda real de um objeto amado. Caracteriza-se, geralmente, como o afastamento de atitudes consideradas normais, podendo ser superado após um certo lapso de tempo, não sendo considerado uma condição patológica (Freud, 1915/2006). Parkes (1998) concorda, ao dizer que o luto se constitui como uma resposta normal a um estresse, sem que seja considerado uma doença mental.

Garcia-Roza (2011) aponta, ainda, que quando há a perda de um objeto de amor, o vínculo até então estabelecido tem que ser desfeito para dar lugar a outros. Diante do processo de luto e de dor que a perda remete, ocorre uma inibição do eu e uma restrição do seu campo de atividades. Além disso, como resultado da perda, o luto comumente é precipitado pela busca de sentido em níveis que vão desde a prática (Por que sou eu quem

está doente?), passando pelo relacional (Quem eu sou agora, que não sou mais um trabalhador?) e chegando ao espiritual ou existencial (Por que Deus permitiu que isso acontecesse comigo?) (Neimeyer, 2011).

Nessa direção, Pinheiro et al. (2010) apontam que o luto se constitui como a assimilação psíquica da perda do objeto e reinvestimento em um substituto. Nesse caso, o objeto perdido pode se remeter à saúde, à rotina, ao lazer, ao trabalho, à identidade ou a inúmeras outras perdas singulares. Trata-se de um trabalho psíquico frente a situações estranhas, manifestações corporais desconfortáveis e organizações de vida diferenciadas, ou seja, trata-se de uma nova configuração que o sujeito tem que assimilar e investir. Diante de tal trabalho, é preciso processar as mudanças e se reorganizar frente a elas. Assim, é necessário que se integre tal vivência à subjetividade, não a tomando como um acontecimento externo e isolado.

É possível associar a morte de uma parte de si, que era responsável por seu reconhecimento econômico e social, conferindo-lhe traços de sua subjetividade, com o processo de luto que tal perda acarreta. Ademais, destacam-se os sentimentos recorrentes de incerteza e sofrimento intenso, que acompanham os pacientes durante a vivência da doença e a hospitalização, diante de tantas mudanças em suas vidas habituais, posto que gera uma nova realidade, que deve ser conhecida e habitada, como lustrado nas seguintes falas: “É. Vamos ver o que vai se agora... Daqui pra frente” (P5, 52, diagnóstico e tratamento há dois meses).

Ai sei lá, ficou meio... a gente fazia uma coisa, e agora deu uma pausa, né... não sei o que vai se daqui pra frente... Medo só do que vai se daqui pra frente... Não sei... Nem sei... Claro que muda, né. A gente tá num caminho, de repente, tu interrompe, pra ti retornar de novo aquele caminho de repente pode ser difícil, né. Ou não... pode voltar tudo ao normal de novo, não sei... Só o tempo vai dizer agora. Não tem como eu te explicar, né (P1, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Deste modo, retoma-se a importância do processo de luto, uma vez que, segundo Pinheiro et al. (2010), é realizado um trabalho de ligação e integração daquilo que desorganiza os investimentos do sujeito e que está, por um momento, sem construção narrativa. Além disso, é o que impulsiona a elaboração e a simbolização da perda, mediante a reconstrução da dor psíquica. Para

tanto, a fim de que se possa impulsionar a elaboração das perdas e do prenúncio da morte, aponta-se como uma importante aliada, a fala, a construção de narrativas sobre a doença, a morte e o que elas provocam, dando encaminhamento a sentimentos positivos e negativos que estão sendo vivenciados (Flach, Lobo, Potter & Lima, 2012). Na mesma direção, situa-se a importância da escuta do outro e a não minimização do sofrimento:

Não tem, eu acho que nem existe uma explicação pra isso, né. Não existe. E... eu tava brincando, dum dia pro outro apareceu, 15 a 20 dias já tava com... com a notícia que eu tava com esse negócio. É brabo. [silêncio]. As pessoas tentam conforta: ah, não é nada, pouca coisinha, coisinha pouca; não... é... não adianta, tem que encara a realidade, não adianta. Se é, é, né (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Diante disso, as redes de apoio se configuram como essenciais para o compartilhamento das suas vivências, assim como para a estimulação da resiliência, fornecendo recursos e continência. Elas se configuram como fortes aliadas para elaboração do luto (Franqueira, Magalhães & Féres-Carneiro, 2015), diante do compartilhamento e da identificação:

É... é que, sei lá, tanta gente que tem esse problema também, não é só a gente. Se for só a gente, bom, ai poderia pensa, “só eu”? Mas ai depois que tu... descobre isso, ai passa a conhecer, decerto, talvez mais de mil com o mesmo problema. Agora mesmo, esses dias que eu to baixado aqui, quantos já passaram aqui, tudo com o mesmo problema desse tipo (P3, 44, *comunicação pessoal*, diagnóstico há um mês; tratamento na semana da entrevista).

Dessa forma, destaca-se o quanto os eventos do tratamento, bem como a doença, desencadeiam uma desestruturação psíquica em função das inúmeras perdas que a doença provoca. É nesse sentido que se ressalta a importância do trabalho de luto, trabalho psíquico que possibilita o processamento das perdas causadas pela doença e pelo processo de tratamento. Isso é fundamental para que o sujeito possa ressignificar seus investimentos, sua vida e a si mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que foi explorado, ressalta-se o impacto gerado pela doença, uma vez que, para os entrevistados, há um sofrimento significativo, no que se refere às esferas física e psíquica. No momento em que há um rompimento de suas vidas funcionais e atividades cotidianas, há, conseqüentemente, o abandono da vida que consideravam normal, o que, de certa forma, obriga os pacientes a se adaptarem a um novo esquema de vida imposto pela doença.

Ao terem que abrir mão de suas profissões, de atividades habituais e prazerosas, bem como adentrarem em uma lógica diferente, que exige maiores limites e cuidados, os sujeitos sentem-se descaracterizados, impotentes e passivos. Essas inúmeras perdas acarretadas pela doença precisam ser processadas e elaboradas. Nessa direção, destaca-se a importância do trabalho do luto, a fim de que o sujeito possa assimilar as perdas e integrar a vivência como parte de sua vida. A partir desse trabalho intenso e doloroso, é possível que o sujeito se reorganize e se aproprie do processo enquanto sujeito ativo, resignificando tais vivências. Tendo em vista a amplitude das modificações que a doença impõe à vida de tais sujeitos e o trabalho de elaboração psíquica que tais modificações exigem, destaca-se a importância do acompanhamento psicológico para tais pacientes, a fim de facilitar o processo de integração da vivência do adoecimento.

Neste trabalho, apesar da amplitude existente em relação ao tempo do diagnóstico e tratamento, não se observou diferenças significativas em relação ao modo como a doença e suas repercussões são vivenciadas, em função do tempo do recebimento do diagnóstico e início do tratamento. Nesse contexto, o tempo não foi um destaque para a vivência dos participantes, o que ressalta a importância da estrutura subjetiva e singular da vivência do adoecimento de cada sujeito, acerca das limitações da doença, dos abalos cotidianos e da elaboração das perdas. Destaca-se que um possível estudo comparativo, que tenha como foco a análise específica do impacto do tempo do diagnóstico e tratamento seria de fundamental importância, inclusive, para fornecer subsídios para a prática profissional de intervenção com esses pacientes.

Por fim, entende-se relevante situar a importância do trabalho realizado, uma vez que, na contemporaneidade, vive-se um modelo cultural do “ser homem”, no qual não é permitido um espaço para pensar e se deparar com a perspectiva concreta do adoecer e da finitude, um momento de imperativo de felicidade e

desconsideração pela dor do outro. É preciso, portanto, frisar a relevância de poder se apropriar daquilo que é genuinamente seu, tal como o sofrimento, expressá-lo, vivenciá-lo e, enfim, resignificá-lo.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society. (2014). *What is advanced cancer?* Recuperado de <http://www.cancer.org/treatment/understandingyourdiagnosis/advancedcancer/advanced-cancer-what-is>
- Angerami-Camon, V. A. (2003). O psicólogo no hospital. In: V. A. Angerami-Camon, F. A. R. Trucharte, R. B. Knijnik & R. W. Sebastiani (Eds.), *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (pp. 01-14). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (7a ed., P. Guareschi, trad.). São Paulo: Vozes.
- Bendassoli, P. F. (2011). Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 75-84. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a09v23n1.pdf>
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510*, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Câmara, R. de A., & Amato, M. A. P. (2014). A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 85-91.
- Cardoso, E. A. D. O., & dos Santos, M. A. (2013). Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-tronco Hematopoéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2567-2575. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a11.pdf>
- Castro-Arantes, J. de M., & Lo Bianco, A. C. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522. doi: 10.1590/S1413-81232013000900005
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216. doi: 10.1590/S1413-294X2006000200010
- Coutinho, M. C., Krawulski, E., & Soares, D. H. P. (2007). Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. *Psicologia*

- & *Sociedade*, 19(spe), 29-37. doi: 10.1590/S0102-71822007000400006
- Dóro, P. M., Pasquin, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M. A., & Moura, G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia ciência e profissão*, 24(2), 120-134. doi: 10.1590/S1414-98932004000200013
- Ferreira, N. M. L., Dupas, G., Costa, D. B., & Sanchez, K. de O. L. (2010). Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência Cuidado e Saúde*, 9(2), 269-277. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i2.8749
- Flach, K., Lobo, B. de O. M., Potter, J. R., & Lima, N. S. (2012). O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. *Revista da SBPH*, 15(1), 83-100. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&tlnl=pt.
- Franqueira, A. M. R., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2015). O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 487-497. doi: 10.1590/0103-166X2015000300013
- Freud, S. (2006). Luto e melancolia. In: *Edição Standard das Obras Completas de S. Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917 [1915])
- Garcia-Roza, L. A. (2011). *Introdução à metapsicologia freudiana 3*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a. ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. S. (2014). Vivir con cancer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*, 14 (1), 20-31. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2394/3374>
- Kübler-Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes (1a. ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lerner, K., & Vaz, P. (2017). Minha história de superação: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. *Interface (Botucatu)*, 21(61), 153-163. doi: 10.1590/1807-57622015.0822
- Marques, A. P. F. de S. (2004) Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicol. hosp.*, 2(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092004000200006
- Martins, A. M., & Modena, C. M. (2016). Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trabalho, educação e saúde*, 14(2), 399-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00110>
- Mathias, C. V., Girardon-Perlini, N. M. O., Mistura, C., Jacobi, C. da S., & Stamm, B. (2015). O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. *Rev. de Atenção à Saúde*, 13(45), 80-86. doi: 10.13037/rbcs.vol13n45.2818
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14a.ed.). São Paulo: Hucitec.
- Modena, C. M., Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., & Schall, S. S. L. de A. V. T. (2014). Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em psicologia*, 22(1), 67-78. doi <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-06>
- Neimeyer, R. A. (2011). Reconstructing meaning in bereavement: summary of a research program. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 421-426. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400002
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. (Trad. Maria Helena Franco), São Paulo: Summus.
- Phillips, E., Montague, J., & Archer, S. (2017). “A peculiar time in my life”: making sense of illness and recovery with gynaecological cancer. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1). doi: 10.1080/17482631.2017.1364603
- Pinheiro, M. T. da S., Quintella, R. R., & Veezteman. (2010). Distinção Teórico-Clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psic. Clin.*, 22(2), 147 – 168. doi: 10.1590/S0103-56652010000200010
- Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M.S. dos., & Lima, L.D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35), 415-425. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300012
- Quintana, A. M., Wottrich, S. H., Camargo, V. P., Cherer, E. de Q., & Ries, P. K. (2011). Lutos e lutas: Reestruturas familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. *Psicol. Argum.*, 29(65). Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=4594&dd99=view&dd98=pb>
- Reticena, K. de O., Beuter, M., & Sales, C. (2015). Life experiences of elderly with cancer pain: the existential comprehensive approach. *Revista da*

- Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 417-423. doi:10.1590/S0080-623420150000300009
- Rezende, A. M., Brito, V. F. D.S., Malta, J.D.S., Schall, V.T., & Modena, C. M. (2009). Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. *Cesumar*, 11(1). Recuperado de <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/600/764>
- Salci, M. A., & Marcon, S. S. (2010). A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 18-25. doi: 10.1590/S1983-14472010000100003
- Silva, L. F. da., Cabral, L. E. & Christoffel, M. M. (2010) As (im)possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. *Acta Paul Enferm*, 23(3), 334-40. doi: 10.1590/S0103-21002010000300004
- Soares, C. & Afonso, R. M. (2014). Valores associados ao trabalho: Um estudo com a população residente na Covilhã. *Aná. Psicológica*, 32(1). doi: 10.14417/ap.838
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica* discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. (6^a.ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Whitaker, M. C. O., Nascimento, L. C., Bousso, R. S., & Lima, R. A. G. de. (2013). A vida após o câncer infantojuvenil: experiências dos sobreviventes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 873-878. doi: 10.1590/S0034-71672013000600010
- Woodward, K. (2012) Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Hall S, Silva TT, Woodward H. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. (11a.ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Endereço para correspondência:

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis
Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n
CEP: 88040-900 – UFSC, Trindade, Florianópolis/SC
E-mail: cristinecostareis@hotmail.com

Recebido em 12/10/2017

Aceito em 07/11/2017