UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

ADRIANA PEREIRA DE SOUSA

GRUPO DE SALA DE ESPERA EM PSICO-ONCOLOGIA NA MASTOLOGIA: estudo das falas das pacientes

UBERLÂNDIA – MG
2005

ADRIANA PEREIRA DE SOUSA

GRUPO DE SALA DE ESPERA EM PSICO-ONCOLOGIA NA MASTOLOGIA: estudo das falas das pacientes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Orientadora: Professora Dra. Rita de Cássia Gandini

UBERLÂNDIA – MG
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU - Setor de Catalogação e Classificação - mg / 06/05

S725g Sousa, Adriana Pereira de, 1977-
Grupo de sala de espera em psico-oncologia na mastologia: estudo das falas das pacientes / Adriana Pereira de Sousa. - Uberlândia, 2005.
226. : il.
Orientador: Rita de Cássia Gandini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Psicologia aplicada - Teses. 2. Pacientes cancerosos - Aspectos psicológicos – Teses. 3. Mamas – Câncer - Aspectos Psicológicos – Teses. I. Gandini, Rita de Cássia. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.98(043.3)

Adriana Pereira de Sousa

GRUPO DE SALA DE ESPERA EM PSICO-ONCOLOGIA NA MASTOLOGIA: estudo das falas das pacientes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Banca Examinadora:

Uberlândia, 17 de junho de 2005.

_____

Profª Dra. Rita de Cássia Gandini - UFU

_____

Profª Dra. Jussara Cristina Van de Velde Vieira da Silva – FSA

_____

Profª Dra. Sílvia Maria Cintra da Silva – UFU

A meus pais, Carmelita e Rubens, por seu apoio, carinho, confiança e estímulo sem limites.

A meu irmão Fábio Alexandre, o mais bonito, cuja fé em minha capacidade me fez superar as dificuldades e seguir em frente.

A meus avós Israel e Osana, Nelson e Maria Aparecida (in memoriam), suas lutas não serão esquecidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja sabedoria insondável tem guiado meus passos e me mostrado, dia após dia, que em momento algum da vida estive sozinha.

A Profª. Rita de Cássia Gandini, orientadora deste trabalho, exemplo vigoroso de perseverança, por seu apoio e estímulo.

A minhas companheiras de estágio. Espero que este trabalho possa fazer jus à riqueza e importância dessa etapa de nossas vidas.

Às mulheres atendidas pelo Programa de Psico-Oncologia na Mastologia e seus familiares. Suas lutas me inspiram e ensinam, enquanto profissional, mulher e cidadã que sonha e busca um presente sempre melhor.

Aos professores Áurea de Fátima Oliveira, Cleudemar Alves Fernandes, Maria Lúcia Castilho Romera, Sílvia Maria Cintra da Silva e Sueli Aparecida Freire. Suas contribuições foram cruciais, seus esclarecimentos e questionamentos deram substância e permitiram a construção deste trabalho.

À Cíntia Bragheto Ferreira, Emerson Fernando Rasera e Walter Mariano de Faria Silva Neto. Seu companheirismo e generosidade iluminaram os caminhos percorridos durante este trabalho.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

À FAPEMIG, órgão cujo apoio financeiro foi fundamental para a viabilização desta pesquisa.

Aos amigos, familiares, à minha sobrinha Maria Eduarda e a todos os que estiveram comigo no período de construção deste trabalho. Tenham a certeza de que sem a presença de cada um de vocês o caminho teria sido mais difícil.

Quem não vê bem uma palavra não pode ver bem uma alma"

Fernando Pessoa

RESUMO

SOUSA, A. P. **Grupo de sala de espera em psico-oncologia na mastologia –** estudo das falas das pacientes. 2005. 226 p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia.

O Grupo de Sala de Espera (GSE) é definido como uma modalidade grupal desenvolvida em ambulatórios médicos, voltada para o atendimento de pacientes e seus acompanhantes enquanto aguardam consulta médica. O GSE de que trata esta pesquisa, refere-se a um dos projetos de extensão à comunidade atendida pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que compõem o estágio profissionalizante do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do Instituto de Psicologia da UFU no referido hospital. Esse projeto atende pacientes com câncer de mama e seus acompanhantes. Esse tipo de câncer é um dos mais freqüentes e que mais mata mulheres em diferentes idades e níveis socioeconômicos, permanecendo inacessível a medidas de prevenção primária e que, a despeito das evoluções na Medicina, apresenta número crescente de casos, sendo considerado um problema de saúde pública. Os objetivos desta investigação foram identificar, descrever, analisar e categorizar o conteúdo dos relatos das reuniões dos GSE, produzidos pelos estagiários a partir de sua participação como relatores nos GSE, com a finalidade de conhecer e compreender os temas abordados pelas pacientes, sem criar uma situação especial para a coleta de dados, buscando enfocar o trabalho como tem sido realizado. O método escolhido para esta pesquisa foi a análise de conteúdo. Foram analisados registros de cinco reuniões, escolhidos aleatoriamente dentre uma amostra disponível para análise que englobava o período de 24/03/00 a 29/09/00. O encerramento dessa etapa da pesquisa foi determinado pelo critério de saturação dos dados. Da análise, surgiram dez categorias, apresentadas em ordem de freqüência decrescente: diagnóstico e tratamentos para o câncer de mama; o câncer de mama; outros recursos para lidar com o câncer de mama e seus tratamentos: o apoio entre participantes dos GSE e a religiosidade; saúde *versus* doença; atividades laborais; relacionamentos afetivos; a paciente e sua participação no GSE; representação da instituição hospitalar; representações da equipe de saúde e morte. Tais categorias nos permitiram conhecer suas representações a respeito do câncer de mama, de seus tratamentos, da instituição hospitalar, e da equipe de saúde; o sentimento de medo da recorrência do câncer e da morte prevalecem; o uso de recursos de enfrentamento como religiosidade, relacionamentos afetivos e mecanismos de negação da doença. O estudo dos relatos também revelou dificuldades relacionadas à questão da fidedignidade da linguagem que compõe tais registros, por combinar o vocabulário usado pelas pacientes e o vocabulário das estagiárias. Outro problema pode estar relacionado ao modo de construção destes relatos, uma vez que faltam informações sobre pacientes e acompanhantes que participaram dos GSE, sendo sugerida uma outra sistematização dos relatos. Sugere-se um modelo de relatório que poderá ser útil para a continuidade dos atendimentos psicológicos, para os estagiários e para pesquisas sobre esta atividade. De fato, o GSE constitui um importante espaço de escuta, troca de experiências e de atenção a estas mulheres, bem como de preparação para futuros psicólogos.

Palavras-chave: Câncer de mama, Grupos de sala de espera, Psico-Oncologia.

ABSTRACT

SOUSA, A. P. **Waiting room group in psycho-oncology in the mastology: an analysis of the contents of patients' speeches.** 2005. 226 p. Master Dissertation – Post Graduation Program of Attlied Psychology of Federal University of Uberlândia.

The Waiting Room Group (WRG) is defined as a group modality developed in medical clinics, which is directed to patients and their companions while waiting for the medical consultation (or appointment). The WRG discussed in this research refers to one of the extension projects to the community, carried out by the Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), which composes the professional training period established by the Psycho-Oncology Program in the Mastology of the Psychology Institute in the mentioned hospital. The project attends breast cancer patients and their companions. Breast cancer is among the most frequent sorts of cancer, being considered one of those that have killed women of different ages and social-economic levels the most. However, in spite of the medical evolution, primary prevention is still inaccessible to women affected by this disease. Due to this fact, and also for the increasing number of cases, cancer is considered, today, a public health problem. The goals of this investigation were to identify, analyse, describe and categorise the contents of the reports registered by the trainees in the WRG meetings, as well as knowing and understanding the themes discussed by the patients during the meetings. Such context of data collection allowed us to focus on the project as it has been carried out. The method chosen for this research was the analysis of contents. Registers of five meetings, randomly chosen among an available sample that included reports written from 24/03/2000 to 29/09/2000, were analysed. The conclusion of this stage of the research was determined by the saturation criterion. Ten categories, which were presented according to a decreasing frequency order, arose from the analysis: diagnosis and the treatments for breast cancer; the breast cancer; other resources to deal with breast cancer and its treatments: the support among the WRG participants and religiosity; health *versus* illness; work related activities; affective relationships; the patient and her participation in the WRG; representation concerning the hospital and the public health system; representations concerning the staff and death. The mentioned categories allowed us to identify the patients' representations in relation to the breast cancer; its treatments; the hospital and the medical and psychological staff; the fear of the recurrent cancer and the prevail of death; the use of resources to coping the disease as religiosity, affective relationships and mechanisms to deny the cancer existence. The study of the reports also revealed difficulties related to the reliability of the language presented in the registers, once it combines the vocabulary used by patients and trainees. Another identified problem might be related to the configuration of the reports. The lack of important information about the patients and the companions, who took part in the WRG, impelled us to suggest a different structure for the reports – a structure that can be useful for the continuity of the psychological appointments, for the trainees and for researches about this activity. In fact, the WRG consists of an important listening space, where women exchange experiences and are looked after; an essential practice to the preparation of future psychologists.

Key words: Breast Cancer; Waiting Room Groups; Psycho-Oncology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1 Sala onde se realizam os GSE, vista da porta de entrada..... 85

2 Sala onde se realizam os GSE, vista de posição próxima à janela..... 86

3 Corredor de acesso aos consultórios e saguão de espera, visto à direita da porta da sala de atendimento do GSE..... 87

4 Corredor de acesso aos consultórios e saguão de espera, visto da parede que delimita a sala de material de limpeza..... 88

LISTA DE QUADROS

1 Estimativas para o ano de 2005, do número de novos casos de câncer de mama, em mulheres, segundo localização primária do tumor, por região do país, a cada 100.000 habitantes..... 31

2 Estimativas para o Estado de Minas Gerais por 100.000 habitantes, de novos casos de câncer de mama, em mulheres, para o ano de 2005, segundo localização primária do tumor..... 32

3 Tipos e freqüência dos atendimentos realizados pelo Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU, no período de 1995 até 2000..... 53

4 Participantes presentes em mais de uma reunião dos GSE, de acordo com as informações contidas nos registros analisados..... 98

5 Freqüência das categorias por reunião..... 100

6 Análise do relato da reunião do dia 05 de maio de 2000..... 200

7 Análise do relato da reunião do dia 26 de maio de 2000..... 205

8 Análise do relato da reunião do dia 16 de junho de 2000..... 210

9 Análise do relato da reunião do dia 25 de agosto de 2000..... 217

10 Análise do relato da reunião do dia 29 de setembro de 2000..... 222

SUMÁRIO

RESUMO..... 07

ABSTRACT..... 08

LISTA DE ILUSTRAÇÕES..... 09

LISTA DE QUADROS..... 10

1. INTRODUÇÃO..... 13

1.1. O câncer e o contexto sócio-cultural atual..... 14

1.1.1 Câncer de Mama..... 23

1.2. Psico-Oncologia..... 34

1.3. Estágio Profissionalizante em Psico-Oncologia na Mastologia..... 39

1.3.1 Atendimento Ambulatorial a pacientes com câncer de mama..... 47

1.3.2 Assistência psicológica no Centro de Psicologia a pacientes com câncer de mama.. 48

1.3.3 Atendimento Psico-Oncológico a pacientes com câncer de mama nas Enfermarias do HC-UFU..... 49

1.3.4 Atendimento Psico-Oncológico a familiares das pacientes..... 50

1.3.5 Atendimento Psico-Oncológico a pacientes com câncer de mama no Hospital do Câncer..... 51

1.3.6 Atendimento Psico-Oncológico domiciliar a pacientes com câncer de mama..... 52

1.3.7 Grupos de Sala de Espera com pacientes e seus acompanhantes..... 52

1.4. Grupos..... 54

1.4.1 Grupos com mulheres com câncer de mama..... 64

1.5. Grupos de Sala de Espera..... 72

1.5.1. Grupo de Sala de Espera no Ambulatório de Mastologia Malígna do HC-UFU..... 78

OBJETIVOS..... 89

2. MÉTODO..... 90

2.1. Amostra..... 90

2.2 Considerações éticas..... 92

2.3 Procedimentos..... 93

2.4 Os participantes da pesquisa..... 95

2.5 A instituição estudada – O Hospital de Clínicas..... 95

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 97

3.1 Sobre os participantes da pesquisa..... 97

3.2 Categorias encontradas..... 99

3.2.1 Categoria um – Diagnóstico e tratamentos para o câncer de mama..... 101

3.2.2 Categoria dois - O câncer de mama..... 113

3.2.3 Categoria três – Outros recursos para lidar com o câncer de mama e seus tratamentos: o apoio entre os participantes dos GSE e a religiosidade..... 130

3.2.4 Categoria quatro - Saúde *versus* doença..... 138

3.2.5 Categoria cinco - Relacionamentos afetivos..... 146

3.2.6 Categoria seis - Atividades laborais..... 151

3.2.7 Categoria sete - As pacientes e sua participação no GSE..... 158

3.2.8 Categoria oito – Representação da instituição hospitalar..... 162

3.2.9 Categoria nove -.Representaçõe da equipe de saúde..... 165

3.2.10 Categoria dez - Morte..... 170

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 176

5. REFERÊNCIAS..... 187

ANEXO A..... 197

APÊNDICES..... 199

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu da dificuldade que a autora encontrou nos atendimentos nos Grupos de Sala de Espera (GSE) [1], em sua experiência no período em que atuou como estagiária do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Aproximadamente dois anos após a conclusão do estágio e, principalmente devido ao seu interesse pela Psico-Oncologia, a autora retomou seus estudos. Pelo desejo de investigar e aprofundar seu conhecimento sobre os atendimentos em grupo, juntamente com a necessidade da definição do tema de estudo para a realização da dissertação, a autora escolheu o GSE.

Com a falta de informações para se pensar a respeito da prestação de serviços, com a necessidade de auxiliar a formação de estagiários na área da Psico-Oncologia e também elevar o nível técnico dos profissionais que atuam na área, na busca de integração entre a produção científica e a prática da Psicologia da Saúde e da Psico-Oncologia nos hospitais, esta pesquisa teve como propósito a ampliação dos conhecimentos teóricos e práticos sobre os GSE, que são uma modalidade de intervenção emergente voltada aos pacientes que procuram atendimento médico nos ambulatórios.

Durante o período em que foi estagiária[2] do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia no HC-UFU, a autora conheceu alguns trabalhos de pesquisa desenvolvidos com a clientela atendida pelo referido programa, como por exemplo alguns dos trabalhos de Gandini (1995, 1997) e a pesquisa de doutoramento de Silva (2001), que na época do seu estágio estava sendo

[1] Modalidade grupal voltada para o atendimento de pacientes enquanto aguardam consulta médica.
[2] No período de novembro de 1999 a dezembro de 2000.

desenvolvido. Posteriormente outros trabalhos foram desenvolvidos no mesmo Programa, como é o caso do trabalho de Santana (2005).

A seguir serão discutidos alguns dos temas principais envolvidos nesta pesquisa.

1.1 O câncer e o contexto sócio-cultural atual

Simonton; Simonton; Creigton (1987) explicam que um câncer tem início a partir de uma célula com informações genéticas incorretas que a incapacitam no cumprimento das funções para as quais foi designada. Se esta célula reproduzir outras células com a mesma construção genética incorreta, um tumor começará a ser formado, sendo composto por um aglomerado dessas células imperfeitas. Nos casos em que a doença se agrava, células malignas se separam do tumor original podendo espalhar-se no local e/ou à distância em relação ao tumor primário, disseminando a doença em outras partes do corpo, formando as metástases.

Em Rey (1999), a palavra câncer significa uma "denominação geral para as doenças que resultam do crescimento desordenado e potencialmente ilimitado das células de um tecido ou órgão" (p.113). Em Silva (2001), encontramos referências à palavra câncer como expressão genérica que designa qualquer um dos mais de 200 tipos de doenças igualmente conhecidas por este nome.

Para Yamaguchi (1994) a palavra "câncer", devido à grande generalização sofrida em seu significado, causa muita confusão e, além disso, o fato de trazer o estigma de épocas em que seu tratamento ainda não existia, é muitas vezes interpretada hoje em dia como possibilidade de morte iminente, relação que também é percebida por Rossi e Santos (2003) no caso do

câncer de mama. Para Kübler-Ross (1996), as pessoas relacionam um tumor maligno com doença fatal, encarando ambos como sinônimos, postura que se deve ao fato de o câncer ser ainda uma das principais causas de morte entre as doenças crônicas, mesmo com o número crescente de curas ou de diminuições significativas – aspecto que é confirmado por Carvalho (2002).

Para Sant'Anna (1997), em relação ao câncer, permanecem os temores e as expectativas negativas que não foram alteradas pelos avanços no campo da medicina. A autora acima citada afirma que "receios antigos relativos à mutilação, à solidão e ao abandono familiar não cessam de emergir no decorrer do tratamento em quimioterapia, por exemplo, ou no suceder de exames e cirurgias, quando o corpo é inúmeras vezes manipulado, vasculhado e diagnosticado" (SANT'ANNA, op. cit., p. 44).

Segundo Dóro et al. (2004) a representação simbólica do câncer pode ser sintetizada em idéias como:

> a) o câncer é sinônimo de morte; b) o câncer é algo que ataca do exterior e não há como controlá-lo; c) o tratamento – quer seja por radioterapia, quimioterapia ou cirurgia – é drástico e negativo e, quase sempre, tem efeitos colaterais desagradáveis (DÓRO et al., op. cit., p. 121).

De acordo com os autores acima citados, a imagem negativa do câncer também pode ser associada à falta de comportamentos de prevenção, o que tem graves conseqüências, pois leva a um tempo longo entre os primeiros sinais da doença até a busca de ajuda médica, o que tem como conseqüências o início do tratamento em estágios avançados do câncer e a limitação das possibilidades terapêuticas, tal imagem do câncer traria malefícios diretos ao paciente.

Sobre os significados associados ao câncer, Zecchin (2004) diz que

> O câncer evoca a imagem de tentáculos que crescem, invadem, se ramificam, lançam raízes à distância, ocupam espaços e consomem a vida. Até o final do século XIX, era apenas mais uma dentre as doenças que desafiavam a ciência. Com o advento da microbiologia e a elucidação do mecanismo das infecções, restou ao câncer, durante grande parte do século XX, o lugar do mal absoluto, da degradação e da condenação a uma morte sofrida. No plano do convívio social, tornou-se a doença a ser ocultada, em meio a sentimentos de vergonha e medo.
> O imaginário popular associa o câncer aos inibidos, aos sexualmente reprimidos, incapazes de expressar suas emoções. É a doença dos que renunciaram à esperança e aos prazeres; é a doença dos perdedores e dos que merecem punição (p. 54 – 55).

Assim, de acordo com os trabalhos acima citados, as representações que o câncer evoca ainda hoje são de caráter essencialmente negativo. Esta discussão nos leva ao que tem sido discutido a respeito de representações sociais principalmente no âmbito da Psicologia Social.

O termo representação social se refere a uma modalidade de conhecimento especial cuja função é organizar comportamentos e a comunicação entre indivíduos (MOSCOVICI, 1978 apud FERREIRA, 2003). É um conceito que identifica, descreve e articula sistemas de valores, idéias e práticas permitindo às pessoas que se orientem em seu universo material e social, controlem-no e comuniquem-se por meio de um código de denominação e classificação dos vários aspectos que compõem seu mundo e sua história individual e grupal (MOSCOVICI, 1983 apud PAIVA, 1999).

Para Jodelet (2001), as representações sociais seriam fenômenos complexos e sempre em ação na vida social, no qual estão envolvidos elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc. Estes elementos, de acordo com a autora, são organizados sob um saber que conta algo a respeito da realidade. De acordo com a autora acima citada, temos a necessidade constante de estarmos informados a respeito do mundo que nos cerca; precisamos nos ajustar a esse mundo, saber como devemos nos comportar, dominando-o física ou intelectualmente, identificando e resolvendo as dificuldades que vão surgindo, e por este motivo, criamos representações.

Para Minayo (1994 apud TEIXEIRA, 1999), as representações sociais poderiam ser definidas, dentro das Ciências Sociais, como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressariam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. De acordo com Teixeira (op. cit.), as representações sociais podem ser consideradas um instrumento para a análise dos aspectos sociais por possuir a propriedade de retratar a realidade, sendo uma forma de compreender a relação entre o cotidiano e a sociedade e de valorizar a contribuição do indivíduo na reelaboração de significados para os fenômenos da vida cotidiana. Assim, a emergência de significados, vincular-se-iam à diversidade e pluralidade de possíveis experiências pessoais e à realidade social, pois as representações seriam fenômenos colados ao tecido social (JOVCHELIVITCH, 1995 apud TEIXEIRA, op. cit.).

Segundo Paiva (1999) o caráter peculiar do conceito de representação social está em seu foco sobre a intersecção das referências fornecidas pelo grupo a respeito de um objeto social em que ocorre a apropriação ativa dessas referências pela pessoa. As representações sociais nos guiam de modo a nomear e definir os diferentes aspectos da realidade com que convivemos, permitindo-nos interpretar esses aspectos, tomar decisões e nos posicionar diante desses aspectos de forma defensiva. Uma vez construída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que confirmem as previsões e explicações decorrentes dessa representação (VALA, 2000, p. 460).

As representações sociais são teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente com a finalidade de estruturar e dar sentido ao real. Por possuir um caráter essencialmente dinâmico, levam os indivíduos a produzir comportamentos e modos de interação com o meio que modificam os dois (OLIVEIRA; WERBA, 2001 apud FERREIRA, 2003).

As representações sociais podem apoiar-se em valores variáveis, dependendo dos grupos sociais de onde tiram suas significações – e em saberes antigos, que são reavivados por situações sociais especiais, processos que, para a autora acima citada, seriam centrais para a elaboração representativa, estando ligados a sistemas de pensamento mais amplos, de cunho ideológico ou cultural, ao desenvolvimento dos conhecimentos científicos à condição social e à experiência particular e afetiva dos indivíduos (JODELET, 2001).

Portanto, as representações sociais do câncer podem influenciar como os portadores de câncer enfrentam o diagnóstico e seus tratamentos e como a sociedade vê estas pessoas, estando relacionados à visão negativa da doença, sua associação ao sofrimento e à morte, e ao preconceito que os cerca.

Apesar do desconhecimento sobre o câncer, pode-se afirmar que este tem etiologia multifatorial (CARVALHO, 1996, 2002; ROSSI; SANTOS, 2003), sendo que uma das principais causas a ele relacionadas é a hereditariedade, mas se sabe que um dos fatores determinantes para o surgimento da doença é o estilo de vida. A vida moderna e as transformações do mundo na transição do milênio, associada ao período conhecido como "pós-modernidade" (ZIMERMAN, 2000; FREIRE, 2001), contribuem negativamente neste sentido. A população tem se exposto a fatores ambientais perniciosos e adquire hábitos novos de vida, em função da industrialização e urbanização desordenadas, persistindo, acentuando ou introduzindo hábitos que podem induzir ou propiciar o desenvolvimento de neoplasias malignas (GADELHA et al.,1992).

Diversos fatores presentes na vida moderna têm sido associados ao desenvolvimento dos vários tipos de câncer, como, por exemplo: a) a vida nos grandes centros - poluição, moradias precárias, baixa qualidade de vida, estresse, trânsito desordenado, violência urbana, desemprego, assistência médica cara e um sistema de saúde pública incapaz de atender à demanda; b) maus hábitos de saúde - sedentarismo, má alimentação, fumo, abuso de drogas

licitas e ilícitas, falta de acesso a atividades de lazer, c) dificuldades nos relacionamentos em geral - rede de apoio social pouco estruturada, falta e dificuldades de diálogo; d) a grave crise econômica - diminuição do poder aquisitivo das classes médias, má distribuição da renda, inflação, dívidas interna e externa do Estado; e) crise política - corrupção e falta de compromisso com as classes mais pobres, frutos da política neoliberalista e da falta de ética com que sofre a sociedade; f) deturpação de valores éticos, crise nas ciências de forma geral, nas religiões, nas artes e na sexualidade, que tem levado a uma "obsolescência e descartabilidade de objetos, pessoas e relações, acompanhados por certo menosprezo pelo valor da vida" (FREIRE, 2001, p. 2), e o incentivo ao consumismo; g) desequilíbrio ambiental e extinção de espécies animais e vegetais e diminuição das reservas de água potável, dentre outras modificações.

Dos fatores acima destacados, enfocamos a crise na esfera religiosa, devido a sua importância para as pessoas que se defrontam com uma doença grave como o câncer. Alves (2002) afirma que a finalidade de todas as religiões é a busca de pensar a realidade toda a partir da exigência de que a vida faça sentido. Tal discussão é também apresentada por Kübler-Ross (1996), que faz um questionamento a respeito do papel da religião em "tempos de transição". A autora afirma que antigamente um número maior de pessoas acreditava de maneira incondicional em Deus, em uma vida futura na qual as pessoas encontrariam o alívio para suas dores e sofrimentos, que eram vistos como uma maneira de se encontrar, no céu, a recompensa para os sofrimentos passados na terra. Recompensa essa que poderia variar de acordo com a coragem, a bravura, a paciência e a dignidade com que se carregou este fardo. Nessa época, o sofrimento era mais comum e estava associado a uma recompensa futura. Atualmente, perde-se esse sentido para o sofrimento devido à falta de religiosidade na vida das pessoas. A autora associa esse fato a um pequeno número de pessoas que acreditam na vida após a morte e, consequentemente, na imortalidade. Afirma ainda que, para o paciente, a

ausência de tal sentido religioso é uma troca desvantajosa. Enquanto a rejeição religiosa diminui a crença no significado do sofrimento terreno e a recompensa no céu após a morte, não oferece esperança e sentido para a vida. A rejeição social aos valores religiosos nada oferece e aumenta sentimentos de ansiedade que, segundo a autora, contribuem para acentuar o senso de destruição e agressão.

Todos estes fatores, ligados a alterações culturais influenciados pela globalização, geram uma grande incerteza em relação ao futuro e, por este motivo, atingem como um todo a população mundial, podendo estar direta ou indiretamente relacionados às formas de adoecer recentes (LUZ, 2001; ZIMERMAN, 2000; GADELHA et al., 1992). De acordo com Zimerman (op. cit.), o desafio desse novo milênio ao homem é viver em condições físicas, mentais e sociais dignas.

Desde o início do século XX, várias mudanças estão contribuindo para o bem-estar da população de forma geral, tais como o controle das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, devido à adoção de medidas de prevenção específicas ou inespecíficas, como imunização ativa, programas de controle ou erradicação de grandes endemias, saneamento básico e o desenvolvimento de novos medicamentos (LESSA, 1988; PASCHOAL, 1996; FREIRE, 2001). Ao mesmo tempo, entretanto, aumentaram as mortes por doenças crônico-degenerativas que, devido ao fato de serem tratáveis, permitem que os indivíduos doentes tenham a possibilidade de ter uma grande sobrevida; para tanto, precisam fazer uso prolongado de medicamentos ou submeter-se a tratamentos que implicam, quase sempre, em mudanças de hábitos, restrições e/ou diminuição da qualidade de vida (PASCHOAL, op. cit.), assim como o que acontece com os pacientes com câncer.

Modificações importantes na estrutura de mortalidade da população ocorreram durante o século XX, como a redução dos óbitos por doenças infecciosas, o aumento da expectativa de vida ao nascer e o envelhecimento populacional. Apesar disso, devemos considerar as grandes

disparidades entre as populações em cada região brasileira. O aumento da população com 60 anos, cuja faixa etária é considerada de risco para o câncer, tem acentuado a preocupação com a saúde da população em geral (PASCHOAL, 1996; FREIRE, 2001).

A Medicina, neste último século, apresentou um grande avanço tecnológico, como cita Carvalho (2002), com o desenvolvimento da medicação anestésica, permitindo o desenvolvimento de várias técnicas e tipos de cirurgias para o tratamento de diferentes enfermidades, e aperfeiçoando estudos e pesquisas detalhadas sobre patologia, remédios, aparelhos sofisticados para diagnósticos e tratamentos cada vez mais precisos e que proporcionam maiores chances de "cura". Porém, em se tratando do câncer, estes avanços ainda não foram suficientes para diminuir as altas taxas de incidência e de mortalidade, fato que pode estar relacionado ao processo de investigação do mecanismo de desenvolvimento do câncer e de tratamentos eficientes para esta doença. A essa discussão, Gadelha et al. (1992) acrescentam que, no caso do Brasil, a mortalidade por câncer não tem se alterado e faltam garantias de acesso aos serviços de saúde a toda população. Este fato, de acordo com Medeiros (2002), seria responsável pela geração de contrastes na atenção prestada entre os indivíduos ou as populações das diversas regiões do país pois:

> O modelo de assistência à saúde que predomina em nossa atualidade evidencia que o atendimento é farto para aqueles que têm condições financeiras de arcar com os custos das intervenções. Numa segunda classe estão aqueles que podem acrescentar às suas despesas mensais os custos dos planos de saúde; mesmo assim, em muitos casos não lhes é garantida a assistência integral. E em terceiro estão os pobres, aqueles que dependem da assistência gratuita e, na maioria das regiões do país, escassa. É em decorrência desse modelo que o princípio da justiça prima pela idéia de que a saúde deve ser compreendida como sendo um bem fundamental que contemple a todos e não apenas a uma pequena parcela da população (MEDEIROS, op. cit., p.35).

Segundo Gadelha et al. (1992), o câncer é um problema de saúde pública no Brasil (COSTA JÚNIOR, 2001; PAULINELLI et al., 2003), pois se mantêm uma alta incidência (REZENDE, 1996; REZENDE; BOTEGA, 1998) e a medicina ainda não dispõe de intervenções que possam impedir sua manifestação e desenvolvimento, na maioria dos casos, ou curar todos os doentes, além de envolver diversos fatores sociais.

O grande número de pessoas com câncer traz conseqüências negativas para a área econômica, como ressaltam Gadelha et al. (op. cit.), pois requer um grande investimento do Estado (já que grande parte dos doentes de câncer não têm condições de arcar com as despesas do seu tratamento), que deve arcar com expensas provenientes de uma incapacitação total ou temporária para o trabalho, em decorrência de cirurgias mutiladoras que podem ser necessárias para o tratamento da doença. Há também as conseqüências sociais, pois o câncer altera a vida não só do doente como de toda a sua família, que sofre com o tratamento que nem sempre pode impedir a dor, o sofrimento emocional e, em muitos casos, a morte.

Gadelha et al. (op. cit.) destacam ainda que o impacto do câncer sobre a sociedade é cruel, devido às repercussões sociais e econômicas, recursos investidos, anos de vida perdidos, perda de potencial de trabalho, além das implicações que acarreta para os doentes e a família como dor, sofrimento, incapacidade e morte. Segundo Gimenes e Queiroz (1997), "hoje o câncer é entendido como uma doença crônica de modo que, mesmo quando seu controle obtém sucesso, sabe-se que este exige observação constante e seguimento prolongado" (p. 187).

Carvalho (2002) também observou os vários problemas relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer em grande parte dos pacientes e seus familiares dividindo-os em: problemática intrapsíquica – que apresenta como sintomas sentimentos de ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e de esperança; problemática social – que gera isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de

controle, perda de autonomia; problemática relacionada ao câncer – processo da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, dificuldade de relação com a equipe médica e paramédica.

Os familiares também são parte importante neste processo, visto que a família sofre junto com os pacientes afetados e tem sua dinâmica alterada, precisando receber atendimento psicológico, como propõe a Psico-Oncologia (CARVALHO, 1992, 1994; CARVALHO, 2002.).

1.1.1 Câncer de Mama

O câncer de mama cuja incidência é maior nos países desenvolvidos, aparece como doença freqüente que atinge preferencialmente mulheres de diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos (REZENDE, 1996; REZENDE; BOTEGA, 1998; SILVA, 2001, ROSSI; SANTOS, 2003). É um dos tipos de câncer que atinge grande número de mulheres numa incidência cem vezes maior do que nos homens, sendo também um dos que mais mata mulheres na faixa etária abaixo dos cinqüenta anos (SILVA, op. cit.).

O câncer de mama, segundo o que afirmam Arán et al. (1996), merece atenção especial em função do número crescente de casos e da pequena alteração nas curvas de morbidade e mortalidade e, mesmo com as diversas modalidades de tratamento utilizadas atualmente, o diagnóstico precoce é ainda a única forma de se alterar este quadro. O número de pessoas doentes aumenta a cada ano, devido ao fato de permanecer inacessível a medidas de prevenção primária, este fato tem implicações diretas no tratamento que, para ser bem sucedido e ter um prognóstico positivo, depende principalmente do diagnóstico precoce.

De acordo com Gonçalves e Dias (1999), não se pode fazer uma prevenção primária ao câncer de mama, pois essa só acontece quando se define uma relação clara entre a doença e suas causas diretas (como acontece na relação entre fumar e câncer no pulmão). Os agentes causadores do câncer de mama são ainda incertos, e a única ação efetiva estaria relacionada apenas à prevenção secundária, procurando alcançar a doença em seus estágios iniciais. Os autores acima citados afirmam, com base em outros estudos, que a detecção precoce do câncer de mama leva a uma maior sobrevida das mulheres diagnosticadas.

Gonçalves e Dias (op. cit.) relacionam entre os meios de detecção precoce ao câncer de mama: o exame sistemático da mama, também chamado de exame clínico, que é feito por profissional especializado (ginecologista ou mastologista); a mamografia, exame radiológico de alta precisão e custo elevado, de difícil acesso para a população das classes menos favorecidas economicamente; e o auto-exame da mama, que é o exame realizado pela própria mulher no período pós-menstrual.

Na época em que Gonçalves e Dias (op. cit.) realizaram seu estudo, o auto-exame da mama, mesmo não possuindo a mesma eficácia que as técnicas mamográficas ou profissionais, era considerado como o principal método de detecção do câncer de mama pelas mulheres, pois na maior parte das vezes, seria a própria mulher quem perceberia o tumor. Acreditava-se que por meio do auto-exame da mama a mulher poderia detectar pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, o que poderia significar a possibilidade de se descobrir nódulos com um centímetro de diâmetro, diminuindo, assim, a probabilidade de metástase e aumentando a sua sobrevida.

Vários meios de comunicação têm se engajado em campanhas de prevenção do câncer, e o câncer de mama constitui um dos exemplos. As campanhas anteriores tinham a preocupação de divulgar a importância e ensinar o auto-exame de mamas enfocando o aspecto preventivo. Com a evolução do conhecimento científico, a divulgação de informações pela imprensa

escrita tem demonstrado a atualização e a preocupação social dos jornalistas na sensibilização da população para o problema em questão.

Em dois de abril de dois mil e quatro, o jornal Folha de São Paulo, no caderno Folha Cotidiano, publicou uma reportagem com o seguinte título: “Toque não evita morte por câncer da mama – pesquisas mostram que auto-exame é ineficaz; a partir de hoje, políticas vão priorizar exame clínico e mamografia como forma de prevenir o câncer mamário, o que mais mata as mulheres brasileiras”. Nesta reportagem foi relatada a mudança de visão a respeito do auto-exame de mamas, visto até aquele momento como o principal aliado na prevenção da doença, frente ao consenso que modificou a política nacional para o controle do câncer de mama, que o Ministro da Saúde, Humberto Costa, e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), lançaram naquela data: a mamografia é o único exame que consegue prevenir as mortes por câncer da mama.

De acordo com a reportagem, no auto-exame são detectados nódulos de um e meio centímetros a dois centímetros. Já a mamografia pode diagnosticar tumores malignos com apenas um milímetro, sendo que nesses casos as chances de cura são de 95%. O ideal seria indicar a mamografia a todas as mulheres, mas nos países do Terceiro Mundo isso não é possível, e outro motivo que agravaria esta situação, seria o custo do mamógrafo, que na época em que a reportagem foi publicada custava por volta de cento e cinqüenta mil dólares.

Segundo o artigo, a proposta do Ministério da Saúde é a de que todas as mulheres acima de cinqüenta anos façam a mamografia a cada dois anos e se submetam a exame clínico anualmente. As que têm histórico familiar da doença devem fazer a mamografia todos os anos, a partir dos trinta e cinco anos. Para isso, o ministério deve anunciar a compra de mais mamógrafos. A reportagem revelou ainda que apenas nove por cento dos municípios brasileiros possuem o aparelho. Em São Paulo, uma das cidades que possui mais recursos, as mulheres chegam a esperar quase um ano para a realização do exame radiográfico das mamas.

Foi a primeira vez que se estabeleceu uma política de prevenção no país com a intenção de reduzir a mortalidade em 20%.

Entretanto, o título desta reportagem aponta o exame clínico e a mamografia como preventivo sem esclarecer o significado de “prevenção” em relação ao câncer de mama, o que pode sugerir a idéia, para muitos, que esses exames seriam suficientes para impedir o desenvolvimento de tumores malignos.

Sobre a etapa de desenvolvimento da doença no momento do diagnóstico, Arán et al. (1996) afirmam que os fatores responsáveis pelo diagnóstico tardio seriam: a pobreza de sinais e sintomas no início da doença, o medo de que o tratamento seja mutilador, a falta de informações sobre o auto-exame mensal de mamas e a falta do hábito de consultar periodicamente um ginecologista. O número de casos diagnosticados nos estágios iniciais da doença, na época do estudo realizado por Arán et al. (op. cit.), não passava de 10% nos grandes centros, sendo a mastectomia com linfadenectomia axilar a intervenção mais freqüente.

As modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer de mama são: a cirurgia (mastectomia) e a radioterapia para tratamento loco-regional, e a quimioterapia e a hormonoterapia para tratamento sistêmico. Estas são determinadas de acordo com a avaliação da extensão da doença, o que é chamado de estadiamento. Malzyner, Caponero e Donato (1997) explicam que o estadiamento consiste na "avaliação do tamanho e extensão do tumor primário[3] e situação dos linfonodos axilares[4]" (p. 75). O estadiamento pode determinar o prognóstico da doença junto com a avaliação das características histológicas e biológicas determinadas através do exame laboratorial de amostras do tecido tumoral, ou da avaliação do tumor retirado durante a cirurgia, com a finalidade de avaliar "a presença de receptores

[3] Tumor ou carcinoma é considerado primário, quando este “se encontra no sítio de origem da neoplasia e de onde partem as células ou agregados celulares cancerosos para formar as metástases a distância” (REY, op. cit., p. 120).

[4] De acordo com Rey (op. cit.) estes linfonodos são responsáveis pela drenagem linfática da mama e a principal via de disseminação de células cancerosas provenientes dos tumores malignos da mama.

hormonais, alterações genéticas, fração de células em proliferação, densidade da microvascularização, invasão e vasos linfáticos e sangüíneos peritumorais, invasão perineural e outras características" (p. 76), como idade, características do tumor primário (presença de necrose tumoral), dos níveis de receptores de estrógeno e de progesterona, das medidas da capacidade de proliferação do tumor, bem como a situação em relação à menopausa e ao estado geral de saúde da paciente.

A mastectomia pode ser definida como:

> Ablação cirúrgica da glândula mamária, como um dos principais recursos no tratamento das neoplasias malignas desse órgão. Dependendo do tipo, idade e condições da neoplasia, diferentes modalidades são empregadas: a) mastectomia subcutânea, excisão dos tecidos mamários, conservando o mamilo, a aréola e a pele, seguida em geral de colocação de uma prótese; b) mastectomia simples ou total, consistindo em excisão da glândula, inclusive mamilo, aréola e grande parte da pele envolvente; c) mastectomia radical (ou operação de Halsted), como a anterior, porém incluindo a remoção dos músculos peitorais maior e menor e dos tecidos linfáticos até os linfonodos axilares; d) mastectomia radical modificada, como a anterior, porém preservando os músculos peitorais; e) mastectomia radical estendida, que abrange pele, mamilo, aréola, tecido glandular linfático até os linfonodos axilares, músculos peitorais e a cadeia mamária interna de linfonodos (REY, 1999, p.487).

Rey (op. cit.) explica que o tumor primário e parte do tecido que o envolve devem ser retirados, procedimento que, para os casos de câncer em estágio inicial, pode ser suficiente para assegurar a cura. Nos casos em que a doença tiver se estendido para os linfáticos e gânglios regionais, estes também deverão ser removidos.

Uma das complicações que costuma atingir as mulheres submetidas à mastectomia é o linfedema, descrito por Panobianco (2002). Como estas intervenções cirúrgicas, dependendo da modalidade e da extensão, removem nódulos ou danificam vasos linfáticos, ocorre o prejuízo do transporte de fluído linfático, rico em proteínas. Esse líquido costuma ficar

acumulado nos espaços intersticiais dos tecidos ao redor do local operado (braço, tronco e tecidos remanescentes da mama no lado afetado). A autora acima citada explica que o linfedema pode causar problemas como: incômodo; dores no braço; diminuição da capacidade de distensão do tecido subcutâneo de ombro, cotovelo, pulso e mão do lado afetado; diminuição da amplitude articular, prejudicando a realização de tarefas diárias em casa e no trabalho; comprometimento da saúde cutânea e subcutânea; aumento do risco de infecções em ferimentos; diminuição da capacidade de regeneração de lesões; e até um tipo raro de câncer, o linfangiossarcoma. É importante ressaltar que para esse problema ainda não foram desenvolvidos tratamentos totalmente eficazes (PANOBIANCO, 2002).

De acordo com Malzyner, Caponero e Donato (1997), devido ao surgimento e desenvolvimento de outras modalidades terapêuticas como a radioterapia, a terapia hormonal e a quimioterapia antineoplásica, a cirurgia deixa de ser o único tratamento para o câncer, para se integrar a uma abordagem terapêutica multidisciplinar, melhorando as taxas de cura e a qualidade de vida dos pacientes.

Malzyner, Caponero e Donato (op. cit.) afirmam que a radioterapia consiste em um dos meios de controlar o câncer localmente. Seu objetivo é minimizar as possibilidades do câncer recorrer na região onde se localizava o tumor antes de sua remoção cirúrgica, destruindo eventuais células que tenham permanecido após a cirurgia e impedindo seu crescimento. No caso do câncer de mama, a radioterapia é utilizada em pacientes com possibilidades de recidiva local, ou seja o reaparecimento do tumor, nos doentes cuja cirurgia teve margens cirúrgicas comprometidas pelo tumor ou nos casos em que foram comprometidos pelo menos quatro linfonodos da região axilar. Segundo Rey (1999), a cirurgia e a radioterapia são os principais tratamentos contra as neoplasias.

Malzyner, Caponero e Donato (1997) incluem entre as terapias adjuvantes a quimioterapia e a hormonoterapia. A quimioterapia ocorre por meio do uso de medicação que age sobre a síntese de proteínas essenciais à reprodução celular de forma mais intensa nas células tumorais do que nas células normais. As complicações deste tratamento, segundo Rey (1999), podem variar de acordo com o medicamento usado, porém são identificados alguns sintomas gerais associados à maioria dos medicamentos, como queda de cabelos – alopécia -, alteração no funcionamento da medula óssea, e imunossupressão, que provoca uma alteração no funcionamento do sistema imunológico.

Segundo Malzyner, Caponero e Donato (op. cit., p. 88), a quimioterapia adjuvante pode "prolongar a sobrevida livre de doença e a sobrevida global de pacientes pré e pós-menopausadas com comprometimento dos linfonodos axilares”. Este tratamento pode ter duração de seis a quatro meses.

Em alguns casos, o tratamento realizado é uma associação entre a quimioterapia e o tratamento radioterápico. Esta proposta se baseia em estudos que mostraram que a quimioterapia sistêmica adjuvante, desde que introduzida precocemente no tratamento e seguida pela radioterapia, melhora o controle sistêmico e a sobrevida de pacientes com risco de metástase sem comprometer o controle locorregional da doença.

Malzyner, Caponero e Donato (op. cit.) relatam que, por meio da descoberta de que alguns tipos de câncer de mama são dependentes de estrógeno para seu desenvolvimento, a Medicina a buscou terapias hormonais para o seu controle. Os autores citam os recursos terapêuticos usados para o tratamento desses tipos de tumores: retirada dos ovários (ooforectomia), terapia usando andrógenos, bloqueadores estrogênicos, progestágenos, análogos LHRH, inibidores de aromatase, dentre outros. Essas modalidades terapêuticas são utilizadas para tratar outros tumores localizados em tecidos que sofrem regulação hormonal,

como é o caso dos tumores de mama, mas também dos tumores de endométrio e de próstata, conforme o que afirma Rey (1999).

Como um dos principais recursos usados na hormonoterapia adjuvante, Malzyner, Caponero e Donato (1997) citam o tratamento com o medicamento Tamoxifem. Seu uso é recomendado por cinco anos, sendo que, após este período, não foram observados benefícios para as pacientes. A terapia com este medicamento diminui riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e preserva a densidade óssea após a menopausa. Dentre os efeitos colaterais, o mais preocupante é o risco de desenvolvimento de câncer de endométrio, por isso recomenda-se um rigoroso acompanhamento e o tratamento de qualquer anormalidade observada na camada interna do útero. Em função dos aspectos acima citados, os riscos e benefícios do referido medicamento devem ser avaliados pela equipe médica que acompanha a paciente. Com o tratamento usando o Tamoxifem, espera-se principalmente a diminuição das recidivas contralaterais do câncer de mama e, conseqüentemente, a redução da mortalidade.

Rey (op. cit.) afirma que, nos casos em que a doença se encontra em estágios mais avançados, são associados os recursos cirúrgicos à medicação quimioterápica e/ou hormonal, alcançando-se os melhores resultados com a agregação de todos estes recursos terapêuticos. Nos casos em que não existe possibilidade de cura, recorre-se a um tratamento paliativo para o alívio de sintomas, principalmente a dor, e para melhorar a qualidade de vida do paciente sem provocar efeitos tóxicos ou complicações devidas ao tratamento, com a finalidade de evitar uma morte dolorosa.

Conforme Arán et al. (1996), os fatores de risco para o câncer de mama mais importantes são a idade avançada, predisposição hereditária, fatores reprodutivos tais como nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, idade avançada na primeira gravidez, uso de hormônios

exógenos, patologias mamárias benignas, obesidade em mulheres menopausadas, ingestão de gordura e exposição à radiação.

O trabalho com pacientes com câncer de mama tem grande importância, por constituir um problema de saúde pública inacessível a medidas preventivas, daí a relevância social do estudo e investigação do atendimento a esta parcela da população que cresce a cada ano. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2005), o câncer deve ser encarado como um problema de saúde pública, por atingir pessoas em diferentes faixas etárias e em todos os continentes, estando em segundo lugar nas estatísticas de causa geral de morte por doença no mundo. A seguir, seguem-se as estimativas do INCA para os números de novos casos, segundo localização primária do tumor por região do país, e também para o estado de Minas Gerais, para o ano de 2005.

QUADRO 1

Estimativas para o ano de 2005, do número de novos casos de câncer de mama, em mulheres, segundo localização primária do tumor, por região do país, a cada 100.000 habitantes.

Regiões	**Estado - casos**	**Estado - taxa bruta**	**Capital - casos**	**Capital - taxas brutas**
Centro-Oeste	2.480	37,91	640	51,74
Nordeste	7.090	27,23	3.190	54,95
Norte	1.110	15,52	760	32,84
Sudeste	29.140	72,74	11.530	106,63
Sul	9.650	70,76	2.100	112,44

FONTE: Mistério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA 2005.

QUADRO 2

Estimativas para o estado de Minas Gerais por 100.000 habitantes, de novos casos de câncer de mama, em mulheres, para o ano de 2005, segundo localização primária do tumor.

Estado - casos	**Estado - taxa bruta**	**Capital - casos**	**Capital - taxas brutas**
4.220	43,46	850	66,99

FONTE: Ministério da Saúde (op. cit.)

Assim, pode-se verificar que o local em que a pesquisa foi desenvolvida está inserido geograficamente em uma região brasileira em que existe alta incidência de câncer de mama e, levando-se em consideração estes dados, constitui-se um fator importante a ser avaliado devido ao grande número de pacientes diagnosticadas com câncer de mama na região do estudo.

Para Arán et al. (1996), a crise do sistema de saúde pública no Brasil pode refletir também no retardamento do tratamento da doença devido à falta de vagas nos hospitais públicos, pois aspectos psicológicos também interferem na busca de tratamento.

Gonçalves e Dias (1999) citam como os principais influenciadores nos comportamentos de saúde: as crenças comportamentais (o que a pessoa acredita que irá acontecer quando desempenhar um determinado comportamento ligado à saúde) e as avaliações que se faz das conseqüências deste comportamento; e as crenças normativas, originadas das pressões sociais de pessoas que considere como referência (família, amigos, sociedade) e a motivação para concordar com estes.

Devido ao fato do câncer de mama ter origem incerta, várias áreas do saber contribuem com conhecimentos para a compreensão dos mecanismos de desenvolvimento da doença “câncer”.

No entanto, este trabalho se deterá nos aspectos psicológicos envolvidos nesse processo específico de adoecer, que poderiam ajudar as pacientes a enfrentar sua doença e encontrar uma melhor qualidade de vida após o diagnóstico, durante o tratamento e ao longo de sua existência, como por exemplo: competência social, adaptação psicossocial (GIMENES, 1997a), ajustamento à doença, expressão emocional, vontade de viver e estresse emocional (GIMENES, 1997b); como também enfocará as representações das mulheres com câncer de mama a respeito de sua doença e dos tratamentos.

De acordo com Sant'Anna (1997), o câncer de mama é associado ao sentimento de vergonha que é agravado pela "ameaça da mutilação de uma parte do corpo considerada, há muito, um dos principais símbolos da identidade feminina" (p. 43). Zecchin (2004) afirma que

> Há significados associados, não só ao órgão doente, em particular ao seio, mas ao que a doença e seio possam vir a significar e como isto irá se desenrolar dentro da história pessoal, sexual, de vida de cada um. A mastectomia causa uma reação de horror quando vemos a pele colada nas costelas. É uma imagem que impõe à paciente, ao médico, e a qualquer outro, o contato com a parte da realidade desta experiência viva de uma perda mutiladora. Todas as pacientes [...] que não puderam fazer a reconstrução da mama mutilada traziam em suas queixas sentimentos de inibição, constrangimento, vergonha, insegurança, preconceito, todos indicando comprometimento importante da auto-estima, de seu lugar como mulher, da angústia produzida pelas preocupações em relação à vida e à morte. Escondiam-se de seus parceiros, dos familiares, sentiam-se envergonhadas e não queriam que ninguém soubesse da realidade que estavam vivendo. Escondiam seus corpos até de si mesmas, evitando olhar e ser olhadas (p. 30).

Além das dificuldades relacionadas às mudanças corporais causadas pelos tratamentos para o câncer de mama, deve-se levar em consideração que os trabalhos na área de prevenção não conseguem atender de forma abrangente essa população e os psicólogos que atuam na área da Psico-Oncologia necessitam articular os conhecimentos teóricos a cada realidade específica, propondo ajustes e estratégias capazes de atender à demanda psicológica desses pacientes.

A seguir, definiremos a Psico-Oncologia, sua importância para o desenvolvimento do trabalho no Programa de Psico-Oncologia na Mastologia, sua prestação de serviços à comunidade e sua importância na formação de futuros psicólogos.

1.2 Psico-Oncologia

Considera-se a Psico-oncologia como:

> Área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos provenientes da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:
> 1º) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;
> 2º) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevida após o diagnóstico de câncer;
> 3º) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial à formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (GIMENES, 1994, p. 46).

Uma outra definição a ser considerada é a de Costa Júnior (2001), para quem a Psico-oncologia seria uma área da Psicologia, interdisciplinarmente ligada a outras ciências da saúde, que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento do câncer, seu tratamento e a reabilitação dos pacientes.

A Psico-Oncologia tem como objetivos principais identificar variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares

são submetidos, como os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações do comportamento da paciente (desmotivação e depressão) e riscos de recidiva. Em resumo, como diz Gimenes (1994), a Psico-Oncologia preocupa-se com a qualidade de vida da pessoa com câncer, seu bem-estar físico, psíquico e social.

A questão do enfrentamento do câncer merece uma maior ênfase, devido a sua importância no bem-estar físico (por influenciar os resultados dos tratamentos), psíquico, social e também espiritual dos indivíduos acometidos.

O enfrentamento diz respeito aos "esforços, tanto orientados para a ação, quanto intrapsíquicos, para lidar com exigências internas e externas e os conflitos entre estas exigências" (LAZARUS; LAUNIER, 1978 apud GIMENES, 1997b, p. 115). Ocorre nos casos em que a pessoa não pode agir diante das exigências atuais da sua vida da mesma forma como fazia anteriormente, precisando apresentar novos comportamentos que representam estratégias de enfrentamento (GIMENES, op. cit.).

De acordo com esta autora:

> O processo de enfrentamento inclui um contínuo ir e vir, desde a confrontação e o esforço para a retirada da negação do diagnóstico e suas conseqüências. Quando o processo de enfrentamento se completa satisfatoriamente, estes ciclos se dão com menos freqüência e praticamente desaparecem, o que indicará que o indivíduo lidou adequadamente com a situação (p. 120-121)

Gimenes (op. cit.) acrescenta que um mesmo indivíduo pode apresentar estratégias de enfrentamento distintas, compondo processos de enfrentamento diferenciados diante das situações estressantes cujos elementos desencadeadores são aparentemente semelhantes.

De acordo com esta autora

> O resultado esperado de um processo de enfrentamento é, de forma global, a adaptação psicossocial da pessoa e, consequentemente, um nível satisfatório de qualidade de vida. Assim, especificamente, o processo de enfrentamento visa permitir à pessoa um bom funcionamento psicológico, reassumir, na comunidade, atividades que exercia antes de o evento estressor surgir e minimizar seu estresse psicológico (GIMENES, 1997b, p. 133-134)

O trabalho de Kübler-Ross (1996) a respeito da morte também pode ser relacionado ao tema do enfrentamento. Esta autora propõe cinco estágios porque passariam os doentes que se encontram fora de recursos terapêuticos no que considera o processo de morte e de luto pela perda da vida e todas as demais perdas que esta separação implica. Os estágios do processo de morrer, de acordo com a autora acima citada seriam:

a) negação e isolamento – essa seria a primeira etapa relacionada pela autora a mecanismos relacionados à negação inicial da doença, o que pode ser observado em quase todos os pacientes, nos primeiros estágios do adoecer, logo após a constatação, ou em fases posteriores. Na etapa de negação há esperança de que o diagnóstico realmente tenha sido um erro. Esses pacientes podem considerar a possibilidade da própria morte durante certo tempo, mas precisam deixar de lado tal pensamento para lutar pela vida. A autora considera esta uma forma saudável de lidar com uma situação tão dolorosa. Explica que a negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais. Esta seria uma defesa temporária, podendo ser substituída por uma aceitação parcial. Kübler-Ross (op. cit.) afirma que a maior parte dos pacientes não utiliza a negação por muito tempo. Em alguns casos, eles abordam de maneira rápida a realidade de seu estado, mas logo em seguida demonstram incapacidade de encarar os fatos de maneira realista, contradizendo-se. Tal mecanismo seria mais

comum no começo da doença. Esta seria correspondente ao choque inicial, à primeira reação do doente;

b) raiva – sentimento despertado quando a negação não pode ser mais mantida. Esta raiva pode ser direcionada a qualquer pessoa que se relacione com o doente, desde a equipe médica até os familiares, mas é causada pela situação do paciente e não deve ser considerada como algo pessoal. Outros sentimentos podem acompanhar este momento, como o ressentimento, a revolta e a inveja pela saúde dos que estão ao seu redor;

c) negociação ou barganha – visto que a revolta não resolve a situação em que se encontra a pessoa esforça-se para adiar a morte e procura negociar com Deus já que existe uma forte associação entre a doença e a morte com pecado, culpa, punição e castigo. Assim, o doente esforça-se para mudar comportamentos e atitudes que considera negativos, para conseguir em troca um prolongamento de sua vida;

d) depressão – com o agravamento da doença os recursos dos estágios anteriores se mostram falhos e o paciente é tomado por sentimentos de perda, relacionados à depressão reativa e à depressão preparatória causada pelo pesar da separação de pessoas queridas e bens conquistados. O paciente permanece silencioso e as tentativas de encorajamento são desnecessárias, é importante que não se sinta sozinho. Este estágio pode ser considerado de preparação para o estágio seguinte;

e) aceitação – o paciente despede-se das pessoas e coisas amadas, tem a necessidade de perdoar e ser perdoado e resolver questões familiares pendentes, espera-se que expresse sentimentos e desejos. Devido ao agravamento da doença, o paciente encontra-se debilitado e fraco precisando de mais horas de sono, este pode ser considerado uma preparação, um desligar-se do mundo exterior e uma

> introspecção para o mundo interior, e assim segue até o momento de sua morte. É importante o apoio à família que pode desesperar-se diante da perda de seu familiar e esforçar-se para que volte a lutar pela vida, não compreendendo que este processo é importante para que viva sua passagem em paz. Existem pacientes que não conseguem vivenciar estes estágios e chegar à aceitação de sua morte, lutando desesperadamente e agitando-se quando percebe que nada mais pode fazer para evitar o momento temido de seu fim, sendo necessário auxiliar a família que sofre junto com o paciente, este tipo de reação também é esperada, sendo importante que os profissionais de saúde envolvidos estejam preparados para acolher e respeitar tais manifestações.

É importante ressaltar que nem todos os pacientes passam por todos os estágios como também podem não seguir a ordem proposta por Kübler-Ross (1996) seguindo o que a própria autora classifica como uma organização que considera didática, e esclarecer o que levaria à mudança de etapa seria a constatação de que a estratégia escolhida não mostra o resultado esperado, levando o paciente a buscar outras maneiras para lidar com a questão da morte.

No dizer de Carvalho (2002), o trabalho psicológico, seja ele voltado para o apoio, aconselhamento, reabilitação, psicoterapia individual ou grupal, tem facilitado a comunicação da conclusão diagnóstica, a aceitação dos tratamentos por parte dos pacientes, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, uma melhor qualidade de morte e do morrer.

É possível perceber que os profissionais dessa área preocupam-se também com o atendimento aos familiares de pacientes doentes, pois a ajuda psicológica voltada às famílias (que, assim como os pacientes também sofrem, se vêem diante de sentimentos intensos de medo e angústia, sentem-se despreparados diante do adoecimento de seu ente, sobrecarregados em suas tarefas e funções como também por uma série de outros transtornos

e problemas que o diagnóstico de câncer em um familiar desencadeiam) tem sido considerada como essencial, nas pesquisas da área. “A boa comunicação entre pacientes e familiares, bem como o apoio que os familiares possam oferecer ao paciente, têm sido considerados de maior importância para a recuperação e o enfrentamento das dificuldades causadas pelos tratamentos por estes pacientes” (CARVALHO, 2002, p. 153).

1.3 Estágio Profissionalizante em Psico-Oncologia

O Estágio Curricular Profissionalizante em Psico-Oncologia junto ao Serviço de Mastologia Maligna e da Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU, foi implementado no ano de 1984 com o propósito de oferecer “apoio emocional a pacientes com fortes suspeitas ou já diagnosticadas com câncer de mama, bem como a seus familiares” (GANDINI, 1997, p. 215). O trabalho com estas pacientes se propõe a ser preventivo com o objetivo de:

> Proteger a paciente do possível risco de desequilíbrio adaptativo diante do diagnóstico de câncer de mama que pode configurar uma situação de crise, da qual resulta a progressão ou regressão da eficácia adaptativa. A crise pode ser desencadeada por ocasião do diagnóstico e a paciente pode não contar com um repertório de respostas adequadas a esta situação. (...) Como modalidade terapêutica de intervenção na prevenção, ou já na presença da crise, utilizamos a Psicoterapia Breve Suportiva – PBS, visando a manutenção da qualidade de vida da Paciente/Família. (GANDINI, op. cit., p. 215-216)

Para uma melhor compreensão do trabalho desempenhado neste estágio, consideramos importante discutir parte do referencial teórico-técnico que o sustenta. O tema adaptação citado na fala de Gandini (op. cit.) acima citada refere-se a um

> Conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida. De tal forma que a adaptação é condição para a sobrevivência. (...) Para ser bem adequada, obriga a encontrar novas respostas para situações sempre novas, desde que na vida nada se repete (SIMON, 1983, p. 32-33).

O conceito de adequação é usado para qualificar a adaptação e assim, este assuma valor classificatório já que é avaliado considerando o conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfação de suas necessidades.

Para que a resposta seja considerada adequada ela deve solucionar o problema com o qual a pessoa se depara; que a solução traga satisfação e que esta não provoque conflitos intrapsíquicos (seja coerente com valores internos), nem conflitos sociais e culturais.

O autor propõe três tipos de respostas possíveis:

a) respostas adequadas: quando o indivíduo apresenta uma solução e esta, além de proporcionar satisfação e é coerente com seus valores internos determinados por padrões éticos pessoais e os valores da cultura em que vive. Em suma, a resposta é adequada quando “resolve a dificuldade, dá prazer, e mantém ou aumenta a auto-estima, sem provocar atritos legais ou culturais” (SIMON, 1983, p. 35);
b) respostas pouco adequadas: quando apresenta apenas um dos aspectos considerados essenciais. Quer dizer, dar satisfação causando causar conflitos entre valores intra ou extra-psíquicos; ou apresentam respostas que estejam de acordo com os princípios do sujeito e de sua cultura, mas não lhe proporcionem satisfação;

c) respostas pouquíssimo adequadas: quando a solução encontrada pelo sujeito é insatisfatória e ainda provoca conflitos internos ou externos (SIMON, 1983, p. 37).

A adaptabilidade geral pode ser avaliada segundo quatro setores de funcionamento, estes seriam:

> a) *afetivo-relacional* – compreendendo os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante;
> b) *produtividade* – relacionado ao trabalho, estudo, ou qualquer atividade produtiva, mesmo de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada ocupação principal do sujeito no período avaliado;
> c) *sócio-cultural* – abrangendo os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive;
> d) *orgânico* – compreendendo o estado e funcionamento do organismo do sujeito bem como seus sentimentos e ações em relação ao próprio corpo. Foi incluído por duas razões: a adaptação do individuo influi e é influenciada intrinsecamente por suas condições orgânicas; muitas vezes os efeitos de respostas pouco adequadas só aparecem com clareza ao nível do corpo, como nos distúrbios psicossomáticos.(SIMON, op. cit., p. 40-41).

Depois da avaliação da adaptação geral do paciente, sucede-se a avaliação da presença ou não de crise. Simon (op. cit.) explica que não sendo encontrada solução para o problema, inexistem prazer e coerência. Essa circunstância caracteriza uma situação de “crise”. A duração da crise apenas se pode prolongar por algum tempo, visto que, provocando uma tensão crescente, de um modo ou de outro, para aliviar-se, o indivíduo chega a alguma solução. A crise acontece quando a pessoa se depara com uma "situação nova e vitalmente transformadora" (p. 106) que implique em adequações novas, acarretando mudanças importantes em sua vida e para a qual será necessário um ato criativo e de novas aprendizagens.

O autor supõe que

> [...] os sentimentos de intensa angústia, às vezes de pânico, que assaltam o sujeito em crise, não seriam devidos apenas à falta de solução para o novo, mas à projeção e identificação do novo com fantásticas ameaças provocadas pelas figuras aterrorizantes das camadas do inconsciente que emergem nesses estados de extrema tensão emocional (p. 109).

Simon (1983) classifica as crises segundo o fator essencial que as originou; assim, elas podem ser provocadas por aquisição ou expectativa de aquisição ou por perdas ou expectativa de perda, isto é, "aumento ou redução *significativa* do espaço no universo pessoal" (p. 110), tendo como similaridade a angústia diante do novo e desconhecido. No caso das pacientes com câncer de mama, a origem da crise, quando esta acontece, pode ser atribuída à perda.

Em função do trabalho no contexto hospitalar este método de avaliação diagnóstica está associado à Psicoterapia Breve Suportiva (PBS). Acerca da PBS Gandini (1995) afirma que seu objetivo

> É levar, tão rapidamente quanto possível, o paciente ao equilíbrio emocional, com a supressão ou atenuação de sintomas, de tal modo que ele possa, no presente, retomar o funcionamento em um nível próximo da fase anterior à crise. (...) É feito um esforço para fortalecer as defesas existentes e elaborar novos e melhores mecanismos de defesa, simultaneamente, tentando remover, ou reduzir fatores externos, que atuam como fontes de ‘stress’. Não está entre os objetivos, a mudança da estrutura da personalidade, embora alterações reconstrutivas caracterológicas possam ocorrer (GANDINI, op. cit., p. 21-22).

Wolberg (1969 apud GANDINI, op. cit.) descreve procedimentos e intervenções psicológicas empregadas na PBS que são usadas pelo Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU. Na psicoterapia suportiva, a visão está focalizada na situação-problema do sofrimento do paciente e na eliminação dos sintomas. A atenção é voltada para as dificuldades atuais do paciente: o tratamento a ser realizado, problemas familiares e de trabalho, dentre outros. O terapeuta ajuda o paciente a elaborar a situação crítica, oferecendo-lhe suporte, acolhimento, esclarecimento, reasseguramento ou orientando no uso de medidas que envolvam o contato com seus familiares. As intervenções sugeridas pelo autor

supracitado (orientação, manipulação ambiental, externalização de interesses, reasseguramento, persuasão, catarse emocional e sugestão) muitas vezes são utilizadas também nos GSE.

A orientação refere-se a uma ajuda ativa, por parte do terapeuta, na qual a pessoa é encorajada a adequar-se às suas dificuldades, compreendendo-as melhor, avaliando a situação, podendo aprender a "corrigir" problemas ou adaptar-se às circunstâncias que não podem ser mudadas. A pessoa é estimulada a resolver o problema, de forma que a saída encontrada lhe traga satisfação (WOLBERG, 1969 apud GANDINI, 1995).

A manipulação ambiental diz respeito às tentativas de interferir em problemas emocionais para "retirar" ou modificar elementos desorganizados no ambiente. Nesse caso, o foco é voltado para os problemas físicos, o trabalho da pessoa, ou dificuldades sociais. Em alguns casos, pode ser necessário falar sobre o paciente com as pessoas que cuidam de sua saúde, ou então fazer, a serviço da saúde, o encaminhamento sistematizado ao profissional que possa auxiliar o paciente a encontrar uma solução para seu problema. Os benefícios emocionais percebidos podem ser atribuídos ao domínio restituído à pessoa quando controla a situação para a qual procura ajuda (WOLBERG, op. cit., apud GANDINI, op. cit.).

A externalização de interesses acontece quando os pacientes expõem seus desejos e são encorajados a procurar atividades que tenham sentido e importância para eles (WOLBERG, op. cit., apud GANDINI, op. cit.).

O reasseguramento é a afirmação de que quase tudo pode ter uma solução. É usado quando se percebe que o paciente tem opiniões duvidosas em relação as suas habilidades. Dessa forma, o paciente pode vir a sentir-se aliviado de medos condicionados por pensamentos irracionais (WOLBERG, op. cit., apud GANDINI, op. cit.).

Na técnica de persuasão "o terapeuta atua como um mentor para persuadir o paciente a revisar seus valores e sua filosofia de vida" (WOLBERG, 1969, apud GANDINI, 1995, p. 24). As sugestões persuasivas podem ser categorizadas em:

a) redirecionamento de objetivos - "se os objetivos na vida do paciente estão deixando-o insatisfeito e trazendo-lhe conflitos, ele é convidado a repensá-los visando a busca da satisfação" (WOLBERG op. cit., apud GANDINI, op. cit., p. 24);
b) superação do sofrimento físico e da doença, pois a compreensão do efeito da mente sobre o corpo ajudaria a provocar uma mudança de atitude e, assim, diminuir o sofrimento físico (WOLBERG op.cit., apud GANDINI, op. cit., p. 24);
c) dissipação das preocupações habituais - os pacientes são "alertados para o quanto de energia gastam ‘ruminando’ seus problemas e medos, ao invés de fazer algo de positivo em busca de solução" (WOLBERG op. cit., apud GANDINI, op. cit., p. 25);
d) correção da tensão e do medo - ao perceber-se que os pacientes demonstram tensão e medo, as causas destes sentimentos são investigadas. A mudança dessas reações podem evitar as conseqüências de um estresse (WOLBERG op. cit., apud GANDINI, op. cit., p. 26);
e) enfrentamento da adversidade - "diante de dificuldades ambientais que o paciente não pode mudar, ele deve aceitá-las, aprendendo a conviver com as mesmas, mudando seus pontos de vista e modificando as condições que podem ser mudadas” (WOLBERG op. cit., apud GANDINI, op. cit., p. 26);. Pode ser considerada como uma possibilidade de desenvolvimento de qualidades.

A catarse emocional proporciona ao paciente a oportunidade de rever seus medos, narrar situações traumáticas anteriores que lhe tenham causado pânico, e que até então não haviam

revelado. Em situações de crise, o paciente fala espontaneamente sobre aspectos passados e sobre as relações deste evento com presente (WOLBERG 1969, apud GANDINI, 1995).

A sugestão pode ser usada deliberadamente pelo terapeuta para influenciar o paciente que escolherá, dentre as sugestões oferecidas, a que melhor ajustar-se às suas necessidades e sentimentos. "O alívio, ou remoção dos sintomas é freqüentemente acompanhado por uma reorientação generalizada, nas atitudes do paciente" (WOLBERG op. cit., apud GANDINI, op. cit., p. 27).

Segundo Gandini (op. cit.), e posteriormente em Silva (2001), o trabalho do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU foi desenvolvido paralelamente a outros programas voltados para a mesma clientela, que atuavam em prevenção secundária e terciária, existentes na década de 1980 tais como: Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo; Associação Viva a Vida – mulheres mastectomizadas da cidade de Piracicaba – SP; Centro Oncológico de Recuperação e Apoio (CORA) de São Paulo, e os serviços de atendimento psicológico prestados pela Universidade Federal de São Paulo; Santa Casa de Santos – SP e pela Universidade Estadual de Campinas – SP e a experiência desenvolvida no Hospital do Câncer A. C. Camargo de São Paulo. Esta última Instituição, em meados de 1997, contou com parceria da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo que, além de trabalhar com prevenção, tratamento e pesquisa sobre o câncer, implementou um programa de Psico-Oncologia que incluía atividades de ensino ligadas a cursos de mestrado e doutorado.

A estruturação dos serviços prestados às mulheres com câncer de mama no programa de Psico-Oncologia da Mastologia - UFU, tem sido construída e norteada por pesquisas produzidas pela própria equipe. De acordo com Silva (op. cit.) e Santana (2005), o trabalho “Orientação psicológica de mulheres com câncer de mama sob o ponto de vista sociopsicossomático” (GANDINI, 1991 apud SILVA, op. cit.; SANTANA, op. cit.) destaca-se pelo fato de seus resultados terem revelado que os mecanismos de defesa das pacientes, ao

enfrentarem adversidades, eram marcados por traços de depressão e melancolia. Essa pesquisa favoreceu novas possibilidades de atendimento às pacientes por abrir perspectivas para a atuação no âmbito da prevenção psicológica.

Sobre a forma como o trabalho é desenvolvido nesse estágio profissionalizante, Gandini (1995) relata que os atendimentos a essas pacientes se iniciam após a primeira consulta com o médico mastologista no Ambulatório de Mastologia Maligna. Esse atendimento ocorre em forma de entrevistas clínico-psicológicas e tem, nesse momento, o propósito de escutar os sentimentos, proporcionar alívio da tensão decorrente da expectativa do diagnóstico e da conduta médica a ser seguida, além de esclarecer dúvidas e concepções errôneas sobre a doença e o tratamento. No momento seguinte, é realizada a avaliação da eficácia adaptativa das pacientes segundo a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), instrumento diagnóstico elaborado por Simon (1983), e proposta a forma de atendimento psicológico.

A autora segue descrevendo o trabalho realizado com as pacientes e relata que o número de atendimentos depois da realização da mastectomia varia entre quatro e seis, enquanto estiverem internadas, o que quer dizer que nesse período podem ser atendidas diariamente. Os atendimentos depois que a paciente recebe alta hospitalar passam a ser mensais e são realizados até que completem um ano de pós-operatório, o que totaliza catorze a dezesseis sessões. Gandini (op. cit.) faz uma observação acerca das pacientes que precisam submeter-se a tratamento quimioterápico, e recomenda que essas pacientes continuem a ser atendidas durante esse período que, depois de encerrado, requer uma avaliação para decidir se os atendimentos devem ou não continuar.

Segundo a autora acima citada, os atendimentos têm duração média de quarenta minutos, variando de acordo com as condições e a rotina dos atendimentos da Enfermaria e do Ambulatório, bem como em função da necessidade da paciente. Os atendimentos individuais

são priorizados, mas atendimentos grupais também são realizados. Estes são voltados para auxiliar os familiares e acompanhantes das pacientes a compreender melhor os problemas relacionados ao câncer de mama (aspectos médicos, psicológicos e sociais), e acontecem também nas Enfermarias quando há mais de uma paciente internada no mesmo quarto ou quando elas dispõem de condições para freqüentar os grupos de atendimento psicológico.

Aos poucos, o trabalho desenvolvido junto a esta clientela vem se estruturando em vários projetos de extensão à comunidade que compõem o Programa de Psico-Oncologia na Mastologia. Estes projetos serão descritos a seguir.

1.3.1 Atendimento ambulatorial a pacientes com câncer de mama

O atendimento ambulatorial acontece no dia em que as pacientes vêm consultar-se com os médicos especialistas, seja para primeira consulta ou para acompanhamento do tratamento. Após o encaminhamento das pacientes por médicos, assistentes sociais ou equipe de enfermagem, ocorre o atendimento psicológico, aplicado principalmente em casos de depressão nos casos de crise pós-diagnóstico. Nos atendimentos pode ser percebida a necessidade de que as pacientes sejam encaminhadas a outras formas de atendimento oferecidos pelo Programa de Psico-Oncologia.

Estes atendimentos são realizados em consultórios médicos que não estejam sendo usados por outros membros da equipe de saúde para os atendimentos ambulatoriais ou em lugar que a

paciente se sinta à vontade para conversar sobre o que está sentindo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU, 1997, 1998, 1999, 2000).

1.3.2 Atendimento psicoterápico individual

O atendimento psicoterápico individual acontece no Centro de Psicologia[5] (CENPS) em sessões com freqüência semanal. Os encontros, na maioria dos casos, têm duração de 50 minutos e, em circunstâncias especiais, podem ocorrer com uma freqüência mais adequada a um caso específico, seguindo os padrões que o CENPS determina quanto às faltas – com três faltas consecutivas, ou cinco alternadas, a pessoa poderá ter seu atendimento suspenso.

Esse tipo de atendimento tem como base a Psicoterapia Suportiva Breve, e pode ser prestado por um ou mais estagiários, acompanhados ou não pela supervisora do estágio, o que depende da gravidade e das complicações do caso, por exemplo, num período de crise para a paciente ou quando as estagiárias estão em período de início ou término do estágio. Nessa ocasião, os novos estagiários ainda estão em treinamento e os estagiários antigos, por estarem concluindo o período de treinamento no programa, estão passando seus atendimentos às pacientes aos alunos ingressantes no Programa de Psico-Oncologia para que o trabalho terapêutico tenha continuidade.

---

[5] O CENPS é um Órgão Complementar do Instituto de Psicologia (IPUFU), cujo propósito é proporcionar a prática profissional obrigatória aos alunos do curso de Graduação em Psicologia da UFU para que obtenham o título de Psicólogo, onde também são desenvolvidos trabalhos de pesquisa e extensão. Auxilia também a formação de alunos dos cursos das diversas especializações e ao mestrado do mesmo Instituto. O CENPS mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimentos clínicos gratuitos na área de saúde mental. Funciona no prédio do IPUFU na Avenida Pará, 1720, Bloco 2C, Campus Umuarama. Estas informações fazem parte da página do IPUFU na *Internet*.

As pacientes em atendimento psicológico podem ser acompanhadas por longo período; em alguns casos são atendidas até que venham a falecer, ou até que o interrompam ao se sentirem aliviadas. Seu objetivo principal é trabalhar seus medos, ansiedades, fantasias, defesas, dificuldades afetivas, com o intuito de proporcionar-lhes um melhor equilíbrio adaptativo (UFU, 1997, 1998, 1999, 2000).

1.3.3 Atendimento psico-oncológico a pacientes com câncer de mama nas enfermarias do HC

Esse atendimento tem como finalidade favorecer a reflexão sobre sentimentos que estão experienciando antes de se submeterem a exames pré-cirúrgicos e /ou cirurgia e trazer informações a pacientes e seus acompanhantes, sobre os procedimentos que serão realizados e sobre como agir no período pós-operatório.

Antes dos atendimentos o prontuário médico é lido. Quando surgem dúvidas a respeito dos procedimentos que foram ou que serão realizados, essas dúvidas são esclarecidas com a equipe médica ou paramédica para que o profissional possa conhecer o real estado de saúde da paciente. Havendo necessidade, são feitos encaminhamentos como, por exemplo, para as assistentes sociais, ou para interconsultas psiquiátricas, dentre outros.

As observações da equipe de Psico-Oncologia sobre os atendimentos nas Enfermarias são registradas no prontuário médico de forma sucinta. Estes atendimentos são feitos diariamente enquanto a paciente estiver internada, sem tempo pré-determinado para cada atendimento (UFU, 1997, 1998, 1999, 2000).

1.3.4 Atendimento psico-oncológico a familiares de pacientes com câncer de mama

O atendimento aos familiares de pacientes pode ser realizado no Ambulatório, nas enfermarias, no CENPS, no domicílio, em conjunto com a paciente ou separadamente. É relevante acrescentar que há um cuidado para que o atendimento seja feito por estagiários diferentes para não alimentar sentimentos de persecutoriedade na paciente que venham a prejudicar o vínculo terapêutico e conseqüentemente dificultem seu atendimento. A preferência é de que o estagiário atenda a mesma paciente enquanto participar do estágio. Existe também a necessidade de que os estagiários em treinamento profissionalizante tenham oportunidade de conhecer na prática todos os atendimentos, aproveita-se o rodízio entre as atividades para se tentar minimizar, desta forma, o surgimento deste sentimento entre os familiares atendidos, assim, estagiárias diferentes atendem os membros da mesma família.

O objetivo desse atendimento é esclarecer dúvidas sobre o estado de saúde da paciente nas diferentes fases de tratamento e, quando for o caso, orientar quanto aos cuidados para lidar com o agravamento da doença e prepará-los para enfrentar o processo de terminalidade da doente, propiciando oportunidade de elaboração de sentimentos frente à perda de seu ente (UFU, 1997, 1998, 1999, 2000).

1.3.5 Atendimento psico-oncológico a pacientes com câncer de mama no Hospital do Câncer

O atendimento no Hospital do Câncer acontece enquanto as pacientes aguardam atendimento médico, quimioterapia ou radioterapia e estão em atendimento no Programa de Psico-Oncologia. Como o Hospital do Câncer possui equipe própria de psicólogas[6], esse atendimento é realizado apenas com as pacientes que já estejam sendo atendidas em outros serviços prestados por esse estágio.

O atendimento em questão tem o propósito de aliviar o medo e a ansiedade que os tratamentos quimioterápico e radioterápico causam às pacientes devido aos efeitos colaterais que podem apresentar, e a ansiedade de estar em contato com outros pacientes com os mais diferentes tipos de câncer. As pacientes recebem tratamento distinto em estágios diversos de evolução da doença que, de modo geral, podem despertar-lhes medo e insegurança. O objetivo desse atendimento é o de ajudá-las a enfrentar o tratamento e a lidar com o possível desejo de abandoná-lo, reforçando sua confiança na equipe médica e no diagnóstico.

---

[6] Embora estas duas equipes atendam uma clientela composta por pacientes cancerosos, não compõem uma única equipe e seus trabalhos não são integrados. O Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU é ligado ao CENPS-IPUFU, constituindo um trabalho que além de atender exclusivamente pacientes com câncer de mama e seus familiares, constituindo um trabalho que além do da assistência à demanda complementa a formação de alunos da graduação em psicologia enquanto um estagio profissionalizante. A equipe de psicólogas do Hospital do Câncer de Uberlândia pertence a equipe de técnicos administrativos que atendem os pacientes com outros tipos de câncer que estejam recebendo tratamento no Hospital acima citado.

1.3.6 Atendimento psico-oncológico domiciliar a pacientes com câncer de mama e seus familiares

Os atendimentos domiciliares acontecem quando as pacientes têm seu estado de saúde agravado pela doença e apresentam limitações físicas que as impedem de se deslocarem até o CENPS. Esse tipo de atendimento também tem como base a Psicoterapia Breve Suportiva (UFU, 1997, 1998, 1999, 2000).

1.3.7 GSE com pacientes com câncer de mama e seus acompanhantes.

Grupo realizado com as pacientes e seus acompanhantes enquanto aguardam consulta médica. Essa atividade, por ser objeto da presente pesquisa, será descrita no item 1.5.1, intitulado GSE no Ambulatório de Mastologia Maligna do HC-UFU.

Consideramos importante esclarecer que os projetos acima descritos e o GSE são parte do Programa de Psico-Oncologia e são desenvolvidos simultaneamente.

No quadro apresentado a seguir, Silva (2001) faz referência aos diferentes tipos de atendimento prestados pelo Estágio no Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU e explicita a freqüência destes atendimentos no período de 1995 até 2000. É importante lembrar que esses dados se referem ao período em que as reuniões escolhidas para serem analisadas nesta pesquisa foram realizadas.

QUADRO 3

Tipos e freqüência dos atendimentos realizados pelo Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU, no período de 1995 até 2000.

Ano **Tipo de atendimento**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**Total**
Domiciliar - familiar	00	00	05	00	03	18	26
Domiciliar - individual	00	00	52	54	59	43	208
Familiar	00	61	66	24	15	14	180
GSE	242	326	289	208	272	329	1666[7]
Individual - ambulatorial	19	89	85	21	128	136	478
Individual - enfermaria	192	02	154	25	126	152	651
Individual - Hospital do Câncer	00	00	00	00	00	12	12
CENPS	00	00	93	74	156	225	548
Total de atendimentos / ano	453	478	744	406	759	929	3757
Pacientes novos / ano	68	35	41	43	80	73	Média de pacientes novos atendidos por ano = 56,7

FONTE: SILVA, J.C.V.V.V. **Câncer de mama:** expressões da religiosidade e suas repercussões na convivência com a doença num grupo de mulheres mastectomizadas.Tese de Doutorado da UMESP: São Bernardo do Campo, 2001.

Santana (2005), que também faz referência ao trabalho realizado no Programa de Psico-Oncologia, afirma que, devido à seriedade do trabalho e o compromisso com o atendimento, existe uma preocupação da equipe em investir em pesquisas como garantia de aprimoramento de seu trabalho. Tanto essa autora como Silva (op. cit.), afirmam que alguns órgãos de fomento à pesquisa, mesmo que de forma insuficiente, têm auxiliado no processo de produção de conhecimentos com essa clientela. São eles: Programa Institucional de Apoio à Pesquisa (PIAP); Fundação de Assistência à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), que apoiou

[7] Corresponde ao número de participantes durante os anos aos quais os dados acima fazem referência, e não à freqüência de realização dos GSE.

inclusive a pesquisadora deste trabalho até vinte e oito de fevereiro deste ano; e CNPq, que libera duas bolsas de estudo anuais destinadas à Iniciação Científica. Em 2003 e 2004, quinze estagiários foram contemplados com bolsa pelo Programa de Extensão Integração UFU/Comunidade. Estas informações foram fornecidas por uma das supervisoras do estágio no Programa de Psico-Oncologia.

1.4 - Grupos

Para uma melhor contextualização deste estudo, é importante discutir as práticas grupais tentando resgatar na história destas práticas as referências ao que pode ser considerado como a origem dos trabalhos com grupos no âmbito da Psicologia e também dos grupos de sala de espera.

Osório (2000) define os grupos de forma geral como “um conjunto de pessoas em uma ação interativa com objetivos compartilhados” (p.11).

Outra definição é a de que um grupo pode ser um conjunto de indivíduos com objetivos comuns (no caso dos grupos terapêuticos o objetivo é a ajuda), que se reúnem em torno de uma figura central (que pode ser chamado de terapeuta, líder, coordenador, instrutor) (ASTRACHAN, 1970 apud HETEM; MOISÉS; ZEVIANE, 1992), definição essa que mais se aproxima do trabalho realizado pela equipe de Psico-Oncologia no Ambulatório de Mastologia Maligna do HC-UFU.

Zimerman (2000) afirma que a importância de estudar-se e trabalhar com grupos está no fato de que todo indivíduo passa a maior parte de sua vida convivendo em interação com diferentes grupos, que se renovam e se ampliam na fase adulta do desenvolvimento.

Ao procurar o desenvolvimento das práticas terapêuticas grupais e seu surgimento, encontramos em Moreno (1974) referência ao trabalho do Tisiologista americano Joseph Pratt, que é por ele denominado de “classeterapia” por ter como característica a tentativa de influenciar grupos de pacientes por meio de conferências, sem a preocupação de conhecer a estrutura do grupo, sendo chamada também de psicoterapia de grupo “inconsciente”. Compreendemos que o termo psicoterapia de grupo usado nesse trabalho é empregado como sinônimo de terapia grupal, já que é usado pelos autores aos quais nos referimos sem que estivessem abordando uma teoria específica sobre terapia de grupo.

Para Zimerman (1982), Pratt pode ser considerado o fundador da Psicoterapia de Grupo pelo fato de ter sido o primeiro a empregar tal recurso em 1905, a partir da observação do convívio de pacientes tuberculosos durante o período em que aguardavam as consultas em uma sala de espera, o que permitiu perceber que se estabeleciam relações emocionais que os tornavam mais animados. De acordo com Vinogradov e Yalon (1992), a maior parte de seus pacientes eram indigentes e não poderiam pagar por um atendimento particular; encontravam-se debilitados, sem esperanças e, segundo os referidos autores "esquecidos pelos órgãos de atendimento à saúde" (p. 10).

Em função disso, iniciaram-se reuniões em grupos de vinte ou trinta pacientes (VINOGRADOV; YALON, op. cit.) para a realização de palestras semanais cujos temas eram higiene pessoal, atitudes dos doentes frente à doença e em relação aos familiares e amigos. Além disso, comparavam-se as possíveis maneiras de encarar a doença, aconselhando-lhes e lhes dando esperança de cura. Pratt, ao perceber que os pacientes melhoravam, tornavam-se

mais otimistas e corajosos, passou a empregar este método com outros pacientes crônicos, como os cardíacos, os diabéticos e os psiconeuróticos (ZIMERMAN, 1982).

De acordo com a classificação utilizada por Zimerman (op. cit.), o método utilizado por Pratt é classificado como repressivo porque não leva em consideração os conflitos inconscientes, evitando atingir as origens dos sintomas neuróticos, reprimindo-os ou os negando. Para o autor, nesse tipo de atendimento, "o poder mágico das palavras reina absoluto" (p. 37), e a substituição dos pensamentos conscientes acontece por meio de expressões novas, modificando o estado dos pacientes. A relação entre o terapeuta e o grupo é de submissão.

Zimerman (1997, 2000), ao fazer uma nova reflexão sobre a evolução dos trabalhos com grupos, classifica o trabalho de Pratt na vertente empírica (que é fruto da intuição e experimentação, ao invés de originar-se de bases científicas), chamando-o de método de "classes coletivas". Para esse autor, o método é eficaz para a melhora física dos doentes por promover uma identificação dos doentes com o médico, proporcionando uma estrutura familiar fraternal, o que ele denomina de função continente do grupo, que é hoje utilizado como modelo por grupos de apoio como o dos "Alcoólicos Anônimos". Por ser eficiente e beneficiar pessoas com os mais distintos problemas, esse método vem se expandindo.

Para poder ser considerado como um grupo propriamente dito, Zimerman (1997, 2000) diz que é necessário que ele preencha as seguintes condições: formar uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios, comportando-se como uma nova individualidade; os seus integrantes devem estar reunidos em torno de uma tarefa ou objetivo comum; o seu tamanho não pode exceder um limite máximo de participantes que coloque em risco a comunicação visual, auditiva, verbal e conceitual; deve haver um enquadre e o seguimento de algumas regras pré-estabelecidas, como por exemplo: o local das reuniões, os horários, as férias e outras regras que delimitem e normatizem sua atividade; o grupo compõe uma totalidade; é

necessário preservar a identidade individual de cada um de seus componentes; é inerente uma interação afetiva; coexistência de forças contraditórias tendendo à coesão, à desintegração e a formação do campo grupal em que gravitam fantasias, ansiedades, identificações e papéis.

Osório (2000), em concordância com Zimerman (1997, 2000) e Venâncio (2004) relatou que o critério usado para classificar os grupos em homogêneo e heterogêneo leva em consideração os objetivos aos quais se destinam o grupo. Osório (op. cit.) e Zimerman (1997, 2000) descrevem como homogêneos os grupos em que todos partilham de uma característica peculiar, que pode ser o mesmo diagnóstico médico (por exemplo, diabetes, hipertensão arterial ou câncer), podendo ter outras características distintas como sexo, idade, grau de escolaridade, classe social etc. Os grupos heterogêneos são os que se destinam a objetivos distintos, com pessoas de sexo, idade, nível intelectual e categoria nosológica distinta (OSÓRIO, op. cit.).

Ao classificar os grupos de acordo com a técnica empregada pelo coordenador e com o tipo de vínculo que o mesmo estabelece com os integrantes, Zimerman (2000) os divide em cinco tipos: a) pelo grupo: que segue o modelo exortativo, funcionando em torno do líder, como nos “Grupos Pratt” ou nos “Grupos de Apoio”, em que o terapeuta trabalha pelo grupo; b) em grupo: neste caso os pacientes se reúnem em grupo, mas podendo ser considerado um tratamento individual feito em grupo; c) do grupo: ao contrário do anterior, o terapeuta se dirige ao grupo como uma totalidade, considerando-o como uma nova individualidade; d) de grupo: une as formas de interpretar em grupo e do grupo citadas acima, assumindo características próprias, constituindo-se como uma análise de grupo; e) com o grupo: cada paciente tem a liberdade de exercer uma capacidade interpretativa para os seus pares e junto com todos eles, significando que estão introjetando a “função psicanalítica” do terapeuta.

Os Grupos de Auto-Ajuda, de acordo com Zimerman (op. cit.), são compostos por pessoas portadoras de uma mesma categoria de necessidades, principalmente ligadas ao

campo da Medicina, que podem ser divididas em seis objetivos, de acordo com tarefa do grupo: 1) abarca pacientes com alguma adicção como obesos, fumantes, toxicômanos e alcoolistas; 2) cuidados primários de saúde, que abrangem programas de prevenção para pacientes diabéticos e hipertensos; 3) reabilitação de pacientes enfartados, espancados e colostomizados, por exemplo; 4) grupos de sobrevivência social para pacientes que sofrem com estigmas como os homossexuais e os portadores de necessidades especiais; 5) os grupos de suporte para pacientes portadores de doenças físicas e psíquicas crônicas e os pacientes terminais; 6) os grupos voltados para problemas conjugais e sexuais.

Zimerman (1997, 2000) classifica a psicoterapia de grupo em dois grandes conjuntos de acordo com o critério de finalidade: o operativo (dividido em três tipos: os de ensino-aprendizagem, os institucionais e os comunitários) e o terapêutico (em que se encontram os grupos de auto-ajuda e os psicoterápicos que podem ter como base teórica a psicanálise, o psicodrama, a teoria sistêmica, a teoria cognitivo-comportamental etc.).

Vinogradov e Yalon (1992) também consideraram importante para a definição dos grupos o *setting*, seus objetivos e seu tempo de duração. De acordo com esses autores, os *settings* clínicos podem variar muito, o que afeta a estrutura e o funcionamento desses grupos. Para demonstrar essa diferenciação, os autores comparam os grupos que ocorrem dentro do contexto hospitalar. Pode-se encontrar grupos voltados para o atendimento de pacientes internos (os pacientes que se encontram internados) e para pacientes externos (ambulatoriais), podendo constituir-se em grupos diários, para pacientes internados em regime de hospital-dia, até as reuniões semanais de grupos de apoio. Há também os grupos especializados para síndromes clínicas, tais como os grupos de orientação para pacientes diabéticos ou grupos de apoio para pacientes com *lupus*, que podem ser mantidos tanto dentro como fora do contexto hospitalar. Identifica-se ainda outros tipos de grupo, como por exemplo os especializados - grupos para pacientes que sofreram estupro, grupos para veteranos de guerra – que estão

associados a centros que oferecem serviços de aconselhamento específicos para casos como esses.

Para Vinogradov e Yalom (1992), os objetivos dos grupos de psicoterapia podem variar desde o alívio de sintomas e alteração do caráter (no caso dos grupos interacionais com longa duração), como também o de restabelecer o funcionamento e a preparação para a alta (o que ocorre nos grupos de terapia para pacientes psiquiátricos considerados como agudos). Os autores acima citados afirmam que, entre esses dois objetivos extremos estão os grupos que se propõem a ajudar os pacientes a manter um ajustamento social adequado, como os grupos de auto-ajuda que podem oferecer apoio, educação, oportunidade de socialização ou a alteração de comportamentos específicos.

Segundo os autores acima citados, duração significa o número de sessões em que o grupo se encontra e o tempo de permanência de seus integrantes no grupo, podendo ser considerada como sinônimo para o que denominam como a “vida do grupo”. Encontramos as seguintes possibilidades: grupos em que a permanência do paciente pode variar entre uma sessão ou participação por tempo indeterminado, pois sua permanência nos mesmos pode variar de acordo com os objetivos a que o grupo se propõe, variando desde tempo determinado até tempo limitado.

Acerca da relevância da psicoterapia de grupo, os referidos autores afirmam que "é um modo de tratamento amplamente praticado e empregado em um imenso número de *settings* com uma comprovada efetividade" (VINOGRADOV; YALOM, op. cit., p. 8). Acrescentam também que é um tratamento tão eficaz quanto a psicoterapia individual, podendo ser aplicada a vários transtornos psicológicos.

Vinogradov e Yalom (op. cit.) afirmam que é grande o número de grupos educativos e de apoio com intervenções psicossociais voltados para indivíduos com doenças crônicas e seus familiares, e citam como exemplo os grupos voltados para o atendimento de cônjuges de

pessoas que sofrem de Alzheimer, pessoas com câncer, grupos para a reabilitação de pacientes que tenham sofrido infarto do miocárdio, grupos para pacientes diabéticos ou que sofram de esclerose múltipla.

Esses grupos acontecem em *settings* médicos especializados e podem ser conduzidos por profissionais de saúde mental ou por outros profissionais de saúde com conhecimentos sobre a doença em questão e/ou seus tratamentos. Podem seguir um modelo em que a participação dos pacientes seja firmada para um determinado número de sessões, podem ter natureza contínua ou podem permanecer abertos e ter ingresso livre, assim, vários assuntos são discutidos e surgem espontaneamente no grupo.

Segundo Venâncio (2004), a escolha da abordagem grupal a ser utilizada no contexto hospitalar e sua eficiência dependem do local de sua realização (ambulatório, enfermaria), se será um grupo homogêneo ou heterogêneo, aberto ou fechado, com objetivos a serem alcançados a curto, médio ou longo prazo, se pretende ser informativo, ou preparar o paciente para intervenções médicas (como cirurgias) ou para a terapia.

Vinogradov e Yalom (1992) afirmam que os cônjuges, amigos e membros da família dos pacientes podem fazer parte desses grupos, como meio de adquirirem informações acerca dos problemas médicos do paciente. Os grupos, muitas vezes, podem ajudar os pacientes e seus familiares a se livrarem de fantasias como as de que, por algum motivo, seriam culpados pela doença. Seu foco é o encorajamento de mudanças no estilo de vida ou em hábitos que podem afetar de maneira negativa a doença, bem como no adoecimento, como uma questão familiar, na qual todos os membros podem e devem participar.

De acordo com os autores acima citados, os objetivos destes grupos são: 1) humanizar o ambiente em que são realizados os tratamentos; 2) melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos médicos; 3) instilar a esperança em seus participantes; 4) proporcionar

informações sobre os problemas específicos de saúde e sobre as alterações que serão necessárias no estilo de vida.

Tais grupos começam, freqüentemente, tratando das principais preocupações dos pacientes a respeito do manejo e do impacto da doença em suas vidas. Observa-se nesses grupos que os pacientes expressam seus sentimentos através de queixas físicas, que também podem ser usadas para expressar sentimentos de raiva em relação àqueles dos quais dependem, como depressão e desesperança. Esses pacientes podem inclusive apresentar negação ou rebeldia pela não-aquiescência ao tratamento ou por meio de sabotagem aos tratamentos.

Esses grupos não presumem que a doença pode ser causada pela estrutura da personalidade, ou mesmo por desejos ou pulsões inconscientes. Interpretações sobre esses conteúdos são evitadas. O líder deve reforçar habilidades positivas de manejo, altruísmo e interações úteis entre os membros do grupo, incentivando a troca de informações, o comportamento imitativo e o apoio.

Consideramos importante tratar do contexto institucional dos grupos realizados em hospitais. Para tanto, são importantes as contribuições do trabalho de Bleger (1988) sobre psicologia institucional.

Bleger (op. cit.) define instituição como:

> Organização de caráter público ou semipúblico que supõe um grupo diretório e, comumente, um edifício ou estabelecimento físico de alguma índole, destinada a servir a algum fim socialmente reconhecido e autorizado. A esta categoria correspondem unidades tais como os asilos, universidades, orfanatos, hospitais, etc (FAIRCHILD, 19?? apud BLEGER, op. cit., p. 37)

Para esse autor, a Psicologia Institucional é a área de atuação que percebe as instituições como um organismo de existência física concreta, com trabalho contínuo em algum campo da

atividade humana, em que se desenvolvem estudos com a finalidade de compreender os fenômenos humanos relacionando-os com a estrutura, dinâmica, funcionamento e objetivos da instituição.

Este trabalho não tem a pretensão de estudar a instituição em si, pois seu enfoque está no trabalho com os grupos de sala de espera. Contudo, não podemos deixar de levar esse contexto em consideração, visto que a dinâmica institucional pode constituir uma interferência e passar a integrar a vida dos pacientes permeando todo o trabalho desenvolvido dentro do contexto hospitalar.

Segundo Bleger (1988), "as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm que enfrentar" (p. 62), fazendo com que seja observada no hospital a separação corpo-mente que rege os doentes interferindo o que prejudica seu atendimento. Para o autor, essa é a causa da resistência em aceitar o trabalho do psicólogo na instituição, pois suas intervenções podem significar o desvelamento dessa postura, constituindo um problema sobre o qual a instituição possivelmente se negaria a pensar. De acordo com Bleger (op. cit.), o conhecimento desse problema permanece reprimido no inconsciente da instituição; a presença do psicólogo em seu contexto mobilizaria grande ansiedade.

Hetem; Moisés; Zeviane (1992) citam três elementos principais envolvidos no trabalho com grupos nas instituições: a técnica utilizada (que diz respeito ao tipo de grupo e também à orientação utilizada pelo terapeuta), o tipo de paciente e o meio onde ele se realiza (p. 345).

Schoueri e Szajnbok (1993) afirmam que no ambiente institucional não existe apenas a díade paciente-terapeuta, mas uma tríade, paciente-instituição-terapeuta, que constituem três subsistemas separados por barreiras pouco permeáveis. Hetem; Moisés; Zeviane (op. cit.) trabalharam com grupos sob a perspectiva teórica da Teoria Geral dos Sistemas. De acordo com essa abordagem, o grupo é considerado como parte de um sistema global – a instituição – ao qual está dinâmica e hierarquicamente integrado já que é visto como um dos seus

subsistemas. O grupo é influenciado e influencia reciprocamente os demais supra e subsistemas que formam a instituição.

Para os autores, em uma situação ideal, os limites de cada subsistema devem ser semipermeáveis de modo a permitir a troca de informações e de materiais ao mesmo tempo em que imprimem sua identidade ao sistema institucional. De acordo com a teoria acima citada, a instituição pode ser definida como uma "estrutura organizada, composta de vários sistemas distribuídos em diferentes níveis hierárquicos, com caráter de relativa permanência e identificável pelos seus códigos de conduta" (ASTRACHAN, 1970 apud HETEM; MOISÉS; ZEVIANE, 1992, p. 345). Assim, para Hetem, Moisés e Zeviane (op. cit.), a interação entre grupo e instituição não pode ser negligenciada durante o planejamento de atividades e seu desenvolvimento e principalmente para que sua manutenção seja viável. Segundo os autores, o terapeuta exerce o papel central de mediador do processo de incorporação do grupo pela instituição, contornando os obstáculos físicos, administrativos e dificuldades interpessoais da equipe de profissionais envolvidos, sendo o responsável pelo destino do grupo (quer seja seu fim ou sua continuidade).

Venâncio (2004), ao discutir sobre as possibilidades de atuação dos psicólogos no tratamento de pacientes oncológicos, afirma que as intervenções grupais voltadas para o atendimento de pacientes oncológicos têm sido muito utilizadas. A seguir abordaremos o tema dos grupos voltados para o atendimento da clientela com câncer de mama.

1.4.1 Grupos com mulheres com câncer de mama

Gomes et al. (2003) observam que os grupos voltados para as mulheres mastectomizadas possibilitam o lidar com os vários momentos que o diagnóstico e os tratamentos para o câncer impõem: a expectativa de estar com essa doença, a revelação do diagnóstico, que pode ser considerado o momento mais estressante de todos, e a busca de serviços que lhes ajudem a reabilitar-se física, social e emocionalmente. Para os autores acima citados, os grupos auxiliam as pacientes a melhor enfrentar as situações de estresse e medo, fazendo-as perceber nessa modalidade de intervenção "um meio de instrumentalizar a independência, a auto-estima, a identidade do ser cidadã e a qualidade de vida" (p. 294). Segundo Gomes et al. (op. cit., p. 292):

> A intervenção psicossocial tem sido indicada para amenizar o sofrimento emocional que pode ocorrer após o diagnóstico e durante o período subseqüente. As reações mais freqüentes incluem ansiedade, depressão, raiva e hostilidade que podem se manifestar também em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico menos invasivo ou mutilador como nodulectomia ou mastectomia radical com reconstrução, quimioterapia ou radioterapia neo-adjuvante.

Esses autores afirmam que a convivência em um grupo composto por pessoas com problemas semelhantes pode constituir uma experiência que lhes ofereça a possibilidade de um clima de valor terapêutico, ajudando seus participantes a superar barreiras criadas por sentimentos como os de solidão e isolamento, por meio da possibilidade de *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas e que estejam participando do grupo.

Neste mesmo artigo, Gomes et al. (op. cit.) fazem uma revisão bibliográfica dos trabalhos publicados sobre a utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. Os

autores analisam dez artigos nacionais e internacionais, publicados nos últimos dez anos, que abordam o tema “grupos com mulheres com câncer de mama”. Em sua análise Gomes et al. (2003) observam que os artigos se constituem de trabalhos realizados por meio de encontros entre terapeutas e mulheres cujos temas abordados são classificados como:

a) educação em saúde – esses grupos abordam informações médicas e psicológicas sobre o câncer de mama, tratamento e prognóstico, procurando esclarecer acerca de dúvidas procurando respondê-las de maneira adequada e eficiente com a finalidade de proporcionar aprendizado;
b) manejo do estresse – procuram ajudar as pacientes a lidar com sua agressividade nos relacionamentos sociais na família, no ambiente de trabalho e no lazer, por meio de exercícios de hipnose, relaxamento, técnicas de respiração e atividade física;
c) apoio psicossocial – busca ajudar as pacientes a lidar com sentimentos de solidão e a desenvolver novas maneiras de lidar com o câncer de mama, “ampliando a rede de suporte social e reduzindo o impacto emocional causado pelo câncer, seu tratamento e complicações, aumentando dessa forma, sua auto-estima” (GOMES et al., op. cit., p. 294);
d) enfrentamento de situações – relatos em que as participantes dos grupos podem adquirir maior habilidade para enfrentar problemas relacionados ao seu adoecimento por meio da identificação de atitudes que podem estar causando sentimentos inadequados e mal adaptados com a pretensão de estarem atuando de maneira preventiva evitando problemas psicossociais futuros e abrindo a possibilidade de que tenham uma melhor qualidade de vida.

De maneira geral, Venâncio (2004) observa que no Brasil, nos grupos voltados para o atendimento de pacientes com câncer, predominam as terapias expressivas, diferente do que

se percebe na literatura internacional em que se verifica um grande uso da abordagem cognitivo-comportamental. As abordagens expressivas buscam a compreensão do significado simbólico da doença e dos conflitos emocionais inconscientes relacionados ao adoecimento, não dando muita ênfase à mobilização dos recursos cognitivos para que se adaptem melhor ao seu adoecimento.

A seguir, abordaremos outros exemplos de trabalhos que utilizam técnicas grupais em geral com pacientes com câncer de mama.

Moraes (1987) descreve uma experiência de assistência psicológica grupal a pacientes mastectomizadas em que a doença, os sintomas e o sofrimento experimentado representam um ataque à personalidade da paciente podendo evidenciar, de um lado, a expectativa de que as células cancerosas estejam se desenvolvendo, desequilibrando o organismo e, de outro lado, a dor, a mutilação, a perda da força física, a restrição de suas atividades pessoais. A retirada da mama pode alterar a auto-imagem, provocando um desequilíbrio relacionado ao aspecto psicológico. O grupo, na experiência relatada, tem a finalidade de procurar a integração psicológica da paciente, com a devida atenção aos aspectos físicos e sociais implícitos. O trabalho, realizado por meio de uma combinação de exercícios específicos para a região afetada, visava facilitar o relaxamento muscular, conjugado a uma abordagem interpretativa. As reuniões ocorriam quinzenalmente com duração de uma hora e trinta minutos. O grupo era constituído por um número variável de mulheres, em vários estágios de recuperação, incluindo as operadas há muitos anos e bem adaptadas à vida comum. O número mínimo de sessões para cada paciente era de seis, podendo ser estendidas por tempo indeterminado, de acordo com a necessidade de cada uma.

Corbineau (1989) relata sua experiência com o uso da psicanálise no trabalho institucional com dez pacientes, com as quais se reunia semanalmente durante uma hora e quinze minutos em um grupo aberto que apresentava três objetivos: a) médico - trazer

esclarecimentos sobre a doença; b) psicológico - dar suporte durante a quimioterapia e ter efeito psicoterapêutico; c) social - prevenir metástases, aperfeiçoar os terapeutas e reintegrar as mulheres à sociedade.

Corbineau (1989) encontrou os seguintes resultados em seu estudo: não foram observados casos de abandono dos tratamentos contra o câncer de mama e nem das consultas ambulatoriais periódicas; o grupo funcionava como um veículo de informação sobre a doença; devido ao fato de que algumas pacientes anteriormente haviam se submetido à histerectomia por mioma, levantou-se a hipótese de que a evolução posterior para o carcinoma de mama poderia indicar um perfil hiperestrogênico que "num contexto de saúde com objetivos profiláticos poderia ser altamente significativo e talvez alterado no seu curso" (p. 14).

A autora percebeu ainda que o grupo funcionava como um ambiente de continência e suporte para pacientes que apresentavam ansiedade e idéias de suicídio, podendo ser encarado como "liberador de um corpo mutilado", pois, para a autora, o corpo sobre o qual o câncer se instala fica com um estigma tão flagrante (a perda do seio). Parece ser um corpo doente e não um corpo erótico e, para que esse erótico volte ou possa ter a possibilidade de vir a existir, é preciso que o medo da morte seja sentido, e que a experiência da perda da mama seja dolorosa para que seja aceita e simbolizada. Sobre a conscientização do medo do câncer e do medo da perda do seio, Corbineau (op. cit.) acrescenta que este era mantido pela quimioterapia, quando as pacientes associavam o horror às aplicações de quimioterapia ao horror da recidiva do câncer que lhes pesava como ameaça constante.

Gandini e Wutke (1991) desenvolveram um trabalho com grupos de mulheres mastectomizadas por câncer de mama a partir do serviço que já realizavam em ambulatório. No referido trabalho, as autoras se depararam com a necessidade de realizar-se com freqüência atendimentos emergenciais a essas pacientes. Por esse motivo, foi proposto o atendimento em grupo para essas pacientes, além dos atendimentos psicológicos já existentes,

sendo ambos os trabalhos baseados na Psicoterapia Breve Suportiva. O objetivo de sua proposta de atendimento em grupo era o alívio dos sintomas e a troca de experiências entre mulheres com o mesmo diagnóstico médico de câncer de mama.

Participavam do grupo uma média de nove mulheres em diferentes fases do tratamento, com faixa etária variando de 22 a 70 anos. Inicialmente, o contrato de atendimento era para um grupo aberto, sem prazo para término, sendo que as novas pacientes eram selecionadas a partir de dois critérios: deveriam ter diagnóstico médico semelhante e ter passado por atendimento psicológico individual. A saída do grupo se dava por alta do serviço médico. O grupo se reuniu por um ano, na freqüência de uma vez por semana, em horário pré-estabelecido, durante mais ou menos duas horas, em uma sala do ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU. Essa experiência facilitou a focalização dos sentimentos dominantes, tais como medo da morte pela doença real, mutilação, separação da família (para aquelas que residiam longe do local de tratamento) e sentimentos referentes a aspectos positivos da vida. O grupo ainda possibilitava a troca de informações esclarecedoras sobre a doença, sobre fatores biopsicossociais envolvidos, sobre a reintegração à família, ao trabalho e à sociedade. Durante sua realização foi criado um grupo de auto-ajuda, por iniciativa das próprias pacientes, fruto da coesão grupal.

Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998) analisam as bases teóricas e práticas de uma experiência clínica e institucional de um grupo de apoio psicológico (GAP) com mulheres com câncer de mama, composto por sete pacientes, fechado, com duração de quatro sessões. A análise psicodinâmica desse grupo evidenciou a presença de quatro tipos de fantasias descritas pelos autores: fantasias de união-fusão com a terapeuta; fantasia de asfixia; fantasia de castração e de quebra.

As fantasias de união-fusão com a terapeuta foram percebidas na primeira reunião. Segundo a descrição de Rezende (op. cit.) e Rezende e Botega (op. cit.), os participantes se

dirigiam ao grupo como se ele representasse a imagem ou parte de um corpo (para os autores, o corpo materno), projetando no grupo o desejo de regresso intra-uterino, ou seja, desejos de retornar ao corpo da mãe. Inconscientemente, essa fantasia pode simbolizar a possibilidade de encontrar satisfação plena e sem conflitos. Tal desejo foi associado às características de dependência, passividade e extrema fragilidade apresentadas pelas pacientes participantes do GAP.

Já as fantasias de asfixia, para os autores surgiram do confronto entre o desejo de satisfação oral plena evocada pelas fantasias de união-fusão e da percepção de que a realidade limitava e/ou impedia esta satisfação. Essa fantasia foi associada a temores de perda da identidade, pois, para Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998), as participantes do GAP experimentavam sensações e sentimentos conflitantes, oscilando no movimento entre o desejo de unir-se a um objeto que lhes garantisse plena satisfação e a angústia de morte revelada pelo temor de ser absorvida e destruída, de não serem aceitas caso confiassem suas emoções ao grupo, pois poderiam sentir-se rejeitadas. De acordo com a análise dos autores, as pacientes demonstraram resistência ao abordarem suas condições atuais, e raras foram as vezes que falaram ou compartilharam sentimentos sobre a mutilação sofrida.

A outra fantasia identificada por Rezende (op. cit.) e Rezende e Botega (op. cit.), foi a de castração visto que, para os autores, a forma como as participantes do GAP vivenciaram a perda ou a mutilação da mama é equivalente a uma castração real que reabriria a ferida narcísica do desenvolvimento sexual da mulher: o complexo de castração. As participantes de seu estudo apresentavam história pessoal associada a perdas e privações no passado; eram mulheres assustadas, que temiam a qualquer momento ser atacadas novamente, gerando um clima persecutório no grupo. Observou-se nas participantes do GAP comparações entre o tipo de cirurgia, os tratamentos médicos aos quais se submeteram, o prognóstico e os corpos. As diferenças nos tratamentos causavam angústia e o fato de se perceberem iguais diminuía esse

sentimento. As pacientes em questão não gostavam de ser tratadas de maneira diferenciada por suas famílias e pelas pessoas em geral. Os sentimentos em relação a esse fato, por sua vez, sugeriram aos autores que as pacientes estavam diante da angústia frente ao diferente, e frente ao desejo de serem iguais aos outros, de esquecer, dissimular, apagar e não perceberem o que lhes faltava. Os autores também perceberam um pequeno esforço em tentar diminuir ou compensar essa diferença, ressaltando suas qualidades e capacidades mostrando que mesmo estando doentes tinham valor. Para Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998), tanto a fantasia de castração como a situação de participar de um grupo de duração limitada (quatro sessões), poderia implicar na luta para aceitar os limites (pessoais) e explorar as possibilidades levando em consideração a perda implícita em ambas as situações (perda da mama e encerramento do GAP).

A respeito da fantasia de quebra, Rezende (op. cit.) e Rezende e Botega (op. cit.) hipotetizaram que o grupo foi evoluindo e passando por diferentes situações que as levaram a defrontar-se com perdas e frustrações, gerando, como conseqüência, sentimentos de desconfiança nos relacionamentos onde prevaleceram aspectos destrutivos como o medo da perda e a dificuldade de acreditar em possibilidades de reparação. Na última sessão, as pacientes demonstraram ter reconhecimento e ter gostado do trabalho, por isso desejavam deixar uma imagem de boas pacientes que haviam mudado graças ao GAP. As perdas levaram a sentimentos de ausência, limitação e vazio que, ao invés de serem negados, foram assumidos, mesmo que os sentimentos frente à separação estivessem unidos a sentimentos de destruição. O término do grupo as defrontaria com a possibilidade da morte, o que também foi associado a resistências e à ambivalência, dificultando a formação de vínculos. Para os autores, somente quando as pacientes conseguiram diminuir sentimentos de desconfiança é que puderam perceber ganhos obtidos com a experiência no GAP.

Barros (1997) relata a experiência de um grupo de auto-ajuda a mulheres mastectomizadas que funciona no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS (HCPA) desde 1983, iniciado por uma enfermeira que participava das reuniões de forma não diretiva. As reuniões aconteciam semanalmente com duração de uma hora em uma sala do ambulatório médico. As participantes passavam por um processo de triagem e vinham tanto do Serviço de Mastologia do HCPA como de outras instituições encaminhadas pela Legião Assistencial de Apoio ao Paciente com Câncer (LAAPAC), ou ainda pelas participantes do grupo de auto-ajuda. A média de permanência no grupo foi de seis meses a três anos. As pacientes faziam controle de saúde periódico e recebiam apoio e ajuda dos voluntários[8] da LAAPAC, desde a fase diagnóstica até o pós-operatório, que poderia estender-se até a fase terminal, de acordo com a gravidade do caso. As voluntárias prestavam apoio afetivo e ajudavam na aquisição de medicamentos, próteses mamárias, roupas, além de ensinarem trabalhos manuais. O grupo funcionava por meio da troca de experiências entre participantes, veiculando informações, e tinha como objetivos principais possibilitar a expressão de medos e fantasias a respeito do câncer, superar o trauma da retirada da mama, estimular a adesão ao tratamento médico, cultivar a esperança e valorizar a vida. Uma hora antes das reuniões, as participantes e as voluntárias realizavam trabalhos manuais que, em exposição fora do HCPA, eram vendidos por elas. O grupo contava com a participação de profissionais de saúde para informar e auxiliar as participantes do grupo.

[8] O atendimento dos voluntários da LAAPAC se estendia também aos familiares das pacientes.

1.5 Grupos de Sala de Espera (GSE)

O GSE recebe esse nome pelo fato de acontecer na sala de espera da instituição. O coordenador aproveita o grupo espontaneamente formado antes do início das consultas médicas, transformando o tempo ocioso de espera em tempo de trabalho, sendo essa sua principal característica (MALDONADO; HALLAL, 1981; GUTIÉRRES, 1992). Para Moreira Júnior (2001), os grupos de sala de espera constituem um dos métodos grupais realizado com usuários dos serviços de saúde e seus acompanhantes que se encontram em situação de espera por consulta médica previamente agendada. A principal tarefa destes grupos está relacionada a compartilhar vivências ligadas a algum problema de saúde comum aos pacientes (angústias, dúvidas e medos). O coordenador incentiva a troca de experiências e traz informações solicitadas pelo grupo de maneira informal e prática a respeito do problema de saúde em questão. Para Maldonado e Hallal (op. cit.), o GSE é um grupo de uma sessão só, sem história temporal. Segundo Moreira Júnior (op. cit.), esta modalidade de atendimento se configura como um tipo de intervenção emergente no campo da saúde, que

> Tem como objetivo principal potencializar um espaço informal de conversação já existente na rotina institucional, visando fomentar as interações, trocas e reflexões sobre aspectos da cotidianeidade dos usuários do serviço e acompanhantes. Entre as especificidades desta conversação em grupo, circunscrevemos: a configuração flutuante durante o próprio encontro; a abertura em relação ao *setting*, a composição heterogênea e sem demanda espontânea para atendimento psicológico (p. 126).

Segundo Romano (1999), no ambulatório, local onde freqüentemente acontecem os grupos de sala de espera de acordo com os relatos encontrados na literatura, os profissionais

podem observar o ciclo do doente – diagnóstico, tratamento (pré e pós-cirúrgico imediato) – e registrar todas as intervenções médicas realizadas (invasivas ou não), recuperação e reabilitação aliadas à possibilidade de ações preventivas.

Os objetivos do GSE atendem ao nível psicopedagógico de atuação em hospital, que diz respeito ao fornecimento de informações, pois, de acordo com Romano (1999), a ignorância sobre a verdadeira situação em que se encontra seu estado de saúde é que alimenta a fantasia dos doentes, mobilizando sentimentos irracionais e até desproporcionais de medo. Dessa forma, conhecer ou ter informações claras sobre o que está acontecendo os dissipa, se não os atenua, reforçando sentimentos de cooperação, confiança e esperança. Para a autora, cabe ao psicólogo tornar as informações eficazes, simples, evitando termos e expressões técnicas de forma repetitiva para que uma aprendizagem possa ser incorporada e realizada, o que também é compartilhado por Maldonado e Hallal (1981) e Medeiros (2002). Entretanto percebemos que esta conduta pode ser válida apenas em casos, em que o indivíduo doente tem condições psicológicas para ser beneficiado por este tipo de informação, o que não acontece em todos os casos. É preciso saber diagnosticar os pacientes que podem se beneficiar dessas informações daqueles que necessitem apenas de algumas informações para a satisfação de suas dúvidas.

Informar tudo o que está ao alcance do saber à paciente e à sua família é um direito protegido pelo princípio ético da autonomia (ROMANO op. cit.). De acordo com Medeiros (op. cit.), a palavra autonomia diz respeito à autodeterminação, escolha individual, a possibilidade de tomar decisões que modificarão sua vida, afetando seus relacionamentos, seu bem-estar, sua integridade física e psíquica, e agir segundo valores pessoais, suas necessidades, prioridades e vontades. A possibilidade do paciente escolher entre alternativas de ação ou mesmo recusá-las, constitui, para a autora, a base do exercício da autonomia e da preservação da dignidade da pessoa. Essa preocupação também foi abordada por Romano (op. cit.), para quem tais princípios necessitam ser respeitados pela equipe ao revelar o diagnóstico

e propor formas de tratamento. A respeito do princípio ético da autonomia, Medeiros (2002, p. 35) pontua que:

> É preciso que a pessoa compreenda o sentido das informações; que lhe sejam apresentadas alternativas de tratamento; que seja orientada a respeito dos procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos; que saiba das possíveis complicações e seqüelas decorrentes de determinada intervenção; que lhe sejam dadas informações quanto à eficácia do tratamento, dores, desconfortos, custos e duração do tratamento, entre outras informações relevantes.

Para exemplificar os trabalhos que utilizam o GSE como modalidade de intervenção encontramos os relatos a seguir.

Maldonado e Hallal (1981) relatam o trabalho, a estruturação e a evolução do serviço realizado na 33ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Setor de Psicoprofilaxia e Assistência Materno-Infantil, vinculado ao Centro de Medicina Psicossomática e voltado para o atendimento de gestantes e mulheres no puerpério. O grupo tinha a coordenação de uma psicóloga, podendo ser co-coordenado por uma enfermeira. Destaca-se nesse estudo a importância da observação da instituição para colher dados, estabelecer um plano de trabalho, auxiliar a integração do profissional na equipe e estabelecer possibilidades, tipos e prioridades de atuação. De acordo com os autores, esses foram passos importantes para definir a escolha dos GSE como método de trabalho, principalmente por poder trabalhar as emoções, expectativas e temores, configurando uma oportunidade de atuação de prevenção primária focalizando as vivências das pacientes. Os temas mais freqüentes eram: vivências relacionadas ao parto, dúvidas acerca da amamentação, cuidados com o recém-nascido e contracepção. A vantagem principal para os autores é a possibilidade de trabalhar-se “ao vivo” em situações como, por exemplo, a relação mãe-bebê durante a amamentação.

O grupo de primeira consulta com gestantes em Pré-Natal, realizado por Livramento e Rossi (1987), refere-se a um trabalho grupal interdisciplinar, enfocando os GSE como um primeiro atendimento no acompanhamento em “Pré-Natal”, no sentido de fornecer informações objetivas e esclarecimentos às gestantes. Essa modalidade de atendimento visava a uma triagem das pacientes que necessitavam de um acompanhamento individualizado. Os grupos eram realizados diariamente enquanto as pacientes aguardavam as consultas médicas, aproveitando esse tempo intervalar para expressarem seus sentimentos e fantasias frente à gestação que, em sua grande maioria, era vivida com muita ansiedade, seja por problemas médicos e/ou familiares. Observou-se que essa modalidade de atuação possibilitava a manifestação de fantasias referentes ao desenvolvimento da gestação e do parto, aos exames complementares, à dieta alimentar e, eventualmente, às internações anteriores ao parto. O grupo, como tal, favorecia o surgimento de uma percepção de auto-imagem, de um conhecimento da dinâmica familiar, permitindo-se, assim, uma abrangência maior de sua vinculação com o bebê e com a capacidade para lidar com sua realidade pessoal.

O relato de Canella (1989) sobre o GSE no Ambulatório de Esterilidade Conjugal, em coordenado por duas psicólogas e um médico, com duração entre uma hora e uma hora e meia. Seus objetivos eram: integrar as equipes médicas, paramédica e administrativa; facilitar a relação médico-cliente-instituição; criar espaço terapêutico para a prevenção de problemas emocionais; fornecer orientação antecipatória sobre os exames e a terapêutica; auxiliar os clientes nos problemas conjugais causados pela esterilidade; treinar o médico para “ver” a dinâmica geral da queixa de esterilidade, e identificar problemas emocionais. As atividades no GSE revelaram ansiedade intensa com os exames, seus resultados e com o prognóstico de infertilidade. Os temas mais discutidos foram: vivência familiar; a relação do casal; a necessidade de definição sobre a capacidade de gerar; ansiedade; medo; a culpa pela infertilidade; as pressões sociais para a realização da maternidade.

Almeida et al. (1999) descrevem sua experiência no trabalho intitulado Espera Assistida, projeto cujos objetivos eram estar com a criança que espera o atendimento médico, e criar um espaço lúdico para que ela pudesse expressar suas ansiedades, medos e dúvidas relacionados à situação de espera pelo atendimento médico. Este projeto foi desenvolvido por uma equipe de psicólogos e enfermeira no período de atendimento ambulatorial semanal no Hospital de Clínicas da Unicamp, com as crianças que se encontravam na sala de espera. Por meio das observações do comportamento das crianças, a equipe pôde perceber que estas ficavam mais tranqüilas esperando o atendimento médico ao participar do grupo. Foi observada também uma diminuição do medo e ansiedade em relação a esse atendimento e melhor informação quanto ao problema de saúde.

Barros et al. (1999) ilustram a experiência de um grupo de sala de espera que ocorreu em um ambulatório na periferia da cidade de Porto Alegre-RS, como tentativa de enfatizar a maneira pela qual os aspectos psicossociais podem interferir no processo saúde-doença dos participantes, e como a realização desses grupos serviu como instrumento de interação com a instituição. Os autores relatam que a metodologia utilizada foi baseada nos pressupostos dos grupos operativos. Nesse trabalho, evidencia-se a importância da realização de tais grupos na prática hospitalar, pois, para Barros et al., à medida que os participantes dos grupos trocam experiências e reconhecem os obstáculos para se desenvolverem, essa modalidade de grupo passa a ser terapêutica. Desta forma, esse grupo de sala de espera tem como objetivos: favorecer a saúde e a qualidade de vida, criar um espaço físico e psicológico para os participantes e melhorar a relação médico-paciente.

Miyazaki, Domingos e Caballo (2001), em um trabalho sobre as intervenções em hospitais públicos na área da Psicologia da Saúde, citam algumas atividades realizadas por psicólogos em equipes interdisciplinares no Hospital de Base da FAMERP, como a prática de grupos de sala de espera para pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes, AIDS,

hepatite, hipertensão e asma. Segundo esses autores, esse tipo de intervenção, que é realizada em Ambulatório com os pacientes que aguardam consulta médica, tem como objetivo fornecer informações, favorecer a obtenção de suporte social, avaliar e orientar problemas relacionados à adesão aos tratamentos e identificar variáveis que possam prejudicar o ajustamento à doença e a adesão aos tratamentos.

Moreira Júnior (2001) discute em seu trabalho a experiência com um grupo de sala de espera em ambulatório de geriatria do Centro de Convivência do Idoso do Município de Franca-SP. Esse grupo funcionava nos dias das consultas geriátricas ou fisiátricas e atendia a pacientes novos, usuários em atendimento pela instituição, pessoas recém chegadas à instituição que estivessem agendando consultas ou esclarecendo dúvidas e os acompanhantes desses idosos. O referido grupo era realizado com freqüência de quatro vezes por semana com uma duração aproximada de uma hora. Os grupos eram abertos e tinham como objetivo promover reflexão e troca de experiências. Como características do grupo o autor relaciona: a composição flutuante do grupo devido ao fluxo indefinido de entrada e saída de participantes durante os encontros resultando em configurações diferentes nos vários momentos do GSE; ausência de *setting* reservado tornando difusos os limites entre o grupo e seu contexto institucional; a ausência de demanda por atendimento psicológico; heterogeneidade dos participantes do grupo quanto ao tempo de participação dos atendimentos prestados pela instituição. O objetivo de sua pesquisa foi descrever o processo de produção de sentidos sobre o envelhecimento humano em GSE, considerando este como uma modalidade de intervenção psicológica. O autor considera essa modalidade de grupo como uma intervenção emergente, e critica as pesquisas sobre intervenções grupais que têm enfocado basicamente trabalhos voltados para a teoria e a técnica clínica, pois se deparou com a defasagem teórico-metodológica das pesquisas voltadas para aspectos práticos. A esse fato o autor associa

também a escassez de pesquisas que enfoquem práticas grupais como as de grupos de sala de espera.

Pudemos perceber que as experiências acima citadas não se referem ao atendimento de doenças crônicas, mas sim a práticas voltadas para a prevenção no contexto de atendimento à saúde. Não foi encontrado nenhum relato de GSE com pacientes com câncer de mama na literatura científica consultada, embora Zecchin (2004) faça, em uma entrevista realizada com o médico Domingos A. Petti – diretor do Instituto de Ginecologia e Mastologia (IGM) do Hospital São Joaquim (Beneficência Portuguesa de São Paulo) – faça referência a um programa de atendimento psicológico em que eram desenvolvidos grupos de sala de espera em que o médico citado ensinava as pacientes a fazer o auto-exame de mamas.

1.5.1 Os Grupos de Sala de Espera no Ambulatório de Mastologia Maligna do HC-UFU

O GSE compõe um dos projetos de extensão do "Programa de Psico-Oncologia na Mastologia" desenvolvido como parte do estágio curricular profissionalizante do Curso de Psicologia da UFU (GANDINI apud UFU, 1997, 1998, 1999, 2000).

Ao longo da existência do estágio, foram utilizadas técnicas diferentes para a realização do trabalho nos GSE, tais como: troca de experiências sobre a doença, incluindo exames e tratamentos; o uso de frases ou histórias[9]; e, posteriormente, a técnica de palavras e figuras

[9] Contribuição da professora Ms. Tânia Mendonça Marques enquanto supervisionou o GSE no referido estágio, no período entre o segundo semestre de 1997 e primeiro semestre de 2000.

retiradas de revistas que pudessem remeter a alguma situação ou sentimentos relacionados à doença.

Suas reuniões são relatadas pelos estagiários, que descrevem a técnica utilizada e os nomes dos participantes[10] dos GSE. Os estagiários incumbidos de relatar a reunião, são orientados a anotar com a maior fidelidade possível as falas dos participantes. Nos arquivos que se encontram no Ambulatório, e que pertencem ao Programa de Psico-Oncologia, foram encontrados pela pesquisadora deste estudo registros dos GSE desde 07/07/95.

Podemos descrever os GSE como grupos homogêneos por serem compostos por pacientes com câncer de mama, mas também heterogêneos quanto à etapa de tratamento em que se encontram, como primeira consulta, exames, diagnóstico, tratamento (que pode ser quimioterápico e/ou radioterápico e/ou cirúrgico), consultas pré-cirúrgicas, consultas pós-cirúrgicas, consultas de acompanhamento e avaliação da evolução clínica, quanto à gravidade de seu estado de saúde, faixa etária, grau de escolaridade e classe social, além dos acompanhantes dos pacientes. Outra característica é que se constituem como grupos abertos, pois a cada nova reunião se compõe um grupo diferente.

O GSE tem como objetivos:

a) proporcionar aos pacientes uma troca de experiência referente à doença nas diferentes fases dos tratamentos;
b) esclarecer dúvidas sobre o câncer de mama e seus tratamentos;
c) facilitar e estimular as comunicações entre paciente, familiares e/ou pessoas significativas e equipe médica e paramédica;
d) propiciar apoio à paciente para enfrentar o câncer de mama e a crise que o diagnóstico pode desencadear;

[10] Por participantes entenda-se: pacientes, acompanhantes, estagiários e supervisores.

e) propiciar ajuda às pacientes para aderir ao tratamento, evitando que deixem de fazê-lo;

f) transmitir informação às pacientes e acompanhantes sobre alimentação adequada, o uso de próteses, a prática de exercícios físicos etc.;

g) sensibilizar as pacientes que necessitam de atendimento psicológico individual a procurá-lo junto aos estagiários de Psico-Oncologia;

h) divulgar os demais serviços que a equipe de Psico-Oncologia dispõe para o atendimento das pacientes, familiares e cuidadores.

As reuniões dos GSE acontecem uma vez por semana concomitantemente aos atendimentos médicos do Ambulatório de Mastologia Maligna do HC-UFU. As pacientes que participam dos GSE podem vir ao Ambulatório para consulta médica, bem como também para participar destas reuniões. Em alguns casos as pacientes têm atendimento individual prestado pela equipe de Psico-Oncologia.

Estando no Ambulatório, a prioridade é o atendimento médico. O GSE é, portanto, um trabalho complementar ao trabalho da equipe médica. Por esse motivo, a paciente interrompe sua participação no GSE assim que é chamada para a consulta médica.

Os GSE são dirigidos por estagiários que se dividem em equipes organizadas no início do semestre letivo, e assumem as demais tarefas integrantes do estágio, que inclui a realização dos GSE. O objetivo desta divisão é o de funcionar em sistema de rodízio para que todos os estagiários tenham a oportunidade de conhecer e ter experiência em todos os projetos que compõem o estágio, o que lhes proporciona a oportunidade de aprender a trabalhar em cada um deles. Esta preocupação está de acordo com o objetivo do estágio, que é preparar e treinar os alunos em serviço. É importante acrescentar que o Programa de Psico-Oncologia na Mastologia é estruturado em função do estágio, quer dizer a assistência e o atendimento às mulheres com câncer de mama e seus familiares depende dos estagiários.

Durante o ano letivo, acontecia um processo de seleção de estagiários, e a duração do estágio era de aproximadamente um ano e meio. O propósito deste critério de funcionamento era o de que os alunos, ao ingressarem no estágio, passassem por três momentos específicos necessários para sua preparação e treinamento: o de familiarização com as atividades e tarefas do estágio ao conviverem com estagiários já treinados (seis primeiros meses de estágio); assumir as responsabilidades dos atendimentos nas diferentes modalidades de atendimento à população prestados pelo Programa de Psicologia (seis meses "intermediários" do estágio); e ajudar na preparação da turma de estagiários ingressantes (seis meses finais do estágio).

Dessa forma, o número de estagiários em um semestre poderia ser de até doze alunos, no semestre seguinte até seis alunos e no último, novamente, doze alunos. E primeiro lugar, devemos explicar a variação de seis a doze estagiários em função da continuidade do estágio sem interrupção dos atendimentos dos pacientes. Até que um grupo comece a participar do estágio e seja preparado para os atendimentos, o grupo anterior continua a realizar os atendimentos. Quando este termina o estágio, no final do semestre, os últimos que entraram já devem estar preparados para assumir os pacientes em atendimento. Esses números também variam porque as vagas disponibilizadas para o estágio poderiam não ser preenchidas devido ao processo de seleção para o mesmo, já que os candidatos que não tivessem características adequadas para o trabalho neste contexto e com esta clientela, poderiam ser “eliminados”, como também à procura dos alunos de psicologia que podem variar de acordo com o número de vagas disponibilizadas em outros estágios e à carga horária incompatível entre aulas, estágios em outras áreas e o estágio no Programa de Psico-Oncologia.

As tarefas envolvidas na realização do GSE são: coordenação do GSE e registro escrito das falas dos participantes e supervisão. Ao coordenador do GSE cabe receber as pacientes e seus acompanhantes, apresentar a equipe de Psico-Oncologia que está participando do grupo naquela reunião, explicar as funções que os demais estagiários que participam da reunião

desempenham, explicar o motivo das anotações das falas dos participantes do GSE, propor a técnica a ser utilizada (no caso deste estudo, a troca de experiências), aplicar, conforme o que ocorrer na reunião, as técnicas de intervenção usadas na PBS.

Os GSE podem funcionar com co-coordenação, papel que pode ser exercido por um supervisor ou por um estagiário mais experiente quando o aluno designado para ser coordenador ainda estiver em treinamento.

A tarefa de registrar por escrito as falas dos participantes é desempenhada por dois ou três estagiários, dependendo do número de estagiários que compõem o estágio no momento. O número mínimo de relatores é de dois, sendo orientados a se esforçarem para conseguir escrever o mais fielmente possível as falas dos participantes assim como as intervenções realizadas pelo coordenador e/ou co-coordenador. Um dos estagiários fica responsável por fazer o relato como texto único, na ordem dos acontecimentos, com a ajuda das demais relatoras, depois de seu término, e registrá-lo no livro-ata[11].

Os dados têm sido coletados da maneira acima descrita, por ser a forma menos onerosa e que mais se adequou a esta atividade, pois o Programa de Psico-Oncologia, além do ensino, é também um trabalho de prestação de serviço à comunidade e de pesquisa.

As supervisões das reuniões dos GSE acontecem após o termino da reunião com a presença de todo o grupo de estagiários e supervisores. Sua finalidade é a de esclarecer dúvidas, refletir sobre os principais temas surgidos durante a reunião e proporcionar uma melhor compreensão sobre a mesma. Nesse momento, são discutidas também as dificuldades pessoais de lidar com as pacientes e os problemas que possam estar interferindo negativamente no grupo de estagiários.

O número mínimo de estagiários envolvidos na realização dos GSE é de no mínimo três, e no máximo cinco. Os demais estagiários que não participam do GSE ficam encarregados de

[11] Fonte dos relatos analisados neste estudo e maneira encontrada para organizar os relatos que "descrevem" as reuniões dos GSE e a história desta atividade dentro deste estágio.

fazer atendimentos no ambulatório e/ou acompanhar as consultas médicas de algumas pacientes, principalmente quando estas vêm ao Ambulatório para receber o diagnóstico inicial ou de recidiva. Após o final das consultas médicas, os estagiários que realizam os atendimentos também fazem relatórios sobre suas atividades e participam da supervisão. Em caso de dúvidas do estagiário, a supervisora é acionada imediatamente, já que esta permanece no Ambulatório, desenvolvendo o trabalho com os estagiários.

Na época em que as reuniões dos GSE cujos relatos constituem o *corpus* desta pesquisa, foram realizadas (entre maio e setembro de 2000), a sala usada pela Equipe de Psicologia era também usada para a realização de atendimentos médicos em outros dias da semana. Por este motivo, antes dos atendimentos no ambulatório de Mastologia Maligna serem iniciados e antes que a Equipe de Psicologia usasse a sala, era necessário que esta fosse preparada.

A sala possuía alguns móveis que não eram usados pela equipe: uma maca e duas escrivaninhas. No lado esquerdo no canto próximo à janela já existia um lavatório. Para que houvesse espaço na sala para as cadeiras serem dispostas em formato de U (para as reuniões dos GSE), a maca era encostada à janela, e as cortinas que dividiam a sala como “biombo”, a um metro da porta, eram enroladas e penduradas em seu suporte. As escrivaninhas eram encostadas na parede. A sala ainda contava com móveis como um arquivo pertencente à equipe de psicologia, um armário pertencente à equipe de enfermagem e um aparelho de ultra-som. As cadeiras utilizadas nas reuniões eram as mesmas do saguão de espera. Dessa forma, era criado um ambiente único dentro da sala, para que todos pudessem ser vistos de frente.

Os estagiários precisavam chegar ao ambulatório antes que os atendimentos fossem iniciados para não causar transtornos às pacientes e seus acompanhantes ao trazer as cadeiras antes do início das reuniões e para devolvê-las depois que estas terminavam.

Um ano após o acontecimento dos GSE aqui estudados a sala foi modificada, retirando-se alguns móveis. O mobiliário que compõe a sala é um armário, uma escrivaninha, o aparelho

de ultra-som, três conjuntos de quatro cadeiras agrupadas , um banco de madeira e três cadeiras individuais, um álbum *flip-chart* com cartazes ilustrando informações sobre métodos contraceptivos e amamentação. Nas paredes estão afixados dois cartazes da XI Semana Mundial de Aleitamento Materno representado um bebê sendo amamentado e um cartaz com orientações sobre o teste gratuito para a detecção da AIDS durante o pré-natal. De modo geral, prevalecem no ambiente as referências aos trabalhos realizados com as gestantes, não sendo uma sala ideal para os atendimentos desse grupo.

Essa sala é compartilhada por diferentes equipes que desenvolvem trabalhos especializados com as pacientes que freqüentam o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia: planejamento familiar, pré-natal de alto risco, gravidez na adolescência, psico-oncologia na mastologia, dentre outras. Essas reuniões são realizadas pela equipe de enfermagem, assistentes sociais e psicólogas em outros dias da semana, que não as sextas-feiras.

A seguir, ilustraremos com fotografias (feitas em abril de 2005) a sala usada na realização dos GSE e o Ambulatório onde ocorre o atendimento às pacientes com câncer de mama.

FIGURA 1 - Sala onde se realizam os GSE, vista da porta de entrada

FIGURA 2 - Sala onde se realizam os GSE, vista de posição próxima à janela.

FIGURA 3 - Corredor de acesso aos consultórios e saguão de espera, visto à direita da porta da sala de atendimento do GSE.

FIGURA 4 - Corredor de acesso aos consultórios e saguão de espera, visto da parede que delimita a sala de material de limpeza.

Objetivos gerais

Compreender os conteúdos dos registros atribuídos às pacientes durante sua estada nas reuniões dos GSE do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU para melhor entender esta modalidade de atendimento e assim como os conteúdos relevantes para a preparação de novas estagiárias do referido programa.

Objetivos específicos

1) Identificar e descrever, a partir dos registros das falas das pacientes, os conteúdos apresentados durante sua participação nos GSE.
2) Analisar o conteúdo dos dados registrados dos GSE e categorizá-los.

2. MÉTODO

Partindo da definição dos objetivos propostos para esta investigação, optou-se por uma análise qualitativa das informações contidas nos relatos produzidos pelos estagiários de psicologia sobre a prática dos GSE por meio da análise de conteúdo, com a intenção de compreender, na identificação de categorias, as falas das pacientes com câncer de mama, nas diversas etapas de tratamento para o câncer em que se encontram no Ambulatório de Mastologia Maligna.

A escolha do método de análise de conteúdo também foi determinada pela opção de analisar textos, já que este método de investigação parece ser o mais adequado para o estudo e exploração de documentos escritos, não foi feita a opção do estudo do grupo como um todo em função das falhas do relato.

2.1 Amostra

Foram escolhidos os relatos de reuniões do GSE realizadas entre 24 de março de 2000 e 29 de setembro de 2000 (período que abrange dezessete relatos[12] de reuniões, que compõem o *corpus* à disposição para as análises). Essas sessões têm em comum uma mesma proposição técnica, a saber, a troca de experiências. No período citado, a autora deste estudo participou

[12] Os relatos utilizados fazem parte do arquivo do Programa de Psico-Oncologia.

do mesmo como estagiária. Das reuniões disponíveis foram escolhidos aleatoriamente os relatos submetidos à análise de conteúdo temática.

Decidiu-se por restringir a pesquisa às informações contidas nos registros porque o nosso objetivo foi o de refletir sobre o trabalho nos Grupos de Sala de Espera da maneira como ele vem sendo realizado, sem criar uma situação especial para a coleta dos dados que poderiam modificar ou interferir em sua produção, o que trouxe informações importantes a respeito dos mesmos.

O critério adotado para a conclusão da análise foi o de saturação (BARDIN, 1977). Quando os temas levantados começaram a repetir-se e a criação de novas categorias se tornou desnecessária, foi encerrada a inclusão de outras sessões no *corpus* a ser estudado. Assim, as análises foram encerradas com a análise do relato da quinta reunião.

Bauer, Gaskell, Allum (2002) descrevem os tipos de textos usados na pesquisa social, e os dividem de acordo com o modo de produção em informais e formais. As comunicações informais têm como principal característica o interesse pelo modo como as pessoas se expressam e falam sobre, por exemplo, o que consideram importante, como pensam a respeito de suas ações e as ações dos outros, possuindo poucas regras explícitas para este fim. Estes dados são gerados do impulso do momento, ou sob a influência do pesquisador. As comunicações formais necessitam de conhecimentos especializados em sua produção e de treino para os seus autores. O fato de o pesquisador utilizar os produtos deste tipo de comunicação não traz problemas, tais produtos não prejudicam os dados já que eles podem reconstruir uma determinada realidade representada por um grupo social.

Os relatórios foram analisados como um meio de comunicação formal, pois foram produzidos com o propósito de servir como documento que registra informações a respeito das atividades realizadas e da atuação dos estagiários e profissionais envolvidos nos

atendimentos às pacientes com câncer de mama e seus familiares, embora tenham características de comunicações informais.

2.2 Considerações éticas

Foram adotados nomes fictícios para todos os participantes para preservar a identidade e o direito à privacidade das pacientes, de seus acompanhantes e dos membros da equipe de Psico-Oncologia.

O Termo de Consentimento foi dispensado, pois os relatos utilizados neste estudo foram considerados como documentos antigos e dificilmente a pesquisadora conseguiria localizar e entrar em contato com as pessoas envolvidas para pedir seu consentimento devido ao fato de que muitos residem fora de Uberlândia e, também, devido à grande possibilidade de algumas pacientes já terem falecido. Esta pesquisa é uma exceção em relação ao uso do termo de consentimento esclarecido nas pesquisas com seres humanos e segue as normas de pesquisa propostas na Resolução n° 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro 1996. Esta investigação, ao ser submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, foi aprovada sob o número 201/03 em 15 de dezembro de 2003 (vide Anexo A).

2.3 Procedimentos

A primeira etapa de análise dos dados foi a da leitura flutuante de todos os relatos disponíveis para a análise. Nessa etapa surgiram listas preliminares de temas centrais que poderiam indicar futuras categorias de codificação.

A seguir, procedeu-se ao sorteio das reuniões a serem analisadas e sua digitação. Depois de digitadas, as reuniões tiveram seus relatos dispostos em forma de tabela com duas colunas: a primeira continha as frases que foram enumeradas seqüencialmente; a segunda foi usada para registrar o número da categoria a que as frases pertenciam.

As reuniões analisadas foram dispostas pela ordem do sorteio:

a) primeira - 16 de junho de 2000;

b) segunda - 26 de maio de 2000;

c) terceira – 25 de agosto de 2000;

d) quarta - 05 de maio de 2000;

e) quinta – 29 de setembro de 2000.

Como se pode verificar, as análises não foram feitas segundo uma ordem seqüencial. Esta opção foi feita para que os relatos a serem analisados não fossem escolhidos por critérios pessoais da pesquisadora e assim, evitar algum dilema ético que prejudicasse o trabalho, visto que estava diretamente envolvida nas reuniões que compunham o *corpus* de pesquisa.

Ao final das análises de cada reunião escolhida, os temas eram agrupados em categorias. Ao analisar outra reunião, os temas agrupados em categorias forçavam a revisão das análises anteriores devido à identificação de novos temas. Dessa forma, cada uma das reuniões estudadas propiciou novo estudo das anteriormente analisadas, levando a uma constante revisão das categorias e/ou à criação de outras. Na análise final das cinco reuniões, seus temas

foram finalmente agrupados em dez categorias. Seguiu-se então a etapa de “percorrer” os registros marcando nas tabelas os números atribuídos às categorias diante de cada frase.

Em "Apêndice A", estão as análises das sessões e a categorização das frases das pacientes está destacada de acordo com quem fala (paciente, acompanhante, coordenadora, co-coordenadora, relatora). As reuniões estão digitadas como se apresentam nos relatos. Em função da questão didática, nesse Apêndice, as frases dos participantes, além da numeração seqüencial, estão apresentadas com fonte de cores diferentes de acordo com seu papel:

a) pacientes - fonte preta e em itálico;
b) acompanhantes – fonte vermelha;
c) coordenadoras – fonte azul;
d) co-coordenadoras – fonte rosa;
e) relatoras – fonte verde.

As frases pertencentes à mesma categoria foram “recortadas” das tabelas e organizadas segundo os temas comuns (que começaram a surgir na etapa de leitura flutuante).

Depois de definidas, as categorias encontradas foram discutidas a partir de resultados de trabalhos encontrados na literatura especializada. Os resultados das análises das reuniões serão apresentados da seguinte maneira: as categorias, pela ordem de freqüência, observadas a partir da análise dos relatos das reuniões dos GSE, ou seja, da categoria que mais vezes apareceu nos relatos para a que menos apareceu. Neste estudo, cada frase corresponde a uma unidade de análise, tendo seu tema principal destacado. O que aparece salientado em negrito é o que está sendo relacionado à categoria. Frisamos que, no item resultados, não são citadas todas as frases analisadas, recorremos a exemplos que pudessem esclarecer a construção das categorias.

2.4 Os participantes da pesquisa

As informações sobre dados de identificação pessoal como idade, estado civil, escolaridade, profissão e nível sócio-econômico das pacientes não estavam previstos nos objetivos deste trabalho, pois nos relatos raramente havia identificação completa dos participantes. Os poucos dados são encontrados de maneira dispersa nos relatos das reuniões dos GSE. De maneira geral, parece que as pacientes estavam entre a meia-idade e a velhice, e eram residentes na cidade de Uberlândia ou em cidades vizinhas.

2.5 A instituição estudada - O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU)[13] foi concebido como unidade de ensino para atender os profissionais em formação da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Em sua inauguração, no ano de 1970, o Hospital de Clínicas contava com 2300 m² de área construída, 27 leitos, quatro apartamentos, e um corpo clínico de 20 médicos. Naquela época, o Ambulatório e o Pronto-Socorro dispunham de cinco consultórios cada, sendo o atendimento destinado a pacientes de baixa renda e sem cobertura previdenciária. Ao longo do tempo, as instalações físicas sofreram ampliações graças a novas doações da comunidade.

Em 1972 foi firmado convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em 1975, foi estabelecido o convênio global, que permitiu ampliar a cobertura assistencial

[13] Construído com recursos de doações da comunidade há aproximadamente trinta anos.

prestada. Hoje, o HCU, integrado ao Sistema Único da Saúde (SUS), é uma importante instituição regional para o atendimento de pacientes provenientes de Uberlândia e de municípios circunvizinhos.

Com a incorporação da Escola de Medicina e Cirurgia à Universidade, o HCU vinculou-se à Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU). Gradualmente, o Hospital de Clínicas foi sendo ampliado com recursos do Ministério da Educação e do Desporto e do convênio com o então, INPS, que permitiram a construção de novas áreas físicas para enfermarias cirúrgicas, especialidades clínicas e pronto-socorro.

Por volta do final da década de 1990, a doação de recursos financeiros de um grupo empresarial da cidade possibilitou a construção de um bloco vertical onde hoje funcionam as unidades de propedêutica, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos. Investimentos da FAEPU, UFU e financiamento da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), permitiram terminar as obras dessa unidade, tendo início de funcionamento a UTI Pediátrica e uma ala de apartamentos. Em meados de 2003, o HCU dispunha de 486 leitos e cerca de 50.000 m² de área construída, sendo incluído na classificação de Hospital de alta complexidade. Essas informações constam do texto sobre o histórico do HCU que faz parte da página institucional disponível na *internet*. O texto data de dois de julho de 2003 e foi consultado pela autora deste trabalho em quatro de fevereiro de 2005.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Sobre os participantes

Os participantes nas reuniões dos GSE estudados, em número de 60, incluem coordenadoras, co-coordenadoras, relatoras, acompanhantes e pacientes, de acordo com as informações contidas nos relatos.

Desse total, 26 são pacientes, 15 são acompanhantes, dez são membros da equipe de psicologia que exerceram os papéis de coordenadora, co-coordenadora e relatora em diferentes reuniões, considerando, ainda, o rodízio de funções e o número máximo de cinco membros da equipe por reunião. Entre os participantes, nove não se pode afirmar se são pacientes ou acompanhantes já que suas falas não constam dos registros. Da forma como é feito, o registro sugere que estas pessoas participaram do GSE sem se expressarem verbalmente.

Dos participantes, 15 estiveram presente em mais de uma reunião, como pode ser visto no seguinte quadro:

QUADRO 4

Participantes presentes em mais de uma reunião dos GSE, de acordo com as informações contidas nos registros analisados.

Reunião / Participantes	05/05/00	26/05/00	16/06/00	25/08/00	29/09/00	Total de participações
1. Abigail (paciente)	X	-	X	-	X	03
2. Elisa[14]	X	-	-	-	X	02
3. Márcia (paciente)	X	-	-	-	X	02
4. Isabel (paciente)	-	X	-	X	-	02
5. Eva (paciente)	-	X	X	-	-	02
6. Rosalina (paciente)	-	X	-	X	-	02
7. Joana (paciente)	-	-	X	-	X	02
8. Aurora (acompanhante)	-	-	-	X	X	02
9. Aparecida (paciente)	-	-	-	X	X	02
10. Margarida (relatora)	X	X	-	X	-	03
11. Amália (co-coordenadora)	-	-	X	X	-	02
12. Sara (coordenadora)	-	-	X	-	X	02
13. Zélia (relatora)	-	-	X	X	X	03
14. Shirley (relatora)	-	-	X	-	X	02
15. Leandra (relatora e co-coordenadora)	-	-	X	X	X	03

A participação de pacientes e/ou acompanhantes em mais de uma reunião pode ter relação com a etapa do tratamento médico em que se encontravam as pacientes, isto é, nas fases de diagnóstico inicial ou de recidiva, pós-cirúrgico imediato, ou nos primeiros seis meses de cirurgia, já que nessas etapas as pacientes têm consultas freqüentes no Ambulatório. Sua presença em mais de uma reunião pode estar relacionada, também, com o fato delas irem exclusivamente ao Ambulatório para participarem dos GSE.

No caso da participação de membros da equipe de psicologia, sua presença em mais de uma reunião era esperada, já que existia um rodízio das tarefas envolvidas nas atividades do estágio.

[14] Sobre essa participante, seu nome consta na relação de pacientes/acompanhantes no início de dois relatos, porém estas informações não são suficientes para se saber se é paciente ou acompanhante.

3. 2. Categorias encontradas

Foram analisados os conteúdos dos relatos de cinco reuniões dos GSE. Estas reuniões eram compostas pelo seguinte número de frases das pacientes:

a) reunião do dia 16 de junho de 2000: 97 frases;

b) reunião do dia 26 de maio de 2000: 91 frases;

c) reunião do dia 25 de agosto de 2000: 110 frases;

d) reunião do dia 05 de maio de 2000: 108 frases;

e) reunião do dia 29 de setembro de 2000: 114 frases.

O total de frases das pacientes nas cinco reuniões analisadas foi de 520.

Ao examinar os relatos das reuniões dos GSE, segundo o método de análise de conteúdo, encontramos as seguintes categorias:

a) diagnóstico e tratamentos para o câncer de mama;

b) o câncer de mama;

c) o apoio entre participantes dos GSE e a religiosidade como recursos outros para lidar com o câncer de mama e seus tratamentos;

d) saúde *versus* doença;

e) relacionamentos afetivos;

f) atividades laborais;

g) as pacientes e sua participação no GSE;

h) representação da instituição hospitalar;

i) representações da equipe de saúde;

j) morte.

Abaixo apresentamos a freqüência das categorias de acordo com a ordem de análise das reuniões.

QUADRO 5

Freqüência das categorias por reunião.

Categorias	**Reunião 16/06/00**	**Reunião 26/05/00**	**Reunião 25/08/00**	**Reunião 05/05/00**	**Reunião 29/09/00**	**Total de frases por categoria**
01	43	26	65	07	47	188
02	28	24	21	20	23	116
03	07	16	13	17	22	75
04	21	03	07	03	06	40
05	-	05	01	18	03	27
06	04	03	-	11	06	24
07	01	08	01	09	01	20
08	-	03	-	07	04	14
09	05	-	-	05	01	11
10	01	03	-	-	01	05
Total de frases por reunião	110	91	108	97	114	520

A seguir faremos a descrição das categorias de acordo com o conteúdo das frases analisadas, ilustrando-as com os relatos e as discutindo.

3.2.1 Categoria um - Diagnóstico e tratamentos para o câncer de mama

Das dez categorias encontradas, essa foi a de maior freqüência.

As citações encontradas nas frases das pacientes referentes a **tratamentos para o câncer de mama**, permitiram-nos conhecer aspectos referentes às diversas maneiras e às possibilidades que elas encontraram para falar sobre seus tratamentos. Algumas vezes falaram sobre seus tratamentos de maneira ampla, o que nos possibilitou, em alguns casos, obter informações sobre a **etapa do tratamento** em que as pacientes se encontravam: anterior ao diagnóstico; após o diagnóstico – quando a equipe médica ainda iria propor uma conduta a ser adotada; pré-cirurgia; durante os tratamentos complementares; depois de encerrados os tratamentos – quando a paciente vinha ao hospital para ser avaliada e acompanhada periodicamente e para se submeter a exames de rotina. Tais relatos sobre os tratamentos estavam relacionados ao que as pacientes perceberam como **benefícios,** tais como a redução do nódulo, a ausência de dores e o bom estado de saúde geral. Vejamos os exemplos a seguir:

> *Marisa (paciente) – "**Fui no consultório do Dr. Sebastião p/ fazer a mamografia, soube do resultado na hora e fiz a punção para confirmar, meu tumor está com 4 cm, muito grande**".*
> (Frase 20 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Márcia (paciente) – "**Agora está tudo bem, estou fazendo o tratamento, afastei do serviço e não sei como vai ser**".*
> (Frase 115 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "**Tenho 10 anos de tratamento, fiz radioterapia, até hoje está tudo bem**".*
> (Frase 28 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Carolina (paciente) – "(...) Descobri o nódulo e minha irmã estava com displasia, achei que era igual, isso foi em setembro. ***Depois fiz muitos exames, fiz químio p/ diminuir o tamanho do nódulo e marcar a cirurgia. Os exames q/ fiz estão prontos*** *(...)".*
(Frases 62 a 64 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Venância (paciente) – "****Acho que vou ter que fazer cirurgia. Vim ver o diagnóstico.*** *Estou com um nódulo que está crescendo muito".*
*Antônia (paciente) - "****Vim pegar os resultados para saber se vou ter que fazer outra cirurgia.*** *Não sinto dor".*
*Cláudia (paciente) – "****Vim saber o resultado do que preciso fazer.*** *Fiz QT e não senti nada. Fiz RT. Agora estou sentindo fraqueza. Sinto fraca, mas não de cair nada.* ***Vim sexta e voltei hoje para ver o que terei que fazer"****.*
(Frases 06 a 16 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Miriam (paciente) – ***"(...) Depois da cirurgia nunca mais senti dor (...)".***
(Frase 065 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Abigail (paciente) ***– "Eu fiz 5 químios, reduziu tudo".***
(Frase 070 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Outras vezes as referências aos tratamentos foram feitas por meio de **termos técnicos**, o que traz informações apenas sobre quais tratamentos e recursos médicos foram ou estavam sendo empregados naquele momento para lutar contra o câncer (tratamentos: cirúrgico, hormonoterápico, quimioterápico e radioterápico e as diversas combinações possíveis entre estes) e quais os exames diagnósticos foram submetidas (os citados são biópsia e mamografia).

Fátima (paciente) – ***"Fiz QT.*** *Meu cabelo caiu. Mas Jesus me deu outro cabelo, mais forte, mais bonito (...)".*
(Frases 020 a 022 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Abigail (paciente) – ***"Fiz QT. Fiz os exames e não tem mais nada*** *(...)".*
(Frases 028 e 029 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

*Aparecida (paciente) – "****Fiz QT, passei mal.*** *Agora quero arrancar tudo. Quer saber se faz plástica e suspende o seio".*
(Frases 70 a 72 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes falaram sobre seus **sentimentos** de angústias ou medos da recidiva da doença ou de ficar com a mama doente**,** e demonstraram **desejos** de não ter mais a doença ou

precisar de outros tratamentos**.** Estes podem ser relacionados tanto ao tratamento da doença da mama como também a outras doenças vividas anteriormente, cuja experiência atual as leva à evocação de sofrimentos. Podem ter relação com a expectativa negativa causada pela necessidade de submeter-se aos diversos tratamentos médicos para o câncer: os tratamentos aos quais estavam se sujeitando pela primeira vez; os tratamentos aos quais precisavam passar novamente num futuro próximo, ou aos outros tratamentos já realizados.

> *Abigail (paciente) – "**Tenho fé, estou um pouco nervosa por fazer cirurgia, só fiz cirurgia de períneo com anestesia local e retirei o nódulo**".*
> (Frase 58 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "**Fiz quase um ano de química, não é brincadeira**".*
> (Frase 33 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Carolina (paciente) – "**Não quero falar não, estou estressada com negócio de médico, tem hora q/ a fé vai embora**".*
> (Frase 53 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Miriam (paciente) – "**Não sei se é porque sofri muito da 1ª vez que agora não consigo não ter medo**".*
> (Frase 78 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "(...) **Espero não ter que fazer QT de novo. É muito triste.** Perdi muito peso**".***
> (Frases 225 a 227 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Abigail (paciente) – "**Não é fácil enfrentar químio, passava 4 dias contando. Tinha dia que não queria, mais vinha na marra**".*
> (Frases 74 e 75 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Abigail (paciente) – "**Quando fui tomar a 6ª, não foi preciso, saí de lá até chorando. Agente fica num nervo de ter que tomar**".*
> (Frases 85 e 86 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Madalena (paciente) – "**O que me apavorou mais foi o medo de ficar com a mama. Queria fazer a cirurgia logo**".*
> *Janaína (paciente) – "**Eu já não queria operar. Chorei demais, mas falei que ia operar (...)**".*
> (Frases 42 a 45 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)
>
> *Aparecida (paciente) – "Fiz QT, passei mal. **Agora quero arrancar tudo.** Quer saber se faz plástica e suspende o seio".*
> (Frases 70 a 72 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

> *Fátima (paciente) – "**Tem que ter muita cabeça porque senão a gente desespera quando pensa que está sem mama, sem cabelo.** Ri muito, tive uma crise de riso quando me vi sem cabelo e sem mama. Perdi os dentes depois da QT. Deu uma bola na gengiva. **Ah! Ta bão!...**".*
> (Frases 112 a 116 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes relataram as **reações e/ou conseqüências negativas aos tratamentos médicos**, sendo que as queixas mais freqüentes eram referentes aos tratamentos quimioterápicos ou a tratamento complementares na época de sua participação no GSE ou no passado.

> *Carolina (paciente) – "**Enjoava mas ñ senti mal com a químio**".*
> (Frase 91 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Cláudia (paciente) – "Vim saber o resultado do que preciso fazer. **Fiz QT e não senti nada.** Fiz RT. **Agora estou sentindo fraqueza. Sinto fraca, mas não de cair nada.** Vim sexta e voltei hoje para ver o que terei que fazer. **Não tenho fome, não estou comendo. Como uma fruta, um mingau".***
> (Frases 011 a 018 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "**Estou fazendo QT e não sinto nada. O médico diz que cada um reage de um jeito.** Fiz 11 QT".*
> (Frases 32 a 34 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "(...) Espero não ter que fazer QT de novo. É muito triste. **Perdi muito peso".***
> (Frases 225 a 227 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Ruth (paciente) – "Tenho CA de mama, trabalho aqui no Hospital; já fiz químio. Tomo de tudo para melhorar, eu creio que não vou ter que fazer cirurgia. **O cabelo caiu todo, se não fosse a peruca eu estaria enfiando a cabeça no buraco igual bicho (...)**".*
> (Frases 12 a 14 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Fátima (paciente) – "Tem que ter muita cabeça porque senão a gente desespera quando pensa que está sem mama, sem cabelo. **Ri muito, tive uma crise de riso quando me vi sem cabelo e sem mama. Perdi os dentes depois da QT. Deu uma bola na gengiva.** Ah! Ta bão!...".*
> (Frases 112 a 116 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes falaram sobre suas **hipóteses, dificuldades e problemas com que se depararam e que podiam ser relacionadas ao fato de se submeterem aos tratamentos para o câncer de mama**.

*Abigail (paciente) – "**Se tiver q/ fazer outra cirurgia eu faço**".*
(Frase 33 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Cássia (paciente) – "**Tenho 6 anos de cirurgia, lembro da data 25/06, era uma segunda-feira, tive internada 18 dias para exames, pedi forças a Deus, tenho muita fé e estou vencendo, o jeito que fez a cirurgia me atrapalhou, repuxa demais**".*
(Frase 34 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Carolina (paciente) – **"(...) Janeiro comecei a químio para poder operar, não agüento mais agulhada na mão, tirar sangue".***
(Frase 074 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Cláudia (paciente) – **"Tinha que tomar dois remédios por dia de uma vez só, quase me acabou (...)".***
(Frase 051 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Luciana (coordenadora) – "A Sra. passou mal do estomago?"
*Ruth (paciente) – "**Até hoje. Tem um cheiro de shampoo que passo mal, lembra o cheiro da químio".***
(Frases 48 a 50 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

*Janaína (paciente) – "Fiz 2 cirurgias. **Tomei 2 anestesias mas estou bem.** Toco minha vida pra frente".*
(Frases 117 a 119 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes contaram sobre recursos da **medicina popular**, utilizados com a finalidade de diminuir as reações secundárias e/ou adversas causadas pelos tratamentos quimioterápicos, como também para se curarem do câncer.

*Ruth (paciente) – "Tenho CA de mama, trabalho aqui no Hospital; já fiz químio. **Tomo de tudo para melhorar, eu creio que não vou ter que fazer cirurgia.** O cabelo caiu todo, se não fosse a peruca eu estaria enfiando a cabeça no buraco igual bicho. Saio, danço, como mesmo sem sentir o gosto, o que eu não quero é parar. **Tomo chá de rosa branca para limpar o sangue**".*
*Glória (paciente) – **"Eu também tomei muita coisa".***
*Ruth (paciente) – **"Eu tomo químio vermelha, ela intoxica o sangue, a rosa branca melhora isso".***
Zélia (relatora) - O que o médico acha disso?
Ruth (paciente) - Ela diz que cada um acredita no que quiser. Tem uns que bebem urina, só que isso eu acho demais. Eu só não comprei o chá de cogumelo porque é muito caro.
(Frases 12 a 22 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

> *Ruth (paciente) –* ***"Se tomar chá de rosa branca, limpa o sangue. Eu faço isso, não dá amarelão".***
> *Abigail (paciente) –* ***"Eu não fiquei, tomava suco de beterraba".***
> (Frases 89 a 91 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

As pacientes narraram **outras dificuldades e problemas,** que poderiam estar interferindo no tratamento do câncer (problemas de saúde de familiares e o próprio envelhecimento), com as quais se depararam durante a etapa de diagnóstico e/ou concomitantemente aos tratamentos realizados.

> *Cássia (paciente) – "****Pessoas que tem família grande e tem muito problema, passa por tanto problema que até se esquece das coisas da gente. Cuido da minha mãe, meu filho tem um problema na perna, mas nunca esqueci uma consulta, lembro hoje é meu dia, cuida e passa".***
> (Frases 116 e 117 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

> *Cláudia (paciente) –* ***"(...) Por causa da minha idade não pude fazer QT (...)".***
> (Frase 024 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

> *Amália (coordenadora) – "Quando a Sra. conta esquece da vida tem algum problema que a Sra. não consegue esquecer?"*
> *Glória (paciente) – "Não, Deus tem me abençoado.* ***Até a doença do meu marido não me entristeceu. Hoje meu marido está em casa e até chora porque está pior que eu.*** *Tenho que falar que estou pior que ele".*
> (Frases 059 a 064 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Algumas pacientes **buscaram informações** junto à equipe de psicologia sobre os diferentes tratamentos médicos que as demais pacientes presentes nas reuniões realizavam ou realizaram e sobre os quais provavelmente tomaram conhecimento durante a reunião do GSE, ou encontraram nesse a oportunidade para esclarecer dúvidas já existentes acerca da diferença nos tratamentos. Algumas pacientes fizeram questionamentos sobre seu próprio tratamento, o que nos permite levantar hipóteses de que desconheciam a natureza e/ou a finalidade dos mesmos.

> *Silvana (paciente) –* ***"E a alta?"***
> (Frase 118 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Cássia (paciente) – ***"Pergunta porque Vilma ainda está se tratando para fazer a cirurgia".***
(Frase 122 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Miriam (paciente) – ***"O que é QT e RT?"***
(Frase 199 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Glória (paciente) – "(...) Eu não falhava, só fiquei 3 semanas sem vir porque queimou muito e o médico me liberou. Fiz 33, e hoje tomo remédio".
Amália (co-coordenadora) – "Qual remédio?"
Glória (paciente) – "Tamoxifem. Vai fazer um ano e tem que tomar 5 anos. Deus pode abençoar para não precisar tomar mais".
Amália (co-coordenadora) – 'Precisa sim, porque o remédio é para proteger o organismo".
*Glória (paciente) – "****Mesmo se não tiver mais nada tem que tomar?"***
Amália (co-coordenadora) – "Tem, isso é para a doença não voltar (...)".
(Frases 97 a 105 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Uma das pacientes contou que se forçava a comer mesmo sentindo **dificuldade de alimentar-se durante o tratamento quimioterápico**.

Ruth (paciente) – "(...) Saio, danço, ***como mesmo sem sentir o gosto,*** *o que eu não quero é parar (...)".*
(Frase 015 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Amália (coordenadora) – "Você sente mal?"
Ruth (paciente) – "Só do estomago. ***Eu como porque sou teimosa (...)".***
(Frases 146 a 148 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

A visão de algumas pacientes sobre a utilização de **prótese mamária,** era determinada pela recomendação médica, necessidade pessoal ou não, além de dúvidas sobre o momento adequado de usar.

Cássia (paciente) – ***"Estou vivendo bem assim, não uso prótese".***
Rosalina (paciente) – ***"O médico me mandou usar prótese".***
(Frases 036 e 037 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Cecília (paciente) – "****Quanto tempo leva para usar a prótese?****"*
(Frase 165 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

O tema **reconstrução da mama** foi relacionado a motivos pelos quais as pacientes não se submeteram a esta: o não querer e a diabetes.

> *Janaína (paciente) – "Nove anos que operei. A gente leva um baque grande no início.* ***Não quis fazer reconstrução de mama".***
> (Frases 003 a 005 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)
>
> *Madalena (paciente) – "Entrei na sala de cirurgia para fazer QUART, mas decidiram fazer radical e eu achei muito bom".*
> *Fátima (paciente) –* ***"Sou diabética e por isso não fiz reconstrução da mama".***
> *Janaína (paciente) –* ***"Eu não quis, nem passou pela minha cabeça fazer reconstrução da mama".***
> (Frases 048 a 050 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Uma das pacientes relatou **o que ouviu dos "outros"** sobre o fato de ter se submetido à mastectomia.

> *Janaína (paciente) – "****Apareceu um monte de gente que fala que fiz cirurgia sem necessidade****".*
> (Frase 145 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Ao analisar o conteúdo das frases das pacientes pudemos verificar uma grande diversidade de tipos de tratamentos aos quais as pacientes se submeteram. É possível que suas preocupações e os medos gerados por seu estado de saúde possam estar refletidos na alta freqüência de frases categorizadas sob esse título, o que também pode ter relação com número de pacientes que participaram dos GSE e com a concomitância dos atendimentos médicos e psicológicos.

A respeito das preocupações e medos associados aos tratamentos para o câncer, Malzyner, Caponero e Donato (1997) afirmaram que, "embora a angústia gerada pelo diagnóstico e pelo tratamento tenha se transformado ao longo deste século, ela sempre esteve presente" (p. 99). Isto é, a evolução dos métodos e técnicas empregadas para o tratamento do câncer pode não ser o suficiente para garantir à paciente uma maior tranqüilidade quando está sendo submetida a estes ou mesmo depois de já tê-los superado. Permanece presente,

postulam os autores acima citados, a angústia da morte com a qual a paciente com câncer de mama precisa conviver e lidar, pois, segundo os mesmos, “o câncer de mama é uma doença complexa, cujo tratamento envolve grande gama de procedimentos multidisciplinares de potencialidade ainda não completamente determinada” (MALZYNER; CAPONERO; DONATO, 1997, p. 99).

A ocorrência de diferentes reações emocionais nas diferentes etapas dos tratamentos, desde o diagnóstico até a recidiva, foi apontada por Venâncio (2004) por evidenciar que mesmo com bons resultados dos tratamentos, a vivência do câncer deixa marcas na vida dessas mulheres. Grande parte delas passa a conviver com o medo constante do retorno da doença e com o medo de ter dificuldades em lidar com as seqüelas deixadas por seus tratamentos, o que é confirmado pelos resultados deste trabalho. Segundo afirma Venâncio (op. cit.), os fatores emocionais presentes na vida das mulheres com câncer de mama podem influenciar o sucesso dos tratamentos, sua reabilitação e sua qualidade de vida.

Alguns comportamentos de defesa como a negação em relação ao câncer e ao medo da doença, observados em pacientes mastectomizadas, equivalem, para Corbineau (1989), ao medo da recidiva do câncer e, no intervalo pré e pós-cirúrgico, não morrer constitui o principal objetivo dessas pacientes. Para permanecerem vivas, é preciso extirpar o tumor, e o custo pode ser a perda do seio. De acordo com Corbineau (op. cit.), o conflito narcísico esperado nesse momento entre preservar a mama e a luta pela auto-conservação não aparece, pois entre as duas forças, ganha a segunda, em grande parte das pacientes. A autora acrescenta ainda que, em relação ao investimento narcísico, a perda acontece para todas as mulheres nessa situação, já que sua corporalidade é atingida.

As informações contidas nos relatos relacionadas a essa categoria, "diagnósticos e tratamentos para o câncer de mama", podem corroborar os resultados encontrados por Corbineau (1989), pois a luta pela auto-conservação passa necessariamente pelos tratamentos

médicos, nos quais ainda predomina a dicotomia mente-corpo, focalizando apenas problemas orgânicos, em concordância com o que Bleger (1988) afirma sobre as instituições hospitalares. Em alguns momentos dos relatos percebemos que as pacientes evitam falar sobre a perda da mama e da feminilidade sendo que poucas vezes os conflitos psíquicos são citados. Quando as pacientes abordam esses assuntos, os mesmos são tratado de maneira superficial, na maioria das vezes.

Sentimentos de angústia de morte, mutilação e insegurança, choque para as que não esperavam ser submetidas à mastectomia, o medo do desconhecido, de morrer e deixar os filhos em fase de crescimento, a ameaça em relação ao parceiro, a perda da feminilidade, a vergonha e culpa diante da enfermidade, a reação à melancolia, as tendências masoquistas, submissão, relações familiares perturbadas e comprometimento no desenvolvimento sexual foram observados por Gandini (1995), com mulheres com câncer de mama (que em seu estudo foram separadas pelas modalidades de tratamento a que se submetiam: mulheres atendidas apenas pela equipe médica e mulheres com atendimento médico e psicológico).

Em relação aos resultados encontrados por Gandini (op. cit.), as pacientes estudadas pertenciam ao mesmo universo daquelas aqui estudadas, pois eram atendidas no Programa de Psico-Oncologia do HC-UFU. Pudemos verificar a confirmação no atual estudo de sentimentos de medo da recidiva que podem ser associados ao medo da morte.

O sentimento de medo do desconhecido foi observado por Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998), nas participantes do Grupo de Apoio Psicológico (GAP) e foi relacionado ao temor do que poderiam encontrar pela frente (a possibilidade de metástases, a morte, as mudanças na vida). Esses autores verificaram que as pacientes desejavam ser tranqüilizadas e esclarecidas, pois se sentiam confusas e com muitas dúvidas, principalmente no que dizia respeito aos tratamentos e sua recuperação. Foi observado que as pacientes faziam muitas comparações entre si, procurando por semelhanças e diferenças nos tipos de cirurgia a que se

submeteram, comportamento repetido também quanto aos demais tratamentos adjuvantes, comparando seu prognóstico e até seus corpos. Para Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998), os diferentes tipos de tratamento médico provocavam muitas dúvidas e confusões às pacientes, principalmente quando elas percebiam que os tratamentos não eram iguais. Os autores observaram também que essa angústia diminuía quando as pacientes se sentiam mais iguais às outras.

Os dados que compõem esta categoria podem corroborar os resultados do trabalho de Rezende (op. cit.) e Rezende e Botega (op. cit.) em relação ao medo do desconhecido, ao desejo das pacientes de encontrarem respostas para suas dúvidas e ao comportamento de comparação. O principal medo relatado pelas participantes dos GSE foi o medo do desconhecido fortemente associado à possibilidade de metástases. Notamos uma possível relação entre temas como: sintomas secundários do tratamento quimioterápico (que podem ser associados a uma piora do estado de saúde), esforço para se alimentar, busca por recursos da medicina popular para se tratarem e a opção por não fazer a reconstrução da mama, como formas de evitar o contato com circunstâncias que poderiam confrontá-las com o seu adoecimento e o medo da morte.

Levantamos a hipótese da existência de relações entre o que foi dito pelas pacientes à respeito dos temas: dificuldades e problemas encontrados e que poderiam estar associados ao fato de se submeterem aos tratamentos para o câncer de mama; o emprego de recursos da medicina popular para lidar com as reações secundárias do tratamento quimioterápico e para se curar, e o comportamento de buscar informações a respeito dos tratamentos com o conceito de enfrentamento segundo propõe Gimenes (1997b).

Parece-nos que os recursos da medicina popular foram empregados pelas pacientes num esforço de procurar ativamente outros recursos para melhorar, além dos recursos médicos e psicológicos disponibilizados pela instituição de saúde. Tais pacientes podem, desse modo, ter

uma postura ativa em relação a seu tratamento e responsabilizar-se, tomando parte no mesmo. Esse recurso de enfrentamento poderia ser mobilizado pelo medo da morte.

A respeito da convivência com a rotina hospitalar, Ferreira (2003) e Ferreira et al. (2004) afirmam ser desgastante e desafiadora para os pacientes principalmente pelo motivo de despertar questionamentos existenciais, como por exemplo dúvidas acerca da continuidade da própria vida. Segundo esses autores, o contexto no qual essas mulheres estão inseridas é de elevada importância para que não se sintam mais doentes e deprimidas, com a sensação de que tudo o que lhes rodeia pudesse ser resumido em doença, sofrimento e morte.

Sobre as reações adversas causadas pelos tratamentos para o câncer, Rossi e Santos (2003) perceberam em seu estudo que as queixas das pacientes entrevistadas eram relacionadas aos efeitos físicos combinados da radioterapia, quimioterapia e da cirurgia. Suas principais queixas estavam relacionadas à sensação de desconforto com relação à queda dos cabelos e a estética. Para os referidos autores, a percepção de degradação física conseqüente dos tratamentos afeta a imagem corporal das mulheres com câncer de mama. Suas pacientes se queixavam de enjôos, das queimaduras na pele causadas pelo tratamento radioterápico, da queda do rendimento funcional, dentre outros aspectos. Os autores concluem que a quimioterapia foi considerada, pela maioria das pacientes entrevistadas, como o pior procedimento ao qual se submeteram e a radioterapia foi a modalidade mais fácil de ser realizada e enfrentada.

Pudemos confirmar parcialmente os resultados encontrados por Rossi e Santos (op. cit.), pois as pacientes que participaram das reuniões dos GSE analisadas também se queixaram das conseqüências da cirurgia e dos tratamentos adjuvantes para o câncer de mama e dos seus efeitos em sua imagem corporal. Porém, os dados são insuficientes para afirmar se as pacientes estariam fazendo referência ao efeito dos tratamentos combinados e/ou se consideraram o tratamento radioterápico mais fácil.

3.2.2 Categoria dois - O câncer de mama

De acordo com as falas das pacientes pudemos identificar que alguns **sintomas do câncer de mama** puderam ser percebidos por elas mesmas e motivaram a busca de auxílio médico. Outras parecem ter percebido tais sintomas mais tarde.

> *Carolina (paciente) – **"(...) Descobri o nódulo e minha irmã estava com displasia, achei que era igual, isso foi em setembro (...)".***
> (Frase 062 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Venância (paciente) – "Acho que vou ter que fazer cirurgia. Vim ver o diagnóstico. **Estou com um nódulo que está crescendo muito**".*
> *Antônia (paciente) – "Vim pegar os resultados para saber se vou ter que fazer outra cirurgia. **Não sinto dor**".*
> (Frases 06 a 10 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Cláudia (paciente) – **"(...) Tenho 82 anos e nunca senti nada.** Nunca fiz exame local, nunca tomei hormônio, nada. **Meu seio ficou muito grande. Depois de quase um ano é que descobri o nódulo (...)".***
> (Frases 020 a 023 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Miriam (paciente) – "**Perguntou se a D. Cristina sentia dor. Eu tenho muita dor.** Fiz cirurgia na mama há 14 anos. **Sentia como se fosse um monte de anzoizinhos puxando (...)".***
> (Frases 58 a 61 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
> *Eva (paciente) – "**No mês passado vim fazer exames e apareceu um nódulo no outro seio**".*
> (Frase 94 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Paula (paciente) – **"Acharam um nodulozinho.** Vim para ver se vai retirar. Disseram que está pequeno para retirar (...)".*
> (Frases 169 a 171 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Glória (paciente) – "**O meu não deu caroço. Sentia umas ferruadas na época da menstruação**".*
> (Frases 54 e 55 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Cecília (paciente) – "**O bico do meu seio foi pra dentro**".*
> *Sara (coordenadora) – "Como a senhora está se sentindo?"*
> *Cecília(paciente) – "**Não sinto dores**".*
> (Frases 131 a 133 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

No discurso das pacientes nem sempre existiam referências diretas ao câncer de mama, mesmo assim, essas frases foram relacionadas **à maneira como lidavam com o fato de estarem doentes,** nos casos em que o diagnóstico do câncer era recente ou quando ainda estavam em tratamento, em situações de já haverem se tratado de câncer no passado. Parece-nos que algumas pacientes procuraram evitar pensar ou falar sobre o câncer. Algumas frases nos remeteram à hipótese de negação diante da angústia do adoecer por câncer. Outras vezes percebemos nos relatos das pacientes sua resistência em abordar seu adoecimento.

> *Suzana (paciente) – "**Eu nem me preocupei, nem me lembro".***
> *Marta (paciente) – "**Nem liguei, não adianta.** Estou como uma galinha rodeada de pintos. Várias mulheres que tem o problema voltou e ligam desesperadas. **Não tenho tempo de saber como estou, não me preocupo, não sei se o meu voltou".***
> (Frases 068 a 072 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Marta (paciente) – "**Não gosto de falar sobre o assunto, quando estava no grupo de natação só falavam sobre isso, achava ruim".***
> (Frase 078 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *"Coordenadora Ana: Apresentação do grupo de psicologia, no que consiste o grupo de sala de espera, pede que alguém inicie".*
> *Rosalina (paciente) – "**Ando esquecida, esqueci seu nome**".*
> *Ana (coordenadora) – "Nome é difícil".*
> *Rosalina (paciente) – "**Esqueci até como escreve meu nome, outro dia p/ assinar tive que olhar**".*
> *Ana (coordenadora) – "Tem que praticar".*
> *Rosalina (paciente) – "**Deu branco, fui na cozinha e esqueci o que ia fazer**".*
> *Ana (coordenadora) – "Está geral este problema".*
> (Frases 01 a 07 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Mônica (paciente) – **"Nunca desacoçoei, não choro, não gemo, não lastimo, o Senhor está comigo, vim para retorno".***
> (Frase 010 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "**É bom conversar, trocar idéia.** Irmã que o filho morreu num assalto com 21 anos. **Recebi uma visita de uma mulher que é muito apaixonada pela filha, fiquei com dó dessa mulher, ninguém quer me ouvir".***
> (Frases 104 a 106 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Ana (coordenadora) – "Pergunta p/ o grupo porque precisa conversar".
*Rosalina (paciente) – "**Através da conversa tem muita coisa boa".***
*Cássia (paciente) – "**Conforma e esquece**".*
(Frases 110 a 112 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
*Ruth (paciente) – "**Eu sou de estalo, gosto de resolver na hora**".*
(Frase 68 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Amália (co-coordenadora) – "(...) Como pode enfrentar melhor a situação?"
*Ruth (paciente) – "**Eu gosto muito de ouvir música, não gosto de ver filme de tragédia. Não tenho tempo ruim.** Se eu não falo para as pessoas, ninguém descobre".*
(Frases 163 a 166 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

*Aparecida (paciente) – "**Quer saber se faz plástica e suspende o seio**".*
(Frase 72 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

*Madalena (paciente) – "**É difícil. Tem que erguer a cabeça e ir em frente. Fugir não é a solução**".*
(Frases 92 a 94 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

*Madalena (paciente) – "Hoje faço faxina. **Tive também um tempo pra mim.** Pensar na invalidez, impotência sexual, prazer sexual".*
(Frases 108 a 110 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Algumas pacientes descreveram sua **reação ao receber o diagnóstico** de câncer de mama e contaram como foi este momento:

*Marisa (paciente) – "**Quando soube do diagnóstico fiquei melhor que as outras pessoas que receberam comigo, e de doença eu posso não ter nada, pois rezo muito**".*
(Frase 15 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Abigail (paciente) – "**Fiquei tão nervosa quando vim fazer mamografia, deu nódulo quando estava em G., vim embora, fui bem atendida, vim para colher o material para biópsia, achei bom, tirou logo e deu princípio, fiquei um pouco assim, mas Deus vai abençoar que vou sarar**".*
(Frase 30 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Carolina (paciente) – "**O médico descobriu o nódulo, quando falou para mim, já sabia que estava com esse negócio, falou diretamente, dizem que Deus escolhe as pessoas fortes para ter essa doença. No momento não me assustou, minha mãe quando soube assustou. Quando parei é que caiu a ficha (...)".***
(Frases 096 a 098 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Cristina (paciente) – "Fiz cirurgia há 15 anos e não fiz tratamento nenhum. Fiz duas cirurgias no prazo de 6 meses. Tenho 80 anos. Só tomei uns remédios em casa. Parece que foi até um milagre. ***Só levei susto quando fiquei sabendo (...)".***
(Frases 40 a 45 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Amália (coordenadora) – "A D. Cristina levou um susto também".
Cristina (paciente) – "Dr. Sebastião falou para ir para casa. ***Por mim fazia a cirurgia na hora".***
Conceição (?) – "Achei que não fosse nada e fui até para a fazenda".
(Frases 054 a 057 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Ruth (paciente) – "****Quando descobri, sofri. Fiquei 2 dias sem querer ver ninguém.*** *Agora eu quero mais é passear".*
(Frases 31 a 33 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Janaína (paciente) – "Nove anos que operei. ***A gente leva um baque grande no início****".*
(Frases 03 e 04 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Cecília – "(...) ***Estou com a cabeça fervendo e uma vizinha falou de um jeito que eu fiquei mais apavorada. Eu já chorei demais****".*
(Frases 143 e 144 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As frases das pacientes fazem referências aos **sentimentos, angústias e desejos** que foram despertados pelo adoecer por câncer de mama. Uma das pacientes aponta o desconhecimento como a causa do sentimento de medo em relação ao câncer de mama. No caso de algumas pacientes, levantamos a possibilidade de que estivessem sofrendo também de depressão na época em que participaram dos GSE:

*Carolina (paciente) – "****Fico triste e chateada, não consigo ficar animada****".*
(Frase 23 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Eva (paciente) – "****Fico desorientada sempre que tenho que vir, tenho dor de barriga, medo de passar por outro problema".***
(Frase 030 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Eva (paciente) – "****Com o problema a gente fica sensível, qualquer coisa que façam a gente se magoa".***
(Frase 115 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Miriam (paciente) – "(...) A mama esquerda não voltou mais a doer. Agora é a mama direita que voltou a doer. ***Estou apavorada, com muito medo.*** *Não sei se é porque sofri muito da primeira vez que agora não consigo não ter medo. Tenho dor e fraqueza. É a primeira vez que estou vindo aqui. Se eu tiver que fazer biópsia estou com medo****".***
(Frases 75 a 81 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Ruth (paciente) – "****Eu quero é viver livre disso aqui****".*
(Frase 52 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

*Madalena (paciente) – "****O desconhecimento causa muito medo****. A nossa geração nem falava o nome da doença. Tem 5 anos que fiz cirurgia".*
(Frases 14 a 16 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes falaram sobre as **conseqüências do processo de lutar contra o câncer** como uma possibilidade de trazer mudanças que associamos à qualidade de vida. As mudanças sentidas nem sempre foram nomeadas, não nos permitindo afirmar se foram percebidas como positivas ou negativas. Outras vezes, remeteram-nos à idéia de superação de dificuldades. Uma das pacientes percebeu a **aprendizagem trazida por enfrentar outro problema de saúde**, fato que mudou sua maneira de lidar com o câncer de mama.

"Lídia (coordenadora) pergunta se descobriu algo bom na vida".
*Abigail (paciente) – "****Mudam muitas coisas com a doença.*** *Sempre soube conviver com as pessoas. Muitas pessoas não sabem, com a doença ficam mais humildes".*
(Frases 47 a 50 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Eva (paciente) – Tenho 10 anos de tratamento, fiz radioterapia, até hoje está tudo bem. ***Não sei o que me fez ficar mais forte.*** *Fico desorientada sempre que tenho que vir, tenho dor de barriga, medo de passar por outro problema.*
(Frases 28 a 30 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Venância (paciente) – "****No princípio tive muito medo, mas agora estou tranqüila****".*
(Frase 97 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Venância (paciente) – "Escondi uma doença no útero por 12 anos, tinha hemorragia, anemia forte. Há um ano tirei o útero e não era nada grave. ***Sofri à toa esses anos. Agora não escondo mais*** *(...)".*
(Frases 218 a 221 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

> *Julieta (acompanhante) – "No início a gente pensou que fosse o fim do mundo. Hoje a minha mãe até melhorou o jeito de viver, ela tem vontade de viver".*
> *Ruth (paciente) – "Quando descobri, sofri. Fiquei 2 dias sem querer ver ninguém.* ***Agora eu quero mais é passear".***
> (Frases 029 a 033 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Fátima (paciente) – "****Aceitei numa boa, enfrentei. Não existe vitória sem luta****".*
> (Frases 06 e 07 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes narraram o **preconceito** sofrido enquanto doentes por câncer. Duas pacientes falaram a respeito do próprio preconceito em relação ao câncer:

> *Marta (paciente) – "Tem certas visitas que ao invés de me ajudar nos atrapalham, falam coisas erradas que às vezes nos desesperam.* ***Uma senhora no terminal me perguntou se eu não tinha vergonha de sair na rua sem uma mama. Fiquei sem jeito, me pegou de surpresa, nem pensava nisso, não sabia o que falar. Uma mulher foi que me defendeu".***
> (Frases 106 a 109 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Simone (paciente) – "****Tem gente que quando vê um coitado sofrendo, alguém com nosso incômodo, vira a cara".***
> (Frase 042 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Fátima (paciente) – "****(...) Antes eu não tomava conhecimento da doença, quando ainda não freqüentava o HC".***
> *Abigail (paciente) – "A gente tendo fé, segurando na mão de Deus, vamos em frente".*
> *Madalena (paciente) – "O desconhecimento causa muito medo.* ***A nossa geração nem falava o nome da doença (...)".***
> (Frases 012 a 015 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Outras vezes percebemos que as pacientes se esforçaram para encontrar **explicações pessoais para o seu adoecer**, tais justificativas poderiam incluir a possibilidade de não estar realmente com câncer de mama, ou suspeitas de que o diagnóstico poderia estar errado.

> *Marisa (paciente)– "****Não imaginei que fosse câncer, achei que fosse reumatismo pois minha mão estava inchada".***
> (Frase 021 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

> *Ruth (paciente) – "**O meu não deu CA de mama e sim altamente sugestivo pelo tamanho do caroço. Eu expliquei para o Dr. Sebastião que bati o peito no ônibus".***
> (Frases 038 e 039 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Glória (paciente) – "**Fui no médico, deu malígno mas aqui os exames não deram nada".***
> (Frase 056 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Algumas pacientes contaram que **seus maridos lidavam com o adoecer de maneira diferente da sua** (seja o adoecimento por câncer delas ou outras doenças deles). Essas diferenças foram atribuídas à opção religiosa distinta e a um problema de saúde que poderia ser mais grave do que o câncer de mama, como podemos observar nos exemplos a seguir:

> *Rosalina (paciente) – "Eu tava operada e parecia q/ ñ, ficava alegre, qdo Deus ama nossa alma a gente tem força, qtas vem a doença e se abate, às vezes as pessoas clamam, Deus não é só doutrina, tem que se confiar primeiro Nele e depois nos médicos, se ele não tiver na vida de ninguém, ninguém é nada".*
> *Ana (coordenadora) – "Tem q/ ter força, Deus dá esta força, tem pessoas q/ ficam diferente".*
> *Rosalina (paciente) – "**Porque tem gente que pensa diferente. Meu esposo é católico, é uma pessoa doente.** No dia 7 de maio foi minha biópsia, 24/06 ele foi p/ UTI, Deus abençoou tive aquela paz, minha biópsia foi complexa, em agosto fiz cirurgia, passei por tudo, ele ficou tão preocupado e impressionado, não sei por quê conta isso para todos, devia contar da Obra do Senhor".*
> (Frases 15 a 19 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Glória (paciente) – "Hoje meu marido está em casa e até chora porque está pior que eu. **Tenho que falar que estou pior que ele".***
> *Amália (coordenadora)- "Você já aprendeu a lidar com a situação".*
> *Glória (paciente) – "**Tenho que falar que tenho todas as doenças que ele tem, porque aí ele fica bom".***
> (Frases 062 a 065 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Uma da pacientes reclama da **inadequação do que outras pessoas lhes falaram a respeito do câncer:**

> *Marta (paciente) – "**Tem certas visitas que ao invés de me ajudar nos atrapalham, falam coisas erradas que às vezes nos desesperam".***
> (Frase 106 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Marta (paciente) – "**Até na radio tinha pessoas que me falavam que ia morrer e não adiantava o tratamento, que é uma doença que não tem cura. Não dei ouvidos**".*
> (Frases 111 e 112 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

A mesma paciente relatou um episódio de **depressão** após os tratamentos para o câncer de mama:

> *Marta (paciente) – "**Depois de tudo entrei em depressão, fiquei no fundo do poço, não sei porquê. Não se sabe como entra e nem como sai. Ficava deitada".***
> (Frases 073 a 075 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Duas pacientes presentes na mesma reunião contaram sobre **"casos" de pessoas com câncer ou de pessoas que morreram por câncer:**

> *Carolina (paciente) – "**Tem que procurar o médico, uma irmã da minha cunhada falou 'Deus me libertou', morreu no maior sofrimento**".*
> (Frase 020 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Eva (paciente) – "**Minha cunhada é uma pessoa boa, tirou um pedaço do seio, é uma pessoa vaidosa, está triste e chateada, está fazendo da química vermelha**".*
> (Frase 86 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Uma das pacientes abordou a **esperança de ser curada de maneira mágica**, sem precisar passar pelos tratamentos.

> *Marisa (paciente) – "Eu já tenho o resultado, é câncer, **mas eu espero que na hora que eu sair do médico já esteja curada, porque já tive câncer duas vezes e fui curada tem 25 anos".***
> (Frase 012 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Percebemos também a dificuldade em abordar e nomear o câncer de mama:

> *Eva (paciente) – "No ano passado fiz exame, cirurgia.* ***Tive problemas.*** *Fiz QT e me recuperei (...)".*
> (Frases 91 a 93 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Considerando os temas acima citados, relacionados a essa categoria, pudemos estabelecer algumas relações com outros trabalhos que discutiram sobre esses temas. As reações das pacientes frente à doença, ao tratamento e ao processo de reabilitação, para Venâncio (2004), dependem de características pessoais que estariam ligadas à história de vida, ao contexto sócio-cultural, à espiritualidade e à opção sexual. Essas características influenciam a forma como tais mulheres irão avaliar a importância da doença e a forma de enfrentamento. Sobre esse aspecto, a análise dos relatos não nos permite fazer tal inferência, pois encontramos poucos dados que pudessem ajudar a descrever as mulheres que participaram das reuniões em questão.

A etapa do diagnóstico, que para Rossi e Santos (2003), corresponde ao momento em que as mulheres entram em contato com a situação concreta de estar com câncer de mama, fato comprovado pela comunicação formal do diagnóstico pelo médico. Segundo os autores, algumas das mulheres que fizeram parte de seu estudo relataram que antes da confirmação do diagnóstico já haviam admitido a possibilidade de estar com câncer de mama e que pressentiram o diagnóstico antes que fossem confirmados pelos resultados dos exames. Relacionaram a reação ao diagnóstico com a reação traumática descrita por Parkes (1998 apud ROSSI; SANTOS op. cit., p. 38) como uma reação de alarme, raiva, culpa e transtorno de estresse pós-traumático, o que para Rossi e Santos (op. cit.) tem semelhanças com o choque vivenciado pelas pacientes que fizeram parte de seu estudo quando se depararam com a realidade imposta pelo diagnóstico.

Os autores acima citados afirmam que

> O diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda doença potencialmente letal, traz a perda do corpo saudável, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida (ROSSI; SANTOS, 2003, p. 33).

A respeito da reação dos pacientes portadores de câncer ao receber o diagnóstico, Dóro et. al (2004) também tecem importante discussão. Segundo esses autores, os pacientes experimentam a dor de se sentirem enterrados antes de ter morrido, pois o significado do diagnóstico pode ser encarado como o recebimento de um suposto atestado de óbito. Assim, o processo de perda seria iniciado no momento do diagnóstico devido a uma associação direta à idéia de morte, como afirmaram Yamaguchi (1994), Gandini (1995), Kübler-Ross (1996) e Rossi e Santos (op. cit.).

Sobre a reação das pacientes ao receberem o diagnóstico de câncer de mama, as informações contidas nos relatos dos GSE nos levaram a estabelecer relações com o que Simon (1983) discute sobre o conceito de crise, no que tange à questão da perda.

A mesma relação entre a reação ao diagnóstico e o conceito de crise como é proposto por Simon (op. cit.), também foi percebida por Silva (2001), que focalizou a crise vivida pelas mulheres na época de realização da mastectomia, avaliando se havia sido uma crise superada ou não superada e avaliando também a contribuição da experiência religiosa na adaptação da trajetória de sobrevivência ao câncer, ampliando o conceito proposto por Simon (op. cit.). Contudo, com base nas informações contidas nos relatos das reuniões dos GSE, não encontramos indícios que nos permitam usar a mesma classificação adotada pela autora acima citada.

Nas pacientes participantes dos GSE, a crise esperada seria provocada por perda ou ameaça de perda que a confirmação do diagnóstico de câncer de mama poderia evocar-lhes, já que as perspectivas associadas ao diagnóstico estavam relacionadas à perda da saúde, perda da mama (mutilação causada pela mastectomia) e ao medo da morte, o que nos permite

concluir que os sentimentos predominantes estariam relacionados a depressão e culpa. A crise por perda parece permear os sentimentos da paciente Marta, presente na primeira reunião analisada (especificamente nas frases: "... *Depois de tudo entrei em depressão, fiquei no fundo do poço, não sei porquê. Não se sabe como entra e nem como sai. Ficava deitada...*"), quando relata um episódio de depressão depois do fim dos tratamentos.

Essas frases de Marta nos remetem ao quarto estágio por que passam os pacientes com doenças graves e/ou em fase terminal, nomeado por Kübler-Ross (1996) de depressão. Esse estágio se relaciona tanto à depressão reativa como à depressão preparatória, e está associado ao momento em que os pacientes já não podem mais negar ou esconder a doença (estágio permeado de sentimentos de perda). No caso da paciente acima citada percebemos que a crise por perda pode ter desencadeado uma depressão reativa, pois apenas com o final dos tratamentos médicos (que não sabemos quais foram) a paciente teria se permitido entrar em contato com os sentimentos relacionados aos significados das perdas vividas durante essa fase de sua vida.

Nos relatos englobados nessa categoria, observamos a descrição de medos associados à possibilidade de recorrência do câncer de mama, discutidos também na categoria anterior segundo o trabalho de Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998), quando tratam do medo do desconhecido.

As preocupações, observadas com freqüência na vida de pacientes crônicos, foram relacionadas aos problemas dos quais as pacientes com câncer de mama costumam queixar-se (POLLIN; 1995 apud VENÂNCIO; 2004). A partir das informações contidas nos relatos, pudemos notar apenas algumas das preocupações citadas, quais sejam: sentimentos de perda de controle sobre a vida, mudanças na auto-imagem, a confrontação com os estigmas de ser portadora de uma moléstia grave, comportamentos de isolamento, sentimentos de raiva também descritos por Vinogradov e Yalon (1992), Kübler-Ross (op. cit.), Parkes (1998 apud

ROSSI; SANTOS, 2003), Carvalho (2002), Gandini e Silva (2003) e Gomes et al. (2003) e preocupação com a morte. Venâncio (2004) acrescenta, entre as preocupações citadas, o medo da progressão da doença e da recidiva que também pudemos observar em algumas das frases analisadas.

Sobre queixas somáticas, Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998) verificaram que as pacientes que participaram do GAP apresentaram muitas queixas dessa natureza, o que também é afirmado por Vinogradov e Yalon (1992), quando falam sobre as características dos grupos voltados para esse tipo de paciente. Para Rezende (op. cit.) e Rezende e Botega (op. cit.), o corpo das pacientes gritava. Os autores explicam que este seria um recurso usado para que essas mulheres conseguissem evitar pensar sobre o que sentiam, esforçando-se permanentemente para esconder e disfarçar seus sentimentos. Asseveram que os receios das pacientes poderiam estar apoiados sobre temores de serem anuladas, de que suas personalidades fossem destruídas, de que estivessem sendo vistas somente por suas falhas, ou seja, seus sentimentos estavam relacionados à angústia de serem rejeitadas e/ou expelidas. Esse temor fazia com que as pacientes evitassem expor-se, pois se abrir, segundo os autores, poderia significar um risco. Os referidos autores perceberam também muita resistência das pacientes em abordar suas condições atuais, sendo que poucas vezes falavam ou compartilhavam sentimentos relativos à mutilação sofrida.

O estudo de Rezende (op. cit.) e Rezende e Botega (op. cit.) aponta resultados que também pudemos verificar nas falas das pacientes participantes dos GSE. Percebemos que as pacientes citaram vários sintomas relacionados ao câncer de mama, como: nódulo, dor, crescimento do seio, alterações na estrutura do seio. Diante dessas informações, concordamos com os autores acima citados quando pontuam que falar sobre os sintomas físicos pode ser também uma estratégia usada pelas pacientes para evitar falar sobre seus sentimentos.

Percebemos também que os sentimentos relacionados ao câncer são deixados de lado e que o medo de ser rejeitada persiste.

A respeito do tema da atribuição de causalidade do câncer de mama, encontramos em Silva (2001) outras possibilidades de busca de significação. Essa autora observou que as mulheres que participaram de seu estudo procuraram uma explicação para o câncer. De acordo com o discurso das pacientes entrevistadas, Silva (op. cit.) pôde identificar associações do adoecimento por câncer à explicação "crença religiosa/provação divina/pecado". Outras pacientes atribuíram a si a origem do câncer, relacionando-os a problemas internos, psicológicos e saúde mental. Houveram ainda referências à responsabilidade social nos cuidados ao meio ambiente e sua preservação e apareceram respostas classificadas como combinadas: explicação em que o câncer tinha uma origem religiosa combinada à saúde mental, como sua origem estar relacionada a saúde mental e a um meio ambiente hostil; a relação entre o câncer e o envelhecimento; referência à toxicidade dos alimentos e ao meio ambiente em geral e ao adoecimento de outro familiar.

Relacionamos a tentativa das pacientes de explicar o câncer de mama ao estágio de negação e isolamento descrito por Kübler-Ross (1996), que pode ser observado nas falas de Ruth, que afirma "*Quando descobri, sofri. Fiquei 2 dias sem querer ver ninguém. Agora eu quero mais é passear. (...) No início o cabelo caiu, fui ao cabeleireiro e caiu tudo em uma lavada, e caiu tudo em uma lavada. (...) Eu já fiz 3 ciclos, mas tem que fazer mais 3 ciclos. O meu não deu CA de mama e sim altamente sugestivo pelo tamanho do caroço. Eu expliquei para o Dr. Sebastião que bati o peito no ônibus*". De acordo com suas falas podemos perceber que é uma paciente que estava sendo submetida à quimioterapia redutora e que ainda não havia passado pela mastectomia, o que confirma as proposições de Kübler-Ross (op. cit.) sobre a etapa de negação da doença. Na fala de Aparecida aparece a negação tanto do adoecer por câncer como da perda do seio, pois pergunta a respeito de cirurgia plástica para

“suspender o seio”. A paciente Marisa também parece recorrer ao mecanismo de negação quando diz *“Quando soube do diagnóstico fiquei melhor que as outras pessoas que receberam comigo, e de doença eu posso não ter nada, pois rezo muito”*.

A questão da negação e sua relação com o processo de enfrentamento são exploradas por Gimenes (1997b), que afirma que essas funções podem ser reduzidas a funções de alterar a situação problemática, quando é possível, e/ou avaliar o problema de tal forma que este se torne menos atemorizante, permitindo assim um controle emocional adequado, perante o contexto estressante.

Mesmo não tendo informações que permitam avaliar efetivamente os resultados das estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres participantes das reuniões do GSE aqui estudadas, pudemos perceber tentativas de se evitar pensar no adoecimento como esforços para diminuir a tensão que o medo da recidiva causa, incluindo aqui as frases de Rosalina ao referir-se a um esquecimento que poderia ter relação com sua resistência ao falar sobre suas preocupações com seu adoecimento, e com o mecanismo de negação da doença *“Ando esquecida, esqueci seu nome (...) Esqueci até como escreve meu nome, outro dia p/ assinar tive que olhar (...) Deu branco, fui na cozinha e esqueci o que ia fazer”*.

Ao discutir os sentidos da onipresença do câncer na vida de mulheres sem experiência de diagnóstico de câncer, Spink (2003) se deparou com repertórios interpretativos usados por essas mulheres para explicar o surgimento de um câncer. A autora constatou a presença tanto de repertórios interpretativos antigos relacionados ao passado dos tratamentos do câncer, como de repertórios interpretativos novos, relacionados a descobertas científicas recentes. Em comum com as pacientes do nosso estudo, mesmo considerando que a autora estudou mulheres sem diagnóstico de câncer de mama, encontramos a hipótese formulada pela paciente de que um trauma físico poderia provocar um câncer, ilustrado pela fala da paciente Ruth “*Eu expliquei para o Dr. Sebastião que bati o peito no ônibus*”.

Sobre a alegação de negligência médica, omissão de conduta, erros de diagnóstico e falta de esclarecimentos, Rossi e Santos (2003) consideram que exista falta de preparo do profissional médico para lidar com uma especialidade como a oncologia, cujas patologias exigem da equipe responsável um conhecimento amplo acerca da doença e de seus reflexos no plano biopsicossocial do indivíduo doente.

Em nosso estudo, percebemos que as pacientes pouco falaram sobre as causas do câncer, mas quando mencionaram esse assunto, as explicações usadas envolveram trauma físico (bater o peito) e diagnóstico errado. Não pudemos relacionar os resultados do presente estudo à atribuição de causalidade para o câncer de mama, observados por Silva (2001), mas achamos que essa discussão é importante, visto que seu estudo teve como sujeitos pacientes atendidas pelo Programa de Psico-Oncologia na Mastologia HC-UFU. Pensamos que essa divergência possa ter relação com a técnica usada para a construção do corpus desta pesquisa, já que as discussões eram movimentadas nos GSE por demandas que partiam das pacientes e não puderam ser exploradas como acontece quando se faz uma entrevista. A respeito do que afirmam Rossi e Santos (op. cit.), percebemos que as queixas das participantes de seu estudo e as das pacientes presentes nos GSE estudados se constituem de forma semelhante, o que poderia confirmar o que estes autores verificaram a respeito das interpretações das pacientes para o seu adoecimento.

Sobre a possibilidade de perceber mudanças positivas e negativas associadas ao câncer de mama, Rossi e Santos (op. cit.) observaram que na fase de recuperação as pacientes têm a possibilidade de avaliar a experiência de ter tido câncer de mama e ter passado por um tratamento doloroso. Para as pacientes que participaram do estudo desses autores, o sentimento de mutilação e a sensação de não ser mais a mesma pessoa aparecem como os principais aspectos negativos. No caso das falas das pacientes, pudemos atribuir um valor

predominantemente positivo às mudanças, mas não possuímos dados que permitam avaliar se tais mudanças realmente excluiriam mudanças negativas.

A respeito de crenças sobre a prática do auto-exame da mama, Gonçalves e Dias (1999), em seu estudo com mulheres de baixa renda, observaram que, de forma em geral, as mulheres percebiam mais vantagens do que desvantagens em relação à essa prática, prevalecendo crenças positivas a seu respeito (das nove dimensões percebidas pelos pesquisadores, seis são de crenças positivas e três são de crenças negativas). Mesmo não sendo percebido de maneira negativa, os pesquisadores acima citados constataram em seu estudo a baixa freqüência da prática do auto-exame da mama nas mulheres. Para Gonçalves e Dias (op. cit.), a prática do auto-exame das mamas está atrelada às crenças comportamentais e normativas que permeiam o universo cognitivo dessas mulheres e dificultam sua execução. Constataram também que em "mulheres de baixa renda", a falta de informação, do incentivo dos profissionais de saúde e a percepção negativa da doença, contribuem para o surgimento e permanência dessas crenças.

Não foram citadas vantagens ou desvantagens à prática do auto-exame da mama na análise de conteúdo das falas das pacientes. Entretanto, no que diz respeito aos sintomas que as pacientes descreveram, podemos associá-los à probabilidade de que tais sintomas possam estar associados a estágios avançados do câncer de mama, o que também pode ser associado à falta da prática do auto-exame de mamas.

Os possíveis motivos para a pouca prática do auto-exame de mamas podem ser explicados pela Teoria da Ação Racional (FISHBEIN; AJZEN, 1975 apud GONÇALVES; DIAS, op. cit.), que considera a presença de um tipo de rede de apoio das pessoas significativas sobre o comportamento a ser desempenhado, influencia sua intenção de praticar algum comportamento preventivo. Gonçalves e Dias (op. cit.) dividem as crenças que relacionaram à Teoria da Ação Racional a quatro categorias. A categoria "Meios de comunicação" obteve a maior freqüência, o que para os autores significa que as campanhas

públicas são vistas pela população, e , por esse motivo, devem possuir mensagens persuasivas que atinjam realmente essas crenças, tentando modificá-las em uma direção mais preventiva. As categorias “Família extensa”, “Companheiro” e “Amigas”, reforçam a visão dos autores de que não basta motivar a mulher a praticar o auto-exame da mama, comportamento preventivo estudado pelos autores em questão, mas se faz necessário sensibilizar sua rede de apoio social (família, marido, amigas) sobre a importância do exame. Os autores observaram que, entre as mulheres de baixa renda, a falta de informação, o não incentivo dos profissionais de saúde e a percepção negativa da doença, são os principais fatores que contribuem para o surgimento e permanência dessas crenças e comportamentos.

Sobre a questão da duração do grupo, observamos em Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998) que, tanto a fantasia de castração, como a participação de um grupo com duração limitada (no caso da experiência estudada pela autora o grupo tinha quatro sessões), podem implicar, para suas participantes, em uma busca por aceitar limites e explorar as possibilidades, levando-se em consideração a perda implícita em ambas as situações. No caso da castração, esta se relaciona à perda da mama ao encerramento do GAP. Como os GSE podem ser considerados um grupo de sessão única, segundo a classificação proposta por Maldonado e Hallal (1981), consideramos que tocar em assuntos que incluem temas como sentimentos em relação ao câncer de mama poderia ser mais difícil.

Devido ao caráter fluído dos grupos de sala de espera (falta de *setting* e o trânsito de entrada e saída de participantes durante a reunião) e a participação de pacientes e acompanhantes ser interrompida pela consulta médica, as pacientes não ficam do GSE durante toda a reunião, sendo poucas as pacientes que ficam até o final da reunião do grupo. Em alguns casos, quando existe tempo e quando o estagiário que coordena a reunião tem experiência e recursos internos para trabalhar estes temas, a angústia de algumas pacientes pode ser trabalhada. Diferente do que Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998)

perceberam, não foi possível identificar nestas mulheres a aceitação dos limites, a busca de aproveitar as oportunidades oferecidas pela reunião nem favorecer um clima adequado para que toquem em assuntos delicados e que envolvam sofrimento, nem é estimulado o surgimento destes temas.

3.2.3 Categoria três – Outros recursos para lidar com o câncer de mama e seus tratamentos: o apoio entre participantes dos GSE e a religiosidade.

As frases das pacientes abaixo apresentadas, são dirigidas a alguma participante em especial, ao grupo como um todo ou se referem a sua experiência no GSE. Percebemos que seus conteúdos podem estar relacionados a **apoio, aconselhamento, estímulo, alerta, informações oferecidas pelas próprias pacientes** ou ao ato de falarem sobre **sua experiência pessoal.**

> *Abigail (paciente) – "**É a primeira vez que participo de grupo, vou dar o endereço para as meninas irem lá me visitar, tomar um cafezinho**".*
> *Marta (paciente) – "**Estava com saudade, faz tempo que não vinha. Aqui é bom demais**".*
> (Frases 64 a 66 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Abigail (paciente) – "**Tudo o que a gente pensa que vai fazer, nós fazemos".***
> (Frase 082 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Abigail (paciente) – "**Tô gostando, achei muito bom.** Se Deus quiser vamos estar juntas sempre. **Quando cheguei no HC fiquei com batedeira, mas depois que participei do grupo estou me sentindo bem melhor, consegui me acalmar".***
> *Márcia (paciente) – "**Gostou e vai vir sexta mesmo sem ter consulta. Falei para várias mulheres na rádio sobre o grupo.** As psicólogas são muito boazinhas, levantam o astral da gente. **Acho que elas vão participar".***
> (Frases 119 a 125 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Carolina (paciente) – "Tem q/ procurar o médico, uma irmã da minha cunhada falou 'Deus me libertou', morreu no maior sofrimento. ***Tem q/ ter muita fé mas tem q/ procurar o médico****".*
Ana (coordenadora) – "Tem pessoas q/ preferem fugir do que lutar".
Carolina (paciente) – "Fico triste e chateada, não consigo ficar animada".
*Isabel (paciente) – "****Sabe a piada do cara que estava morrendo afogado e recusou o socorro dizendo q/ Deus iria salvá-lo, chegando no céu Deus disse que tentou ajudá-lo de várias formas e ele recusou todas, quer dizer ele morreu porque quis****".*
(Frases 20 a 24 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Carolina (paciente) – "A família acha que tenho muita força, não tenho ânimo para continuar fazendo caminhada. O médico me aconselhou hidroginástica, não criei ânimo".
Isabel (paciente) – ***"Tem que começar para criar ânimo, se não fizer assim, deixa. Quando se força a fazer alguma coisa começa a gostar e não pára".***
(Frases 056 a 059 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Silvana (paciente) – "Tem cura?"
Ana (coordenadora) – "Tem gente que passa por aqui e morre de outra coisa".
*Carolina (paciente) – "****É importante uma alimentação saudável.*** *Enjoava mas ñ senti mal com a químio".*
(Frases 88 a 91 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Eva (paciente) – "****Me sinto mais animada por falar****".*
(Frase 119 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Antônia (paciente) – "Vim pegar os resultados para saber se vou ter que fazer outra cirurgia. Não sinto dor".
Cláudia (paciente) – "Vim saber o resultado do que preciso fazer. Fiz QT e não senti nada. Fiz RT. Agora estou sentindo fraqueza. Sinto fraca, mas não de cair nada. Vim sexta e voltei hoje para ver o que terei que fazer. Não tenho fome, não estou comendo. Como uma fruta, um mingau. Deus é o maior, depois Jesus, e depois os médicos. Tenho 82 anos e nunca senti nada. Nunca fiz exame local, nunca tomei hormônio, nada. Meu seio ficou muito grande. Depois de quase 1 ano é que descobri o nódulo. Por causa da minha idade não pude fazer QT. Toda vida trabalhei, lavava 4 banheiros toda vida. Não sei como foi aparecer isso".
*Antônia (paciente) – "****Mesmo não sentindo dor tem que fazer os exames****".*
(Frases 09 a 27 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Aparecida (paciente) – "A cirurgia está até tudo bem, mais a químio está acabando comigo".
Abigail (paciente) – "Ela toma vermelha? Não caiu o cabelo?"
Aurora (acompanhante) – "Caiu, mas ela cortou antes, aí cortei".
Amália (co-coordenadora) – "Químio dá sensação que a pessoa está piorando, mas quando acabar, a Sra. vai ver que vai ficar forte de novo. Cada organismo reage de uma maneira".
Aurora (acompanhante) – "Não pode nem ver a cor do remédio, sai na urina".
*Abigail (paciente) – "****Sra. tem que tomar bastante H2O****".*
(Frases 119 a 126 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Aparecida (paciente) – "Fiz QT, passei mal. Agora quero arrancar tudo. Quer saber se faz plástica e suspende o seio".
*Madalena (paciente) – "**Explica que pode fazer plástica mas depois de um tempo. Tem que fazer o tratamento antes.** Disse que vive melhor depois que fez cirurgia".*
(Frases 70 a 75 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Cecília (paciente) – "Quanto tempo leva para usar a prótese?"
*Janaína (paciente) – "**Depende da cicatrização**".*
Sara (coordenadora) – "Depois da cirurgia é necessário um tempo de recuperação".
*Janaína (paciente) – "Deu dor no braço. **Explica para o grupo os exercícios que são importantes fazer após a cirurgia**".*
*Fátima (paciente) – "**Força e luta**".*
(Frases 165 a 170 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

O que as pacientes afirmaram em relação à fé como mecanismo que as ajudou a lidar com o câncer de mama e lhes ofereceram conforto, foram relacionadas à **religiosidade** em todas as reuniões dos GSE. As pacientes citaram as figuras de Deus e de Jesus; suas crenças religiosas particulares; a visão da religiosidade como recurso que pode proporcionar a cura do câncer, ou mesmo como uma das fontes de explicação para a manifestação do câncer e também para o resultado positivo dos tratamentos.

*Marisa (paciente) – **"(...) Esta é a terceira vez e vou vencer, tenho fé e serei curada, minha fé é do tamanho do universo, recebi a notícia com tranqüilidade, estou bem da cabeça. Quando estou com problema falo com Deus o dia inteiro, não sou louca não, quem não me conhece pode pensar que sou louca, mas fico sozinha e converso com ele o dia inteiro (...)".***
(Frases 13 e 14 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Abigail (paciente) – "**Cada coisa que passa é uma lição, não tem como fugir do caminho que Deus traçou"**.*
(Frase 063 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Suzana (paciente) – "**Quando a pessoa está doente tem que confiar em Deus e não se preocupar.** Eu nem me preocupei, nem me lembro".*
(Frases 67 e 68 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Márcia (paciente) – "**Vou ser curada novamente, tenho fé**".*
(Frase 116 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Mônica (paciente) – "**Com Deus, está tudo certinho**".*
*Rosalina (paciente) – **"Eu tava operada e parecia que não, ficava alegre, quando Deus ama nossa alma a gente tem força, quantas vem a doença e se abate, às vezes as pessoas clamam, Deus não é só doutrina, tem que se confiar primeiro Nele e depois nos médicos, se ele não tiver na vida de ninguém, ninguém é nada".***
(Frases 14 e 15 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Rosalina (paciente) – "**No dia 7 de maio foi minha biópsia, 24/06 ele[15] foi p/ UTI, Deus abençoou tive aquela paz, minha biópsia foi complexa, em agosto fiz cirurgia, passei por tudo, ele ficou tão preocupado e impressionado, não sei por quê conta isso para todos, devia contar da Obra do Senhor**".*
(Frase 19 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Rosalina (paciente) – **"Muitas vezes Deus permite a doença para a salvação da alma da pessoa, a pessoa sofre mas ainda tem muito recurso".***
(Frase 027 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Simone (paciente) – **"(...) No mundo tem coisa fácil e tem coisa difícil, a gente tem que andar certo, não maltratar o próximo, ser fiel a Deus, tem que fazer caridade, as pessoas que não têm tem que procurar quem tem para cumprir. Todos tem Deus no coração; sem Ele somos matéria podre. Tem que ajudar quem merece.** Tem gente que quando vê um coitado sofrendo, alguém com nosso incômodo, vira a cara".*
Ana (coordenadora) – "Antes do problema a senhora se preocupava com isso?"
*Simone (paciente) – **"Toda vida me preocupei com isso. Sou da religião de Maria, faço visita (...)".***
(Frases 039 a 045 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Cristina (paciente) – "Fiz cirurgia há 15 anos e não fiz tratamento nenhum. Fiz duas cirurgias no prazo de 6 meses. Tenho 80 anos. Só tomei uns remédios em casa. **Parece que foi até um milagre** (...)".*
(Frases 40 a 44 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Cristina (paciente) – "**É preciso muita fé em Deus**".*
*Eva (paciente) – "No ano passado fiz exame, cirurgia. Tive problemas. Fiz QT e me recuperei. No mês passado vim fazer exames e apareceu um nódulo no outro seio. Vim ver o que o Dr Sebastião vai fazer. **Que que Deus vai marcar**".*
(Frases 91 a 96 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Ruth (paciente) – "**Já fui em médico espiritual, eu acredito que já tivemos vidas antes, e estou aqui para pagar o que fiz.** Vou em tudo o que é bom, acredito em tudo".*
(Frases 24 e 25 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

---

[15] A paciente refere-se a seu marido.

*Ruth (paciente) – "**Vocês tem religião** (Aparecida)?"*
*Aparecida (paciente) – "**Católica**".*
*Abigail (paciente) – "**Você tem?"***
*Ruth (paciente) – "**Eu sou de tudo. Aceito todas**".*
Amália (co-coordenadora) – "Mas sempre foi assim?"
*Ruth (paciente) – "**Fui criada por família de crentes, mas hoje para mim tudo é válido, é a intenção da gente que vale**".*
(Frases 152 a 158 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

*Fátima (paciente) – "**O que ampara em primeiro lugar é Jesus. Tudo é maravilha quando ele te ampara.** Antes eu não tomava conhecimento da doença, quando ainda não freqüentava o HC".*
*Abigail (paciente) – "**A gente tendo fé, segurando na mão de Deus, vamos em frente**".*
(Frases 10 a 13 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

*Fátima (paciente) – "**Deus sabe do que a gente está precisando, mas ele gosta que a gente peça**".*
(Frase 39 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

*Cecília (paciente) – "(...) Acho que eu vou ter que fazer a cirurgia. Quando fui ver meu caroço estava enorme. **Fui no Centro Espírita e o caroço está menor** (...)".*
(Frases 125 a 127 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

*Fátima (paciente) – "(...) Foi uma fase difícil, mas foi uma das fases mais bonitas que já enfrentei. **Confio em Jesus. Com Ele é maravilhoso**".*
Janaína (paciente) – "Fácil não é, mas você vence".
Sara (coordenadora) – "Todos passaram dificuldades, mas encontraram forças para enfrentá-las".
Leandra (co-coordenadora) – "Aceitar o caminho que temos que percorrer".
*Cecília (paciente) – "**Jesus pega nas mãos dos médicos** (...)".*
(Frases 157 a 163 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Uma das pacientes tinha a cultura oriental como modelo de adequação, que influenciava suas preocupações com questões relacionadas à **estética** e à feminilidade:

*Fátima – "Fiz QT. Meu cabelo caiu. Mas Jesus me deu outro cabelo, mais forte, mais bonito. **Pinto o cabelo.** Usei lenço. **Fiquei muito indecisa porque no Japão eles não pintam o cabelo. Perguntei para o médico e ele falou podia continuar pintando**".*
(Frases 20 a 26 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Dos temas relacionados a essa categoria, abordaremos em primeiro lugar a questão do apoio percebido entre os participantes do GSE.

A importância das interações pessoais, para Vinogradov e Yalon (1992), ressalta o valor das psicoterapias grupais, visto o valor de tais interações para o desenvolvimento humano normal. Para esses autores, as intervenções usadas pelo coordenador têm como objetivo possibilitar a participação cooperativa do indivíduo com outros, promovendo obtenção de satisfações pessoais no contexto de relacionamentos, com a proposta de que essas satisfações sejam realistas e mutuamente gratificantes.

Os mecanismos terapêuticos presentes nos grupos e que foram citados por esses autores, puderam ser observados também nas interações das pacientes dos GSE:

1. instilação da esperança – a fé no tratamento e o testemunho da melhora apresentada por outros participantes do grupo poder lhes oferecer esperanças à respeito de sua própria melhora;
2. oferecimento de informações – instrução ou troca de informações sobre a doença, aconselhamento, sugestões diretas ou orientações oferecidas pelo terapeuta ou por algum membro do grupo também em relação a outros problemas além do câncer de mama;
3. altruísmo – os pacientes, ao compartilharem problemas similares, ao oferecerem apoio, reasseguramento e sugestões podem facilitar a possibilidade de *insight*.

Outra possibilidade é a de que as mulheres estivessem vendo o GSE como fonte de apoio psicossocial, de acordo com o que Gomes et al. (2003) e Venâncio (2004) afirmam a esse respeito.

A respeito das frases relacionadas ao tema religiosidade encontramos relação com o estágio denominado de negociação ou barganha, presente nas proposições de Kübler-Ross

(1996), encontramos algumas frases cujos conteúdos revelaram um esforço do doente de negociar com Deus o adiamento de sua morte, numa tentativa mágica de escapar de uma realidade insuportável visto que, para essa autora, as tentativas de negar a situação e de sentir-se revoltado não foram eficazes.

Algumas das frases da paciente Ruth na reunião do dia 25 de agosto de 2000, indicaram: um esforço pela busca de sentido para sua vida; uma tentativa desesperada de lutar para se manter viva; a presença de sentimentos de medo da morte e/ou de desesperança, de acordo com suas afirmações sobre a busca por diferentes religiões, e a afirmação de pertencer a todas as religiões – comportamento justificado por ela com o argumento de que *"(...) Eu sou de tudo. Aceito todas (...) Fui criada por família de crentes, mas hoje para mim tudo é válido, é a intenção da gente que vale"*.

A pertença religiosa foi relacionada ao mecanismo de defesa do ego, denominado de idealização por Silva (2001), pois as pacientes entrevistadas em seu estudo percebiam a figura divina como algo que "é extremamente bom, repleto de qualidades e está fora delas" (SILVA, op. cit., p. 101). Essa relação entre religiosidade e mecanismos de defesa também pode ser observada em relatos como os de Mônica, que afirma que *"Com Deus, está tudo certinho"*, e de Fátima, ao enunciar que *"O que ampara em primeiro lugar é Jesus. Tudo é maravilha quando ele te ampara (...) Foi uma fase difícil, mas foi uma das fases mais bonitas que já enfrentei. Confio em Jesus. Com Ele é maravilhoso"*.

As pacientes, seus familiares, e pessoas pertencentes a seu círculo de amizades, segundo o que Silva (op. cit.) verificou, entram em contato com a dimensão religiosa por meio de pedidos de ajuda, da devoção (pessoal e/ou familiar e/ou da comunidade religiosa local) e da exteriorização de desejos. E mesmo que esses sejam de natureza inconsciente, de cura, tais estratégias as ajudam a afastar sentimentos de desesperança. As pacientes presentes às reuniões dos GSE analisados, também pediam ajuda a Deus para que fossem curadas, o que

confirma o estudo de Silva (2001) nos aspectos relacionados à religiosidade como suporte e auxílio para afastar sentimentos de desesperança.

Para a autora acima citada, o suporte religioso está calcado em sentimentos como a fé e a crença que, por sua vez, estimulam outros sentimentos, como os de esperança e otimismo. Já o mecanismo de defesa negação, suscita sentimentos depressivos como o desânimo, a desesperança, excessivas críticas e a busca por uma "cura milagrosa".

Com base nos relatos analisados, podemos perceber que a religião estimula o enfrentamento da doença pois, conforme Gimenes (1997b) o processo de enfrentamento inclui movimentos dinâmicos “de ir e vir” que acabam ou diminuem quando o processo é considerado satisfatório. Supomos então, que o enfrentamento é um processo ainda em andamento para as pacientes que abordaram este tema. Assim, a evidência, a nosso ver, ora inclui sentimentos de esperança, ora a busca por uma cura milagrosa citados por Silva (op. cit.)

Os sentimentos e desejos inconscientes, segundo Silva (op. cit.), apontam que a "religiosidade” serve como fonte de: apoio, aceitação, cura e expectativa de cura, amor universal, consolo, caridade, conforto. Algumas das pacientes entrevistadas demonstraram ambigüidade, espera de milagre/desconfiança; fé/ausência de fé (variantes da confiança/desconfiança); amparo/desamparo; incerteza-dúvida; rejeição-vergonha. Em nossa análise, esses sentimentos apareceram no discurso de diferentes pacientes presentes no GSE.

Uma das principais categorias relacionadas ao enfrentamento, observada no discurso de pacientes internadas para se submeterem à mastectomia, foi nomeada como “Deus” por Ferreira (2003) e Ferreira et al (2004). Para os autores, o experienciar Deus constitui a essência da fé individual de cada um dos seres humanos e, no caso das mulheres que compuseram a amostra das pesquisas citadas, significa um auxílio de suma importância para lidar com o processo cirúrgico. Os autores levantam ainda a hipótese de que, possivelmente,

“a crença em algo superior seja intensificada pela presença do câncer de mama e, que essas mulheres, parecem buscar Deus pela necessidade de se sentirem protegidas, recompensadas e estimuladas na continuidade da sua vida” (SILVA, MAMEDE, 1998 apud FERREIRA et al., 2004, p. 71). Tais sentidos para as crenças religiosas das pacientes também podem ser atribuídos ao que as mulheres com câncer de mama falaram nos GSE analisados, no entanto percebemos que tais sentidos podem ser atribuídos a todo o processo por que passam a partir da confirmação do diagnóstico.

3.2.4 Categoria quatro - Saúde *versus* doença

Esta categoria é composta por frases marcadas pelo conflito entre aspectos normais da vida, em suas diferentes etapas, associados a características que as pacientes vêem somente como negativos.

As frases relacionadas à **sexualidade** aparecem ligadas à dificuldade e perda, relacionadas não só ao adoecer por câncer e a seus tratamentos, mas somada ao envelhecimento percebido como impedimento para vivenciá-la de maneira que, para a paciente, possa ser pessoalmente e socialmente aprovada. A sexualidade associada a aspectos negativos do envelhecer aparece repetidamente nas frases de uma mesma paciente:

> *Cláudia (paciente) – “(...)* ***Antes, quando era nova tinha uma ilusão de encontrar algum moço. Hoje não dá, me arrumo e vou lá e vejo os velhos pior que eu, uns veados que não sabem dançar, cheirando cecê, bebida e cigarro. Não vou nem!****”*
> (Frases 143 a 145 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Cláudia (paciente) – "**Já estou velha mesmo, porque vou lá sentir bafo, homem molhado. Não sou orgulhosa, não sou nada na vida, mas não sei se é porque fui criada assim**".*
(Frases 148 e 149 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Cláudia (paciente) – ***"Tem muita velha que tem namorado. Mas a maioria que vai lá é casado e ficam dando umas 'chupadas. Coisa feia!"***
(Frases 151 a 153 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Madalena (paciente) – ***"(...) Pensar na invalidez, impotência sexual, prazer sexual".***
(Frase 110 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Algumas pacientes falaram de suas **preocupações com a saúde**, possivelmente causadas por doenças anteriores, que parecem ser percebidas como complicadoras dos tratamentos para o câncer de mama:

Mônica (paciente) – ***"Me incomoda problema de doença".***
(Frase 09 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Venância (paciente) – "**O problema é que sou diabética e já subiu até 570**. Qualquer coisa ela sobe".*
(Frases 228 e 229 reunião do dia 16 de junho de 2000)

Isabel (paciente) – ***"Estou com uma dor na nuca, mas já fui ao ortopedista. Fiquei preocupada pois ele colocou uma agulha no braço que operei, mas depois o médico disse que não tinha problema".***
(Frases 03 e 04 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Glória (paciente) – "Quando operei não tive dificuldade, fazia tudo sozinha. O que me deu problema é que a diabete ficou atacada. ***É difícil saber que está com alguma coisa e não ter preocupação".***
(Frases 043 a 045 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

Outros problemas de saúde também foram citados pelas pacientes. A esse respeito não podemos afirmar se tais problemas estariam ou não relacionados ao câncer de mama, devido à fonte limitada de dados. Mas, de acordo com as pacientes, eles foram divididos em: problemas de saúde anteriores ao diagnóstico de câncer, problemas e saúde apresentados

concomitantemente ao adoecimento, ou ainda, problemas que poderiam ter sido provocados e/ou acentuados pelos tratamentos médicos.

> *Rosalina (paciente) –* ***"Tive hanseníase, quando era menina um problema sério nas pernas e tive 14 filhos, fiquei quatro meses na cama, passei por esta parte, tenho osteoporose mas estou sempre alegre, ninguém acredita (...)".***
> (Frase 031 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Venância (paciente) –* ***"Escondi uma doença no útero por 12 anos, tinha hemorragia, anemia forte. Há um ano tirei o útero e não era nada grave (...)".***
> (Frases 218 e 219 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Venância (paciente) – "O problema é que sou diabética e já subiu até 570.* ***Qualquer coisa ela sobe. (...)".***
> (Frases 228 e 229 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Isabel (paciente) – "Terminei as radios, deu só uma queimadinha, mas estou tranqüila. Estou com uma dor na nuca, mas já fui ao ortopedista. Fiquei preocupada pois ele colocou uma agulha no braço que operei, mas depois o médico disse que não tinha problema".*
> *Rosalina (paciente) – "Eu já terminei as rádios há um ano.* ***O que me incomoda é a hosteoporose.*** *Parece que vai ter que operar, mas eu não queria, já operei de mais na vida. Se for preciso, mas Deus pode abençoar que não seja preciso".*
> (Frases 02 a 08 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Glória (paciente) – "Quando operei não tive dificuldade, fazia tudo sozinha.* ***O que me deu problema é que a diabete ficou atacada.*** *É difícil saber que está com alguma coisa e não ter preocupação".*
> (Frases 43 a 45 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Abigail (paciente) – "Quando fui tomar a 6ª, não foi preciso, saí de lá até chorando. Agente fica num nervo de ter que tomar.* ***Só fico preocupada com o colesterol****".*
> (Frases 85 a 87 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Madalena (paciente) – "Pergunta para a Janaína sobre o tipo de tratamento que ela faz após a cirurgia há nove anos".*
> *Janaína (paciente) – "****Faço exames porque tenho bico de papagaio, artrose...".***
> (Frases 40 e 41 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

As pacientes contaram sobre alguns comportamentos que relacionamos com **cuidados de saúde**, ligados à alimentação, como uma tentativa de prevenir complicações de outros problemas de saúde, e à prática de atividades físicas e de lazer.

> *Abigail (paciente) – "**Estou com vontade de procurar um grupo de terceira idade, quero participar de tudo, aprender a dançar**".*
> *Marta (paciente) – "**Não sei dançar, sou muito dura. Dançar eu não vou, mas participo de tudo**".*
> (Frases 84 a 86 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Carolina (paciente) – "A família acha q/ tenho muita força, não tenho ânimo p/ continuar fazendo caminhada. O médico me aconselhou hidroginástica, não criei ânimo".*
> *Isabel (paciente) – "Tem q/ começar para criar ânimo, se não fizer assim, deixa. Quando se força a fazer alguma coisa começa a gostar e não pára".*
> *Carolina (paciente) – "**Depois q/ superar vou voltar (...)".***
> (Frases 57 a 61 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Venância (paciente) – **"**O problema é que sou diabética e já subiu até 570. Qualquer coisa ela sobe. **Não como nada de doce e de massa. (...)".***
> (Frases 228 a 230 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Fátima (paciente) – "**Não cuidei muito da alimentação. Agora me alimento adequadamente**".*
> (Frases 37 e 38 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Uma das pacientes falou sobre o fato de seu próprio **envelhecimento** trazer limitações à sua vida (acha que não pode mais dançar). Gosta de crianças, de juventude e, em função disso, o processo de envelhecer parece ser visto por ela como negativo.

> *Cláudia (paciente) – "**Dancei muito, mas agora depois de velha não dá (...)".***
> (Frase 142 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Cláudia (paciente) **– "Eu não fico no meio dos velhos. Gosto da meninada, das criançadas".***
> (Frases 165 e 166 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

As falas de algumas pacientes nos indicam a possibilidade de associação entre a **falta de costumes e condutas relacionados à prevenção**, como consultar um ginecologista periodicamente, a falta da prática do auto-exame das mamas e talvez a possibilidade, nesses casos, de diagnóstico tardio do câncer.

> *Cláudia (paciente) – "(...) Tenho 82 anos e nunca senti nada.* ***Nunca fiz exame local, nunca tomei hormônio, nada.*** *Meu seio ficou muito grande (...)".*
> (Frases 020 a 022 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Cecília (paciente) –* ***"Quando fui ver meu caroço estava enorme".***
> (Frases 126 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

O fato de **ficar nervosa**, para uma paciente, pode ter influenciado negativamente sua saúde:

> *Venância (paciente) – "O problema é que sou diabética e já subiu até 570. Qualquer coisa ela sobe. Não como nada de doce e de massa.* ***Tomo insulina, mas quando fico nervosa, ela sobe".***
> (Frases 228 a 231 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Uma paciente conta aos participantes do grupo sobre a forma **como lidou com um problema de saúde anterior**. A partir dessa experiência, percebeu que seu medo em relação à gravidade do problema a fez sofrer sem necessidades, o que a teria levado a mudar:

> *Venância (paciente) –* ***"****Escondi uma doença no útero por 12 anos, tinha hemorragia, anemia forte. Há um ano tirei o útero e não era nada grave.* ***Sofri à toa esses anos. Agora não escondo mais*** *(...)".*
> (Frases 218 a 221 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Para a classificação desses temas, recorremos ao que Simon (1983) propõe, incluindo temas como sexualidade, cuidados com a alimentação, a prática de exercícios físicos e a saúde no setor orgânico.

Quanto às repercussões psicológicas que podem interferir nos relacionamentos afetivo-sexuais, estas podem estar ligadas a problemas anteriores e a outros fatores e não advêm da malignidade da doença da mama ou da mastectomia (GANDINI, 1995). A perda temporária ou definitiva da libido, indicando abstinência sexual prolongada voluntária e/ou distúrbio do desejo, foi apontada por Gandini (op. cit.) ao avaliar o setor orgânico, conforme a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (SIMON, 1983). A esse respeito, Rossi e Santos (2003) afirmam que no momento pós-tratamento perceberam nas pacientes que participaram de seu estudo dados que evidenciaram que as mulheres que dispunham de um relacionamento afetivo sólido não sofreram alterações significativas na vida sexual após a doença e o tratamento. Já as pacientes que vivenciaram situação de insatisfação conjugal anterior à doença sofreram alterações drásticas, passando a apresentar vida sexual inativa.

Essas proposições nos remetem ao discurso da paciente Cláudia, que revela seu preconceito sobre a sexualidade na terceira idade, fruto de sua educação, justificativa para não procurar por um parceiro e sequer permitir-se participar dos bailes para idosos, o que não nos possibilita afirmar se o seu adoecer seria um fator relacionado a estas dificuldades ou não (*"(...) Antes, quando era nova tinha uma ilusão de encontrar algum moço. Hoje não dá, me arrumo e vou lá e vejo os velhos pior que eu, uns veados que não sabem dançar, cheirando cecê, bebida e cigarro. Não vou nem! (...) Tem muita velha que tem namorado. Mas a maioria que vai lá é casado e ficam dando umas 'chupadas'. Coisa feia!")*

Em relação às atividades desenvolvidas pelas mulheres com câncer de mama, Gandini (op. cit.) verificou que as atividades ocupacionais de suas pacientes estavam voltadas principalmente para atividades domésticas, em sua residência ou na residência de outros, sendo que a maioria dessas mulheres, na época do diagnóstico, ocupava praticamente todo o seu tempo com esses afazeres, restando-lhe pouco tempo para se dedicarem a atividades culturais e de lazer, inclusive nos casos em que tinham acesso a recursos sócio-culturais

oferecidos pela comunidade em que viviam. A mudança e o equilíbrio entre as atividades de trabalho e lazer foram verificadas na avaliação após um ano da mastectomia para as pacientes em atendimento psicoterápico.

Neste estudo, poucas pacientes falaram sobre suas atividades de lazer. Quando disseram algo a esse respeito percebemos que os conteúdos estavam relacionados a motivos para não praticar ou ao desejo de incluir essas atividades em sua vida, ou seja, esse tipo de atividade não era praticada. É importante ressaltar que o trabalho de Gandini (1995) também foi realizado com as pacientes atendidas pelo Programa de Psico-Oncologia na Mastologia HC - UFU, portanto, os resultados encontrados pela autora são muito próximos da realidade vivida pelas pacientes que tiveram seu discurso analisado neste trabalho.

Sobre as atividades de lazer, na pesquisa de Sales et al. (2001), foi observado que os tratamentos para o câncer de mama não interferiram na realização de atividades de lazer para 52% das pacientes investigadas, o aumento de atividades de lazer foi relatado por 16% das mulheres, 14% relataram redução dessas atividades e 18% afirmaram que as abandonaram. Para essas mulheres, os motivos para se deixar de lado as atividades de lazer foram a dor, a necessidade de se submeterem a exames freqüentemente, suas preocupações, o fato de não se sentirem bem, além da idade.

As pacientes do nosso estudo pouco falaram sobre suas atividades de lazer. Uma delas falou sobre sua vontade de participar de grupos de terceira idade e de aprender a dançar. Outra paciente justificou com seu envelhecimento, o fato de não ir a bailes para dançar, o que está de acordo com as observações de Sales et al. (op. cit.). Tendo como fonte de informações sobre essas pacientes apenas os relatos dos GSE, os dados são insuficientes para afirmar se as pacientes realizavam atividades de lazer e, se tais atividades faziam ou não parte de sua rotina antes do diagnóstico de câncer.

Ainda em relação ao tema cuidados de saúde relacionados à prevenção, abordaremos alguns comportamentos como a prática do auto-exame de mamas. Os resultados encontrados por Silva (2001) em seu estudo, considerando-se o fato de ter trabalhado com pacientes atendidas pelo Programa de Psico-Oncologia, revelaram que todas as pacientes afirmaram ter descoberto a doença a partir do auto-exame de mamas. Essa informação não significa que o câncer tenha sido diagnosticado precocemente, visto que a autora afirma que esse tema não estava incluído dentre os objetivos de sua pesquisa. Dados a respeito da prática do auto-exame de mamas não foram encontrados em nosso estudo, mas percebemos que no discurso da paciente Cláudia declarações que nos remeteram ao auto-exame *"(...) Nunca fiz exame local, nunca tomei hormônio, nada (...)"*, Cecília conta que ***"Quando fui ver meu caroço estava enorme".***

Acerca de comportamentos relacionados à prevenção, Rossi e Santos (2003) verificaram que o momento pré-diagnóstico não envolveria apenas o instante em que as pacientes começam a suspeitar de que algo em seu corpo não está bem, mas envolve também o tipo de relação dessas mulheres com o próprio corpo antes do adoecimento. De acordo com os autores, as pacientes de seu estudo se remetiam à essa fase relembrando a forma como lidavam com o binômio saúde-doença. As pacientes admitiram certo descuido com relação ao próprio corpo, traduzido em hábitos alimentares pouco saudáveis e dependência química, como por exemplo, o hábito de fumar.

Confrontando os dados encontrados em nossa pesquisa com os achados de Rossi e Santos (op. cit.), encontramos relatos que confirmam a pouca preocupação das pacientes com uma alimentação adequada antes do diagnóstico de câncer. No caso da paciente Venância, devido ao fato de ser diabética, inclui-se o cuidado e a impossibilidade de consumir alguns alimentos.

Relacionamos ao tema cuidado com a saúde a prática de atividades físicas citadas pelas pacientes e a influência de seu estado de ânimo. A paciente Abigail declarou possuir *"(...)*

Vontade de procurar um grupo de terceira idade, quero participar de tudo, aprender a dançar". Marta afirmou que *"Dançar eu não vou, mas participo de tudo"*. Carolina disse que *"(...) não tenho ânimo p/ continuar fazendo caminhada. O médico me aconselhou hidroginástica, não criei ânimo (...) Depois q/ superar vou voltar (...)"*.

3.2.5 Categoria cinco - Relacionamentos afetivos

As frases pertencentes a essa categoria apresentam conteúdos sobre os **relacionamentos da paciente com seus familiares, amigos e/ou acompanhantes** e o apoio que recebem destes para enfrentar o câncer de mama e seus tratamentos.

> *Marisa (paciente) – "**Descobri que tenho um monte de amigos, um monte de gente liga lá em casa, vão lá em casa, me dão coragem, mas acho que o que falam é da boca para fora, esta doença não é brincadeira. Quem está doente é minha família".***
> (Frases 16 e 17 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Abigail (paciente) – "**(...) Minhas irmãs vieram me visitar, fizeram bolo, isso ajudou (...)".***
> (Frase 061 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Marta – "(...) **Estou como uma galinha rodeada de pintos.** Várias mulheres que tem o problema voltou e ligam desesperadas (...)".*
> (Frases 70 e 71 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Carolina (paciente) – **"O povo em volta cobra que tem que ser forte".***
> *Ana (coordenadora) – "Você tem o direito de chorar, de reclamar, tentar ver o que vai fazer".*
> *Carolina (paciente) – "**Minha irmã é muito boa, não cobra, sempre me acompanha. Tenho uma família grande, alguém sempre cobra, prima de Uberaba".***
> (Frases 075 a 078 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

> *Abigail (paciente) – "**Minha filha está vindo, tenho 2 filhas e 3 homens, todos querem estar juntos**".*
> (Frase 78 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)
>
> *Cecília (paciente) – "De toda maneira vou morrer mesmo. **Minha filha diz que eu tenho que pensar positivo.** Estou com a cabeça fervendo e uma vizinha falou de um jeito que eu fiquei mais apavorada. Eu já chorei demais".*
> *Janaína (paciente) – "Apareceu um monte de gente que fala que fiz cirurgia sem necessidade".*
> *Fátima (paciente) – "Confio em Deus, nos médicos e em mim".*
> *Cecília (paciente) – "**A gente fica pior que uma criança, meu marido não está nem aí".***
> *Sara (coordenadora) – "Do mesmo jeito que é difícil passar pelo tratamento, também é difícil para os familiares".*
> *Madalena (paciente) – "**As pessoas que estão ao nosso lado ficam preocupadas com a gente".***
> (Frases 141 a 149 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Uma das pacientes abordou a **ausência de relacionamentos afetivos** em sua vida, aspecto ressaltado por frases relacionadas a não sentir solidão e a estar próxima de pessoas conhecidas. Outra paciente declarou a importância da proximidade ou do contato com pessoas conhecidas:

> *Abigail (paciente) – "**Quando se mora muito tempo em um lugar tem muitos conhecidos, isso é muito bom**".*
> (Frase 46 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Marta (paciente) – "(...) **Em casa eu não tenho tristeza, embora vivo sozinha.** Moro sozinha, mas tenho meus bichos (um cachorrinho). **Não sinto solidão.** Durante o dia trabalho e à noite vou dormir. **Minhas amigas não acreditam que eu não tenho solidão. Estou sozinha há 30 anos".***
> *Lídia (coordenadora) – "É importante preencher a vida".*
> *Marta (paciente) – "**Não tenho solidão, de noite assisto TV e vou dormir, não preciso de ninguém para viver comigo, estou há 30 anos sozinha.** Tem certas visitas que ao invés de me ajudar nos atrapalham, falam coisas erradas que às vezes nos desesperam (...)".*
> (Frases 098 a 106 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Essa mesma paciente declarou que a **natureza** lhe proporciona emoções, como alívio e prazer.

> *Marta (paciente) – "**Quando estou no meio das plantas sinto uma emoção diferente, converso com as plantas e me sinto bem. Quando não estamos bem, basta ir no meio das plantas, elas nos aliviam.** Adoro trabalhar com planta, pintura e comida, é o que mais gosto de fazer. **Minha casa parece um viveiro. Tenho privilégio até com os beija-flores, é o bicho mais bravo que tem. Se eu cantar ela vai onde estou.** Em casa eu não tenho tristeza, embora vivo sozinha. **Moro sozinha, mas tenho meus bichos (um cachorrinho).** Não sinto solidão (...)".*
> (Frases 092 a 100 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Algumas pacientes relataram ao grupo que eram vistas por amigos e familiares como **fonte de apoio** em casos como os de recidiva do câncer, de depressão e da morte de pessoas queridas.

> *Marta (paciente) – "**Várias mulheres que tem o problema voltou e ligam desesperadas**".*
> (Frase 71 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

> *Marta (paciente) – "**Minha irmã está com depressão, está acabando com ela, disse p/ ela que ela é quem tem que reagir, o médico não vai mudar nada, tem que reagir, nunca foi de reclamar**".*
> (Frase 81 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

> *Rosalina (paciente) – "**Minha vizinha ficou viúva, fico junto, converso, tem dia q/ ela chora, mesmo fazendo alguma coisa ela fica triste**".*
> (Frase 107 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

A natureza e a importância do suporte social influenciam profundamente a capacidade de enfrentar a doença, segundo Gimenes (1997a) a percepção de sua presença ou ausência são um determinante do sucesso ou não do enfrentamento da doença. Segundo Gimenes (1997b), cada paciente com câncer traz à situação suas características demográficas, sua condição de saúde e suas estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse de maneira geral, o câncer de mama e, em particular, a mastectomia. De acordo com essa autora, cada um desses pontos desempenham um papel fundamental na adaptação psicossocial da mulher portadora de câncer de mama.

Em relação à importância do apoio social no enfrentamento do câncer de mama, Gandini (1995) verificou que as pacientes que apresentaram uma vida familiar conflituosa, problemas financeiros graves e conflitos intra e interpessoais, preocupavam-se excessivamente por qualquer motivo, sem conseguir encontrar soluções de forma organizada, o que sugeriu para a autora a existência de uma precária organização dos recursos internos e o predomínio de respostas pouco adequadas.

De acordo com os dados que constam dos relatos analisados, pudemos inferir que algumas das pacientes: Marta, Carolina e Cecília abordaram esse tema em suas falas; enfrentaram problemas de relacionamento com seus familiares, enquanto Abigail e Madalena e outras se referem à presença da família e de sua preocupação. Como nos faltam informações que nos permitam avaliar a adequação do enfrentamento dessas pacientes, não podemos fazer afirmações a esse respeito, mas podemos perceber nas falas de Marta, Carolina e Cecília maior angústia e sofrimento em relação ao seu adoecimento.

Sobre o funcionamento social de mulheres com câncer de mama e sua relação com qualidade de vida, Sales et al. (2001) afirmaram que, em uma amostra de cinqüenta mulheres, para 60% parece não ter mudado seu relacionamento familiar e social. As demais pacientes (40%) fizeram referências a mudanças tanto positivas (mais freqüentes) como negativas, sendo estas relacionadas a dificuldades pessoais da paciente, como por exemplo, depressão, isolamento, vergonha, diminuição do prazer sexual. Referências ao comportamento de distanciamento, curiosidade e discriminação das pessoas também foram observados.

A questão da dificuldade nos relacionamentos pode ser complementada pela visão de Sant'Anna (1997) em que "a solidão funciona como uma forte ameaça à qualidade de vida" (p. 66), e de Rossi e Santos (2003), que afirmam, com base nos dados encontrados em sua pesquisa, que algumas das mulheres que não mantinham relacionamento afetivo-sexual antes da doença, passaram a afastar-se do sexo oposto. Esse distanciamento foi justificado como

uma atitude de descrença em relação a novos relacionamentos, e também devido ao medo de frustrar o outro e de serem rejeitadas por sua condição de mutiladas. Tais proposições podem nos ajudar a compreender o relato de Marta e sua “opção” por viver sozinha, ao relacionarmos suas falas ao medo da rejeição, também discutido por Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998), e presente na categoria dois deste trabalho, denominada o câncer de mama.

A respeito do tema relação com a natureza, Rossi e Santos (2003) observaram que, mesmo com repercussões psicológicas negativas, as pacientes puderam perceber muitas mudanças positivas no período pós-tratamento. Dentre as mudanças citadas, os autores destacam que as mulheres entrevistadas passaram a valorizar mais a natureza – definida por Rossi e Santos (op. cit.) como “tudo o que pulsa e está vivo” (p. 40). Para os autores, o sofrimento pode ter proporcionado a essas mulheres um redimensionamento da vida e uma revisão de valores, mostrando a existência de recursos adaptativos e de enfrentamento que lhe permitiram sentirem-se aliviadas depois de tal experiência.

Nesse trabalho, o tema relacionamento com a natureza aparece apenas no discurso de Marta, que parece, nesse caso, estar relacionado com a dificuldade de relacionamento apresentada pela paciente ou com a possibilidade de ter encontrado uma estratégia para “tamponar” sua solidão. Por isso a necessidade de que sua casa pareça um viveiro, ao contrário do que afirmam Rossi e Santos (op. cit.), que associam a esse tipo de relacionamento o desenvolvimento pessoal da paciente.

3.2.6 Categoria seis - Atividades laborais

Relacionamos a esta categoria as falas das pacientes relacionadas a suas **tarefas domésticas ou a outras atividades**, as quais não podemos afirmar se eram ou não remuneradas e/ou associadas a algum vínculo empregatício:

> *Marta (paciente) – "(...) Plantar é comigo mesma".*
> *Lídia (coordenadora) – "A gente pensa que se cuidar é só vir ao médico, mas fazer coisas que se sentem bem".*
> *Abigail (paciente) – "**Eu também sou acostumada com todo tipo de serviço".***
> (Frases 89 a 91 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Marta (paciente) – "Não sinto solidão. **Durante o dia trabalho e à noite vou dormir**".*
> (Frases 100 e 101 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Miriam (paciente) – "**Não trabalhava. Agora voltei a trabalhar".***
> (Frases 073 e 074 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Cristina (paciente) – **"Ainda caminho, mas o trabalho de casa é grande".***
> (Frase 141 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Janaína (paciente) **– "Passo roupa.** Não pego peso".*
> *Fátima (paciente) – "Pego mais peso que devo. As vezes esqueço".*
> *Madalena (paciente) – **"Hoje faço faxina.** Tive também um tempo pra mim".*
> (Frases 104 a 109 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Outros tipos de trabalhos citados foram os trabalhos manuais, relacionados a atividades artesanais, e o exercício de tarefas domésticas, como cozinhar, dentre outras. Tais práticas podem ser encaradas como um recurso para lutar contra a depressão, assumindo um caráter de "terapia ocupacional" como uma forma de contar algo positivo de si, ao falar de suas habilidades, transmitindo sensações prazerosas.

*Abigail (paciente) – **"(...) Faço muitas coisas, vários tipos de pães.** Minhas irmãs vieram me visitar, fizeram bolo, isso ajudou. **Faço crochê, tapeçaria com tela, com fé vou continuar (...)".***
(Frases 60 a 62 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Marta (paciente) – **"(...) Quem gosta da gente é a gente mesmo, levantei, tomei um banho, peguei a tesoura e fui fazer uma amostra de bordado, no outro dia fui fazer pintura, nem vi o tempo passar e melhorei. Tem que procurar algo para se distrair.** Não gosto de falar sobre o assunto, quando estava no grupo de natação só falavam sobre isso, achava ruim. **Quando a gente trabalha não pensa em outras coisas, quero propor um grupo para bordar e se distrair com essas mulheres".***
(Frases 076 a 079 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Marta (paciente) – "Não sei dançar, sou muito dura. Dançar eu não vou, mas participo de tudo. Você não vê tristeza nesse lugar. O tempo é a gente que faz. **Plantar é comigo mesma".***
Lídia (coordenadora) – "A gente pensa que se cuidar é só vir ao médico, mas fazer coisas que se sentem bem".
Abigail (paciente) – "Eu também sou acostumada com todo tipo de serviço".
*Marta (paciente) – "Quando estou no meio das plantas sinto uma emoção diferente, converso com as plantas e me sinto bem. Quando não estamos bem, basta ir no meio das plantas, elas nos aliviam. **Adoro trabalhar com planta, pintura e comida, é o que mais gosto de fazer.** (...)".*
(Frases 85 a 94 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Para algumas pacientes, **o afastamento temporário do trabalho, limitação da movimentação do braço ou de atividades cotidianas que envolvam esforço físico e que eram desenvolvidas antes da cirurgia** – conseqüências da mastectomia radical e/ou tratamentos para o câncer de mama – podem ter sido interpretadas como mais uma das limitações causadas pelo câncer em suas vidas.

*Marisa (paciente) – "(...) Quando soube do diagnóstico fiquei melhor que as outras pessoas que receberam comigo, e de doença eu posso não ter nada, pois rezo muito. Descobri que tenho um monte de amigos, um monte de gente liga lá em casa, vão lá em casa, me dão coragem, mas acho que o que falam é da boca para fora, esta doença não é brincadeira. Quem está doente é minha família. **O que me incomoda é que sei que vou ficar 5 ou 6 meses sem fazer nada, eu não gosto de ficar sem trabalhar**".*
Lídia (coordenadora) – "Cada pessoa reage de um jeito à notícia, da importância da fé, comprovada até por pesquisas, que agora não quer dizer que vai ficar sem fazer nada, vai ter que fazer tudo pausadamente".

> *Marisa (paciente) – "Fui no consultório do Dr. Sebastião p/ fazer a mamografia, soube do resultado na hora e fiz a punção para confirmar, meu tumor está com 4 cm, muito grande. Não imaginei q/ fosse câncer, achei que fosse reumatismo pois minha mão estava inchada.* ***O que me atrapalha é ter que ficar parada e deixar de fazer minhas tarefas, gosto de ter o que fazer, quero ficar na minha casa, e não é por falta de ter onde ficar pois tem casa demais para ficar numa boa****".*
> (Frases 15 a 22 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Janaína (paciente) – "(...) Só que não concordo é ter retirado a mama.* ***Não trabalho igual trabalhava.*** *Tem que levar um puxão de orelha para cuidar da gente".*
> *Leandra (co-coordenadora) – "Aprender a viver com os limites. Procurar outras atividades que agradem".*
> *Janaína (paciente)* ***–*** *"Passo roupa.* ***Não pego peso****".*
> *Fátima (paciente) – "****Pego mais peso que devo. Às vezes esqueço".***
> (Frases 099 a 107 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Para uma das pacientes, o trabalho pode ser utilizado como uma estratégia de **alienação** em relação à consciência de doenças como câncer:

> *Isabel (paciente) – "A gente fica muito em casa, ñ fica á par. Quando chega aqui, assusta".*
> *Carolina (paciente) –* ***"Sempre trabalhei, não me envolvia com problemas assim, não tinha essas preocupações, lidava com o público. A atividade distrai, melhora. Acho o trabalho voluntário muito bom, não pode ficar bitolado só em médico, é muito ruim (...)".***
> (Frases 069 a 072 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Outra paciente estabeleceu uma possível relação entre **trabalhar e ter saúde**, o que pode significar, também, um conflito entre sua percepção positiva a respeito de seu estado de saúde e o fato de estar com câncer, indicando a negação da doença.

> *Cláudia (paciente) – "****Toda vida trabalhei, lavava quatro banheiros toda vida.*** *Não sei como foi aparecer isso".*
> (Frases 025 e 026 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Sobre o trabalho, sua importância no contexto atual e sua relação com a saúde, Luz (2001) afirma que, atualmente a saúde é tão importante a ponto de ser apontada como uma "nova utopia". O autor considera principalmente o custo social da saúde. Para muitos, atualmente, ter saúde é "poder trabalhar"; em tempos nos quais a medicina foi absorvida pela economia de mercado, os custos altos dos atendimentos médicos indicam que a população economicamente carente não pode mais adoecer. Assim, para o autor, pode-se dizer que a finalidade de cuidar da saúde é o mesmo que cuidar do emprego e, estar empregado garante a sobrevivência. Mesmo não tendo elementos para estabelecer relações claras entre o discurso das pacientes neste estudo e a discussão de Luz (op. cit.), a apreensão demonstrada pelas pacientes em continuar trabalhando pode estar ligada a possíveis dificuldades financeiras provocadas pelo impedimento, por longo período de tempo, ou momentâneo, de trabalhar. Fato que nos parece tão importante quanto a preocupação com o tratamento para o câncer, pois esse implica diretamente na sobrevivência e na saúde das pacientes.

A respeito do trabalho das mulheres em tratamento por câncer de mama, Gandini (1995) pôde contemplar em sua pesquisa resultados sobre o setor da Produtividade. Em sua investigação, Gandini (op. cit.) pode verificar a propensão de melhor adequação de funcionamento no setor em questão, e maiores dificuldades no setor Afetivo-Relacional, na época do diagnóstico do câncer de mama, e após um ano de atendimento psicológico; além dos tratamentos médicos, as pacientes melhoraram sua adequação neste setor.

Mesmo considerando que a população estudada por Gandini (op. cit.) também é atendida pelo mesmo programa, nos relatos existem poucas referências a uma melhor compreensão desses setores. No entanto, pelo menos dez pacientes apresentaram frases cujo conteúdo foi relacionado a essa categoria. Suas falas podem indicar que as atividades laborais têm muita importância em suas vidas e, por este motivo, puderam ser associadas a várias funções e sentidos nesta pesquisa.

O tema trabalho de mulheres com câncer de mama é abordado por Panobianco (2002), que enfoca a questão particular do linfedema. Trabalhar, em uma atividade remunerada ou não, no lar ou fora dele, foi situado por Panobianco (op. cit.), no conjunto dos sistemas simbólicos das mulheres com linfedema, como uma unidade que reafirma o constrangimento provocado pelo estigma provocado pelo desenvolvimento do linfedema; sua presença exige explicações aos que o desconhecem, além de confirmar as limitações físicas das pacientes. A autora acima citada percebeu o abandono de atividades, o que pode evidenciar o receio das mulheres em prejudicar-se com o excesso de movimentação do braço edemaciado. As pacientes revelaram a necessidade de fazer alterações e reorganizar suas tarefas cotidianas na tentativa de poupar o braço. Devido à pouca informação sobre as pacientes no GSE, não podemos afirmar que suas preocupações, mudanças e dificuldades quanto ao trabalho se devam ao linfedema, mas podem estar permeadas pelo receio de seu desenvolvimento ou mesmo pelas queixas sobre as limitações por ele provocadas, pois pode ser mais freqüente nas pacientes que foram submetidas à mastectomia radical.

A respeito das atividades realizadas por essa população específica, Sales et al. (2001), em seu trabalho sobre a qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama, afirmam que, na amostra estudada, praticamente a totalidade das pacientes realizavam atividades domésticas antes do início dos tratamentos (98%). Dessas, metade precisou reduzir ou adaptar-se a estas atividades; 36% declararam que exerciam atividades remuneradas anteriores aos tratamentos e, dentre as pacientes com trabalho remunerado, apenas 22% conseguiram manter a atividade e as demais a abandonaram. Apenas uma mulher começou a desempenhar trabalho remunerado depois do tratamento. As informações sobre o tipo de trabalho exercido pelas pacientes que estiveram presentes nas reuniões cujos relatos foram analisados, em sua maioria, não são suficientes para que possamos afirmar que se referiram a

algum tipo de trabalho remunerado e/ou doméstico. Apenas a paciente Miriam afirmou que voltou a trabalhar, sem especificar o tipo de trabalho realizado.

Em relação ao tema limitação física do braço, Silva (2001) pôde verificar no grupo de mulheres que estudou (excluindo uma paciente que havia se submetido a cirurgia reconstrutora), a grande maioria das pacientes encontrou maiores limitações físicas, recebeu orientações de fisioterapia, e esteve por mais tempo com as atividades cotidianas restritas. Houve afastamento temporário de grande parte das tarefas, sendo que algumas abandonaram o trabalho remunerado, mudaram de função ou foram encaminhadas para a aposentadoria. A autora verificou que essas mulheres enfrentaram a interrupção da provisão de suprimentos básicos e psicossociais. Tal mudança brusca foi provocada por fatores externos à perda da mama, o que aponta para a necessidade de orientações.

A perda progressiva da capacidade de trabalho em pacientes terminais e as conseqüentes dificuldades financeiras, foram evidenciadas pelos estudos de Santana (2005). De acordo com essa autora, o benefício da aposentadoria por invalidez não era suficiente para manter a qualidade de vida esperada pelas pacientes. Em alguns casos, a impossibilidade de contar com a solidariedade dos parceiros para a manutenção financeira da família, coincidiu com o agravamento de seu estado de saúde, evidenciando sentimentos de perda e de abandono. Essas pacientes associavam o compromisso com a manutenção e/ou apoio financeiro a cuidado, interesse e companheirismo. As mulheres que viveram essa forma de abandono e privação, reviveram de forma mais intensa o passado, quando possuíam força física para ajudar ou prover o sustento da família. Tal fato as auxiliou a fantasiar a solidariedade de seus companheiros pois, há muito mantinham suas casas e filhos e, desse modo, encobriam para si mesmas a falta de apoio do parceiro. Nesses casos, a solução encontrada para lidar com a pobreza e o abandono foi a articulação de uma rede de solidariedade, composta por vizinhos,

parentes, ex-patrões e Igreja que lhes auxiliava com suporte psíquico e sustento de necessidades básicas.

Em relação às afirmações presentes em Sales et al. (2001), Silva (2001) e Santana (2005), os resultados encontrados em nosso estudo indicam que as pacientes que participaram das reuniões dos GSE analisadas, poucas vezes reclamaram de dificuldades para trabalhar, com exceção da paciente Janaína, que afirmou não trabalhar como antes, e da paciente Marisa, que fez referência a afastamento temporário de suas atividades. Os dados encontrados parecem divergir dos achados encontrados pelos autores acima citados. Consideramos que o método utilizado neste estudo não nos permite avaliar as falas das pacientes sobre suas atividades laborais e relacioná-las ao estágio da doença, tal como é observado em Santana (op. cit.).

De acordo com os relatos das participantes dos GSE, prevalecem referências a aspectos positivos do trabalho, sua função prazerosa, a importância de praticar uma atividade que lhes preencha o tempo ocioso e lhes ajudem a lidar com a depressão, ressaltando-se o valor da prática de alguns tipos de atividades domésticas que podem estar relacionadas ao que as pacientes associam com o papel feminino e a possível relação entre trabalho e saúde ou ausência de saúde.

Sobre a função alienante atribuída ao trabalho, Zecchin (2004) faz importantes considerações. Em seu trabalho encontramos a citação de um exemplo em que a paciente afirma que o trabalho tem a função de ajudá-la a esquecer seus problemas, denotando o que para a autora seria relacionado a uma alienação em relação ao próprio corpo, revelando “o desejo de esquecer-se de si, de um corpo que não se altera pelo desejo, ao contrário, parece estar desligado dele” (ZECCHIN, op. cit., p. 106).

Essa autora ainda associa à questão da alienação o mecanismo de negação – forma defensiva descrita por ela como eficiente para lidar com situações que provocam um grande choque. Em nosso trabalho, por meio do relato da paciente Carolina pudemos perceber a

relação entre trabalho e alienação em relação ao próprio corpo, como também no relato de Abigail, Marisa e Cláudia. As referências feitas à importância do trabalho no discurso de Marta *"(...) Quem gosta da gente é a gente mesmo, levantei, tomei um banho, peguei a tesoura e fui fazer uma amostra de bordado, no outro dia fui fazer pintura, nem vi o tempo passar e melhorei. Tem que procurar algo para se distrair. Não gosto de falar sobre o assunto, quando estava no grupo de natação só falavam sobre isso, achava ruim. Quando a gente trabalha não pensa em outras coisas, quero propor um grupo para bordar e se distrair com essas mulheres",* também podem nos levar a estabelecer uma relação mais ampla, no mesmo sentido da afirmação de Zecchin (2004), entre trabalho e alienação em relação à sua condição de saúde e o mecanismo de negação.

3.2.7 Categoria sete - As pacientes e sua participação no GSE

Em alguns momentos, as pacientes falam sobre sua **história de vida.**

> *Abigail (paciente) – "Mudam muitas coisas com a doença.* ***Sempre soube conviver com as pessoas. Muitas pessoas não sabem, com a doença ficam mais humildes. Sempre fui muito humilde. Me dediquei muito à vida política pois meu marido foi prefeito, ajudei muitas pessoas através do trabalho social enquanto primeira dama. Aprendi muito na vida, aprendi a ser humilde. Tenho muitas amizades".***
> *Lídia (coordenadora) – "Esta foi mais uma das situações de todas as que passou".*

*Abigail (paciente) – "**Nunca passei por cirurgia. Tive 6 filhos de parto normal, um deles morreu, me dou bem com todos os filhos".***
(Frases 48 a 57 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
*Simone (paciente) – **"(...)Sofri muito. Casei cedo, aos 22 anos fiquei viúva, meus filhos tem 11 meses de diferença. Tive medo das crianças passarem fome, tinha um confortinho, 12 alqueires de terra, trabalhava todo dia, adiantava o serviço para não pagar peão. Meus filhos estudavam, quando terminaram a 4ª série tive que mudar para continuarem. Vendi tudo que tinha para vir para a cidade. Juntei tudo que tinha, mantimento, porco, galinha, arma e vendi.** (Sai para consulta)**".***
(Frases 46 a 52 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Fátima (paciente) – "**Foi uma fase difícil, mas foi uma das fases mais bonitas que já enfrentei**".*
(Frase 157 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Outras vezes, trazem **dados que as identificam**, em situações nas quais, possivelmente, estão se apresentando aos participantes do GSE.

*Abigail (paciente) – "**Eu não sou daqui, viemos para cá pois minha neta passou no vestibular".***
(Frase 037 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

*Carolina (paciente) – **"(...) Sou jovem, tenho 40 anos, uma filha de 14 estudiosa, caseira".***
(Frase 080 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Cássia (paciente) – "**Faz tempo que freqüento o grupo, as pessoas mudam, conheci muitas estagiárias**".*
(Frase 120 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Cristina (paciente) – "Fiz cirurgia há 15 anos e não fiz tratamento nenhum. Fiz duas cirurgias no prazo de 6 meses. **Tenho 80 anos**. Só tomei uns remédios em casa. Parece que foi até um milagre".*
(Frases 40 a 44 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Ruth (paciente) – "**Tenho CA de mama, trabalho aqui no Hospital; já fiz químio**".*
(Frase 12 da reunião do dia 25 de agosto de 2000)

O objetivo da atuação dos psicólogos nos Hospitais, segundo Angerami-Camon (2001), é o de minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização. A principal tarefa do psicólogo nesse contexto, para Romano (1999), é oferecer atenção direta ao paciente e seu familiar, além da atenção do trabalho nos níveis psicopedagógico, psicoprofilático e psicoterapêutico.

Pudemos perceber, por meio dos relatos das pacientes acima citados, que estas viram no GSE uma oportunidade de falar sobre suas dificuldades e sua história pessoal. O comportamento dessas pacientes pode ter sido propiciado pelo fato de encontrarem profissionais preocupados em escutar e compreender o sofrimento pelo qual estavam passando.

O GSE pode ser um espaço de escuta diferenciado dos demais tipos de atendimentos prestados no contexto hospitalar, uma vez que existe a preocupação com a angústia de cada uma das pacientes e, caso seja necessário, busca-se viabilizar a possibilidade de auxílio a essas mulheres. Percebemos que as pacientes Abigail, Simone e Carolina começaram a delimitar o que poderíamos considerar como fatos passados relacionados ao seu sofrimento atual, como observamos na fala de Simone *"(...) Sofri muito. Casei cedo, aos 22 anos fiquei viúva, meus filhos tem 11 meses de diferença. Tive medo das crianças passarem fome, tinha um confortinho, 12 alqueires de terra, trabalhava todo dia, adiantava o serviço para não pagar peão (...)"*. Outras pacientes relataram sua experiência pessoal relacionada aos tratamentos, ao adoecimento e aos atendimentos prestados pela Equipe de Psicologia, como afirma Cássia *"Faz tempo que freqüento o grupo, as pessoas mudam, conheci muitas estagiárias"*.

A presença desses vai ao encontro do que é pontuado por Gimenes (1997b), ao afirmar que "cada paciente enfrenta uma série de circunstâncias dentro do contexto de sua história pessoal, e que, para entender a importância pessoal da doença, é preciso situá-la no contexto da biografia do sujeito" (p. 121). Considerando os dados analisados, pudemos apenas começar

a vislumbrar os possíveis significados do câncer na vida dessas mulheres, seus sentimentos, fantasias, preocupações e modos de enfrentamento.

Sobre o fato de a experiência das pacientes ser vivida no e pelo corpo, Zecchin (2004) afirma que, por meio da incisão cirúrgica e da mutilação, as pacientes podem falar sobre outras questões relacionadas a sofrimentos e perdas já vividas no passado, partindo da hipótese de que o tratamento cirúrgico proporcionaria a oportunidade de romperem-se as barreiras das defesas que impediam abordar esses temas, e de então elaborar outros traumas vividos anteriormente. Pudemos perceber que as pacientes Abigail e Simone falaram um pouco de suas vivências passadas, mas, no relato da segunda, encontramos referências sobre a perda do marido e a seu esforço para educar os filhos, apesar de ter sua fala interrompida por sua consulta médica. Percebemos que o adoecer pode estar evocando a tristeza pela perda do marido e sentimentos ambíguos em relação ao esforço empenhado para cuidar dos filhos. A relação entre o relato da história pessoal de Simone e seu adoecimento, de acordo o que propõe Zecchin (op. cit.), não é clara, mas pode ser suposta.

A respeito das falas das pacientes que estavam se apresentando aos demais participantes do grupo, percebemos uma possível correspondência com a função dos grupos voltados para atender portadores de doenças crônicas, proposta por Vinogradov e Yalom (1992), que é a de proporcionar oportunidade de socialização.

3.2.8 Categoria oito – Representação da instituição hospitalar

Frases que podem revelar **percepções positivas e negativas** a respeito da instituição hospitalar, na qual as pacientes são atendidas, e das **condições insuficientes ou falhas do SUS** foram identificadas:

> *Abigail (paciente) – "(...) Se tiver que fazer outra cirurgia eu faço.* ***Tenho achado o atendimento muito bom. Se quiser posso pagar para abreviar o tempo no hospital?****"*
> *Lídia (coordenadora) "informa que o atendimento é pelo SUS".*
> *Abigail (paciente) – "Eu não sou daqui, viemos para cá pois minha neta passou no vestibular.* ***Gostei muito do trabalho de vocês, de tudo, da higiene. Em G. tive que ser atendida no Pronto Socorro e fiquei assustada. Gosto demais daqui e espero que dê tudo certo****".*
> (Frases 033 a 040 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Marta (paciente) – "****Você não vê tristeza nesse lugar. O tempo é a gente que faz****".*
> (Frases 87 e 88 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Isabel (paciente) –* ***"A gente fica muito em casa, não fica muito á par. Quando chega aqui, assusta".***
> (Frases 069 e 070 da reunião do dia 26 de maio de 2000)
>
> *Janaína (paciente) – "(...)* ***Fui até o HC, não tinha vaga (era dia do meu aniversário). Depois de 5 dias retornei*** *(...)".*
> (Frases 046 e 047 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)
>
> *Cecília (paciente) – "(...) O médico do HC pediu uma biópsia.* ***Trouxe os exames e o médico não apareceu. Um outro que me olhou.*** *O bico do meu seio foi pra dentro".*
> (Frases 128 a 131 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

A questão da crise das instituições de saúde, das condições de atendimento à população carente e sua relação com o trabalho do psicólogo, dentro desse contexto, são tratados por Angerami-Camon (2001). Segundo esse autor, os psicólogos que atuam na área hospitalar têm

sentido dificuldades diante da atual situação das referidas instituições, pois defrontam-se com os problemas de uma formação acadêmica deficiente, que não instrumentaliza o profissional com um referencial teórico adequado. Essa realidade faz com que o psicólogo da área de saúde encare condições que irão exigir sua definição e seu posicionamento frente a questões éticas e ideológicas, fazendo-o deparar-se com a dificuldade de acesso a um dos direitos básicos: a saúde.

Além dessas dificuldades, a situação precária de saúde da população dificulta ainda mais o atendimento público devido ao aumento da demanda, o que exige do profissional da saúde uma revisão de seus valores acadêmicos, pessoais e sócio-políticos, bem como uma postura ativa e uma rápida tomada de decisões. Frente a tamanhas dificuldades, os doentes não têm outra opção a não ser aceitar como normais todas as formas de agressão que encontram ao buscar a recuperação de sua saúde (ANGERAMI-CAMON, 2001).

Diante desse quadro de crise do atendimento de saúde, a humanização é discutida por autores como Arán et al. (1996) e Martin (2004), pois, mesmo no serviço público e filantrópico, o acesso aos recursos disponíveis é demorado. Muitas vezes, o que determina a admissão ou não do doente ao hospital público é a gravidade de seu estado de saúde. Para Martin (op. cit.), o fato de as pessoas estarem dispostas a suportar situações difíceis na esperança de conquistar a cura não significa que elas devam ser submetidas a mais dor, sofrimento e perda de dignidade, do que é imposto pela hospitalização. A falta de condições sócio-econômicas condena esses doentes a um tratamento visto como “de rotina” e as terapias condicionadas pelas poucas drogas disponíveis na farmácia para o uso do paciente do SUS.

Notamos que a representação acerca das instituições voltadas para o atendimento de saúde pode permear a percepção das pacientes em relação a seu tratamento, podendo aumentar a preocupação com a qualidade do atendimento prestado e com sua eficiência, pois a crise no sistema de saúde fica evidenciada em sua experiência, concordando com o que

afirmam Gadelha et al. (1992) e Medeiros (2002). Alguns aspectos negativos do atendimento à saúde são apontados pelas falas das pacientes nas reuniões cujos relatos foram analisados. A fala da paciente Isabel pode ser entendida como uma ênfase de sua surpresa e/ou decepção ao deparar-se com a quantidade de doentes e com as condições inadequadas de atendimento a que poderiam ser sujeitados: *"A gente fica muito em casa, não fica muito á par. Quando chega aqui, assusta"***.** A paciente Janaína denuncia a falta de vagas para internação para ser submetida à cirurgia por câncer de mama e revela sua preocupação com as conseqüências do adiamento dessa intervenção. Cecília critica a maneira como o atendimento médico é prestado, já que se preocupa com a falta de continuidade de seu tratamento com o mesmo médico – condição muito comum dentro de um hospital escola. Na fala de Marta, ao descrever o contexto hospitalar, percebemos o uso do mecanismo de negação quando distorce o significado de sua presença no hospital, o significado da instituição em si e sua relação com sofrimento e a morte *"Você não vê tristeza nesse lugar"*.

Melhores níveis de bem-estar psicológico, diminuição da ansiedade e melhora da condição emocional são relacionados à facilidade de acesso aos serviços de saúde e à disponibilidade e apoio da equipe médica por Gimenes (1988 apud ROSSI; SANTOS, 2003). Percebemos que condições ideais de atendimento no contexto de atendimento público à saúde é um objetivo que devemos perseguir. Contudo, diante da atual situação, tais condições nem sempre podem ser garantidas, dificultando, assim, à população atendida pelo HC-UFU condições que lhe permitam alcançar bem-estar psicológico, como propõe Gimenes (op. cit. apud ROSSI; SANTOS, op. cit.).

Retomando a discussão das pacientes sobre o HC-UFU, faz-se necessário uma reflexão da fala de Abigail. Essa paciente, apesar de elogiar o atendimento prestado, também demonstra preocupação com a possível demora em seu atendimento, e sua tentativa de burlar as regras de atendimento da instituição coloca a equipe de psicologia em uma situação

constrangedora frente aos demais participantes do grupo que podem não gozar da mesma condição econômica dessa paciente. Para a maioria das pacientes, o atendimento público é a única alternativa a que podem recorrer. A fala de Abigail *"(...) Tenho achado o atendimento muito bom. Se quiser posso pagar para abreviar o tempo no hospital?"*, questiona valores éticos e morais da coordenadora do GSE naquela circunstância, já que, para essa paciente, o critério de definição de realização da mastectomia poderia ser influenciado por uma condição econômica privilegiada, e não por critérios relacionados à suas condições de saúde (como em outro relato fica claro que a paciente em questão precisou de quimioterapia para permitir a realização da mastectomia), e condições de funcionamento da instituição.

3.2.9 Categoria nove – Representações da equipe de saúde

Identificamos, nesta categoria, frases que podem revelar a **visão das pacientes a respeito dos médicos e sua conduta** em relação ao tratamento proposto. Nessas falas, os médicos aparecem como responsáveis pelo sucesso ou fracasso do tratamento, ou como indivíduos que possuem uma ligação mística com Deus.

> *Suzana (paciente) – "**Estou preocupada porque tinha consulta marcada mas perdi a consulta porque estava com problema da coluna e estou com medo do Dr. Sebastião não me atender**".*
> (Frase 43 da reunião do dia 05 de maio de 2000)
>
> *Cláudia (paciente) – "**Deus é o maior, depois Jesus, e depois os médicos".***
> (Frase 019 da reunião do dia 16 de junho de 2000)
>
> *Cristina (paciente) – "**Dr Sebastião assusta**".*
> (Frase 46 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

Amália (co-coordenadora) – "A D. Cristina levou um susto também".
*Cristina (paciente) – "**Dr. Sebastião falou para ir para casa.** Por mim fazia a cirurgia na hora".*
(Frases 54 e 56 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Miriam (paciente) – "(...) Fiz cirurgia. **Fiquei apavorada e o médico disse: 'Se você agüentar a dor vamos resolver isso já'.** Depois da cirurgia nunca mais senti dor (...)".*
(Frases 63 a 65 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Eva (paciente) – **"Dr Sebastião fala que gosta de tirar a mama toda para não dar problema depois".***
(Frase 224 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

*Madalena (paciente) – "**Entrei na sala de cirurgia para fazer quart, mas decidiram fazer radical e eu achei muito bom**".*
(Frases 48 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Em alguns momentos, as pacientes falam sobre sua **relação com um membro da equipe ou com toda a equipe de psicologia.** Percebemos que essas frases podem estar relacionadas ao vínculo entre pacientes e estagiárias, vínculo esse que parece ser visto como uma ligação de maior proximidade e intimidade, em que existe o desejo de um contato cuja duração seja longa, em que encontram apoio, acolhimento e aprendizado. A percepção é de que são "boazinhas", contrastando com a visão negativa do médico citado por várias pacientes. É importante reforçar que o contato com a equipe médica pode ser permeado por sentimentos ambíguos originados pelo fato de que é o médico o profissional responsável por revelar o diagnóstico, é ele quem vai tratar a paciente e, parte deste tratamento consiste em extirpar a mama ou parte desta. Do psicólogo espera-se uma postura diferente da postura médica, postura esta que esteja pautada no apoio, acolhimento e escuta do choque, do sofrimento e da crise por que podem passar quando se deparam com o câncer de mama. Espera-se que, com os psicólogos, possam falar sobre o que as aflige e que encontrem neste profissional o estímulo e o suporte para superar o sofrimento.

> *Márcia (paciente) – "**A Ana tem me dado muita força. Aprendi muita coisa, hoje aceito mais".***
> *Abigail (paciente) – "Tô gostando, achei muito bom. **Se Deus quiser vamos estar juntas sempre.** Quando cheguei no HC fiquei com batedeira, mas depois que participei do grupo estou me sentindo bem melhor, consegui me acalmar".*
> *Márcia (paciente) – "Gostou e vai vir sexta mesmo sem ter consulta. Falei para várias mulheres na rádio sobre o grupo. **As psicólogas são muito boazinhas, levantam o astral da gente.** Acho que elas vão participar".*
> (Frases 117 a 125 da reunião do dia 05 de maio de 2000)

Os conteúdos das frases classificadas nessa categoria fazem referência à maneira como as pacientes vêem alguns elementos que dizem respeito a seu relacionamento com os membros da equipe.

A visão das pacientes acerca dos médicos é discutida por Ferreira (2003) e Ferreira et al (2004). Nesses estudos, os autores identificaram uma das estratégias de enfrentamento da situação da admissão hospitalar para a realização da mastectomia, usadas pelas pacientes. A referida estratégia foi classificada como Médicos. De acordo com os autores citados, no momento da admissão hospitalar, a figura do médico é associada à religião, pois a internação representa momentos de ausência tais como a perda da mama ou de parte desta, a falta dos entes queridos e de pertences pessoais, e "tocar esta ausência" institui o religioso. A presença da associação histórica entre a medicina, a moral e a religião também é discutida pelos autores. Tal estratégia de enfrentamento é usada com o intuito de que a vida possa encontrar um sentido e que a chegada ao hospital não seja um momento para lidar com outras perdas além da perda provocada pela cirurgia à qual têm que se submeter. Para Ferreira (op. cit.) e Ferreira et al. (op. cit.), o movimento das mulheres frente às ausências com que se deparam ao serem admitidas para a realização da mastectomia faz com que se remetam também ao símbolo do médico como representante da cura – visão que tem perdurado desde o século XVIII.

De acordo com os referidos autores, o recurso de enfrentamento relacionado aos médicos, assim como a figura de Deus (outro recurso citado), possibilitam às mulheres que se submetem à cirurgia por câncer de mama uma tranqüilidade ao entrarem no hospital. Porém, os autores acrescentam que não consideram esse recurso como suficiente, visto que as mulheres que participaram de seu estudo também usaram a verborragia, percebida como uma tentativa de preencher o vazio imposto pela admissão hospitalar. Tal comportamento foi considerado como defensivo contra essas ausências.

A conotação religiosa relacionada à medicina pode ser percebida na atitude dos médicos ao "medir a ignorância, recompensar a obediência, punir a transgressão, lutar contra o charlatanismo e intervir em domínios cada vez mais extensos da vida cotidiana de cada um de nós" (LAPLANTINE, 1991, apud FERREIRA et al., 2004, p.72)

A análise dos relatos das reuniões dos GSE puderam revelar que existe concordância com a relação que as pacientes estabelecem entre os médicos e aspectos religiosos, como propõem Ferreira (2003) e Ferreira et al (op. cit.). Percebemos que as pacientes falaram da ligação entre os médicos e figuras como Deus e Jesus, como no relato de Cláudia e também em algumas frases incluídas na categoria três[16], como as de Eva *"(...) Vim ver o que o Dr. Sebastião vai fazer. Que que Deus vai marcar";* de Ruth *"Já fui em médico espiritual, eu acredito que já tivemos vidas antes, e estou aqui para pagar o que fiz. Vou em tudo o que é bom, acredito em tudo";* e de Cecília *"(...) Acho que eu vou ter que fazer a cirurgia. Quando fui ver meu caroço estava enorme. Fui no Centro Espírita e o caroço está menor (...) Jesus pega nas mãos dos médicos (...)".* Consideramos importante ressaltar que as frases foram categorizadas apenas uma vez, embora tenhamos nos deparado com frases que pudessem pertencer a mais de uma categoria. Citamos essas frases, enfim, para sustentar a relação com o que acreditamos poder confirmar as proposições dos autores acima citados.

---

[16] "Outros recursos para lidar com o câncer e com seus tratamentos: o apoio entre os participantes dos GSE e a religiosidade"

A questão moral ligada à prática da Medicina, de acordo com Ferreira (2003) e Ferreira et al (2004), foi estabelecida pelo desenvolvimento da prevenção médica, aspecto que permanece presente hoje nas restrições que, muitas vezes, são impostas a alguns doentes por seus médicos, e no comportamento de vigilância permanente de pessoas próximas a esses doentes. Nesses casos, tanto médicos como os familiares ou acompanhantes estariam prontos a culpar-lhes e a lembrar-lhes de sua condição. Tal aspecto pode ser percebido na fala de Suzana quando afirma ter medo do médico puni-la, se recusando a atendê-la por ter faltado à consulta anterior.

A importância da relação de confiança entre médico e paciente é tratada por Rossi e Santos (2003). Para esses autores, a fase de comunicação do diagnóstico de câncer de mama é muito importante para o estabelecimento dessa relação, pois se verifica a existência de associação entre a postura de acolhimento, por parte do profissional médico, e a forma como o diagnóstico é informado. Assim sendo, a qualidade da relação médico-paciente parece ser crucial para o tratamento, já que existe relação entre este e o enfrentamento do tratamento.

As características autoritárias no relacionamento médico-paciente, de acordo com Rossi e Santos (op. cit.) prevalecem durante os tratamentos. Esses pesquisadores perceberam que a decisão do tratamento não é construída entre médico e paciente de forma dialogada e compartilhada, mas imposta pelo médico como a única opção, alienando a mulher de uma decisão que deve ser sua e de sua família, o que Romano (1999) e Medeiros (2002), Rossi e Santos (op. cit.) que associaram também a esse problema a linguagem utilizada pelos médicos. Tal vocabulário não oferece espaço para que a paciente expresse suas discordâncias e coloque à prova as recomendações recebidas. Os autores observam ainda que a postura médica apontada pelas participantes de sua pesquisa era de inflexibilidade, pois os médicos lhes pareciam pouco atentos ao impacto subjetivo causado pela comunicação do diagnóstico e da indicação terapêutica, não havendo espaço para que a paciente pudesse elaborar

psicologicamente o diagnóstico. O estudo citado conclui que as pacientes não se sentiram à vontade para contestar aspectos da decisão sobre o tratamento, que lhes foi comunicado de maneira imperativa e que a opção pela mastectomia lhes parecia como um fato consumado.

As falas das pacientes Miriam, Eva e Madalena parecem confirmar a visão de que prevalece, na equipe médica, uma postura autoritária em que a conduta médica não oferece oportunidade de que as pacientes participem da decisão a respeito dos tratamentos, não informando o que motiva a escolha da equipe médica por determinado tratamento. Deste modo, na imagem da equipe médica para estas mulheres, parecem prevalecer aspectos negativos, e até mesmo sádicos, devido à falta de sensibilidade ao sofrimento destas.

3.2.10 Categoria dez - Morte

De acordo com os relatos, a morte não se apresenta de maneira única, podendo fazer parte do discurso das pacientes quando relatam a **perda de pessoas queridas por falecimento**, nos permitindo levantar hipóteses de sua associação com o surgimento do câncer de mama ou da recidiva ou, até mesmo, um fator desencadeante de episódio depressivo.

> *Eva (paciente)* ***– "Irmã que o filho morreu num assalto com 21 anos.*** *Eva – Recebi uma visita de uma mulher que é muito apaixonada pela filha, fiquei com dó dessa mulher, ninguém quer me ouvir.****".***
> *Rosalina (paciente) – "Minha vizinha ficou viúva, fico junto, converso, tem dia q/ ela chora, mesmo fazendo alguma coisa ela fica triste".*

Ana (coordenadora) – "Ela procurou ajuda profissional".
*Eva (paciente) – "**Quando ficou viúva, ficou triste, o médico mandou sair, fui melhorando, ia ajudar uma conhecida**".*
(Frase 105 a 109 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

*Miriam (paciente) – **"(...) Ano passado meu esposo sofreu um acidente e faleceu.** Depois de dois meses senti ferroada na mama esquerda (...)".*
(Frases 068 e 069 da reunião do dia 16 de junho de 2000)

A morte, para uma as pacientes, pode ser **conseqüência da falta de comunicação interpessoal:**

*Rosalina (paciente) – **"Pessoas morrem cedo por falta de conversar".***
(Frase 114 da reunião do dia 26 de maio de 2000)

Outra paciente fala da morte como algo inevitável podendo ser **associada à gravidade do seu estado de saúde:**

Cecília (paciente) – "Estou cochilando. Tem hora que a conversa de vocês some. Acho que eu vou ter que fazer a cirurgia. Quando fui ver meu caroço estava enorme. Fui no Centro Espírita e o caroço está menor. O médico do HC pediu uma biópsia. Trouxe os exames e o médico não apareceu. Um outro que me olhou. O bico do meu seio foi pra dentro".
Sara (coordenadora) – "Como a senhora está se sentindo?"
Cecília (paciente) – "Não sinto dores. Mas minha cabeça está... a gente fica preocupada".
Sara (coordenadora) – "O período de espera do diagnóstico é muito angustiante".
Cecília (paciente) – "Tem noite que não durmo, fico pensando muito. A preocupação é demais. Emagreci muito".
Madalena (paciente) – "A expectativa, o desconhecimento dá muito medo. É psicológico".
*Cecília (paciente) – "**De toda maneira vou morrer mesmo.** Minha filha diz que eu tenho que pensar positivo. Estou com a cabeça fervendo e uma vizinha falou de um jeito que eu fiquei mais apavorada. Eu já chorei demais".*
(Frases 123 a 144 da reunião do dia 29 de setembro de 2000)

Essa categoria foi a de menor freqüência, mas ao longo da análise e da discussão das frases das pacientes presentes nos GSE, percebemos, em alguns dos vários temas presentes em outras categorias, uma possível relação com a morte. Na categoria um, percebemos que as

preocupações e os medos associados aos tratamentos, o medo da recidiva e o medo do desconhecido estão relacionados à morte. Na categoria dois, percebemos a temática da morte em questões como a crise provocada pela confirmação do diagnóstico do câncer de mama (o que pode ser associado a uma sentença de morte) e no mecanismo de defesa negação usado nas explicações para o câncer de mama. Na categoria três observamos alguns aspectos da religiosidade relacionados ao que Kübler-Ross (1996) associa ao estágio de negociação e barganha. Na categoria nove, as representações da instituição hospitalar podem ser relacionadas ao sofrimento e à morte.

Especificamente em relação ao que classificamos na presente categoria, acerca da relação entre desgosto relacionado a perdas afetivas e o aparecimento do câncer, Corbineau (1989) discute a relação entre a perda de um objeto afetivamente investido, o empobrecimento do ego e a queda de auto-estima, que poderiam levar o sujeito a um estado depressivo (seja ele provocado por uma estrutura depressiva da personalidade da paciente ou por uma depressão reativa), levantando a possibilidade de que as teorias que propõem uma determinação psicossomática para o câncer possam ter razão, já que se admite que este pode ter etiologia multifatorial.

O tema perdas de relacionamentos afetivos foi investigado por Gandini (1995), quando verificou a presença de relatos a respeito de sofrimento intenso e prolongado ao longo da vida, relacionados a lutos pela perda de pais, irmãos, marido, filhos, ou em situações em que as pacientes se depararam com a traição e/ou a separação do marido, fato que também levou a autora a refletir sobre a importância emocional da perda ou mesmo da expectativa da perda de uma pessoa querida, sobre a dificuldade dessas pacientes lidarem com perdas e sua possível ligação com o surgimento do câncer.

A presença de eventos estressores na história de vida de pacientes com câncer de mama foi estudada por Gandini e Silva (2003). Em seu trabalho as autoras relatam que, os eventos

estressores descritos pelas cento e uma pacientes entrevistadas podem ser relacionados à categoria denominada perda real, que é relacionada à morte súbita e/ou acidental de familiares (pai, mãe, filho (a), irmã (o), cunhado, avô, neto) ou à perda de bens materiais causadas por acidentes naturais ou litígio. Os dados encontrados pelas pesquisadoras reforçam a importância do impacto emocional da perda de pessoas significativas na história de vida das pacientes e sugerem que as dificuldades na elaboração das perdas sejam um obstáculo na reconstrução do mundo interno dessas pacientes, pois prejudicam as relações amorosas, por causarem seu empobrecimento, perturbando sua eficácia adaptativa – fato observado principalmente em suas relações interpessoais no ambiente social próximo que, para as pesquisadoras, diz respeito à família e à comunidade. Para Gandini e Silva (2003), os indicadores encontrados em sua pesquisa lhes permitiram concluir que o luto vivido pelas mulheres em questão foi considerado patológico, por demonstrarem excessiva ligação com o morto, e devido a dificuldades emocionais subjacentes, como indiferença afetiva, abafamento das emoções, negação da perda, não-expressão de raiva ou de amor, havendo, deste modo, prejuízos intensos na reconstrução do mundo interno, o que resulta em um estado de pobreza afetiva.

Em relação ao impacto emocional do diagnóstico de câncer de mama e à proximidade da morte, Rossi e Santos (2003) puderam verificar que o contato com a realidade de estar com uma doença grave, e de sua associação com a possibilidade de morte iminente, trouxe para as mulheres que fizeram parte de seu estudo sentimentos como tristeza, insegurança, temor relacionado ao futuro e ao desconhecido. Tais aspectos foram relacionados pelos autores ao receio ao tratamento que iriam enfrentar; às incertezas quanto às possibilidades de cura, somadas à perspectiva de conviver com a mutilação; às repercussões da mastectomia em sua vida sexual e em seu relacionamento conjugal; e o receio quanto a um possível desamparo dos filhos.

Os autores ainda citam Parkes (1998 apud ROSSI; SANTOS, 2003), que investiga as perdas na vida adulta (que vão desde a viuvez até a perda de um órgão do corpo), analisando as repercussões psicológicas no indivíduo enlutado. Esse autor conclui que as reações ao luto pela morte de um ente querido são semelhantes às reações a outros tipos de perda, como a perda de um órgão ou de parte do corpo. Segundo Parkes (op. cit., apud ROSSI; SANTOS, op. cit.), existem três aspectos importantes nas reações de luto: a reação traumática, que pode ser comparada a uma reação de alarme, raiva, culpa e inclusive de estresse pós-traumático; a resposta de pesar, referente à necessidade de procurar e encontrar a pessoa querida; e a transição psicossocial, que é caracterizada pela sensação de deslocamento entre o mundo real e o mundo idealizado, sensação de mutilação ou vazio, por meio da qual a pessoa enlutada transita entre a negação e a evitação do reconhecimento da perda para a aceitação, o que lhe permite a possibilidade de adotar um novo modelo interno de mundo.

Considerando as discussões acima citadas, percebemos que algumas pacientes abordam a questão da perda de pessoas significativas e de possíveis episódios de depressão em suas vidas. Mas apenas no relato de Miriam observa-se que a paciente falou diretamente sobre a relação entre a morte do marido e o surgimento de sintomas de câncer *"(...) Ano passado meu esposo sofreu um acidente e faleceu. Depois de dois meses senti ferroada na mama esquerda (...)"*.

A associação entre câncer e morte é discutida por Dóro et al. (2004). Para esses autores, ao receber o diagnóstico e ao submeter-se aos tratamentos propostos, inicia-se nas pacientes um processo de luto antecipatório da própria vida e do que terão que deixar para trás, tais como amigos, família, bens adquiridos etc.

A estreita relação entre o câncer de mama e a morte parece estar presente na fala da paciente Cecília, que narra sua convivência com a forte probabilidade de um diagnóstico de câncer de mama. Mesmo antes de conhecer o resultado da biópsia, é possível perceber a

expectativa negativa a esse respeito, provocada pela expectativa da morte, contra a qual a paciente parece não ter condições de lutar naquele momento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos importante fazer uma síntese das dez categorias descritas neste estudo. De maneira geral, estas nos mostraram que, as principais preocupações, dificuldades e medos das pacientes podem ser relacionados a questões relativas aos tratamentos e ao próprio adoecer por câncer de mama, conforme as freqüências observadas nas categorias "Diagnóstico e tratamentos para o câncer de mama" e "O câncer de mama", em que as pacientes parecem questionar sobre o que acontecerá com elas.

A categoria dois "O câncer de mama" e sua discussão, revela a importância do trabalho de Kübler-Ross (1996) sobre as etapas do enfrentamento da morte e do morrer, verificadas em seus pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Notamos que suas proposições não só ocorrem com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas como também são observadas nas mulheres com câncer de mama em todo o processo de tratamento desde a confirmação do diagnóstico assim como nas diferentes fases dos tratamentos.

A categoria três "O apoio entre participantes dos GSE e a religiosidade como recursos outros para lidar com o câncer de mama e seus tratamentos", pode indicar que as pacientes encontraram em outras mulheres com a mesma doença, participantes do GSE, apoio e estímulo para enfrentar a doença. A religiosidade, além dos tratamentos médicos, seria um dos principais recursos para lidar com sua doença, como também ajudá-las na busca de um sentido para este momento em suas vidas.

A quarta categoria, chamada "Saúde *versus* doença", traz novamente a preocupação com a saúde, evidenciando a dúvida que persistentemente lhes incomoda: está tudo bem comigo? Aponta também para temas importantes relacionados à sexualidade, afetividade e sua relação com o adoecimento, o envelhecimento e a finitude; temas relacionados à prevenção e a

possibilidade de desenvolvimento de trabalhos preventivos que possam abranger estes temas no referido estágio.

A quinta categoria denominada “Relacionamentos afetivos”, aponta para possíveis relacionamentos de dependência, apoio entre as pacientes e seus familiares e também para o conflito gerado por tais relacionamentos. Entretanto, a dificuldade de relacionamento é uma das hipóteses prováveis que pode ter levado uma paciente a preferir a solidão, escolha que aparece associada a sentimentos ambíguos de onipotência (não precisar de ninguém), raiva e vergonha acentuados pela mutilação sofrida.

A categoria seis nomeada “Atividades laborais”, relaciona as atividades desempenhadas pelas pacientes a suas limitações, a dificuldade em lidar com o câncer de mama e a busca por algo que as faça esquecer o sofrimento e o medo.

A sétima categoria chamada “As pacientes e sua participação no GSE”, está ligada a questões existenciais destas pacientes, numa tentativa de busca de sentidos para suas experiências passadas e assim, a possibilidade de revelar ao grupo quem são e sua importância.

As frases relacionadas à categoria oito, “Representação da instituição hospitalar”, revelam o questionamento das pacientes sobre a eficiência do serviço prestado pela instituição hospitalar e pelo sistema de saúde, como também os prejuízos que podem causar a demora e o mau atendimento a sua saúde.

A nona categoria, “Representações da equipe de saúde”, fala da dificuldade em lidar com os médicos e do modo como o relacionamento paciente-médico seria estabelecido, baseado em características negativas e que poderiam estar dificultando a aceitação dos tratamentos e o enfrentamento do câncer de mama, colocando-as em uma posição impotente e de vítimas; os médicos aparecem associados ora a atitudes de sadismo ora a figuras onipotentes próximas à divindades.

A última categoria, que por “coincidência” é a categoria “Morte”, é relacionada à angustia diante das perdas vividas, da perda da saúde e da própria vida. A questão da finitude é evitada pois, se estão buscando o tratamento e este se propõe a curar, fica a impressão de que seria um contra-senso abordar tal assunto e que a morte, assim como o câncer de mama, não pode ser falada de maneira direta por estas mulheres, mesmo que estes temas permaneçam presentes de maneira implícita o tempo todo.

Acreditamos que a discussão destas categorias pode ser importante contribuição durante a preparação dos estagiários do Programa de Psico-Oncologia na Mastologia para o desempenho de quaisquer das atividades do mesmo.

É importante também fazer uma apreciação geral das reuniões dos GSE aqui estudadas, confrontando-as com os trabalhos consultados (CORBINEAU, 1989; REZENDE, 1996; REZENDE; BOTEGA, 1998) que discutem a investigação de grupos com mulheres com câncer de mama.

Os objetivos propostos para o GSE se assemelham ao que foi proposto como objetivo para o grupo de pacientes mastectomizadas relatado por Corbineau (op. cit.). Assim como o grupo tratado em seu artigo, o GSE possui um objetivo relacionado ao aspecto médico do câncer de mama quanto à comunicação de conhecimentos e à troca de informações sobre o câncer de mama e suas conseqüências; o objetivo ligado ao aspecto psicológico para permitir a essas pacientes falarem sobre o fato de terem tido câncer e ainda assim poderem viver e se realizar como indivíduos, convivendo com o constante risco de metástase e morte; e também um objetivo relacionado aos aspectos de socialização, como a reintegração ativa dessas mulheres à sociedade (CORBINEAU, op. cit., p. 10). Percebemos que para uma adequada avaliação desses objetivos seria necessário o uso de métodos adequados e este trabalho conta com informações insuficientes para se fazer qualquer afirmação neste sentido.

Alguns dos objetivos propostos para os GSE no Estágio de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU também aparecem nos GAP de que tratam Rezende (1996) e Rezende e Botega (1998). Segundo os autores, estes grupos se propunham a:

a) possibilitar o contato, a expressão e a abordagem dos aspectos mais subjetivos relacionados à doença e aos tratamentos;

b) possibilitar uma reflexão acerca de atitudes e comportamentos;

c) motivar as pacientes a buscarem ajuda psicológica quando necessária.

O GAP não tinha a intenção de esclarecer dúvidas sobre aspectos médicos que as pacientes tivessem dúvidas ou desconhecessem, excluindo de sua proposta os objetivos médicos citados por Corbineau (op. cit.) e objetivos psicoeducacionais encontrados na proposta do GSE para as pacientes em tratamento por câncer de mama deste estudo.

Para uma comparação efetiva, dever-se-ia utilizar outros métodos de coleta de dados e de análise adequados a esse propósito, que talvez pudesse permitir uma confrontação com os resultados encontrados nos trabalhos de Corbineau (1989), Rezende (op. cit.), e Rezende e Botega (op. cit.), mesmo tendo em mente que são grupos distintos, pois são experiências de grupos fechados, e também proporcionariam uma maior compreensão sobre a própria prática dos GSE.

Em primeiro lugar, este estudo teve o propósito de conhecer melhor o conteúdo dos relatos das reuniões do GSE e, de maneira especial, os conteúdos referentes às pacientes. Essa opção nos levou a dificuldades de categorização dos enunciados dos participantes, o que nos conduziu à redução das unidades de análise a frases e a nos restringir às frases atribuídas às pacientes.

A escolha de trabalhar com documentos, nesta pesquisa, nos defrontou com dificuldades como a fidedignidade do conteúdo dos relatos e a forma como os relatos foram redigidos. A questão da fidedignidade dos relatos pode estar relacionada à maneira com que os

participantes dos GSE realmente se expressaram e à linguagem usada pelos estagiários nos relatos. Em relação a esse problema, identificamos o uso de abreviaturas e de termos médicos. Não podemos afirmar se tais termos fizeram parte da linguagem usada pelos participantes dos grupos ou se seriam a linguagem usada pelas estagiárias ao fazerem as transcrições. Acreditamos na possibilidade de o relato ser um produto que combina a linguagem usada por pacientes e seus acompanhantes e a linguagem das estagiárias.

O modo utilizado pelas estagiárias para construir os registros revelaram problemas na etapa de pré-análise. Quando estávamos definindo o *corpus* de pesquisa percebemos que esses problemas não se referiam apenas às estagiárias cujos relatos foram submetidos à análise. O principal problema observado foi a existência de poucas informações sobre dados de identificação das pacientes e acompanhantes que freqüentaram os GSE. Dados como idade, estado civil, etapa do(s) tratamento(s), tipo de cirurgia, tipo de tratamento (dirigido a tumor primário ou a metástase), as cidades nas quais as pacientes residiam, o grau de parentesco dos acompanhantes (se eram parentes ou amigos), não fazem parte dos relatos elaborados das reuniões dos GSE. A explicação para essa falta de informação reside no fato de que os relatos das reuniões abordam apenas assuntos discutidos pelas pacientes. É importante lembrar que esses registros são realizados para auxiliar o treinamento e a supervisão das reuniões, não apresentando a finalidade de servir como fonte de dados para pesquisa.

Diante das questões levantadas, e em função da falta de dados sobre as participantes, percebemos que os relatos precisam conter mais informações dados sobre cada um destes. Por esse motivo, propusemos um modelo de relatório no qual sugerimos a disponibilização de informações como:

a) tipo de técnica utilizada ou objetivo proposto para a reunião do grupo;
b) nome completo das pacientes e seus acompanhantes;

c) tipo de cirurgia e de tratamentos aos quais as pacientes foram submetidas (especial atenção deve ser dada à data em que estes foram realizados, tais informações devem ser buscadas no prontuário médico de cada paciente participante da reunião do GSE);
d) grau de parentesco entre o acompanhante e a paciente;
e) horário de início e de término da reunião do GSE;
f) número de pacientes e de acompanhantes presentes no final da reunião;
g) registro das falas dos participantes com a maior fidelidade possível, na seqüência cronológica em que ocorrem;
h) elaboração de diários de bordo pelos estagiários.

As finalidades da proposta de inclusão das informações supracitadas no relato de cada reunião são: auxiliar e operacionalizar a tarefa dos membros da equipe; facilitar uma avaliação dos participantes dos GSE em diferentes reuniões em futuros trabalhos com as pacientes, acompanhantes e equipe de psicologia envolvida no estágio; fornecer dados mais completos sobre os participantes, considerando-se a possibilidade de futuras pesquisas que se proponham a analisar tais relatórios; e melhorar o treinamento dos estagiários ao usar os relatos em supervisão. O modelo sugerido deve ser testado na prática para se verificar a viabilidade de sua implementação.

Ainda podemos tecer outras reflexões sobre os registros analisados neste trabalho. Levar em conta que os registros das reuniões poderiam representar as apreensões do grupo de estagiárias a respeito desta atividade dentro do estágio e não uma fonte de dados “fiéis” sobre estes grupos.

Poderíamos fazer considerações a respeito das principais demandas identificadas pelo grupo de estagiárias em treinamento nos participantes dos GSE; seriam os problemas nos relatos indícios das dificuldades relacionadas ao atendimento desta clientela; o foco nas falas das pacientes, observado por meio do registro incompleto das falas de membros da equipe de

psicologia, poderia ser uma maneira de proteger-se diante da angústia gerada nestes atendimentos, ou ainda seria uma falta de preparo e de conhecimentos sobre atendimentos grupais; a alta freqüência de referências aos tratamentos e ao adoecer como baixa freqüência da categoria morte e de referências ao câncer de mama nos textos também indicariam o caráter informativo dos GSE ou temas áridos para as estagiárias?

Acreditamos que uma investigação sobre os estagiários treinados no Programa de Psico-Oncologia na Mastologia poderia indicar novos caminhos para a formação profissional e pessoal dos estudantes de Psicologia que procuram esta área de atuação profissional.

Melhorar a maneira como são feitos os relatos, como este estudo propõe, pode ser interessante e trazer ganhos a médio prazo, bem como a proposta de um estudo sobre os estagiários talvez pudesse esclarecer algumas das dúvidas acima citadas ou mesmo compreender melhor o resultado deste estudo.

Acreditamos que estimular uma postura investigativa nos estagiários pode auxiliar a formação de profissionais mais capacitados para a atuação em diferentes contextos dentro da Psicologia, principalmente dentro da Psicologia da Saúde e da Psico-Oncologia, e pode fazer com que se alcance, na prática com os GSE neste estágio, uma postura dos relatores nos GSE que facilite a implementação do tipo de relato proposto neste estudo.

A opção por trabalhar com os registros, enfocando o trabalho tal como é realizado no dia-a-dia, sem criar uma situação especial para a coleta de dados, é importante para que se possa propor mudanças em seu modo de execução, resgatando assim, o sentido da tarefa de redigir os relatos dos atendimentos, que podem, com os devidos cuidados dos estagiários, servir como fonte de dados para diferentes pesquisas.

A proposta de identificar, analisar, categorizar e descrever, nos relatos dos GSE, as frases das pacientes, nos permitiu conhecer melhor características sociais e psicológicas da clientela que procura por esse atendimento no Ambulatório de Mastologia do HC-UFU. Por meio das

categorias encontradas, pudemos discutir algumas representações atribuídas às pacientes a respeito do câncer de mama e seus tratamentos, a instituição hospitalar e equipe de saúde; seus sentimentos de medo da recorrência do câncer e da morte; os recursos de enfrentamento como religiosidade, relacionamentos afetivos e mecanismos de defesa como o de negação. Assim, a análise do conteúdo dos relatos pôde ser considerada um meio de refletir sobre a forma como as práticas relacionadas aos GSE no Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU têm sido realizadas, a partir das informações contidas nos relatórios dos estagiários.

A escolha por trabalhar com registros das reuniões dos GSE dificulta a abordagem de questões grupais, pois para este fim percebemos que seria necessário o uso de outros métodos de coleta de dados, os registros não são suficientes para este fim. É importante ressaltar que e a proposta de registrar as reuniões não tinha o objetivo de servir como coleta dados, não é realizado nenhum treinamento para a tarefa de registrar as reuniões, registra-se de acordo com o que é possível de acordo com a capacidade do estagiário, provavelmente ao ato de escrever passa por um critério pessoal que determina o que, segundo quem realiza esta tarefa, seria o mais importante durante a reunião do grupo.

Durante a etapa de análise dos dados, nos deparamos com algumas dificuldades com o método de análise de conteúdo, indicado pela literatura para a análise de documentos, no que diz respeito à construção das categorias, que, para Bardin (1977) devem apresentar como características:

a) Exclusão mútua – um elemento não pode ser incluído em mais de uma categoria;
b) Homogeneidade – o princípio usado para a classificação deve ser único;

c) Pertinência – o sistema de categorias adotado deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens;

d) Objetividade e fidelidade – definição clara das variáveis e dos índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria;

e) Produtividade – um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis em índices de referência, em hipóteses novas e em dados exatos.

Na análise dos relatos, nos defrontamos com a falta de informações a respeito dos participantes que levava a uma multiplicidade de possíveis interpretações para as frases. Percebemos que a experiência com os GSE nos serviu como guia na interpretação destes dados, e, mesmo assim, a construção de categorias exclusivas foi a principal dificuldade. Por exemplo, percebemos que grande parte dos temas que compuseram as categorias deste trabalho, estão ligados de maneira intrínseca à questão do medo da morte. Esta relação associada à falta de informações nos relatos, fez com que em muitos momentos duvidássemos que fosse possível a construção de categorias como as descritas por Bardin (1977), nos levando a um prolongamento, alem do previsto da análise dos dados.

Mesmo com esta dificuldade, o método de análise de conteúdo pôde ajudar a esclarecer que, dentre os objetivos propostos para o GSE, a viabilização de oportunidades para a troca de experiências sobre o câncer de mama e seus tratamentos, pôde ser contemplada nas reuniões analisadas. Acreditamos que esse tipo de intervenção mereça outros estudos que recorram a métodos de investigação diferenciados, que permitam coletas de dados de modo sistematizado e atualizado para se avaliar, de maneira adequada, os demais objetivos propostos para essa atividade do Estágio de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU, que são: informar e esclarecer as pacientes e seus acompanhantes a respeito do câncer de mama e seus tratamentos; melhorar, auxiliar e estimular o diálogo entre paciente, familiares e/ou pessoas

importantes e equipe de saúde; proporcionar suporte às pacientes para ajudá-las a lidar com o câncer de mama, e também com o choque que o diagnóstico pode desencadear e as dificuldades relacionadas aos tratamentos; auxiliar as pacientes a aderirem aos tratamentos e evitar que deixem de fazê-lo; instruir pacientes e acompanhantes sobre temas relacionados a alimentação, próteses, a prática de atividades físicas, etc; estimular as pacientes que demonstrem necessidade de atendimento psicológico individual a procurá-lo, e, caso seja necessário, encaminhá-las a outros serviços que prestem esse tipo de atendimento; criar um espaço para a divulgação dos demais atendimentos realizados pela equipe de Psico-Oncologia.

Percebemos que este projeto, integrado a outros que compõem o referido estágio, constitui um importante espaço de escuta, troca de experiências, e de atenção a mulheres afetadas pelo câncer de mama, além de colaborar com a formação de futuros psicólogos. É importante ressaltar que este estágio é muito importante para a formação do estudante de Psicologia como também dentro da área específica da Psico-Oncologia.

Considerando a análise dos relatos dos GSE aqui estudados, pudemos perceber a importância de temas relacionados à questão do enfrentamento do câncer de mama, assim como a importância do conhecimento atualizado sobre aspectos biológicos, médicos e sociais envolvidos no desenvolvimento do câncer, seu diagnóstico, tratamento e reabilitação das pacientes, na formação de profissionais na área da Psico-Oncologia e a importância do desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar com essa clientela. Foi possível perceber também a importância de trabalhar com todos os profissionais integrantes da equipe que atende estas pacientes e de desenvolver projetos que favoreçam o trabalho integrado dos mesmos com a equipe de psicologia, o que ainda não é observado neste Hospital.

Acreditamos que a aproximação entre as equipes médica, paramédica e de psicologia pode ser determinante para o reconhecimento, a manutenção e a ampliação do trabalho do

Programa de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU no atendimento a pacientes com câncer de mama e seus familiares, e ações que favoreçam a interdisciplinariedade devem ser propostas, além de uma maior divulgação deste serviço dentro da instituição em que é realizado.

É importante ressaltar que esta pesquisa é apenas um dos vários olhares possíveis para o conteúdo dos relatos produzidos sobre os GSE no Estágio de Psico-Oncologia na Mastologia do HC-UFU.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P. et al. A espera assistida. II CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, 1999. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte,1999. p.154.

ALVES, R. **O que é religião?** São Paulo: Edições Loyola, 2002, p. 126.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) **Psicologia hospitalar:** teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 15-28, 2001.

ARÁN, M. R. et al. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 45, n. 11, p. 633-639, nov., 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1ª edição de 1977. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977, 229 p.

BARROS, T. et al. Interação grupal na sala de espera: uma proposta de trabalho. II CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1999, p. 74.

BARROS, C. A. S. M. Grupos de Auto-Ajuda. In: ZIMERMAN. D. E. **Como Trabalhamos com Grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 107-117, 1997, 424 p.

BAUER, M.W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som -** um manual prático. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 17-36, 2002. p. 515.

BLEGER, J. Psicologia institucional. In: BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 31-70, 1988.

BRASIL. Mistério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA 2005. Disponível em: < www.inca.gov.br>. Acesso em: 01 abr. 2005.

CÂNCER. In: REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 113-144, 1999.

CANELLA, R. B. Grupos: pré-atendimento, sala de espera e enfermaria. **Femina**, v. 17, n. 11, p. 910-917, nov., 1989.

CARCINOMA PRIMÁRIO. In: REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 120, 1999.

CARVALHO, M. M. M. J. Psico-Oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**. v. 13, n.1, p. 151-166, 2002.

_____. Psiconcologia e o Programa Simonton.**Temas em Psicologia** n.1, p.71-77, jan.-abr., 1996.

CARVALHO, V. A. Atendimento psicossocial a pacientes de câncer.In: KÓVACS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 204-225, 1992, 243 p.

_____. Programa Simonton: uma experiência no Brasil. In: CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.) **Introdução a Psiconcologia.** Campinas: Editorial Psy, p. 141-159, 1994, 286 p.

CENTRO de Psicologia. Disponível em: <http://www.fapsi.ufu.br/cenps>. Acesso em 28 de jun. de 2005.

COLLUCCI, C. Toque não evita câncer de mama. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 02 abr. 2004. Caderno FolhaCotidiano, p. C1, c. 1-2.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Regulamenta as diretrizes e as normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < http://www.propp.ufu.br/ >. Acesso em 27 de out. 2003.

CORBINEAU, G. D. Um grupo de pacientes mastectomizadas: aplicações da psicanálise no trabalho institucional. **Informação Psiquiátrica** v.8, n. 1, 10-18, jan.-fev.-mar, 1989.

COSTA JÚNIOR, A. L. O desenvolvimento da Psico-Oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 21, n.2, p.36-43, 2. trim, 2001.

DÓRO, M. P. et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia, Ciência e Profissão.** v. 24, n. 2, p. 120-134, 2004.

FERREIRA, C. B. **Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama.** Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003, 160 p.

FERREIRA, C. B. et al. Enfrentamento e admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama. **Psicologia Argumento.** v. 22, n. 36, p. 67-74. jan. -mar. 2004.

FREIRE, S. A. **Bem-estar subjetivo e metas de vida**: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade. Tese de Doutorado da Faculdade de Educação da UNICAMP: Campinas, 2001, 162 p.

GADELHA, M. P. I. et al. Câncer um problema de saúde pública no Brasil. **Jornal Brasileiro de Medicina.** v.63, n.1, p.38-46, jul. 1992.

GANDINI, R. C. **Câncer de mama:** evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas. Tese de Doutorado do Instituto de Psicologia da USP: São Paulo, 1995, 231 p.

_____. Psicoterapia breve em oncologia na mastologia. In: SEGRE, C. D. (org.) **Psicoterapia breve.** São Paulo: Lemos Editorial. p. 215-235, 1997, 328 p.

GANDINI, R. C.; SILVA, J. C. V. V. V. **Câncer de mama e eventos estressores**. Relatório técnico de pesquisa não publicada, 2003, 15 p.

GANDINI, R. C.; WUTKE, E. F**.** Grupos com mulheres mastectomizadas por câncer de mama: um trabalho em ambulatório. I ENCONTRO DE GRUPANÁLISE, PSICOTERAPIA DE GRUPO E SAÚDE MENTAL DE LÍNGUA PORTUGUESA.I ENCONTRO LUSO AMERICANO DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO I ENCONTRO LUSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL, 1991. São Paulo. **Anais...** Campinas: UNICAMP,1991. p 48.

GIMENES, M. G. G. A mulher após a mastectomia: alternativas para a intervenção psicológica. In: GIMENES, M. G. G. (org.) **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy, p.149-172, 1997a, 325 p.

_____. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In: GIMENES, M. G. G. (org.) **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy, p.111-147, 1997b, 325 p.

_____. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.) **Introdução a psiconcologia.** Campinas: Editorial Psy, p.35-56, 1994, 286 p.

GIMENES, M. G. G., QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G. (org.) **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy, p.173-195, 1997, 325 p.

GOMES, F. A. et al. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **Revista de enfermagem UERJ.** v. 11, n. 3, p. 292-295, set.-dez. 2003.

GONÇALVES, S. M. M., DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia.** v. 4, n. 1, p. 141-159, 1999.

GUTIÉRRES, E. **Mulher na Menopausa:** declínio ou renovação? /Grupo Mulherando. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992, 111 p.

HETEM, L. A.; MOISÉS, M.; ZEVIANE, M. Dificuldades na formação e manutenção de grupo em instituição – o papel do terapeuta. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 7, n. 41, p. 345-349, ago., 1992.

HISTÓRICO do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/index/index.php>. Acesso em: 04 fev. 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, p. 17-44, 2001.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** Tradução: Paulo Menezes. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996, 299 p.

LESSA, I. Doenças crônicas e degenerativas. In: ROUQUAYROL, M. Z. e cols**. Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, p. 411-420, 1988.

LIVRAMENTO, M. L. e ROSSI, E. O grupo de primeira consulta com gestante em Pré-Natal. III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE. I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, São Paulo, 1987. **Anais...** São Paulo, 1987, p. 70.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos de integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, p.17-37, 2001.

MALDONADO, M. T.; HALLAL, R. C. Grupos de sala de espera. **Femina**, v.9, n.5, p.378-381, maio, 1981

MALZYNER, A., CAPONERO, R., DONATO, E. M. O. D. A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1. In: GIMENES, M. G. G. (org.) **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy, p.71-107, 1997, 325 p.

MARTIN, L. M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.) **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: EDUNISC – Loyola, p. 31-50, 2004, 336 p.

MASTECTOMIA. In: REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 487 p.

MEDEIROS, G. A. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. **Psicologia Ciência e Profissão**, 22, nº 1, 30-37, 1. trim., 2002.

MIYAZAKI, M. C. O. S., DOMINGOS, N. A. M., CABALLO, V. E. Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. In: RANGÉ, B. (org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 463-474, 2001, 567 p.

MORAES, M. C. Assistência psicológica grupal a pacientes mastectomizadas. III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE. I CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, São Paulo, 1987. **Anais...** São Paulo, 1987.

MOREIRA JÚNIOR, C. S. **Grupo de sala de espera em ambulatório de geriatria:** a produção de sentidos sobre o envelhecimento humano. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Filosofia,Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, 2001, 136 p.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**: introdução à teoria e a práxis. São Paulo: Mestre Jou, 1974, 367 p.

OSÓRIO, L. C. **Grupos: teorias e práticas** - acessando a era da grupalidade**.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 210 p.

PAIVA, G. J. Representação social da religião em docentes-pesquisadores universitários. **Psicologia USP**, v. 10, n. 2, p. 227-239, 1999.

PANOBIANCO, M. S. **O significado do linfedema para mulheres com câncer de mama.** Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, 2002, 137 p.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M.(Org.). **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, p.26-43, 1996, 524 p.

PAULINELLI, R. R. et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Revista brasileira de saúde materna e infantil**, 3, nº 1, 17-24, jan.-mar., 2003.

REZENDE, V. L. **Grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer de mama;** uma experiência clínica e institucional. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996, 138 p.

REZENDE, V. L.; BOTEGA, N. J. Grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer de mama: principais fantasias inconscientes. **Estudos de Psicologia**. v. 15, n.1, p. 39-48, jan.-abr.,1998.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J .A. S. e cols. Análise de conteúdo. In: RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, p.173-198, 1985, 336 p.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, 143 p.

ROSSI, L., SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão,** v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida e mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 47, n. 3.p. 263-272, 2001.

SANTANA, K. A. **Cuidados domiciliares com enfermos terminais em famílias de baixa renda.** Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005, p. 190.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. G. (org.) **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy, p.43-70, 1997, 325 p.

SCHOUERI, P. C. L; SZAJNBOK, M. Grupo de espera – uma nova perspectiva de triagem institucional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 4, n. 42, p. 215-217, maio, 1993.

SILVA, J. C. V. V. V. **Câncer de mama:** expressões da religiosidade e suas repercussões na convivência com a doença num grupo de mulheres mastectomizadas.Tese de Doutorado da UMESP: São Bernardo do Campo, 2001,172 p.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva:** novos fundamentos. 1ª Ed. São Paulo: Vetor, 1983.

SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S. M.; CREIGTON, J.L. **Com a vida de novo:** uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987, 238 p.

SPINK, M. J. P. O sentido da doença: a contribuição dos métodos qualitativos na pesquisa sobre o câncer. In: GIMENES, M. G.G.(Org.) **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy, p.197-224, 1997, 325 p.

_____. A onipresença do câncer na vida das mulheres: entendendo os sentidos no fluxo das associações de idéias. In: SPINK,M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis: Vozes, p. 276-294, 2003, 344 p.

SOUZA, M. L.; GOMES, W. B. Evidência e interpretação em pesquisa: as relações entre qualidades e quantidades. **Psicologia em Estudo.** v. 8, n 2, p. 83-92, 2003.

TEIXEIRA, E. T. N. **Adiamento da maternidade**: do sonho à maternagem. Dissertação de Mestrado da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 1999, 77p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Catálogo de Extensão.** Organização: Waldenor Barros Moraes Filho: UFU/PROEX, 2000, 184 p.

_____. **Catálogo de Extensão.** Organização: Waldenor Barros Moraes Filho: UFU/PROEX, 1999, 154 p.

_____. **Catálogo de Extensão.** Organização: Waldenor Barros Moraes Filho: UFU/PROEX, 1998, 154 p.

_____. **Catálogo de Extensão**. Organização: Waldenor Barros Moraes Filho: UFU/PROEX, 1997, 175 p.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: MONTEIRO, M. B.; VALA, J. (orgs.). **Psicologia Social.** Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2000.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 50, n 1, p. 55-63, 2004.

VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D. **Manual de psicoterapia de grupo.** Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, 215 p.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.) **Introdução a psiconcologia.** Campinas: Editorial Psy, p 21-32, 1994, 286 p.

ZECCHIN, R. N. **A perda do seio:** um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC, 2004, 179 p.

ZIMERMAN. D. E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, 244 p.

_____. **Como Trabalhamos com Grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 424 p.

_____. **Psicoterapia Analítica de Grupo.** São Paulo: Mestre Jou, 1982, 372 p.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2121 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG – CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 201/03

Uberlândia, 15 de dezembro de 2003.

Ilmo(a) Sr.(a).
Prof.(a).Dr.(a). Adriana Pereira de Sousa

Prezado(a). Professor(a),

Informamos-lhe, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, examinou e **APROVOU** o projeto de pesquisa "**Grupo de sala de espera em psico-oncologia na mastologia: reflexões**", protocolado sob o número **162/2003**, do qual V.Sa. figura como pesquisador responsável, para ser desenvolvido a partir **desta data**.

Em adendo, informamos que o prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

Prof. Dr. Alcino Eduardo Bonella
Coordenador do CEP/UFU

APÊNDICE

Análises dos relatos das reuniões dos grupos de sala de espera.

QUADRO 6

Análise do relato da reunião do dia 05 de maio de 2000 e categorização por frase.

Frases	Categoria
01. Lídia – Apresenta o grupo de estagiárias e fala dos objetivos do grupo de sala de espera.	-
02. Lourdes – Conta q/ está acompanhando a mãe que iria iniciar quimioterapia e não pode por ñ ter feito biópsia, veio tentar ver se consegue fazer.	-
03. Lídia – Algumas coisas demoram, o hospital é grande, as pessoas tem que voltar várias vezes.	-
04. Lourdes – Reclama q/ os exames não ficam prontos, trouxe uma irmã p/ conversar com ela que está com medo de fazer quimioterapia.	-
05. Lídia – É importante conversar com quem sabe como é o tratamento.	-
06. Lourdes – Duro é a primeira vez.	-
07. Lourdes – Conversa com a vizinha e ela fala tudo diferente, ela fica com a cabeça quente.	-
08. Lídia – São coisas que acontecem muito e acabam ficando impressionada.	-
09. Talita – As pessoas falam, fica uma tempestade na cabeça, você acha que não vai dar conta, mas quando fez urografia não sentiu nada, o medo é que faz sentir dor, mas depois que fez a 1ª vez não teve mais problemas.	-
10. Talita – Falaram que ela iria desmaiar, mas toma injeção e pronto, isso a ajuda a conseguir fazer o exame.	-
11. Lourdes – A mãe fica com medo, e quando tem que vir p/ cá não dorme.	-
12. Marisa – Eu já tenho o resultado, é câncer, mas eu espero que na hora que eu sair do médico já esteja curada, porque já tive câncer duas vezes e fui curada tem 25 anos.	02
13. Marisa – Esta é a terceira vez e vou vencer, tenho fé e serei curada, minha fé é do tamanho do universo, recebi a notícia com tranqüilidade, estou bem da cabeça.	03
14. Marisa – Quando estou com problema falo com Deus o dia inteiro, não sou louca não, quem não me conhece pode pensar que sou louca, mas fico sozinha e converso com ele o dia inteiro.	03
15. Marisa – Quando soube do diagnóstico fiquei melhor que as outras pessoas que receberam comigo, e de doença eu posso não ter nada, pois rezo muito.	02
16. Marisa – Descobri que tenho um monte de amigos, um monte de gente liga lá em casa, vão lá em casa, me dão coragem, mas acho que o que falam é da boca para fora, esta doença não é brincadeira.	06
17. Marisa – Quem está doente é minha família.	06
18. Marisa – O que me incomoda é que sei que vou ficar 5 ou 6 meses sem fazer nada, eu não gosto de ficar sem trabalhar.	05
19. Lídia – Cada pessoa reage de um jeito à notícia, da importância da fé,	-

comprovada até por pesquisas, que agora não quer dizer que vai ficar sem fazer nada, vai ter que fazer tudo pausadamente.	
20. Marisa – Fui no consultório do Dr. Sebastião p/ fazer a mamografia, soube do resultado na hora e fiz a punção para confirmar, meu tumor está com 4 cm, muito grande.	01
21. Marisa – Não imaginei q/ fosse câncer, achei que fosse reumatismo pois minha mão estava inchada.	02
22. Marisa – O que me atrapalha é ter que ficar parada e deixar de fazer minhas tarefas, gosto de ter o que fazer, quero ficar na minha casa, e não é por falta de ter onde ficar pois tem casa demais para ficar numa boa.	05
23. Lídia – Não é que a senhora não vai estar fazendo nada, está cuidando da saúde.	-
24. Lídia – O problema é que a gente não admite parar para cuidar da gente, é importante, e só vai conseguir fazer as coisas se se cuidar.	-
25. (Marisa – Sai p/ procurar cartão que esqueceu em casa).	-
26. Lourdes – Ela fica pensando nos trabalhos q/ ela fazia e isso não vale a pena.	-
27. Abigail – Estamos cuidando da gente.	01
28. Miguel – Deus querendo nada é difícil.	-
29. Abigail – Tem que superar tudo isso, ter fé.	03
30. Abigail – Fiquei tão nervosa quando vim fazer mamografia, deu nódulo quando estava em G., vim embora, fui bem atendida, vim para colher o material para biópsia, achei bom, tirou logo e deu princípio, fiquei um pouco assim, mas Deus vai abençoar que vou sarar.	02
31. Abigail – Vou ter que fazer outra cirurgia p/ tirar o resto q/ ficou, vou pedir da anestesia que não vê nada.	01
32. Lídia orienta sobre a anestesia.	-
33. Abigail – Se tiver q/ fazer outra cirurgia eu faço.	01
34. Abigail – Tenho achado o atendimento muito bom.	08
35. Abigail – Se quiser posso pagar para abreviar o tempo no hospital?	08
36. Lídia informa que o atendimento é pelo SUS.	-
37. Abigail – Eu não sou daqui, viemos p/ cá pois minha neta passou no vestibular.	07
38. Abigail – Gostei muito do trabalho de vocês, de tudo, da higiene.	08
39. Abigail – Em G. tive que ser atendida no Pronto Socorro e fiquei assustada.	08
40. Abigail – Gosto demais daqui e espero que dê tudo certo.	08
41. Lídia fala sobre como é o trabalho da equipe de psicologia.	-
42. Suzana – Graças a Deus está tudo bem.	03
43. Suzana – Estou preocupada porque tinha consulta marcada mas perdi a consulta porque estava com problema da coluna e estou com medo do Dr. Sebastião não me atender.	09
44. Suzana – Em junho faz 5 anos que fiz a cirurgia e estou muito bem.	01
45. Lídia fala sobre Marisa ter encontrado muitos amigos.	-
46. Abigail – Quando se mora muito tempo em um lugar tem muitos conhecidos, isso é muito bom.	06
47. Lídia pergunta se descobriu algo bom na vida.	-
48. Abigail – Mudam muitas coisas com a doença.	02

49. Abigail – Sempre soube conviver com as pessoas.	07
50. Abigail – Muitas pessoas não sabem, com a doença ficam mais humildes.	07
51. Abigail – Sempre fui muito humilde.	07
52. Abigail – Me dediquei muito à vida política pois meu marido foi prefeito, ajudei muitas pessoas através do trabalho social enquanto primeira dama.	07
53. Abigail – Aprendi muito na vida, aprendi a ser humilde.	07
54. Abigail – Tenho muitas amizades.	07
55. Lídia – Esta foi mais uma das situações de todas q/ passou.	-
56. Abigail – Nunca passei por uma cirurgia.	07
57. Abigail – Tive 6 filhos de parto normal, um deles morreu, me dou bem com todos os filhos.	07
58. Abigail – Tenho fé, estou um pouco nervosa por fazer cirurgia, só fiz cirurgia de períneo com anestesia local e retirei o nódulo.	01
59. Abigail – Quando recebi a notícia foi um baque, mas sei que não fui a primeira e nem serei a última.	02
60. Abigail – Faço muitas coisas, vários tipos de pães.	05
61. Abigail – Minhas irmãs vieram me visitar, fizeram bolo, isso ajudou.	06
62. Abigail – Faço crochê, tapeçaria com tela, com fé vou continuar.	05
63. Abigail – Cada coisa que passa é uma lição, não tem como fugir do caminho que Deus traçou.	03
64. Abigail – É a primeira vez que participo de grupo, vou dar o endereço para as meninas irem lá me visitar, tomar um cafezinho.	03
65. Marta – Estava com saudade, faz tempo que não vinha.	03
66. Marta – Aqui é bom demais.	03
67. Suzana – Quando a pessoa está doente tem que confiar em Deus e não se preocupar.	03
68. Suzana – Eu nem me preocupei, nem me lembro.	02
69. Marta – Nem liguei, não adianta.	02
70. Marta – Estou como uma galinha rodeada de pintos.	06
71. Marta – Várias mulheres que tem o problema voltou e ligam desesperadas.	06
72. Marta – Não tenho tempo de saber como estou, não me preocupo, não sei se o meu voltou.	02
73. Marta – Depois de tudo entrei em depressão, fiquei no fundo do poço, não sei porquê.	02
74. Marta – Não se sabe como entra e nem como sai.	02
75. Marta – Ficava deitada.	02
76. Marta – Quem gosta da gente é a gente mesmo, levantei, tomei um banho, peguei a tesoura e fui fazer uma amostra de bordado, no outro dia fui fazer pintura, nem vi o tempo passar e melhorei.	05
77. Marta – Tem que procurar algo para se distrair.	05
78. Marta – Não gosto de falar sobre o assunto, quando estava no grupo de natação só falavam sobre isso, achava ruim.	02
79. Marta – Quando a gente trabalha não pensa em outras coisas, quero propor um grupo para bordar e se distrair com essas mulheres.	05
80. Lídia fala sobre o poder do pensamento.	-

81. Marta – Minha irmã está com depressão, está acabando com ela, disse p/ ela que ela é quem tem que reagir, o médico não vai mudar nada, tem que reagir, nunca foi de reclamar.	06
82. Abigail – Tudo o que a gente pensa que vai fazer, nós fazemos.	03
83. Marta – Eu nunca deitei com esse problema que tive.	02
84. Abigail – Estou com vontade de procurar um grupo de terceira idade, quero participar de tudo, aprender a dançar.	04
85. Marta – Não sei dançar, sou muito dura.	04
86. Marta – Dançar eu não vou, mas participo de tudo.	04
87. Marta – Você não vê tristeza nesse lugar.	08
88. Marta – O tempo é a gente que faz.	08
89. Marta – Plantar é comigo mesma.	05
90. Lídia – A gente pensa que se cuidar é só vir ao médico, mas fazer coisas que se sentem bem.	-
91. Abigail – Eu também sou acostumada com todo tipo de serviço.	05
92. Marta – Quando estou no meio das plantas sinto uma emoção diferente, converso com as plantas e me sinto bem.	06
93. Marta – Quando não estamos bem, basta ir no meio das plantas, elas nos aliviam.	06
94. Marta – Adoro trabalhar com planta, pintura e comida, é o que mais gosto de fazer.	05
95. Marta – Minha casa parece um viveiro.	06
96. Marta – Tenho privilégio até com os beija-flores, é o bicho mais bravo que tem.	06
97. Marta – Se eu cantar ela vai onde estou.	06
98. Marta – Em casa eu não tenho tristeza, embora vivo sozinha.	06
99. Marta – Moro sozinha, mas tenho meus bichos (um cachorrinho).	06
100. Marta – Não sinto solidão.	06
101. Marta – Durante o dia trabalho e à noite vou dormir.	05
102. Marta – Minhas amigas não acreditam que eu não tenho solidão.	06
103. Marta – Estou sozinha há 30 anos.	06
104. Lídia – É importante preencher a vida.	-
105. Marta – Não tenho solidão, de noite assisto TV e vou dormir, não preciso de ninguém para viver comigo, estou há 30 anos sozinha.	06
106. Marta – Tem certas visitas que ao invés de me ajudar nos atrapalham, falam coisas erradas que às vezes nos desesperam.	02
107. Marta – Uma senhora no terminal me perguntou se eu não tinha vergonha de sair na rua sem uma mama.	02
108. Marta – Fiquei sem jeito, me pegou de surpresa, nem pensava nisso, ñ sabia o que falar.	02
109. Marta – Uma mulher foi que me defendeu.	02
110. Lídia – Vamos encontrar pessoas boas e más.	-
111. Marta – Até na rádio tinha pessoas que me falavam que ia morrer e não adiantava o tratamento, que é uma doença que não tem cura.	02
112. Marta – Não dei ouvidos.	02

113. (Márcia entra na sala).	-
114. Lídia – O que ajuda a conviver com pessoas positivas e negativas é a nossa força, acontece com todo mundo.	-
115. Márcia – Agora está tudo bem, estou fazendo o tratamento, afastei do serviço e não sei como vai ser.	01
116. Márcia – Vou ser curada novamente, tenho fé.	03
117. Márcia – A Ana tem me dado muita força.	09
118. Márcia – Aprendi muita coisa, hoje aceito mais.	09
119. Abigail – Tô gostando, achei muito bom.	03
120. Abigail – Se Deus quiser vamos estar juntas sempre.	09
121. Abigail – Quando cheguei no HC fiquei com batedeira, mas depois que participei do grupo estou me sentindo bem melhor, consegui me acalmar.	03
122. Márcia – Gostou e vai vir sexta mesmo sem ter consulta.	03
123. Márcia – Falei para várias mulheres na rádio sobre o grupo.	03
124. Márcia – As psicólogas são muito boazinhas, levantam o astral da gente.	09
125. Márcia – Acho que elas vão participar.	03
126. Talita – Se correr tudo bem com ela, vou embora amanhã.	-
127. Talita – Sou irmã dela (Abigail).	-
128. Talita – Agora vou ver se ela vai fazer cirurgia ainda.	-
129. Suzana – Vou voltar só em outubro.	03
130. Lídia encerra o grupo.	-

QUADRO 7

Análise do relato da reunião do dia 26 de maio de 2000 e categorização por frase.

Frases	**Categoria**
01. Coordenadora Ana: Apresentação do grupo de psicologia, no que consiste o grupo de sala de espera, pede que alguém inicie.	-
02. Rosalina – Ando esquecida, esqueci seu nome.	02
03. Ana – Nome é difícil.	-
04. Rosalina – Esqueci até como escreve meu nome, outro dia p/ assinar tive que olhar.	02
05. Ana – Tem que praticar.	-
06. Rosalina – Deu branco, fui na cozinha e esqueci o que ia fazer.	02
07. Ana – Está geral este problema.	-
08. Mônica – De memória sou uma beleza, rio o tempo todo, nada me desanima, tenho paladar p/ tudo.	02
09. Mônica – Me incomoda problema de doença.	04
10. Mônica – Nunca desacoçoei, não choro, não gemo, não lastimo, o Senhor está comigo, vim p/ retorno.	02
11. Benedita – Caso dela é grave, teria que tirar os 2 seios se agüentar, hoje não trouxe biópsia, sabe que está no pulmão e nos 2 seios.	-
12. Benedita – Graças à Deus sarou, não tem mais nada.	-
13. Benedita – Foi batizada pelas águas de Deus e foi curada no último domingo.	-
14. Mônica – Com Deus, está tudo certinho.	03
15. Rosalina – Eu tava operada e parecia q/ ñ, ficava alegre, qdo Deus ama nossa alma a gente tem força, qtas vem a doença e se abate, às vezes as pessoas clamam, Deus não é só doutrina, tem que se confiar primeiro Nele e depois nos médicos, se ele não tiver na vida de ninguém, ninguém é nada.	03
16. Ana – Tem q/ ter força, Deus dá esta força, tem pessoas q/ ficam diferente.	-
17. Rosalina – Porque tem gente que pensa diferente.	02
18. Rosalina – Meu esposo é católico, é uma pessoa doente.	02
19. Rosalina – No dia 7 de maio foi minha biópsia, 24/06 ele foi p/ UTI, Deus abençoou tive aquela paz, minha biópsia foi complexa, em agosto fiz cirurgia, passei por tudo, ele ficou tão preocupado e impressionado, não sei por quê conta isso para todos, devia contar da Obra do Senhor.	03
20. Carolina – Tem q/ procurar o médico, uma irmã da minha cunhada falou "Deus me libertou", morreu no maior sofrimento.	02
21. Carolina – Tem q/ ter muita fé mas tem q/ procurar o médico.	03
22. Ana – Tem pessoas q/ preferem fugir do que lutar.	-
23. Carolina – Fico triste e chateada, não consigo ficar animada.	02
24. Isabel – Sabe a piada do cara que estava morrendo afogado e recusou o socorro dizendo q/ Deus iria salvá-lo, chegando no céu Deus disse que tentou ajudá-lo de várias formas e ele recusou todas, quer dizer ele morreu porque quis.	03

25. Ana – Deus dá força, mas não significa q/ ñ fique triste, tem gente q/ encontra forças em lugar diferente, família, vizinhos, médicos.	-
26. Ana – Tem q/ ser verdadeiro com a gente, fugir não resolve.	-
27. Rosalina – Muitas vezes Deus permite a doença para a salvação da alma da pessoa, a pessoa sofre mas ainda tem muito recurso.	03
28. Eva – Tenho 10 anos de tratamento, fiz radioterapia, até hoje está tudo bem.	01
29. Eva – Não sei o que me fez ficar mais forte.	02
30. Eva – Fico desorientada sempre que tenho que vir, tenho dor de barriga, medo de passar por outro problema.	02
31. Rosalina – Tive hanseníase, quando era menina um problema sério nas pernas e tive 14 filhos, fiquei 4 meses na cama, passei por esta parte, tenho osteoporose mas estou sempre alegre, ninguém acredita.	04
32. Rosalina – Minha casa vive cheia de meninos.	06
33. Eva – Fiz quase um ano de química, não é brincadeira.	01
34. Cássia – Tenho 6 anos de cirurgia, lembro da data 25/06, era uma segunda-feira, tive internada 18 dias para exames, pedi forças a Deus, tenho muita fé e estou vencendo, o jeito que fez a cirurgia me atrapalhou, repuxa demais.	01
35. Ana – Existe a cirurgia de reconstrução da mama, feita 3 anos depois, porém a prótese dificulta o diagnóstico.	-
36. Cássia – Estou vivendo bem assim, não uso prótese.	01
37. Rosalina – O médico me mandou usar prótese.	01
38. Simone – Estou prestando atenção.	03
39. Simone – No mundo tem coisa fácil e tem coisa difícil, a gente tem que andar certo, não maltratar o próximo, ser fiel a Deus, tem que fazer caridade, as pessoas que não têm tem que procurar quem tem para cumprir.	03
40. Simone – Todos tem Deus no coração; sem Ele somos matéria podre.	03
41. Simone – Tem que ajudar quem merece.	03
42. Simone – Tem gente que quando vê um coitado sofrendo, alguém com nosso incômodo, vira a cara.	02
43. Ana – Antes do problema a senhora se preocupava com isso?	-
44. Simone – Toda vida me preocupei com isso.	03
45. Simone – Sou da religião de Maria, faço visita.	03
46. Simone – Sofri muito.	07
47. Simone – Casei cedo, aos 22 anos fiquei viúva, meus filhos tem 11 meses de diferença.	07
48. Simone – Tive medo das crianças passarem fome, tinha um confortinho, 12 alqueires de terra, trabalhava todo dia, adiantava o serviço p/ não pagar peão.	07
49. Simone – Meus filhos estudavam, quando terminaram a 4ª série tive q/ mudar para continuarem.	07
50. Simone – Vendi tudo que tinha p/ vir para a cidade.	07
51. Simone – Juntei tudo q/ tinha, mantimento, porco, galinha, arma e vendi.	07
52. Sai p/ consulta.	-
53. Carolina – Não quero falar não, estou estressada com negócio de médico, tem hora q/ a fé vai embora.	01
54. Isabel – Fé é muito difícil.	01

55. *Carolina – Tem q/ ter fé, mas é muito relativo, depende de cada um.*	01
56. *Isabel – É mto difícil ter fé, tem hora q/ fraqueja, ñ dá p/ ter todo momento.*	01
57. *Carolina – A família acha q/ tenho muita força, não tenho ânimo p/ continuar fazendo caminhada.*	01
58. *Carolina – O médico me aconselhou hidroginástica, não criei ânimo.*	01
59. *Isabel – Tem q/ começar para criar ânimo, se não fizer assim, deixa.*	03
60. *Isabel – Quando se força a fazer alguma coisa começa a gostar e não pára.*	03
61. *Carolina – Depois q/ superar vou voltar.*	04
62. *Carolina – Descobri o nódulo e minha irmã estava com displasia, achei que era igual, isso foi em setembro.*	02
63. *Carolina – Depois fiz muitos exames, fiz químio p/ diminuir o tamanho do nódulo e marcar a cirurgia.*	01
64. *Carolina – Os exames q/ fiz estão prontos.*	01
65. *Carolina – Acho ruim esta coisa de hospital, pessoas doentes.*	01
66. *Carolina – Fiz os exames no P. S., não gosto do ambiente hospitalar, acho ruim, deixaria de lado, não tenho medo da morte.*	01
67. Ana – Hospital lembra ficar doente.	-
68. Ana – Tem que ter muita energia p/ poder vir.	-
69. *Isabel – A gente fica muito em casa, ñ fica á par.*	08
70. *Isabel – Quando chega aqui, assusta.*	08
71. *Carolina – Sempre trabalhei, não me envolvia com problemas assim, não tinha essas preocupações, lidava com o público.*	05
72. *Carolina – A atividade distrai, melhora.*	05
73. *Carolina – Acho o trabalho voluntário muito bom, não pode ficar bitolado só em médico, é muito ruim.*	05
74. *Carolina – Janeiro comecei a químio p/ poder operar, não agüento mais agulhada na mão, tirar sangue.*	01
75. Ana – Você está se cobrando muito, este é um momento difícil, não dá para ser forte.	-
76. *Carolina – O povo em volta cobra que tem q/ ser forte.*	06
77. Ana – Você tem o direito de chorar, de reclamar, tentar ver o que vai fazer.	-
78. *Carolina – Minha irmã é muito boa, não cobra, sempre me acompanha.*	06
79. *Carolina – Tenho uma família grande, alguém sempre cobra, prima de Uberaba.*	06
80. *Carolina – Sou jovem, tenho 40 anos, uma filha de 14 estudiosa, caseira.*	07
81. *Eva - Tem que ter fé.*	01
82. *Carolina – Sou católica, participei de grupo de jovem, não tem que mudar de Igreja p/ ter fé.*	03
83. *Carolina – Minha mãe e minha irmã são de Igreja evangélica, tem que ter fé, Deus é um só, se Ele quiser mudar algo na sua vida muda aqui no banco.*	03
84. *Rosalina – Se Ele quiser Ele faz.*	03
85. *Carolina – Se não puder ajudar não atrapalha.*	03
86. *Eva – Minha cunhada é uma pessoa boa, tirou um pedaço do seio, é uma pessoa vaidosa, está triste e chateada, está fazendo da química vermelha.*	02
87. Ana – Isso assusta, dá medo de pensar se vai sofrer tanto.	-

88. Silvana – Tem cura?	02
89. Ana – Tem gente que passa por aqui e morre de outra coisa.	-
90. Carolina – É importante uma alimentação saudável.	03
91. Carolina – Enjoava mas ñ senti mal com a químio.	01
92. Rosalina – Fala sobre a comida oferecida pelo hospital.	08
93. Ana - Cada um reage de um modo diferente, a cirurgia é igual mas o corpo é diferente.	-
94. Ana - Como ajudar o corpo a superar isso?	-
95. Ana - Alimentação, caminhada, hidroginástica.	-
96. Carolina – O médico descobriu o nódulo, qdo falou p/ mim, já sabia q/ estava c/ esse negócio, falou diretamente, dizem que Deus escolhe as pessoas fortes para ter essa doença.	02
97. Carolina – No momento não me assustou, minha mãe quando soube assustou.	02
98. Carolina – Qdo parei é que caiu a ficha.	02
99. Carolina – Uma semana estou bem, depois fico mal, na quarta eu estava agoniada.	02
100. Ana – Tem que descobrir o que está ruim, respeitar o corpo, se permitir sentir.	-
101. Carolina - Acho isso ruim, p/ o corpo e p/ o espírito.	02
102. Ana – Tem que sentir, não tem problema sentir um pouco, ruim é ficar mto tempo triste, nestes momentos tem que procurar quem pode ajudar.	-
103. (Carolina sai para a consulta)	-
104. Eva – É bom conversar, trocar idéia.	02
105. Eva – Irmã que o filho morreu num assalto com 21 anos.	10
106. Eva – Recebi uma visita de uma mulher que é muito apaixonada pela filha, fiquei com dó dessa mulher, ninguém quer me ouvir.	02
107. Rosalina – Minha vizinha ficou viúva, fico junto, converso, tem dia q/ ela chora, mesmo fazendo alguma coisa ela fica triste.	06
108. Ana – Ela procurou ajuda profissional.	-
109. Eva – Quando ficou viúva, ficou triste, o médico mandou sair, fui melhorando, ia ajudar uma conhecida.	10
110. Ana – Pergunta p/ o grupo porque precisa conversar.	-
111. Rosalina – Através da conversa tem muita coisa boa.	02
112. Cássia – Conforma e esquece.	02
113. Ana – Porque coloca pra fora.	-
114. Rosalina – pessoas morrem cedo por falta de conversar.	10
115. Eva – Com o problema a gente fica sensível, qualquer coisa que façam a gente se magoa.	02
116. Cássia – Pessoas que tem família grande e tem muito problema, passa por tanto problema que até se esquece das coisas da gente.	01
117. Cássia – Cuido da minha mãe, meu filho tem um problema na perna, mas nunca esqueci uma consulta, lembro hoje é meu dia, cuida e passa.	01
118. Silvana – E a alta?	01
119. Eva – Me sinto mais animada por falar.	03
120. Cássia – Faz tempo que freqüento o grupo, as pessoas mudam, conheci muitas estagiárias.	07

121. Ana - Fala sobre o grupo e sobre os atendimentos individuais.	-
122. Cássia – Pergunta porque Eva ainda está se tratando para fazer a cirurgia.	01
123. Ana – Explica que cada nódulo é diferente, depois encerra o grupo.	-

QUADRO 8

Análise do relato da reunião do dia 16 de junho de 2000 e categorização por frase.

Frases	Categoria
01. Sara apresentou as estagiárias e pediu para as pessoas contarem um pouquinho de si após dizer o objetivo do GSE.	-
02. Júlia – Estou acompanhando minha mãe que fez cirurgia há um ano e está boa (a mãe não entrou no grupo).	-
03. Júlia - Ela fez QT e RT.	-
04. Conceição – Estou acompanhando minha irmã que já fez cirurgia há 15 anos e está boa.	-
05. Conceição – Retorna de 6 em 6 meses.	-
06. Venância – Acho que vou ter que fazer cirurgia.	01
07. Venância – Vim ver o diagnóstico.	01
08. Venância – Estou com um nódulo que está crescendo muito.	02
09. Antônia – Vim pegar os resultados para saber se vou ter que fazer outra cirurgia.	01
10. Antônia – Não sinto dor.	02
11. Cláudia – Vim saber o resultado do que preciso fazer.	01
12. Cláudia – Fiz QT e não senti nada.	01
13. Cláudia – Fiz RT.	01
14. Cláudia – Agora estou sentindo fraqueza.	01
15. Cláudia – Sinto fraca, mas não de cair nada.	01
16. Cláudia – Vim sexta e voltei hoje para ver o que terei que fazer.	01
17. Cláudia – Não tenho fome, não estou comendo.	01
18. Cláudia – Como uma fruta, um mingau.	01
19. Cláudia – Deus é o maior, depois Jesus, e depois os médicos.	09
20. Cláudia – Tenho 82 anos e nunca senti nada.	02
21. Cláudia – Nunca fiz exame local, nunca tomei hormônio, nada.	04
22. Cláudia – Meu seio ficou muito grande.	02
23. Cláudia – Depois de quase 1 ano é que descobri o nódulo.	02
24. Cláudia – Por causa da minha idade não pude fazer QT.	01
25. Cláudia – Toda vida trabalhei, lavava 4 banheiros toda vida.	05
26. Cláudia – Não sei como foi aparecer isso.	02
27. Antônia – Mesmo não sentindo dor tem que fazer os exames.	03
28. Amália – Falou dos exames complementares e dos tratamentos - QT e RT.	-
29. Amália – Não é porque não sentimos dor é que não estamos doente.	-
30. Amália – Falou da mamografia, da cirurgia e depois é que se vê se precisa da mastectomia.	-
31. Amália – Depois dependendo do tamanho do nódulo é que se vai ver se precisa fazer QT.	-
32. Eva – Estou fazendo QT e não sinto nada.	01

33. Eva – O médico diz que cada um reage de um jeito.	01
34. Eva – Fiz 11 QT.	01
35. Amália – São raras as pessoas que não sentem nada.	-
36. Amália – Cada organismo reage de um jeito.	-
37. Amália – A alimentação, os remédios ajudam a amenizar os efeitos da QT.	-
38. Amália – Comer frutas e verduras e evitar carne vermelha ajuda.	-
39. Amália – Cada pessoa precisa de um tratamento diferente.	-
40. Cristina – Fiz cirurgia há 15 anos e não fiz tratamento nenhum.	01
41. Cristina – Fiz duas cirurgias no prazo de 6 meses.	01
42. Cristina – Tenho 80 anos.	07
43. Cristina – Só tomei uns remédios em casa.	01
44. Cristina – Parece que foi até um milagre.	03
45. Cristina – Só levei susto quando fiquei sabendo.	02
46. Cristina – Dr Sebastião assusta.	09
47. Leda – O remédio que a D. Cláudia tomou deu alergia no corpo e ela ficou toda pintada.	-
48. Leda – É raro acontecer.	-
49. Leda – Depois mudou o tipo de remédio.	-
50. Amália – Qualquer alteração tem que procurar o médico.	-
51. Cláudia - Tinha que tomar dois remédios por dia de uma vez só, quase me acabou.	01
52. Cláudia - Minha filha falou que eu tinha que falar com os médicos, aí eles mandaram parar de tomar.	01
53. Cláudia - Graças a Deus, não sinto nada.	01
54. Amália - A D. Cristina levou um susto também.	-
55. Cristina – Dr. Sebastião falou para ir para casa.	09
56. Cristina – Por mim fazia a cirurgia na hora.	02
57. Conceição - Achei que não fosse nada e fui até para a fazenda.	-
58. Miriam – Perguntou se a D. Cristina sentia dor.	02
59. Miriam – Eu tenho muita dor.	02
60. Miriam – Fiz cirurgia na mama há 14 anos.	01
61. Miriam – Sentia como se fosse um monte de anzoizinhos puxando.	02
62. Miriam – Fiz todos os exames e 7 meses de tratamento para tirar o excesso de antibióticos do corpo, aí veio o fluxo local.	01
63. Miriam – Fiz cirurgia.	01
64. Miriam – Fiquei apavorada e o médico disse: "Se você agüentar a dor vamos resolver isso já".	09
65. Miriam – Depois da cirurgia nunca mais senti dor.	01
66. Miriam – Pesei 36 kg.	01
67. Miriam – Fiz tratamento depois da cirurgia – 6 meses r.	01
68. Miriam – Ano passado meu esposo sofreu um acidente e faleceu.	10
69. Miriam – Depois de dois meses senti ferroada na mama esquerda.	02
70. Miriam – Consegui uma consulta.	02
71. Miriam – Fiz pulsão, biópsia, fiz 1 ano de tratamento para infecção.	01
72. Miriam – Se com o tratamento não resolvesse teria que fazer cirurgia.	01

73. Miriam – Não trabalhava.	05
74. Miriam – Agora voltei a trabalhar.	05
75. Miriam – A mama esquerda não voltou a doer.	02
76. Miriam – Agora é a mama direita que voltou a doer.	02
77. Miriam – Estou apavorada, com muito medo.	02
78. Miriam – Não sei se é porque sofri muito da 1ª vez que agora não consigo não ter medo.	01
79. Miriam – Tenho dor e fraqueza.	02
80. Miriam – É a primeira vez que estou vindo aqui.	03
81. Miriam – Se eu tiver que fazer biópsia estou com medo.	01
82. Leda – A mama da mãe ficou enorme, há muitos anos.	-
83. Leda – Fugi com ela do Hospital.	-
84. Leda – Faz 30 anos isso.	-
85. Leda – Hoje o peito dela tá murchinho que nem tem.	-
86. Leda – Acredito muito em Deus.	-
87. Leda – Sou muito devota e não aceitei que minha mãe fizesse a cirurgia.	-
88. Amália – falou para Miriam: você está evitando o sofrimento por estar aqui.	-
89. Amália – Agora você pode estar mais sensível com o sofrimento que teve antes.	-
90. Cristina – É preciso muita fé em Deus.	03
91. Eva – No ano passado fiz exame, cirurgia.	01
92. Eva – Tive problemas.	02
93. Eva – Fiz QT e me recuperei.	01
94. Eva – No mês passado vim fazer exames e apareceu um nódulo no outro seio.	02
95. Eva – Vim ver o que o Dr Sebastião vai fazer.	01
96. Eva – Que que Deus vai marcar.	03
97. Venância – No princípio tive muito medo, mas agora estou tranqüila.	02
98. Amália – Falou da importância do apoio da família, do marido, dos filhos, dos netos e familiares que apóiam a paciente.	-
99. Amália – Disse que ajuda muito.	-
100. Leda – É por isso que a D. Cláudia vai para frente.	-
101. Leda – Os filhos não dão muita importância, mas eu dou.	-
102. Sara falou da importância da fé.	-
103. Leda – Dou o maior carinho para a D. Cláudia.	-
104. Leda – Sou católica e rezo muito.	-
105. Leda – Estava sentindo as dores que a D Cláudia sentia (chorou).	-
106. Sara – Falou que também é difícil para os familiares passar por isso.	-
107. Leda – Falei para a D Cláudia que nada vai fazer para tirá-la de ajudá-la.	-
108. Leda – O ex-marido falou que ela estava adoecendo a mãe dele.	-
109. Leda – Mas isso não vai me tirar do caminho de ajudá-la.	-
110. Leda – Estou muito magoada com ele.	-
111. Leda – Eu gostaria de conversar particular, mas acho que não vou.	-
112. Leda – D Cláudia me tem como uma filha.	-
113. Leda – E eu tenho um amor por ela, me atingiu muito.	-

114. Amália - Falou da importância de conversar tanto coisas boas como coisas ruins, porque às vezes o outro não sabe o que estamos sentindo.	-
115. Cristina – Não pode guardar os sentimentos.	03
116. Amália – Guardar machuca dentro da gente.	-
117. Leda – Tenho amor demais pela D Cláudia.	-
118. Leda – É desinteressado e faço tudo por ela.	-
119. Leda – Ninguém vai me atingir, não vou deixar.	-
120. Leda – Conversei com minha irmã e ela disse para não falar nada com ele.	-
121. Leda – Mais uma eu não vou agüentar, se eu não falar eu vou morrer.	-
122. Amália - O copo transborda.	-
123. Amália - Às vezes achamos que vai ter encrenca se conversarmos com o outro, mas não.	-
124. Leda – Eu luto para conversar com ele como amiga.	-
125. Leda – Eu fico magoada.	-
126. Leda – Sou uma pessoa carinhosa, sofri demais, passei muitas dificuldades dentro de casa, com meu filho.	-
127. Leda – O mundo desabou e eu estou vencendo aos poucos.	-
128. Leda – O filho está bem, agora está empregado.	-
129. Leda – Eu não sou mau não.	-
130. Amália – É importante ir falando com os outros à medida que as coisas acontecem para não transbordar o copo de uma vez.	-
131. Amália – Às vezes é preciso esperar um pouco, mas logo que der conversar com o outro.	-
132. Leda – Eu estou doente.	-
133. Leda – Meu filho ia viajar.	-
134. Leda – Ele me chamou às 5:20.	-
135. Leda – Levantei tremendo, achando que fosse desmaiar, não dormi à noite.	-
136. Cristina – Daqui uns dias eu volto.	03
137. Amália - Falou que D Cristina gostava de dançar e que depois da cirurgia começou a dançar.	-
138. Amália - Uma irmã não gosta e não quer que ela vá.	-
139. Amália - Mas deve ir.	-
140. Amália - O diagnóstico de ca faz a gente rever a vida e ver que não fazemos coisas que gostamos.	-
141. Cristina – Ainda caminho, mas o trabalho de casa é grande.	05
142. Cláudia – Dancei muito, mas agora depois de velha não dá.	04
143. Cláudia – Antes, quando era nova tinha uma ilusão de encontrar algum moço.	04
144. Cláudia – Hoje não dá, me arrumo e vou lá e vejo os velhos pior que eu, uns veados que não sabem dançar, cheirando cecê, bebida e cigarro.	04
145. Cláudia – Não vou nem!	04
146. Leda – Tem um sobrinho que é muito bom e que a mulher mandou embora.	-
147. Leda – Ele tem que arrumar uma corôa que dê valor para ele.	-

148. Cláudia – Já estou velha mesmo, porque vou lá sentir bafo, homem molhado.	04
149. Cláudia – Não sou orgulhosa, não sou nada na vida, mas não sei se é porque fui criada assim.	04
150. Amália – Falou da necessidade das pessoas se cuidarem, tanto homem quanto mulher.	-
151. Cláudia - Tem muita velha que tem namorado.	04
152. Cláudia - Mas a maioria que vai lá é casado e ficam dando umas "chupadas".	04
153. Cláudia - Coisa feia!	04
154. Amália – Carinho e afeto existem em qualquer idade.	-
155. Lúcia – Não pode perder essa vontade de viver, essa alegria.	-
156. Lúcia – O corpo envelhece, o espírito não.	-
157. Lúcia – Temos que cuidar do espírito porque é ele que volta para Deus.	-
158. Sara – Às vezes não é dançar que deixa a gente feliz, mas temos que buscar o que nos deixa feliz, o que anima.	-
159. Cláudia – Se minha filha gosta, ela vai, mas ela também não vai.	04
160. Cláudia – Se arruma para sair, usa salto e sai para ver velho feio.	04
161. Cláudia – Sou capaz e chegar perto dos velhos e mandar eles criar jeito.	04
162. Amália - Cada um tem um jeito de expressar sua afetividade.	-
163. Leda – Minhas amizades são pessoas velhas.	-
164. Amália – Dependendo da idade, a expressão de carinho é diferente, mas é muito bom ter o afeto dos outros.	-
165. Cláudia – Eu não fico no meio dos velhos.	04
166. Cláudia – Gosto da meninada, das crianças.	04
167. Amália - Você se identifica mais com a energia dos jovens.	-
168. Amália - Pediu para as outras pessoas falarem.	-
169. Paula - Acharam um nodulozinho.	02
170. Paula - Vim para ver se vai retirar.	01
171. Paula - Disseram que está pequeno para retirar.	02
172. Paula - Apareceu isso sem a gente esperar.	02
173. Lúcia – Tem que fazer acompanhamento.	-
174. Lúcia – A falta de informação às vezes atrapalha.	-
175. Amália – A vida toda tem que fazer acompanhamento.	-
176. Francisco – Minha esposa foi no médico no interior e se tivesse resolvido antes teria facilitado o tratamento.	-
177. Lúcia – Quando ela chegou aqui estava muito abatida.	-
178. Lúcia – Mas ela tem muita força.	-
179. Lúcia – Depois que ela começou a ir na Igreja, parece que ela renovou.	-
180. Lúcia – Toda ajuda externa é inválida quando a pessoa internamente não sentir que está bem.	-
181. Lúcia – A família dela se uniu e a minha cresceu.	-
182. Lúcia – Ela é caladinha, mas é muito emotiva.	-
183. Lúcia – A família dela é da Bahia.	-
184. Francisco – A gente voltou na Bahia para vermos a família.	-

185. Francisco – Os filhos estão todos aqui, comprando casa aqui.	-
186. Francisco – A família unida ajuda muito no caso do problema dela.	-
187. Amália – Incentivou as pessoas a visitarem os filhos.	-
188. Lúcia – É importante sentir que a vida continua a mesma.	-
189. Lúcia – Em termos de afetividade melhora muito.	-
190. Lúcia – A gente revê muita coisa, não só o paciente, como todos que estão próximos.	-
191. Amália – Às vezes melhora.	-
192. Amália – A pessoa passa a dar valor para as coisas.	-
193. Miriam – Perguntou se a Virgília sente dor.	02
194. Virgília – Um pouco nas costas.	02
195. Amália – Perguntou se veio fazer consulta para ver se precisa operar.	-
196. Virgília – É.	01
197. Virgília – Já tomei a 1ª QT.	01
198. Virgília – Não tomei ontem porque preciso ver se vou operar.	01
199. Miriam – O que é QT e RT?	01
200. Amália – QT: remédio na veia, às vezes usada para reduzir o tamanho do tumor.	-
201. Amália – RT (explicou).	-
202. Amália – Algumas pessoas não precisam fazer, outros fazem antes, outras depois.	-
203. Amália – Cada caso é um caso.	-
204. Amália – A RT tem sessões de no máximo 25 a 30.	-
205. Amália – A QT é diferente.	-
206. Amália – Toma medicação.	-
207. Amália – Tem de curta e longa duração, toma no Hospital e depois vai para casa.	-
208. Amália – O tipo de QT depende dos exames.	-
209. Amália – O quanto antes a pessoa procura o médico é melhor.	-
210. Amália – Os homens também podem ter ca de mama, embora seja raro.	-
211. Lúcia – A mulher percebe mais rápido.	-
212. Lúcia – Eu conheci um rapaz que precisou fazer QT.	-
213. Lúcia – Por preconceito não procurou o médico.	-
214. Lúcia – As pessoas não aceitam.	-
215. Lúcia – Mas é bom a gente cuidar enquanto é tempo.	-
216. Lúcia – Gostaria de saber da prótese.	-
217. Amália – Mostrou as próteses, falou dos tipos e da importância de seu uso.	-
218. Venância – Escondi uma doença no útero por 12 anos, tinha hemorragia, anemia forte.	04
219. Venância – Há um ano tirei o útero e não era nada grave.	04
220. Venância – Sofri à toa esses anos.	02
221. Venância – Agora não escondo mais.	02
222. Venância – Fiz mamografia e vou ver o resultado hoje.	01
223. Venância – O nódulo tem 3 cm e cresceu rápido.	02

224. Eva – Dr Sebastião fala que gosta de tirar a mama toda para não dar problema depois.	09
225. Eva – Espero não ter que fazer QT de novo.	01
226. Eva – É muito triste.	01
227. Eva – Perdi muito peso.	01
228. Venância – O problema é que sou diabética e já subiu até 570.	04
229. Venância – Qualquer coisa ela sobe.	04
230. Venância – Não como nada de doce e de massa.	04
231. Venância – Tomo insulina, mas quando fico nervosa, ela sobe.	04
232. Amália - Falou da importância de controlar a Diabetes para poder fazer a cirurgia.	-
233. Amália - Encerrou o grupo.	-

QUADRO 9

Análise do relato da reunião do dia 25 de agosto de 2000 e categorização por frase.

Frases	Categoria
01. Luciana apresentou as estagiárias e pediu para que as pessoas contassem um pouco da sua história para que trocassem experiências.	-
02. *Isabel - Terminei as rádios, deu só uma queimadinha, mas estou tranqüila.*	01
03. *Isabel - Estou com uma dor na nuca, mas já fui ao ortopedista.*	04
04. *Isabel - Fiquei preocupada pois ele colocou uma agulha no braço que operei, mas depois o médico disse que não tinha problema.*	04
05. *Rosalina - Eu já terminei as rádios há um ano.*	01
06. *Rosalina - O que me incomoda é a hosteoporose.*	04
07. *Rosalina - Parece que vai ter que operar, mas eu não queria, já operei de mais na vida.*	01
08. *Rosalina - Se for preciso, mas Deus pode abençoar que não seja preciso.*	01
09. *Glória - Tem 2 anos que operei.*	01
10. *Glória - Estou bem graças a Deus.*	03
11. Zélia - Hoje a senhora veio para fazer o que?	-
12. *Ruth - Tenho CA de mama, trabalho aqui no Hospital; já fiz químio.*	07
13. *Ruth - Tomo de tudo para melhorar, eu creio que não vou ter que fazer cirurgia.*	01
14. *Ruth - O cabelo caiu todo, se não fosse a peruca eu estaria enfiando a cabeça no buraco igual bicho.*	01
15. *Ruth - Saio, danço, como mesmo sem sentir o gosto, o que eu não quero é parar.*	01
16. *Ruth - Tomo chá de rosa branca para limpar o sangue.*	01
17. *Glória - Eu também tomei muita coisa.*	01
18. *Ruth - Eu tomo químio vermelha, ela intoxica o sangue, a rosa branca melhora isso.*	01
19. Zélia - O que o médico acha disso?	-
20. *Ruth - Ela diz que cada um acredita no que quiser.*	01
21. *Ruth - Tem uns que bebem urina, só que isso eu acho demais.*	01
22. *Ruth - Eu só não comprei o chá de cogumelo porque é muito caro.*	01
23. Luciana - O importante é acreditar e fazer o tratamento.	-
24. *Ruth - Já fui em médico espiritual, eu acredito que já tivemos vidas antes, e estou aqui para pagar o que fiz.*	03
25. *Ruth - Vou em tudo o que é bom, acredito em tudo.*	02
26. Iracema - Eu sou acompanhante, vou em tudo com ela e a admiro muito.	-
27. Julieta - Eu sofri, viu?	-
28. Julieta - Sou muito tímida para falar.	-
29. Julieta - No início a gente pensou que fosse o fim do mundo.	-
30. Julieta - Hoje a minha mãe até melhorou o jeito de viver, ela tem vontade de viver.	-

31. *Ruth - Quando descobri, sofri.*	02
32. *Ruth - Fiquei 2 dias sem querer ver ninguém.*	02
33. *Ruth - Agora eu quero mais é passear.*	02
34. Luciana - Cada pessoa reage de forma diferente.	-
35. *Ruth - No início o cabelo caiu, fui ao cabeleireiro e caiu tudo em uma lavada, e caiu tudo em uma lavada.*	01
36. Luciana - Tem pacientes que dizem que o cabelo fica mais bonito depois da químio.	-
37. *Ruth - Eu já fiz 3 ciclos, mas tem que fazer mais 3 ciclos.*	01
38. *Ruth - O meu não deu CA de mama e sim altamente sugestivo pelo tamanho do caroço.*	02
39. *Ruth - Eu expliquei para o Dr. Sebastião que bati o peito no ônibus.*	02
40. Luciana - Hoje veio consultar para pegar o resultado.	-
41. Luciana - Tem 2 pacientes hoje que já fizeram cirurgia.	-
42. Luciana - O pessoal fala que a cirurgia dói menos que a biópsia.	-
43. *Glória - Quando operei não tive dificuldade, fazia tudo sozinha.*	01
44. *Glória - O que me deu problema é que a diabete ficou atacada.*	04
45. *Glória - É difícil saber que está com alguma coisa e não ter preocupação.*	04
46. *Ruth - Você sentiu dor no estômago?*	01
47. *Glória - Já, mas porque eu já fiz muito tratamento.*	01
48. Luciana - A Sra. passou mal do estomago?	-
49. *Ruth - Até hoje.*	01
50. Ruth - Tem um cheiro de shampoo que passo mal, lembra o cheiro da químio.	01
51. *Ruth - Fiz uma punção e 2 biopsias.*	01
52. *Ruth - Eu quero é viver livre disso aqui.*	02
53. Amália - A motivação para viver tem que vir da gente.	-
54. *Glória - O meu não deu caroço.*	02
55. *Glória - Sentia umas ferruadas na época da menstruação.*	02
56. *Glória - Fui no médico, deu maligno, mas aqui os exames não deram nada.*	02
57. *Glória - Eu levanto de manhã e esqueço da vida, não pode deixar a tristeza tomar conta.*	02
58. *Glória - Eu gosto é de alegria, paz.*	02
59. Amália - Quando a Sra. conta esquece da vida.	-
60. Amália - Tem algum problema que a Sra. não consegue esquecer?	-
61. *Glória - Não, Deus tem me abençoado.*	03
62. *Glória - Até a doença do meu marido não me entristeceu.*	01
63. *Glória - Hoje meu marido está em casa e até chora porque está pior que eu.*	01
64. *Glória - Tenho que falar que estou pior que ele.*	02
65. Amália - Você já aprendeu a lidar com a situação.	-
66. *Glória - Tenho que falar que tenho todas as doenças que ele tem, porque aí ele fica bom.*	02
67. Amália – Como as outras pessoas do grupo lidam com os problemas?	-
68. *Ruth - Eu sou de estalo, gosto de resolver na hora.*	02

69. *Ruth - Assim que descobri, comecei a fazer as químio.*	02
70. *Abigail - Eu fiz 5 químios, reduziu tudo.*	01
71. *Ruth - Sra. tomou químio vermelha?*	01
72. *Abigail - Fiz, os meus filhos fizeram peruca, mas não usei.*	01
73. *Abigail - Uso turbante para sair e em casa fico sem nada, os meus netos já acostumaram.*	01
74. *Abigail - Não é fácil enfrentar químio, passava 4 dias contando.*	01
75. *Abigail - Tinha dia que não queria, mais vinha na marra.*	01
76. *Ruth - E as veias.*	01
77. *Abigail - Ficam doidas, mas coloco compressa e melhora.*	01
78. *Abigail - Minha filha está vindo, tenho 2 filhas e 3 homens, todos querem estar juntos.*	06
79. Amália - A família é muito importante.	-
80. *Abigail - Você vai reduzir para operar.*	01
81. *Abigail - Já tomou quantas doses?*	01
82. *Ruth - Já tomei 3 doses.*	01
83. *Abigail - Seu cabelo não caiu?*	01
84. *Ruth - Isso é peruca.*	01
85. *Abigail - Quando fui tomar a 6ª, não foi preciso, saí de lá até chorando.*	01
86. *Abigail - Agente fica num nervo de ter que tomar.*	01
87. *Abigail - Só fico preocupada com o colesterol.*	04
88. Amália - Isso pode ser controlado com a alimentação.	-
89. *Ruth - Se tomar chá de rosa branca, limpa o sangue.*	01
90. *Ruth - Eu faço isso, não dá amarelão.*	01
91. *Abigail - Eu não fiquei, tomava suco de beterraba.*	01
92. Amália - A alimentação mais saudável é verdura e fruta.	-
93. *Abigail - O médico mandava tomar muita H2O.*	03
94. *Abigail - É bom demais quando a gente já vai se libertando de algumas coisas.*	01
95. Amália - A importância da família e amigos é o que da força para enfrentar a situação.	-
96. *Abigail - Tem que ter muito cuidado com o tratamento, mesmo quando não queria ir, não falhava.*	01
97. *Glória - Eu não falhava, só fiquei 3 semanas sem vir porque queimou muito e o médico me liberou.*	01
98. *Glória - Fiz 33, e hoje tomo remédio.*	01
99. Amália - Qual remédio?	-
100. *Glória – Tamoxifem.*	01
101. *Glória - Vai fazer um ano e tem que tomar 5 anos.*	01
102. *Glória - Deus pode abençoar para não precisar tomar mais.*	01
103. Amália - Precisa sim, porque o remédio é para proteger o organismo.	-
104. *Glória - Mesmo se não tiver mais nada tem que tomar?*	01
105. Amália - Tem, isso é para a doença não voltar.	-
106. Amália - A Sra. sente alguma diferença?	-
107. *Glória - Não sinto nada.*	01

108. Iracema - Quando o câncer enraíza, a químio resolve?	-
109. Amália - Depende do tipo.	-
110. Amália - Quando está só em algumas partes, aí faz a químio.	-
111. Amália - Quando está no corpo todo fica mais difícil.	-
112. Iracema - Quando dá no útero e na bexiga não tem cura.	-
113. Amália - Hoje do útero já tem cura, a medicina está evoluindo muito.	-
114. Aurora - Está passando muito mal com dor nas pernas por causa da quimio.	-
115. Aurora - Deu ferida na boca, dor no corpo.	-
116. Aurora - Ontem levei ela para o pronto socorro 11:00 das noite.	-
117. Aurora - Ela fez 6 químios, diminuiu bastante.	-
118. Amália - Agora o médico vai vê-la.	-
119. *Aparecida - A cirurgia está até tudo bem, mais a químio está acabando comigo.*	01
120. *Abigail - Ela toma vermelha?*	01
121. *Abigail - Não caiu o cabelo?*	01
122. Aurora - Caiu, mas ela cortou antes, aí cortei.	-
123. Amália - Químio dá sensação que a pessoa está piorando, mas quando acabar, a Sra. vai ver que vai ficar forte de novo.	-
124. Amália - Cada organismo reage de uma maneira.	-
125. Aurora - Não pode nem ver a cor do remédio, sai na urina.	-
126. *Abigail - Sra. tem que tomar bastante H2O.*	03
127. *Ruth - Porque o cabelo da cabeça cai e do corpo não?*	01
128. Amália - Não sei explicar, tem que perguntar para o médico.	-
129. *Ruth - Ela começou junto comigo (Aparecida), não estava te vendo mais.*	03
130. Aurora - Ela está difícil para fazer o tratamento, fica adiando o dia da quimio.	-
131. Aurora - Isso atrasa a operação.	-
132. Amália - É muito duro o tratamento.	-
133. *Abigail - É difícil, mais tem que enfrentar.*	03
134. *Ruth - Eu não consigo dormir.*	02
135. Amália - Sra. acha que está relacionado com a quimio ou com alguma outra situação.	-
136. *Ruth - Não, é porque não tenho sono.*	02
137. *Abigail - Sra. sente dor nas pernas depois da quimio.*	01
138. *Aparecida - Parece que vai arrancar a perna.*	01
139. Amália - A Sra. tinha reumatismo antes?	-
140. *Aparecida – Não.*	04
141. *Aparecida - Fervo favo de sucupira p/ melhor a garganta.*	01
142. *Aparecida - Primeiro veio dor nas costas, agora veio nas pernas.*	01
143. *Ruth - Você engordou (Abigail)?*	01
144. *Abigail – Não.*	01
145. Amália - As pessoas que engordam é devido ao Tamoxifem.	-
146. Amália - Você sente mal?	-
147. *Ruth - Só do estomago.*	01

148. *Ruth - Eu como porque sou teimosa.*	01
149. *Ruth - Sua unha ficou roxa (Aparecida)?*	01
150. *Abigail - Eu vi de uma mulher, parecia que estava pintado.*	01
151. Amália - Vocês estão descobrindo muitas coisas diferentes, é por causa do organismo.	-
152. *Ruth - Vocês tem religião (Aparecida)?*	03
153. *Aparecida – Católica.*	03
154. *Abigail - Você tem?*	03
155. *Ruth - Eu sou de tudo.*	03
156. *Ruth - Aceito todas.*	03
157. Amália - Mas sempre foi assim?	-
158. *Ruth - Fui criada por família de crentes, mas hoje para mim tudo é válido, é a intenção da gente que vale.*	03
159. Aurora - Não pode perder a fé em Deus.	-
160. Aurora - Toda religião é louvável, só não pode perder a fé em Deus.	-
161. Amália - A fé está muito ligada à vontade de viver.	-
162. Amália - Da força para enfrentar as dificuldades.	-
163. Amália - Como pode enfrentar melhor a situação?	-
164. *Ruth - Eu gosto muito de ouvir música, não gosto de ver filme de tragédia.*	02
165. *Ruth - Não tenho tempo ruim.*	02
166. *Ruth - Se eu não falo para as pessoas, ninguém descobre.*	02
167. Luciana encerra o grupo e fala sobre os atendimentos individuais e sobre o grupo de sala de espera.	-

QUADRO 10

Análise do relato da reunião do dia 29 de setembro de 2000 e categorização por frase.

Frases	Categoria
01. Apresentação da Sara sobre o Serviço de Psicologia.	-
02. Pede para as integrantes falarem um pouco sobre a sua história.	-
03. *Janaína - Nove anos que operei.*	01
04. *Janaína - A gente leva um baque grande no início.*	02
05. *Janaína - Não quis fazer reconstrução de mama.*	01
06. *Fátima - Aceitei numa boa, enfrentei.*	02
07. *Fátima - Não existe vitória sem luta.*	02
08. *Fátima - Estou retornando para consulta para ver uma calcificação na outra mama, fiz exames para ver se é benigno ou maligno.*	01
09. Sara - Tanto Fátima quanto Janaína falaram coisas importantes.	-
10. *Fátima - O que ampara em primeiro lugar é Jesus.*	03
11. *Fátima – Tudo é maravilha quando ele te ampara.*	03
12. *Fátima - Antes eu não tomava conhecimento da doença, quando ainda não freqüentava o HC.*	02
13. *Abigail - A gente tendo fé, segurando na mão de Deus, vamos em frente.*	03
14. *Madalena - O desconhecimento causa muito medo.*	02
15. *Madalena - A nossa geração nem falava o nome da doença.*	02
16. *Madalena - Tem 5 anos que fiz cirurgia.*	01
17. Sara - É difícil saber um diagnóstico de ca.	-
18. Sara - Porque antes nem se podia falar sobre a doença.	-
19. Sara - O tratamento é difícil mas é preciso lutar.	-
20. *Fátima - Fiz QT.*	01
21. *Fátima - Meu cabelo caiu.*	01
22. *Fátima - Mas Jesus me deu outro cabelo, mais forte, mais bonito.*	03
23. *Fátima - Pinto o cabelo.*	03
24. *Fátima - Usei lenço.*	01
25. *Fátima - Fiquei muito indecisa porque no Japão eles não pintam o cabelo.*	03
26. *Fátima - Perguntei para o médico e ele falou podia continuar pintando.*	03
27. Angelina - Falou sobre a mãe que está fazendo rádio e ainda não fez cirurgia.	-
28. *Abigail - Fiz QT.*	01
29. *Abigail - Fiz os exames e não tem mais nada.*	01
30. *Abigail - Ainda não fiz cirurgia.*	01
31. *Abigail - O médico pediu para fazer uma consulta com o cardiologista.*	01
32. *Abigail - Falou para vir hoje para marcar a cirurgia.*	01
33. Sara - Dona Abigail tá contando que teve vários imprevistos, mas está continuando a lutar.	-
34. *Abigail - Eu fiz tudo (exames).*	01
35. *Abigail - Fiz até esteira.*	01

36. *Abigail - Estava fraca mas o médico falou que é devido os efeitos da QT.*	01
37. *Fátima - Não cuidei muito da alimentação.*	04
38. *Fátima - Agora me alimento adequadamente.*	04
39. *Fátima - Deus sabe do que a gente está precisando, mas ele gosta que a gente peça.*	03
40. *Madalena - Pergunta para a Janaína sobre o tipo de tratamento que ela faz após a cirurgia há nove anos.*	01
41. *Janaína - Faço exames porque tenho bico de papagaio, artrose...*	04
42. *Madalena - O que me apavorou mais foi o medo de ficar com a mama.*	01
43. *Madalena - Queria fazer a cirurgia logo.*	01
44. *Janaína - Eu já não queria operar.*	01
45. *Janaína - Chorei demais, mas falei que ia operar.*	01
46. *Janaína - Fui até o HC, não tinha vaga (era dia do meu aniversário).*	08
47. *Janaína - Depois de 5 dias retornei.*	08
48. *Madalena - Entrei na sala de cirurgia para fazer QUART, mas decidiram fazer radical e eu achei muito bom.*	09
49. *Fátima - Sou diabética e por isso não fiz reconstrução da mama.*	01
50. *Janaína - Eu não quis, nem passou pela minha cabeça fazer reconstrução da mama.*	01
51. Aurora - Pergunta para Leandra como se faz para iniciar o tratamento aqui no Hospital.	-
52. Leandra - Disse que se informará com Janaína e depois falará com ela (8 Aurora).	-
53. *Fátima - Comia quando fazia QT.*	04
54. Stela - Tudo começa de repente na vida da gente.	-
55. Stela - Minha mãe estava com ferida exposta já.	-
56. Stela - Encaminhou-a para a QT, antes da cirurgia tomou QT 6 meses (11 vezes).	-
57. Stela - Ela tem 72 anos.	-
58. Stela - Começou com 71.	-
59. Stela - Os vizinhos acharam que ela não suportaria.	-
60. Stela - Minha mãe só pensava positivo.	-
61. Stela - Depois da cirurgia, fez QT novamente (1 ano e meio).	-
62. Aurora - Tem que pensar só em coisa boa.	-
63. Stela - Sentia ferroada e não contava para ninguém.	-
64. Aurora - É só eu vir aqui que sinto dor na mama.	-
65. Aurora - Acho que é psicológico.	-
66. *Madalena - Disse também que é só marcar retorno que começa a sentir dor no corpo todo.*	01
67. Stela - Não pode se preocupar com o cabelo.	-
68. Sara - O cabelo volta a crescer.	-
69. Sara - Cresce com mais vida.	-
70. *Aparecida - Fiz QT, passei mal.*	01
71. *Aparecida - Agora quero arrancar tudo.*	01
72. *Aparecida - Quer saber se faz plástica e suspende o seio.*	02

73. *Madalena - Explica que pode fazer plástica mas depois de um tempo.*	03
74. *Madalena - Tem que fazer o tratamento antes.*	03
75. *Madalena - Disse que vive melhor depois que fez cirurgia.*	01
76. Sara - A Madalena aprendeu a viver melhor e isso é muito importante.	-
77. Aurora - Diz que fez tratamento da tiróide.	-
78. Aurora - Operou há 25 anos.	-
79. Aurora - A gente tem que tratar.	-
80. Aurora - Faz os exames.	-
81. Aurora - Eu tive que cair para parar de trabalhar.	-
82. Aurora - Era uma correria.	-
83. Sara - Tanto você como a Madalena estão contando pra gente que passaram muito tempo trabalhando demais, pensando mais em outras coisas do que em si mesmas.	-
84. Sara - Todo mundo passa por dificuldades mas é importante enfrentar.	-
85. Sara - As vezes é preciso levar um puxão de orelha para pensar na vida, na gente mesmo.	-
86. Aurora - Faz uma explanação sobre a passagem da Bíblia que fala "carrega sua cruz e vai".	-
87. Aurora - É com a cruz que a gente atravessa, é com ela que a gente aprende a enfrentar.	-
88. Sara - Leva-se isso como um aprendizado.	-
89. Aurora - Tem gente que morre sem enfrentar as dificuldades.	-
90. Sara - Cada pessoa tem sua história particular.	-
91. Aurora - Muitas senhoras fizeram a cirurgia e estão bem.	-
92. *Madalena - É difícil.*	02
93. *Madalena - Tem que erguer a cabeça e ir em frente.*	02
94. *Madalena - Fugir não é a solução.*	02
95. *Aurora - Deus me dá muita força.*	-
96. *Janaína - Tem 4 anos que fiz a cirurgia.*	01
97. *Janaína - Tomei QT e RT.*	01
98. *Janaína - Estou boa.*	01
99. *Janaína - Só que não concordo é ter retirado a mama.*	01
100. *Janaína - Não trabalho igual trabalhava.*	05
101. *Janaína - Tem que levar um puxão de orelha para cuidar da gente.*	02
102. Leandra - Aprender a viver com os limites.	-
103. Leandra - Procurar outras atividades que agradem.	-
104. *Janaína - Passo roupa.*	05
105. *Janaína - Não pego peso.*	05
106. *Fátima - Pego mais peso que devo.*	05
107. *Fátima - As vezes esqueço.*	05
108. *Madalena - Hoje faço faxina.*	05
109. *Madalena - Tive também um tempo pra mim.*	02
110. *Madalena - Pensar na invalidez, impotência sexual, prazer sexual.*	04
111. Leandra - Quando a gente opera tira um pedaço do corpo mas o restante permanece bom.	-

112. *Fátima - Tem que ter muita cabeça porque senão a gente desespera quando pensa que está sem mama, sem cabelo.*	01
113. *Fátima - Ri muito, tive uma crise de riso quando me vi sem cabelo e sem mama.*	01
114. *Fátima - Perdi os dentes depois da QT.*	01
115. *Fátima - Deu uma bola na gengiva.*	01
116. *Fátima - Ah! Ta bão!...*	01
117. *Janaína - Fiz 2 cirurgias.*	01
118. *Janaína - Tomei 2 anestesias mas estou bem.*	01
119. *Regina - Toco minha vida pra frente.*	02
120. Sara - Hoje tivemos diferentes casos, uns fizeram tratamento antes da cirurgia, outros não.	-
121. Sara - Isso mostra que cada pessoa é diferente.	-
122. Sara - Cada caso é um.	-
123. *Cecília - Estou cochilando.*	03
124. *Cecília - Tem hora que a conversa de vocês some.*	03
125. *Cecília - Acho que eu vou ter que fazer a cirurgia.*	01
126. *Cecília - Quando fui ver meu caroço estava enorme.*	04
127. *Cecília - Fui no Centro Espírita e o caroço está menor.*	03
128. *Cecília - O médico do HC pediu uma biópsia.*	01
129. *Cecília - Trouxe os exames e o médico não apareceu.*	08
130. *Cecília - Um outro que me olhou.*	08
131. *Cecília - O bico do meu seio foi pra dentro.*	02
132. Sara - Como a senhora está se sentindo?	-
133. *Cecília - Não sinto dores.*	02
134. *Cecília - Mas minha cabeça está...a gente fica preocupada.*	02
135. Sara - O período de espera do diagnóstico é muito angustiante.	-
136. *Cecília - Tem noite que não durmo, fico pensando muito.*	02
137. *Cecília - A preocupação é demais.*	02
138. *Cecília - Emagreci muito.*	02
139. *Madalena - A expectativa, o desconhecimento dá muito medo.*	03
140. *Madalena - É psicológico.*	03
141. *Cecília - De toda maneira vou morrer mesmo.*	10
142. *Cecília - Minha filha diz que eu tenho que pensar positivo.*	06
143. *Cecília - Estou com a cabeça fervendo e uma vizinha falou de um jeito que eu fiquei mais apavorada.*	02
144. *Cecília - Eu já chorei demais.*	02
145. *Janaína - Apareceu um monte de gente que fala que fiz cirurgia sem necessidade.*	01
146. *Fátima - Confio em Deus, nos médicos e em mim.*	02
147. *Cecília - A gente fica pior que uma criança, meu marido não está nem aí.*	06
148. Sara - Do mesmo jeito que é difícil passar pelo tratamento, também é difícil para os familiares.	-
149. *Madalena - As pessoas que estão ao nosso lado ficam preocupadas com a gente.*	06

150.	*Fátima - Eu cheguei aqui como se fosse um salão de festas.*	01
151.	*Fátima - Estava numa felicidade.*	01
152.	*Fátima - Sou tão feliz.*	01
153.	*Fátima - Era uma felicidade que eu tinha que conversar com as pessoas para aliviar.*	01
154.	Sara - Quando guardamos os sentimentos a gente não agüenta.	-
155.	Sara - É preciso conversar com alguém.	-
156.	*Fátima - Felicidade é que vem de dentro para fora.*	01
157.	*Fátima - Foi uma fase difícil, mas foi uma das fases mais bonitas que já enfrentei.*	07
158.	*Fátima - Confio em Jesus.*	03
159.	*Fátima - Com Ele é maravilhoso.*	03
160.	*Janaína - Fácil não é, mas você vence.*	03
161.	Sara - Todos passaram dificuldades, mas encontraram forças para enfrentá-las.	-
162.	Leandra - Aceitar o caminho que temos que percorrer.	-
163.	*Cecília - Jesus pega nas mãos dos médicos.*	03
164.	*Cecília - A pessoa acostuma.*	02
165.	*Cecília - Quanto tempo leva para usar a prótese?*	01
166.	*Janaína - Depende da cicatrização.*	03
167.	Sara - Depois da cirurgia é necessário um tempo de recuperação.	-
168.	*Janaína - Deu dor no braço.*	01
169.	*Janaína - Explica para o grupo os exercícios que são importantes fazer após a cirurgia.*	03
170.	*Fátima - Força e luta.*	03
171.	Relato feito por Shirley durante o GSE e passado para o livro ata por Zélia.	-

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.