



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



HILA MARTINS CAMPOS FARIA

IMPACTO DO GRUPO DE SUPORTE EM MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER
DE MAMA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Tavares Filgueiras

Juiz de Fora

2014

HILA MARTINS CAMPOS FARIA

IMPACTO DO GRUPO DE SUPORTE EM MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER
DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Psicologia como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Psicologia por Hila Martins Campos Faria
Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Tavares
Filgueiras
Coorientadora: Profa. Ms. Simone Meira
Carvalho

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Martins Campos Faria, Hila .

Impacto do Grupo de Suporte em mulheres acometidas por câncer de mama / Hila Martins Campos Faria. -- 2014.
193 f. : il.

Orientadora: Maria Stella Tavares Filgueiras

Coorientadora: Simone Meira Carvalho

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

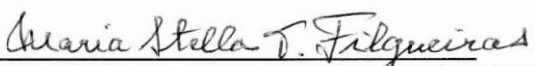
1. Grupo de Suporte. 2. Neoplasia mamária. 3. fatores psicossociais. I. Tavares Filgueiras, Maria Stella , orient. II. Meira Carvalho, Simone, coorient. III. Título.

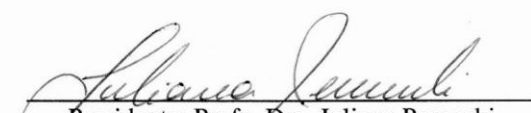
Hila Martins Campos Faria

IMPACTO DO GRUPO DE SUPORTE EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Hila Martins Campos Faria

Dissertação defendida e aprovada em 20 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:


Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Tavares Filgueiras
Universidade Federal de Juiz de Fora


Presidente: Profa. Dra. Juliana Perucchi
Universidade Federal de Juiz de Fora


Membro Titular: Prof. Dr. Eugenio Paes Campos
Centro Universitário Serra dos Órgãos
UNIFESO

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, e em especial, à minha orientadora, Stella, pelo carinho, atenção e *holding* dedicados, de maneira incondicional, a mim e à produção deste trabalho;

À Simone, pela coorientação e, principalmente, por ter me proporcionado o aprendizado sobre a importância da sutileza do olhar e da escuta no trabalho com as mulheres com câncer de mama, através da atuação no Projeto de Extensão e Pesquisa “De Peito Aberto: Programa de Prevenção e Acompanhamento Integrado no Câncer de Mama”, sob sua coordenação;

Às mulheres participantes da pesquisa por propiciarem o conhecimento científico acerca dos aspectos subjetivos envolvidos no adoecimento por câncer de mama ao revelarem suas questões mais profundas;

Ao Dr. Edval, coordenador do Centro Viva Vida, que sempre se mostrou muito compreensivo ao permitir minhas ausências no trabalho para que eu pudesse cumprir com as exigências do mestrado;

À Izabella, residente de Psicologia, pela disponibilidade ao fazer exaustivas consultas em prontuário na tentativa de identificar as mulheres com diagnóstico de câncer de mama;

À grande amiga Aline, que durante um dos momentos mais tensos da pesquisa, se ofereceu, prontamente, para fazer as transcrições das entrevistas que ainda estavam pendentes;

À minha cunhada, Flávia, pela cuidadosa revisão de português; e à Cristina e à Anelise pelo auxílio prestado na formatação durante todo o processo de confecção desta dissertação;

Ao meu amado marido e à minha querida filha, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência;

Finalmente, a todos aqueles que estiveram ao meu lado e me ofereceram uma palavra de incentivo nos momentos difíceis, o meu muito obrigado.

RESUMO

O diagnóstico de câncer de mama geralmente acarreta impacto emocional pelo temor das alterações corporais, pelo medo da morte ou pelas múltiplas perdas nas esferas emocional, social e material. Devido à relevância da doença faz-se necessário um conjunto de cuidados junto às pacientes que lhes permita situarem-se em sua nova condição. A proposta desta pesquisa é avaliar o impacto do Grupo de Suporte sobre as repercussões psicossociais do adoecimento de mulheres com câncer de mama. Método: o estudo é qualitativo e longitudinal. Nove mulheres com diagnóstico de câncer de mama receberam assistência, semanal, no Grupo de Suporte, por 4 meses, no Hospital Universitário. Antes e depois da intervenção grupal foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com o intuito de comparar possíveis mudanças pré- e pós-grupo. A análise do material levou em conta dois níveis de focalização: o individual e o grupal. A Análise de Discurso, a clínica psicanalítica e as práticas de grupo sustentam as interpretações deste material. Resultados: os resultados encontrados apontaram que o medo e os fantasmas associados à doença e à morte foram amenizados; as angústias e sentimentos depressivos se evidenciaram, sobretudo pela perda dos cabelos e pelo medo da recidiva e da morte; por fim, o trabalho possibilitou o afrouxamento de certas defesas psíquicas, dificultadoras do trabalho de elaboração.

Palavras-chaves: Grupo de Suporte, neoplasia mamária, fatores psicossociais.

ABSTRACT

Breast cancer diagnosis generally leads to emotional impact due to fear of bodily changes, fear of death or due to multiple losses in the emotional, social and material spheres. Given the relevance of the disease there is the need of a set of care measures to be taken with the patients which allows them to be situated in their new condition. The purpose of this research is to assess the impact of the Support Group on the psychosocial repercussions of the breast cancer diagnosis. Method: nine women with a breast cancer diagnosis received weekly assistance at the Support Group, for 4 months, at the University Hospital. The study is qualitative and longitudinal. Before and after the group intervention there were interviews following a semi-structured script aiming to compare the possible changes pre and post group. The analysis of the material took into consideration two focus levels: individual and group. The Discourse Analysis, the psychoanalytical clinic and the group practices are the basis of the interpretation. Results: the results found that the fear and ghosts associated with the disease and with death were lightened; the anguish and depressive feelings were shown, mainly by the hair loss and by the fear of recurrence and of death; finally, the work made it possible to lighten certain psychological defenses, which make the elaboration work more difficult.

Keywords: Support Group; breast neoplasia; psychosocial factors.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A.	Entrevistas antes e depois da Intervenção de Grupo	185
Apêndice B.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	189

LISTA DE ANEXOS

Anexo A.	Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	192
-----------------	--	-----

SUMÁRIO

Lista de Apêndices	vi
Lista de Anexos	vii
INTRODUÇÃO	1
1 CARACTERIZAÇÃO DE GRUPO E CONSTRUTOS RELACIONADOS	6
1.1 Fenômenos psíquicos envolvidos no campo grupal com enfoque psicanalítico	7
1.2 O conceito de holding e sua importância na psicodinâmica do Grupo de Suporte.....	11
1.3 Fatores terapêuticos de grupo: a contribuição de Yalom	15
2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA	17
3 SUPORTE SOCIAL E GRUPO DE SUPORTE.....	22
4 GRUPO DE SUPORTE COM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA	26
5 OBJETIVOS.....	32
5.1 Objetivo Geral.....	32
5.2 Objetivos Específicos	32
6 MÉTODO	33
6.1 Participantes.....	33
6.2 Critérios de inclusão e de exclusão	33
6.3 Seleção das participantes	34
6.4 Cenário da pesquisa.....	37
6.5 Produção de dados	38
6.5.1 Entrevistas	38
6.5.1.1 Estudo piloto	39
6.5.2 Intervenção grupal.....	40
6.6 Registro dos dados	43
6.7 Análise dos dados.....	44
6.7.1 Metodologia clínico-qualitativa	44
6.7.1.1 Análise do Discurso e Psicanálise	48
6.7.1.2 Análise do material do Grupo	53
6.7.1.3 Análise das entrevistas	55

6.8 Aspectos éticos.....	56
6.9 Limites do método.....	56
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
7.1 Grupo de Suporte	58
7.1.1 Indicadores de análise individual.....	60
7.1.1.1 <i>Impacto do diagnóstico e do tratamento</i>	60
7.1.1.2 <i>Alterações da imagem corporal</i>	72
7.1.1.3 <i>Evidências de comprometimento da sexualidade</i>	75
7.1.1.4 <i>Recursos psíquicos</i>	79
7.1.1.5 <i>Limitações físicas com prejuízo das atividades em geral e do trabalho</i>	89
7.1.1.6 <i>Contextos social e familiar no que concerne à qualidade das relações e à presença/ausência de apoio</i>	93
7.1.2 Indicadores para a análise do funcionamento (da dinâmica) do grupo	98
7.2 Entrevistas	105
7.2.1 Camélia	105
7.2.1.1 <i>Antes (28 e 29 de maio de 2013)</i>	105
7.2.1.2 <i>Depois (01 de outubro de 2013)</i>	108
7.2.2 Estrelícia	113
7.2.2.1 <i>Antes (19 de abril de 2013 e 02 de maio de 2013)</i>	113
7.2.2.2 <i>Depois (28 de agosto de 2013)</i>	116
7.2.3 Hortência	121
7.2.3.1 <i>Antes (23 de maio 2013 e 06 de junho de 2013)</i>	121
7.2.3.2 <i>Depois (03 de outubro de 2013)</i>	123
7.2.4 Laranjeira.....	125
7.2.4.1 <i>Antes (02 de abril de 2013 e 08 abril de 2013)</i>	125
7.2.4.2 <i>Depois (02 de outubro de 2013)</i>	129
7.2.5 Malva	133
7.2.5.1 <i>Antes (30 de abril de 2013 e 09 de maio de 2013)</i>	133
7.2.5.2 <i>Depois (02 de outubro de 2013)</i>	137
7.2.6 Magnólia	140
7.2.6.1 <i>Antes (13 de maio de 2013 e 16 de maio de 2013)</i>	140
7.2.6.2 <i>Depois (02 de outubro de 2013)</i>	145
7.2.7 Margarida.....	147
7.2.7.1 <i>Antes (02 de abril de 2013 e 08 de abril de 2013)</i>	147
7.2.7.2 <i>Depois (01 de outubro de 2013)</i>	150
7.2.8 Rosa.....	153
7.2.8.1 <i>Antes (24 de maio de 2013 e 29 de maio de 2013)</i>	153
7.2.8.3 <i>Depois (03 de outubro de 2013)</i>	158
7.2.9 Tulipa.....	161
7.2.9.1 <i>Antes (30 de abril de 2013 e 09 de maio de 2013)</i>	161
7.2.9.2 <i>Depois (01 de outubro de 2013)</i>	168

7.3 Considerações sobre os resultados encontrados	173
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICES	184
ANEXOS	191

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer de mama geralmente acarreta forte impacto emocional para quem o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas nas esferas emocional, social e material que frequentemente ocorrem. Apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer e do aumento de informações veiculadas pela mídia, o câncer ainda é compreendido como uma *sen-tença de morte*, comumente associado à dor e ao sofrimento (Silva, 2008; Tavares & Trad, 2005).

Segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (Brasil, 2011), o câncer de mama respondeu por 12.345 mortes no mundo no ano de 2011, sendo que a estimativa é de 57.120 novos casos em 2014. É o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres e o segundo tipo mais frequente a nível mundial, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano.

Pela relevância da doença, não apenas como causa de morte, mas também por sua morbidade e comprometimento da qualidade de vida, faz-se necessária uma intervenção junto às pacientes, que não se restrinja à seleção de condutas clínicas, mas que inclua um conjunto de cuidados que lhes permita situarem-se em sua nova condição, adaptando-se física, psicológica e socialmente a esta.

O trabalho de grupo é considerado uma modalidade muito eficaz no suporte emocional a pacientes portadoras de uma mesma enfermidade somática, incluindo aquelas com câncer de mama, visto os processos de identificação envolvidos no encontro de pessoas que vivenciam situações semelhantes. Segundo Dunley (2000) o grupo também pode contribuir para a prevenção de metástases, assim como para o aumento da sobrevivência, da qualidade de vida e até para a cura. Para a autora, a prevenção está relacionada com a capacidade de as pacientes subjetivarem a perda da mama para não sucumbirem ao medo da morte e à depressão ansiosa que ela acarreta. De acordo com a autora, muitos trabalhos científicos mostram que as funções linfocitárias estão alteradas, em estados psicológicos diversos, como nas situações de estresse e de depressão, o que pode levar o organismo a um estado de imunodepressão propício ao desencadeamento de um câncer.

Yalom e Leszcz (2006) afirmam que a terapia de grupo é uma modalidade potente de intervenção que produz benefícios significativos para seus participantes. Os autores fizeram uma revisão de 32 estudos experimentais controlados sobre a eficácia relativa das terapias de grupo em relação às terapias individuais. Concluem que as terapias de grupo são pelo menos tão eficazes quanto as individuais, sendo que as primeiras foram mais efetivas em 25% dos trabalhos pesquisados. Nos outros 75% não houve diferenças significativas entre as duas modalidades. As terapias individuais não foram mais efetivas em nenhum dos estudos.

A proposta de trabalhar com Grupos de Suporte baseia-se na premissa de que essa modalidade de grupo constitui um excelente recurso terapêutico para lidar com pessoas doentes física ou psiquicamente, ou que vivem situações de crise existencial (Campos, 2000). O autor, em outro trabalho (Campos, 1992), reitera a necessidade de oferecer aos pacientes um clima de acolhimento, suporte e apoio que lhes permita pensar sobre a doença, expressar sentimentos relacionados a ela e se conscientizar da correlação entre sua doença e sua vida. De acordo com esse autor, a condição inicial para o Grupo de Suporte é que as pessoas estejam reunidas de modo relativamente constante. Segundo ele, não há suporte se não há encontro.

Dessa forma, acredita-se que o trabalho do Grupo de Suporte, com mulheres com diagnóstico de câncer de mama, seja capaz de produzir mudanças em diversos aspectos psicossociais afetados pelo adoecimento, relacionados ao medo da metástase e da morte, à angústia e aos sentimentos depressivos advindos da alteração da imagem corporal e do provável comprometimento das relações sociais e da vida sexual das mulheres acometidas pela doença.

Busca-se, assim, contribuir para o deslocamento do foco terapêutico, baseado no modelo biomédico, para um modelo que contempla, além do corpo, a experiência subjetiva da enfermidade, tendo em vista a sua relação com o contexto familiar e sociocultural. Neste contexto, foi implantado em 2001, no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) o Projeto de Extensão e Pesquisa “De Peito Aberto: Programa de Prevenção e Acompanhamento Integrado no Câncer de Mama,” vinculado à Pró-reitoria de Extensão (Proex) da UFJF. O Projeto reúne profissionais, docentes e acadêmicos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social, visando assistir as usuárias do Ambulatório de Mastologia deste Hospital através de um atendimento contínuo, integral e humanizado. Os principais objetivos do Projeto consistem em estimular a conscientização quanto à importância da detecção precoce do câncer de mama; conhecer o contexto de vida das mulheres; esclarecer e orientá-las quanto às condutas e aos tratamentos a serem realizados

nas diversas fases do adoecimento; ajudar as mulheres acometidas e suas famílias a absorverem o impacto resultante do diagnóstico e do tratamento; acompanhá-las desde o diagnóstico, até a sua reabilitação integral e reinserção social; trabalhar os mitos difundidos na sociedade acerca da doença; capacitar a equipe do Projeto na discussão, elaboração e aplicação de estratégias interdisciplinares e humanizadas; ampliar e aprofundar os conhecimentos acerca do tema; e possibilitar a realização de pesquisas e produção de conhecimento científico (Tergolino, Faria, Brito, & Carvalho, 2013).

Cabe aqui destacar uma das atividades desenvolvidas pelo referido Projeto: o Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI), que é um Grupo de Suporte às mulheres com diagnóstico de câncer de mama, no qual se observa, com base na prática clínica, a melhora na qualidade de vida e na saúde mental das mulheres, a partir da livre e sincera expressão dos sentimentos. Isso se deve, sobretudo, aos processos de identificação que ocorrem no compartilhamento dos problemas dentro de um grupo, o que tem se apresentado como uma poderosa fonte de alívio (Zimerman, 2000). O trabalho tem possibilitado que as integrantes dividam suas angústias, esperanças, limitações, dificuldades e dúvidas, possibilitando o enfrentamento e a superação do sofrimento decorrente do adoecimento por câncer de mama.

Foi esta a razão que motivou a realização desta pesquisa sobre o impacto da intervenção grupal em pacientes com diagnóstico de câncer de mama. Desse modo, como coordenadora do GAI e, agora, responsável pela presente pesquisa, pretendeu-se possibilitar um espaço de troca de experiências, de fala, de esclarecimento, além de permitir a expressão dos sentimentos e o acesso à informação acerca do câncer de mama e dos fatores a ele relacionados através da intervenção grupal.

Este estudo teve como referencial teórico a Psicanálise, baseado nos construtos de Freud com relação aos recursos psíquicos, de Winnicott e seu conceito de *holding*, e de Volich e seus estudos sobre a mama e as dinâmicas inconscientes ligadas às questões do adoecimento. Para melhor compreensão dos fenômenos grupais foram ainda consideradas as contribuições da Psicologia Social com o conceito de Suporte Social, e das teorias de grupo nos preceitos de Yalom e de Zimerman.

O principal objetivo desse estudo é avaliar o impacto do Grupo de Suporte sobre as repercussões psicossociais do adoecimento de mulheres com câncer de mama, sendo os específicos: avaliar o Grupo de Suporte como promotor e fortalecedor dos recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, no sentido de possibilitar o enfrentamento da doença; investigar o Grupo de Suporte como instrumento de prevenção e tratamento das angústias e

sentimentos depressivos decorrentes do adoecimento; e verificar o Grupo de Suporte como favorecedor de (re)integração social.

Na seção 1, são abordados os principais construtos teóricos que interessam ao trabalho de grupo, que incluem o conceito e as características de grupo; os fenômenos psíquicos envolvidos no campo grupal, o conceito Winnicottiano de *holding* e a sua importância na psicodinâmica do grupo; e os fatores terapêuticos de grupo de acordo com Yalom.

Na Seção 2, é feita uma revisão dos estudos que abordam os aspectos psicossociais envolvidos no adoecimento por câncer de mama. A finalidade dessa etapa é ter uma visão mais detalhada do que se tem escrito a este respeito, já que este tipo de câncer compreende um foco de intervenção do trabalho de grupo. A partir daí, foi possível elencar os aspectos psicossociais relevantes para serem analisados na presente pesquisa.

Na Seção 3, são apresentados os conceitos de Suporte Social e de Grupo de Suporte. Embora os dois conceitos encontrem-se intimamente relacionados, foi necessário enunciar primeiramente o Suporte Social, para, a partir deste construto, conceituar e compreender o Grupo de Suporte, o que justifica o fato de eles serem trabalhados em conjunto.

Na Seção 4, é feita uma revisão da literatura acerca do Grupo de Suporte como estratégia de intervenção psicossocial no câncer de mama. O objetivo dessa revisão é mostrar os resultados e as formas de aferição descritas em estudos anteriores, no sentido de avaliar a pertinência e o diferencial da presente pesquisa, tanto em termos metodológicos quanto teóricos.

O método utilizado na presente pesquisa é o clínico-qualitativo. Os dados foram coletados por meio do Grupo de Suporte com mulheres com diagnóstico de câncer de mama e de entrevistas semidirigidas, realizadas antes e depois da intervenção grupal, a qual se deu em quatro meses. A realização de entrevistas em dois momentos diferentes teve As entrevistas tiveram como objetivo comparar os aspectos psicossociais dos sujeitos nos dois momentos, a fim de identificar possíveis mudanças. A Análise do Discurso, a clínica psicanalítica e as práticas de grupo sustentam a análise desse material, conforme especificado no capítulo 5 referente ao método.

Os resultados e a discussão são apresentados, de maneira concomitante, no capítulo 6, de modo a destacar as falas das mulheres e a interpretação das mesmas, apontando o processo de mudança que se deu a partir do Grupo de Suporte.

Nas considerações finais, reflete-se sobre a relevância dos dados encontrados, no sentido da valorização da experiência subjetiva da enfermidade, o que diferencia a presente

pesquisa da maioria dos trabalhos científicos encontrados na literatura acerca do câncer de mama.

A seguir, são apresentados alguns construtos teóricos que oferecem subsídios ao trabalho de grupo.

1 CARACTERIZAÇÃO DE GRUPO E CONSTRUTOS RELACIONADOS

O ser humano, desde o seu nascimento, participa de diferentes grupos (família, escola, amigos, trabalho, etc.), numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social. Cabe aqui uma distinção entre grupo e agrupamento. O último se refere a um conjunto de pessoas que convivem em um mesmo espaço e que mantêm um certo relacionamento e uma potencialidade de virem a se constituir como um grupo. A passagem da condição de um agrupamento para um grupo consiste na transformação de “interesses comuns” para “interesses em comum” (Zimerman, 2000). O autor usa uma metáfora para definir a diferença entre agrupamento e grupo. Parte, assim, da ideia de um conjunto de instrumentos musicais de uma orquestra:

Enquanto os músicos estiverem antes do início do concerto, isoladamente, afinando os seus respectivos instrumentos, eles não passam de um mero conjunto, um agrupamento de instrumentos e músicos. A partir do momento em que o maestro começa a reger a orquestra, cada músico, e cada instrumento, assume o seu lugar, papel, posição e função e, principalmente, dialoga e interage com todos os demais, compondo um grupo dinâmico, mais ou menos harmônico, conforme a qualidade da regência. (Zimerman, 2000, p. 83).

Zimerman (2000) explica que algumas condições básicas caracterizam o grupo. O primeiro aspecto a ser destacado é que um grupo não é um mero somatório de indivíduos; ele se constitui como uma entidade com leis e mecanismos próprios, no qual todos os integrantes têm um objetivo comum. Apesar do grupo se caracterizar como uma entidade nova, ou seja, como uma identidade grupal genuína, é também importante que cada um dos indivíduos componentes mantenha preservadas as identidades específicas. O tamanho do grupo não pode comprometer a comunicação visual, auditiva e verbal entre seus membros. Deve haver a instituição de um *setting*, ou seja, a estabilidade do local das reuniões, do tempo (horário e duração), o cumprimento de algumas regras estabelecidas previamente e outras variáveis equivalentes que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta, além da necessidade de um coordenador, para que a integração do grupo seja mantida.

O autor compreende o grupo como uma unidade que se manifesta como uma totalidade, de modo que ele se organiza a serviço de seus membros e estes a serviço do grupo.

É inerente à conceituação de grupo a existência de uma interação afetiva entre seus membros e a formação de um campo grupal dinâmico, o qual é composto por múltiplos fenômenos e elementos do psiquismo, tais como fantasias, ansiedades, identificações, papéis, resistências, mecanismos defensivos, transferência e contratransferência. Por fim, em todo o grupo coexistem duas forças contraditórias: uma que tende à coesão e a outra à desintegração. A coesão está diretamente relacionada aos sentimentos de “pertinência” (é o “vestir a camisa”) e de “pertença” (implica no fato de cada pessoa do grupo ser reconhecida pelos outros como um membro efetivo).

Lane (2012), ao escrever sobre o processo grupal, considerando-o como o conhecimento do grupo enquanto um processo histórico, afirma que “toda ação transformadora da sociedade só pode ocorrer quando indivíduos se agrupam” (Lane, 2012, p. 78). Diz ainda que a participação no grupo pode se caracterizar em termos de oposição e/ou conflitos, de acréscimos ou contribuições. Só deve ser entendido como participação aquilo que for compartilhado por todos os membros do grupo. A participação que se dá pela ação grupal resulta na produção que visa a um objetivo comum. O processo de produção refere-se ao fato de o grupo se organizar, assumir papéis, realizar tarefas, ou seja, produzir como grupo, em grupo. “Nas relações entre os indivíduos, pela participação entre eles, estes se transformam e transformam o grupo, produzindo o próprio grupo” (Lane, 2012, p. 89). Aqui a autora fala da identidade grupal de maneira muito próxima, na sua essência, à ideia expressa por Zimmerman (2000). A autora advoga que, no processo grupal, os indivíduos se percebem enquanto membros de um grupo (refere-se aqui a grupos sociais e não terapêuticos), quando são semelhantes nas suas determinações históricas, o que os leva a abrirem mão da individualidade para efetivamente assumirem uma identidade grupal.

Por fim, Lane (2012) pontua a necessidade de um grupo analisar-se enquanto tal, para que assim seja possível mudanças qualitativas nas relações entre os membros.

1.1 Fenômenos psíquicos envolvidos no campo grupal com enfoque psicanalítico

A teoria psicanalítica tem contribuído muito para a compreensão e a utilização da técnica grupal. Freud, por quem começa qualquer vertente psicanalítica, construiu conceitos (inconsciente, ansiedade, regressão, transferência, contratransferência, mecanismos de defesa, resistência, dentre outros) os quais, indiretamente, se constituem como o alicerce básico da dinâmica grupal (Zimmerman, 2000).

Em qualquer grupo forma-se um campo grupal dinâmico, o qual se comporta como uma estrutura que vai além da soma de seus integrantes. Nele estão envolvidos vários fenômenos psíquicos, tanto intra como intersubjetivos, que se encontram articulados entre si, de modo que a alteração de cada um irá repercutir sobre os demais. O campo grupal representa um enorme potencial energético psíquico que resulta no embate entre as forças coesivas e desintegradoras (Zimerman, 2000).

Pretende-se aqui fazer uma revisão sintética de alguns aspectos envolvidos na formação dos processos inconscientes que gravitam no campo grupal, a saber, as ansiedades, as defesas, as identificações, a resistência, a transferência, a contratransferência, o *insight* e a elaboração.

A respeito da ansiedade, Zimerman (2000) faz uma distinção entre esta e a angústia. Segundo ele, a angústia se apresenta através de sintomas corpóreos, enquanto a ansiedade expressa um desejo impossível e, por isso, se forma no Ego com a finalidade de sinalizar que algum perigo ameaça o equilíbrio interno. Contudo, nem sempre o sinal de alarme da ansiedade representa sintomas de angústia livre. Alguns dos estados de ansiedade, citados pelo autor como mais essenciais e típicos, e que interessam à especificidade desta pesquisa com mulheres com câncer de mama são: de aniquilamento, ou desintegração, ou de despedaçamento; de desamparo; de separação; da perda do amor; e de castração.

Já a primeira corresponde a uma provável sensação da criança de que ela e o seu corpo vão se desintegrar em pedaços. Esse aspecto pode se constituir como um importante ponto de fixação para futuras regressões, como nos casos de adoecimento por câncer de mama, nos quais a mama sofre muitas agressões decorrentes do tratamento, podendo ser mutilada, o que acarreta uma perda real de um órgão investido de simbolismos relacionados à feminilidade, à sexualidade e à maternidade. A ansiedade de desamparo, originalmente descrita por Freud (2006f) com o nome de *Hilflosigkeit*, refere-se ao sentimento de orfandade que o bebê, a criança ou o adulto em estado de forte regressão, pode vivenciar, acreditando não poder contar com ninguém que possa conter e atender suas necessidades vitais básicas que lhe garantem a sobrevivência física, psíquica e afetiva. Esse aspecto poderia ser associado à presença de sentimentos de isolamento e solidão nas mulheres com câncer de mama apontados nos estudos de Gomes, Panobianco, Ferreira, Kebbe e Meirelles (2003). A ansiedade de separação forma-se quando a criança ainda não conseguiu desenvolver um núcleo de confiança afetiva básica em relação à mãe e, por medo de vir a perdê-la, não consegue separar-se. A ansiedade da perda do amor se origina no momento em que a criança sente-se em condições de dispensar a constante presença física da mãe, mas ao mesmo tempo, por ação

das suas fantasias inconscientes, teme o abandono afetivo da mesma, como um revide. Poder-se-ia compreender estes dois tipos de ansiedade nas manifestações do medo ao preconceito e à rejeição descritas nos estudos de Rezende e Botega (1998). Por fim, a ansiedade de castração, que surge em decorrência de conflitos edípicos, apresenta-se como um “medo de perder mais”, conforme estudo realizado também por Rezende e Botega (1998, p. 45). O câncer de mama é uma doença permeada por perdas da imagem corporal ideal, das relações sociais, do trabalho, entre outras, inclusive, com frequência, da própria mama, o que gera, a partir do real, o temor de novas perdas. Os tipos de ansiedade que surgem no campo grupal variam de acordo com o momento evolutivo do grupo e podem estar restritos a certos indivíduos, como estar expressando o que se passa com o grupo na sua totalidade (Zimerman, 2000).

Os mecanismos de defesa designam “os distintos tipos de operações mentais que têm por finalidade a redução das tensões psíquicas internas, ou seja, das ansiedades” (Zimerman, 2000, p. 119). O autor explica que os mecanismos de defesa são processados pelo Ego¹ e são, praticamente, sempre inconscientes. Ele diz que o mecanismo fundamental do Ego é o de rejeitar, através das muitas formas de negação, a vivência e a tomada de conhecimento de experiências emocionais ansiogênicas. Freud (2006e) destacou a repressão, que, no original, ele denominou de *Verdrangung*, sempre presente nas estruturas históricas, como a resistência que certos impulsos instintuais sofrem e que os torna, de certo modo, inoperantes. A essência da repressão consiste simplesmente em afastar determinada coisa (causadora de desprazer) do consciente, mantendo-a a distância.

A identificação é um processo ativo do Ego e consiste em que este venha a se tornar idêntico a um outro. As identificações resultam de um processo de introjeção de figuras parentais dentro do Ego e do Superego ou das cargas de identificações projetivas. Nesta última, o indivíduo que não consegue conter dentro de si seus aspectos (bons ou maus), os projeta dentro do outro, que então passa a ser sentido como idêntico a ele. Pode-se dizer que as identificações se dão em três planos: o sujeito identifica algo ou alguém, ele foi identificado com e por alguém, o sujeito se identifica com um outro. No campo grupal, esses processos identificatórios costumam ocorrer de forma frequente, intensa e mutável e se constituem de maneira múltipla e cruzada (Zimerman, 2000).

A resistência é definida por Zimerman “como tudo o que, no decorrer do tratamento analítico, nos atos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente” (Zimerman, 2000, p. 152). Freud (2006h) postulou que o êxito de um tratamento corresponde

¹ A utilização dos termos *Eu* ou *Ego* varia de acordo com a nomenclatura utilizada pelo autor que o referencia.

à resolução das diversas formas de resistência. Para Zimerman (2000): “[...] o surgimento do fenômeno resistencial em qualquer processo terapêutico tanto pode ser obstrutivo ao mesmo, como se constituir em sua verdadeira essência, pela razão de que a resistência está dramatizando as forças vivas que o indivíduo lançou mão a fim de sobreviver entre as angústias terríveis que o assolavam... ou seja, indica uma forma, às vezes desesperada, de busca por uma sobrevivência psíquica.” (Zimerman, 2000, p. 152).

Segundo o autor, nas grupoterapias, as manifestações resistenciais mais comuns são os atrasos e faltas reiteradas; tentativas de alterar as combinações do *setting*; prejuízo da comunicação verbal por meio de silêncios excessivos, de reticências ou prolixidade; ênfase exacerbada em relatos da realidade exterior com o rechaço sistemático da atividade interpretativa dirigida ao inconsciente; manutenção de segredos; excessiva intelectualização; sistemática tentativa de expulsão de qualquer elemento novo; surgimento de subgrupos no grupo, com características próprias, que rivalizam e pouco se comunicam.

O fenômeno transferencial foi estudado pela primeira vez por Freud (2006b) que o definiu como a resistência mais poderosa ao tratamento analítico. Posteriormente, Freud (2006d) denominou de “neurose de transferência” a resultante de “reimpressões e novas edições” de antigas experiências traumáticas psíquicas.

De acordo com Zimerman (2000), nas grupoterapias, as manifestações transferenciais aparecem em quatro níveis: de cada indivíduo em relação à figura central do grupoterapeuta (transferência parental); do grupo como uma totalidade em relação a essa figura central (transferência grupal); de cada indivíduo em relação a outro(s) indivíduo(s) (transferência fraternal); de cada indivíduo em relação ao grupo (transferência de pertença). À essa multiplicidade de vetores transferenciais denomina-se “transferências cruzadas”, nas quais todas se processam simultaneamente, embora haja momentos em que alguma pode prevalecer.

A contratransferência é descrita por Freud (2006a) como aquilo que surge como resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do médico. O autor afirma que “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (p. 150), ao se referir aos entraves do tratamento psicanalítico que decorrem do fenômeno contratransferencial. Para Zimerman (2000), a contratransferência se origina das cargas de identificações projetivas que o paciente deposita no terapeuta. Ela pode servir tanto como instrumento de empatia como para um reforço da patologia do paciente. O autor explica que essa última situação ocorre quando o terapeuta, ao invés de representar um novo modelo de identificação que possibilita uma abertura para mudanças, identifica-se com

os antigos e rígidos valores parentais que foram projetados dentro dele. Dessa forma, o terapeuta age da mesma forma que os pais do paciente procederam com ele.

A contratransferência, assim como a transferência, também se processa no campo grupal em quatro níveis: os sentimentos do terapeuta em relação a cada um dos integrantes do grupo; os sentimentos do terapeuta em relação ao grupo como um todo; os sentimentos que determinados pacientes do grupo desenvolvem, e agem, em relação a cada um de seus pares; os sentimentos de cada indivíduo em relação ao que o grupo lhe desperta. No processo grupal, as contratransferências são cruzadas e é importante que cada membro desenvolva a capacidade de reconhecimento dos próprios sentimentos contratransferenciais que os outros lhes despertam, assim como os que cada um desperta nos outros (Zimmerman, 2000).

A etimologia da palavra *insight* – *in* (dentro de) + *sight* (visão) – refere-se à aquisição de uma visão interna, a qual se processa a partir da atividade interpretativa do terapeuta. Para Zimmerman (2000), o *insight* deve ser entendido não apenas como um simples acréscimo de conhecimentos sobre si próprio, mas um descobrimento no sentido de retirar (des) o véu que cobre (coberta) as verdades preexistentes.

Ainda de acordo com o referido autor, o processo de elaboração consiste na aquisição de um *insight* total e definitivo, conquistado através da integração de *insights* parciais. Elaborar é o processamento de uma integração e a síntese harmônica de elementos decompostos (amor x ódio, objetos “bons” x “maus”, realidade x fantasia, interno x externo, infantil x adulto) que estão presentes na vida psíquica. O resultado fica traduzido em mudanças significativas e duradouras, e não somente em adaptações. A elaboração em grupoterapias deve considerar o ritmo diferente dos indivíduos na sua capacidade de elaborar.

1.2 O conceito de *holding* e sua importância na psicodinâmica do Grupo de Suporte

O conceito winnicottiano de *holding* também traz preciosas contribuições para a compreensão da função primordial do Grupo de Suporte: proporcionar trocas afetivas, cuidados mútuos e sentimento de coesão e apoio.

O verbo *to hold* significa conter, segurar, sustentar, relacionando-se, dentro do referencial winnicottiano, sobretudo, ao ato da mãe segurar fisicamente seu bebê. Winnicott afirma que: “O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente seu amor” (Winnicott, 1988a, p. 48). Campos (2007b) ressalta o aspecto afetivo do *holding* na medida em que, através dele, a mãe comunica o seu amor.

O conceito se refere “ao conjunto de cuidados que o ambiente, sobretudo representado pela mãe, dispensa ao bebê” (Campos, 2007b, p. 55). O autor explica que se faz obrigatória a presença de alguém que seja capaz de captar e suprir as necessidades do bebê, considerando sua fragilidade e imaturidade. Mais do que isso, o autor entende que há uma relação indissociável entre “cuidador-cuidado”, na qual está presente um desejo/necessidade que se complementam: o bebê necessita de cuidados e a mãe deseja cuidar. A “boa” provisão de cuidados, ou seja, aquele que atende as necessidades do bebê, é que permitirá o satisfatório desenvolvimento psicológico da criança.

Winnicott (1988a) postula que uma boa provisão ambiental (representado pela mãe) começa antes mesmo do nascimento da criança. Para Campos (2007b) isso significa que tudo tenha início no desejo de ter um filho, de estabelecer o vínculo com alguém. No entanto, Campos esclarece “que não basta desejar ter um filho, mas é crucial disponibilizar-se integralmente para ele” (Campos, 2007b, p. 56). Winnicott (1980) denominou de “preocupação materna primária” o estado de sensibilidade no qual se encontra a mãe frente ao desejo de cuidar de maneira satisfatória de seu bebê. De acordo com o autor, a característica predominante é uma vontade e uma habilidade por parte da mãe para drenar o investimento de si mesma para o bebê. Neste estado, as mães “desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes permite ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido de uma forma que nenhuma máquina pode imitar e que não pode ser ensinada” (Winnicott, 1988b, p. 30). Campos destaca que “a motivação para cuidar provavelmente mobiliza no cuidador a necessária agudeza de sensibilidade que lhe permite captar as necessidades de quem é cuidado” (Campos, 2000, p. 56). A comunicação entre bebê e mãe é nomeada por Winnicott (1988b) de *comunicações silenciosas iniciais*, ocorrendo por meios não verbais, através do embalar o bebê, das brincadeiras e do olhar para o rosto da mãe, o qual pode ser pensado como o protótipo do espelho, onde o bebê vê a si próprio (Winnicott, 1988a). O bebê comunica suas necessidades corporalmente por meio do sorriso, do choro, do olhar, da agitação ou prostração psicomotora, da transpiração e dos odores (Campos, 2007b). No entender de Winnicott (1988b), é nesse estágio inicial de comunicação que a mãe está estruturando as bases da futura saúde mental do bebê, ao ser capaz de compreendê-lo e de atender às suas necessidades (físicas e emocionais).

Conforme Winnicott (1988a), as funções do *holding* podem ser destacadas como: garantir ao bebê evoluir do estado de não integração para o de integração. Nas palavras de Campos seria “reunir pedaços num todo unitário e coeso” (Campos, 2007b, p. 61). Winnicott sustenta que o resultado do progresso normal no desenvolvimento do lactente durante a fase

do *holding* “é que ele chega ao que se poderia chamar de estado unitário. O lactente se torna uma pessoa, com individualidade própria” (Winnicott, 1988a, pp. 44-45). Isso porque, no início, o bebê não tem a percepção de ser uma pessoa, uma individualidade, encontrando-se num estado de fusão com a mãe (Campos, 2007b); A segunda função do *holding* é a inserção da psique na soma ou personalização. A base dessa inserção é a ligação das experiências funcionais motoras e sensoriais com o novo estado do bebê de ser uma pessoa. Neste momento torna-se gradualmente significativo pressupor uma realidade psíquica interna ou pessoal. Campos (2007b) esclarece que a personalização completa o ciclo de diferenciação *eu-não eu*; a última função destacada por Winnicott (1988a) é a capacidade para relações objetais. Sobre este ponto, afirma que “[...] o lactente muda de um relacionamento com um objeto subjetivamente concebido para uma relação com um objeto objetivamente percebido” (Winnicott, 1988a, p. 45). Essa mudança, segundo o autor, está intimamente ligada com a passagem do bebê de estar fundido com a mãe para estar separado dela, relacionando-se com ela como *não eu*. A este respeito, Campos (2007b) explica que o atendimento pronto e eficaz das necessidades do bebê é o precursor da autoconfiança do adulto em poder suprir suas próprias necessidades.

Winnicott (1988a) concebe que todos esses desenvolvimentos fazem parte da condição ambiental do *holding*, sendo que, sem um *holding* suficientemente bom, esses estágios não poderiam ser alcançados ou não seriam mantidos.

Schmidt e Mata (2008) destacam que, dos cuidados prestados pela mãe ao bebê, formam-se registros psíquicos derivados do prazer e desprazer corporais que, articulados entre si como traços inconscientes de memória, determinam uma referência afetiva a cada aspecto do funcionamento do corpo. Assim, se estabelece a ponte entre o somático e o psíquico, criando, pouco a pouco, a trama de imagens afetivas a que se refere o corpo simbólico.

A este respeito, Volich esclarece que “através de gestos, palavras, fantasias, o corpo da criança é erogenizado, e, desta forma, liberta-se gradativamente de seus funcionamentos automáticos, determinados pela natureza, para poder alcançar novas experiências, que podem tanto conduzir ao prazer, como à angústia” (Volich, 1998, p. 143). Através desse processo, a criança constitui sua subjetividade, tornando-se um ser desejante, social e cultural.

As articulações entre as inúmeras imagens de cuidado que farão parte da vida de um sujeito irão compor o seu mundo interno, o que inclui as representações de desprazer e prazer, dor e alívio, capacidades e impotências, apreensões e confiança, entre tantas outras, transformadas em registros a partir de sensações corporais. Isso irá caracterizar um Eu, do qual o corpo passará a ser a sede. A sobrevivência deste Eu se confundirá com a

sobrevivência do corpo que, atingido pelo adoecer, tenderá a desencadear, em algum nível, uma desarticulação subjetiva, que se dá por um caminho regressivo em direção às apreensões e aos expedientes psíquicos com os quais encarava primitivamente sua própria impotência (Schmidt & Mata, 2008).

Campos (2007b) menciona a necessidade do *holding* no decorrer da vida adulta: “A dinâmica instituída pelo holding, ou o conjunto de cuidados oferecidos à criança pelo ambiente provedor, além de contribuir para a estruturação de um self coeso, confiante e criativo, fica registrada como experiência a ser resgatada, ou revivida, em momentos de crise ou vulnerabilidade.” (Campos, 2007b, p. 69).

Segundo este autor (2007d), aqui se estabelece uma relação indissociável entre “cuidador e cuidado”, ficando essa experiência marcada na psique e podendo, posteriormente, ser novamente vivenciada em momentos de vulnerabilidade, tal como no processo do adoecer. Para o autor, “[...] olhar para a doença não é suficiente. Urge encontrar o sujeito” (Campos, 2007d, p. 38), uma vez que o ato terapêutico passa pelo olhar, pelo ouvir, pelo descobrir aquele que vive e que sofre atrás de sua doença. E prossegue: “se o *holding* nos estruturou, o retorno a ele nos reabastece”, observando que o cuidado compatível com as necessidades da criança dará margem a sentimentos de confiança e de segurança na vida adulta, que serão transferidos para a relação com aquele que cuida.

Nessa lógica, o Grupo de Suporte pode ser considerado um espaço no qual as necessidades infantis originais de um ambiente protetor e acolhedor capaz de contribuir para a integração e personalização, sejam atendidas (mesmo que parcialmente).

Winnicott (1988b) coloca que o *holding* pode ser empregado para caracterizar o trabalho de profissionais que se propõem à prestação de cuidados. A este respeito, Campos (2007b) menciona a importância do *holding* oferecido pelos profissionais de saúde e explica que “o paciente, vulnerabilizado pela doença, comporta-se psicologicamente como um bebê e anseia encontrar um ambiente cuidador capaz de lhe propiciar o resgate de sua integridade” (Campos, 2007b, p. 74). Schmidt e Matta (2008) e Campos (2007b), sobre este aspecto, afirmam que é nesse contexto que se insere o profissional de saúde, que vem a ocupar um lugar de equivalência à mãe na sua tarefa de cuidar e de restaurar a estabilidade subjetiva. Nessa vertente, a equipe de profissionais de saúde pode estar representando um “ambiente familiar” se cada profissional tiver o desejo de cuidar, como uma mãe que se sensibiliza e se disponibiliza para cuidar de seu bebê. Apenas nessas condições a ação do profissional se constitui num ato de cuidar e favorece o estabelecimento de relações muito semelhantes às que ocorrem no grupo familiar original.

Campos (2007c) observa uma similitude entre os fatores essenciais do Suporte Social descritos por Cobb (1976) – emocional (sentimento de ser amado, estimado e protegido), valorativo (sentimento de reconhecimento e aceitação) e comunicacional (sentimento de ser compreendido e aceito) – e os do conceito de *holding* descrito por Winnicott, no qual prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação empática da relação mãe e bebê. Segundo ambos autores, o Suporte Social e o *holding* começam no útero, são melhor percebidos no amamentar materno, são comunicados de várias formas, mas especialmente, pelo modo como o bebê é cuidado, e, no progredir da vida, eles são derivados de outros membros da família, amigos, companheiros de trabalho, comunidade e profissionais de saúde.

1.3 Fatores terapêuticos de grupo: a contribuição de Yalom

Irvin Yalom trouxe uma grande contribuição às psicoterapias de grupo ao discutir os fatores terapêuticos envolvidos neste cenário. Partindo da questão “como a terapia de grupo ajuda os pacientes?” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 23), o autor buscou identificar os aspectos cruciais do processo de mudança terapêutica que constituem o alicerce para o terapeuta selecionar as táticas e estratégias necessárias envolvidas na experiência de grupo, de modo a maximizar sua potência, com diferentes pacientes e em diferentes cenários.

Segundo o autor, a mudança terapêutica é um processo altamente complexo, que ocorre pela interação de experiências humanas, denominadas “fatores terapêuticos” e que podem ser distinguidas pelos seguintes elementos: (1) Instilação de esperança, que se refere à uma expectativa elevada de ajuda antes de começar a terapia o que está significativamente correlacionado com um resultado positivo; (2) Universalidade, na qual muitos indivíduos começam a terapia com o pensamento perturbador de que são singulares em sua desgraça. Na terapia de grupo a invalidação dos sentimentos de singularidade de um paciente, ao ouvirem outros membros relatarem preocupações semelhantes às suas, é uma poderosa fonte de alívio; (3) Compartilhamento de informações que inclui: o aprendizado sobre o funcionamento psíquico, o significado dos sintomas, a dinâmica interpessoal e de grupo e o processo da psicoterapia; e o aconselhamento ou as orientações diretas do terapeuta ou de outros membros do grupo; (4) Altruísmo que significa a disponibilidade em dar e receber ajuda; (5) Recapitulação corretiva do grupo familiar primário trata de interações entre os membros de maneira similar às relações familiares, pois o grupo se assemelha a uma família em muitos aspectos (figuras de autoridade/parentais, figuras de irmãos/fraternas, revelações pessoais profundas, emoções fortes, intimidade profunda, sentimentos hostis e competitivos). Envolve

a revivência de conflitos familiares de maneira corretiva/reparadora; (6) Desenvolvimento de técnicas de socialização que implica habilidades sociais básicas. Um exemplo é quando a terapia de grupo proporciona uma rica oportunidade para que os membros aprendam sobre como contribuem para o seu próprio isolamento e solidão, ou quando passam a fazer menos julgamentos a partir do aumento da capacidade de experimentarem e expressarem empatia; (7) Comportamento imitativo quando os pacientes aprendem e mudam, a partir de aspectos dos outros membros do grupo e do terapeuta. Os integrantes do grupo aprendem observando os outros a lidarem com seus problemas; (8) Aprendizagem interpessoal envolve a importância dos relacionamentos interpessoais, a experiência emocional corretiva (reparação de uma experiência traumática), o grupo como microcosmo social (interação entre os membros, como os mesmos interagem com as pessoas em sua esfera social), a transferência e o insight; (9) Coesão grupal refere-se à atratividade que os membros sentem por seu grupo e pelos outros membros. Ela é sentida nos níveis interpessoal, intrapessoal e intragrupal. Implica no compartilhamento afetivo do mundo interior do indivíduo, a aceitação e o apoio do grupo; (10) Catarse é a expressão de sentimentos negativos e/ou positivos. Ela por si só não é suficiente, afinal, ao longo da vida a maioria das pessoas tem descargas emocionais que não levam à mudanças. Contudo, segundo Yalom e Leszcz (2006), ela é vital para o processo terapêutico de grupo, sendo capaz de promover mudanças somente quando vem acompanhada da capacidade de refletir sobre a própria experiência emocional. A catarse está diretamente relacionada com a coesão, pois é mais proveitosa quando se formam vínculos de apoio no grupo. Da mesma forma, a expressão de emoções fortes, promove o desenvolvimento da coesão, já que as pessoas que expressam esses sentimentos e trabalham de forma honesta com eles, desenvolvem vínculos mútuos e íntimos; (11) Por último, o autor se refere aos fatores existenciais que envolvem, dentre outros aspectos, a responsabilidade em relação à própria vida, o reconhecimento da mortalidade e enfrentamento de situações de vida.

Yalom e Leszcz (2006) ponderam que: todos estes fatores são interdependentes e nenhum deles ocorre ou funciona separadamente; eles operam em todos os tipos de grupos de terapia; nenhum sistema explicativo pode abranger toda a terapia de grupo, pois, em seu núcleo, o processo terapêutico é infinitamente complexo.

2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA

O câncer é considerado uma enfermidade crônica que se desenvolve em muitas fases e durante um período prolongado; implica em modificações no curso natural da vida dos indivíduos, como nas atividades diárias, no trabalho, nos relacionamentos interpessoais e nos papéis familiares. Essas mudanças, somadas às incertezas geradas pelo diagnóstico e pelos tratamentos invasivos, podem provocar um elevado grau de estresse no paciente que se manifesta em forma de ansiedade e depressão (Yarnoz, Quinto, Castillo, & Prats, 2005).

Um estudo realizado por Tavares e Trad (2005) buscou conhecer os significados associados ao câncer de mama, compartilhados nos grupos de familiares de mulheres com essa doença. Os resultados mostraram que o câncer de mama é representado como algo negativo, invasivo, traumático, limitante, que remete ao medo e à dor.

Tanto o diagnóstico de câncer de mama como todo o processo da doença são vivenciados pela paciente e por sua família com intensa angústia, sofrimento e ansiedade. Além do rótulo de uma doença dolorosa e mortal, o paciente geralmente vivencia, no tratamento, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos na qualidade de vida (Lotti, Barra, Dias, & Makluf, 2008). Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes. Por ser o seio um órgão repleto de simbolismo para a mulher, também se observa angústias ligadas à feminilidade, maternidade e sexualidade (Venâncio, 2004).

Passar pelo câncer de mama é considerado uma experiência de crise que pode ter diferentes consequências psicossociais. Patrão e Leal (2004) apontam o Suporte Social percebido, a qualidade de vida, o estresse, o *coping*, o controle emocional, a necessidade de harmonia e a personalidade como fatores psicossociais frequentemente associados a essa doença.

O Suporte Social é considerado como um fator atenuante das condições agressivas do diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Pode ser compreendido como a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado, valorizado, e que pertence a um grupo com obrigações mútuas (Cobb, 1976, citado por Patrão & Leal, 2004). A fonte do Suporte Social pode ser a família, o companheiro, os amigos e os profissionais de saúde. Mais a frente esse conceito será mais bem desenvolvido.

A qualidade de vida relaciona-se à satisfação que o indivíduo tem com o seu nível de funcionamento físico, mental e social. Ela pode estar comprometida na doença oncológica devido à agressividade dos tratamentos. Quando o tratamento indicado é a mastectomia e/ou a quimioterapia, por exemplo, o impacto na qualidade de vida é considerável em diversas dimensões. Um aspecto que pode estar afetado é a imagem corporal devido à perda da mama e/ou à perda do cabelo. A consequência do desfiguramento físico é o abalo da identidade feminina, o prejuízo da sexualidade e a perda de confiança nas relações com os outros significativos (Patrão & Leal, 2004).

As autoras explicam que o diagnóstico e os tratamentos do câncer de mama criam, por si só, uma experiência de estresse, pela incerteza quanto ao futuro. O estresse se apresenta, sobretudo, na forma de ansiedade e depressão, mas também com sintomas de irritabilidade, perda do apetite, problemas no sono e pensamentos intrusivos sobre o futuro.

O *coping* representa as estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com acontecimentos indutores de estresse, internos ou externos. Esses acontecimentos são avaliados como algo que ultrapassa os recursos pessoais. A resposta a eles é eficaz quando reduz a perturbação sentida e melhora os prejuízos do bem-estar e do estado de saúde. O indivíduo pode usar estratégias orientadas para a resolução direta do problema, para atenuação das emoções ou mesmo para a busca de apoio social.

O controle emocional e a necessidade de harmonia encontram-se diretamente relacionados. Patrão e Leal (2004) afirmam ser uma característica das mulheres com câncer de mama o controle da expressão de emoções negativas (raiva, tristeza, ansiedade e depressão) no relacionamento com os outros e perante situações de conflito. O intuito é evitar problemas por meio de um estilo cooperativo/ submisso, o que pode gerar prejuízos à saúde física e mental das mulheres.

O último fator citado no estudo destas autoras, a personalidade, pode ser entendida como uma estrutura estável do indivíduo, que influencia a forma como reage perante ocorrências da vida e que tende a ser mais ou menos consistente ao longo do tempo. As autoras afirmam que alguns traços da personalidade influenciam na forma como o indivíduo lida com o adoecimento.

Venâncio (2004) enfoca as consequências emocionais do adoecimento por câncer de mama, como ansiedade e depressão, já que a doença pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. A autora aponta a importância das assistências psicológica, individual e em grupo, como parte do tratamento para o câncer de mama já que estas possibilitam um melhor ajustamento à doença, redução dos distúrbios

emocionais, melhor adesão ao tratamento, diminuição dos sintomas adversos associados à doença e aos tratamentos, podendo até mesmo aumentar o tempo de sobrevivência.

Sales, Paiva, Scandiuzzi e Anjos (2001), ao pesquisarem a qualidade de vida das mulheres tratadas por câncer de mama à luz do funcionamento social, evidenciaram que as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais dessas mulheres são provocadas mais por problemas de natureza psicológica do que física.

Uma pesquisa realizada no pós-operatório de mulheres que se submeteram à mastectomia (Ferreira, M. L., Franco, & Queiroz, 2002) buscou compreender o significado desta cirurgia para as pacientes. Os resultados mostraram a preocupação com a morte que aparece relacionada ao medo da metástase do câncer de mama e ao sentimento de impotência para modificar a situação vivenciada; presença de sentimentos negativos como tristeza e sensação de estranheza; medo da incapacidade para as atividades profissionais e domésticas; preocupação com o autocuidado; ocultamento da mutilação por meio do uso de disfarces, principalmente ao transitarem em espaços públicos; dificuldades no relacionamento conjugal por constrangimento frente ao olhar do companheiro; alteração da imagem corporal e baixa autoestima, a partir da identificação de um corpo mutilado, alterado, diferente, que se distancia do ideal esperado pelas mulheres; a imagem corporal também fica alterada na dimensão sexual, pois expor-se mutilada para o companheiro torna-se doloroso e a relação sexual passa, muitas vezes, a ser evitada.

Outro estudo (Ferreira, M. L. & Mamede, 2003), cujo objetivo foi compreender como a mulher mastectomizada representa o seu corpo na relação consigo mesma, encontrou resultados similares, corroborando com a pesquisa acima descrita. Os conteúdos da representação do corpo convergiram para quatro unidades de significação: corpos mutilados (alteração da imagem corporal); sensação de impotência (impossibilidade de mudar a situação vivenciada e de decidir sobre o próprio destino); dor e limitações; cuidado com o corpo (corpo frágil e ameaçado).

Aureliano (2009) também trabalha com a representação do corpo feminino, porém numa abordagem sócio-histórica, buscando compreender como essa representação é percebida e reelaborada pela mulher mastectomizada e quais os discursos e visões passam a ser utilizados para a compreensão desse corpo após a experiência da doença. A pesquisa foi realizada com mulheres integrantes de dois grupos de ajuda mútua. O método compreendeu a observação participante, desenvolvida nos espaços dos grupos, como uma maneira de “captar as vozes daquelas que falavam para todas, mas não pretendiam falar de si em entrevista particular” (Aureliano, 2009, p. 51).

Os resultados apontam para questões que envolvem a reconstrução de identidades, pois vários aspectos identitários são alterados com o câncer de mama e a mastectomia. A autora cita a identidade feminina e os papéis que ela representa em nossa sociedade como o de mãe e o de esposa, as questões que envolvem a sexualidade, a identidade de “pessoa doente”, de corpo alterado e mutilado, de mulher trabalhadora, “cancerosa”, dentre outras. “As identidades sociais da mulher que se descobre com câncer de mama sofrem abalos nos aspectos que vão desde a revelação da doença para os outros até as mudanças nas relações de trabalho, com a família, etc. Todas essas mudanças na percepção e na formação das identidades emanam da alteração do corpo” (Aureliano, 2009, p. 66).

A pesquisadora percebeu que, entre as participantes do estudo, havia uma grande preocupação com a função utilitária da mama, principalmente para as mulheres das classes populares, que foram a maioria no campo investigado. A queixa que sobressaiu foi em relação à limitação de um dos braços, o que para muitas significava a interrupção do trabalho ou impactava, de alguma forma, a sua atuação no espaço doméstico.

Esse estudo verificou ainda que a unidade do corpo feminino foi quebrada com a mastectomia sendo necessário recuperar, não apenas a saúde do corpo, mas, sobretudo, a unidade da pessoa e suas identidades sociais afetadas pela doença e pela mutilação. “Através da perda da parte, o todo é transformado, colocando a mulher mastectomizada diante de um processo contínuo de reconstrução dessa nova identidade ainda plural, ainda mulher e, com todas as suas ambiguidades, demasiadamente humana” (Aureliano, 2009, p. 67).

Apesar dos resultados de todas essas pesquisas comprovarem o impacto psíquico e social do adoecimento por câncer de mama, é curioso observar o quanto a teoria psicanalítica omite-se no que diz respeito à importância do seio para a organização da identidade feminina e para o desenvolvimento do psiquismo da mulher (Volich, 1995). O autor faz essa colocação baseado nas teorias de Freud e de Melanie Klein que destacaram a força das experiências vividas pelo bebê e sua mãe em torno do seio, o que permitiu a compreensão das dinâmicas libidinais e simbólicas ligadas à amamentação, que extrapola a mera dimensão biológica. Entretanto, a significação específica dos seios para as mulheres é relegada a um plano secundário. O autor, baseado na sua experiência clínica e pesquisas desenvolvidas, afirma que: “[...] as reações das mulheres à patologia real da mama, ao risco oncológico subjacente à existência de uma incidência familiar da mesma, ou ainda ao fantasma de tais eventos, são específicas e diferentes de qualquer outra ameaça à integridade corporal da mulher. Elas suscitam modificações marcantes nas dinâmicas psíquicas e relacionais femininas.” (Volich, 1995, p. 56).

Tendo como referência a obra freudiana, Volich (1995) afirma que a satisfação obtida no seio materno é originária de todos os prazeres do sujeito. Contudo, faz uma crítica ao fato de Freud ter considerado o seio como objeto quase exclusivo do prazer da criança, sem considerar sua função na dinâmica pessoal da mãe.

Com base nesta revisão da literatura, elencou-se fatores psicossociais a serem analisados no presente estudo, destacando-se entre eles o medo da metástase e da morte, a angústia e a tensão advindas da alteração da imagem corporal e do provável comprometimento das relações sociais, e a sexualidade das mulheres acometidas pela doença.

3 SUPORTE SOCIAL E GRUPO DE SUPORTE

O Suporte Social é um construto importante nesta pesquisa, por três motivos: é a partir dele que se define Grupo de Suporte; o conceito de Suporte Social pode ser operacionalizado no campo da saúde através dos Grupos de Suporte oferecidos aos portadores de inúmeras doenças; além do que, oferece subsídios para se pensar as repercussões sociais e psíquicas do adoecimento.

É consensual que o Suporte Social é um conceito complexo, dinâmico e que, a maneira como é percebido, varia de acordo com as circunstâncias (Santos, C., Ribeiro, & Lopes, 2003). Para Caplan (citado por Campos, 2007a), sistemas de suporte implicam padrões duradouros de vínculos que contribuem, de forma significativa, para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Esse conceito foi sendo construído nos campos da Psicologia Social e da Saúde Comunitária em torno de duas premissas básicas: o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, capazes de proporcionar sentimento de proteção e apoio às pessoas envolvidas; e a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos (Campos, 2007a). O conceito se refere a uma forma de relacionamento grupal em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. A rede grupal constituída é solidária, tem papéis definidos e ocorre de maneira constante e contínua. O resultado é um sentimento de coesão e de apoio que empresta ao grupo subsídios para o enfrentamento da realidade vivida (Cobb, 1976). Campos (2000) define Grupo de Suporte como aquele que funciona como Suporte Social para seus membros. Ressalta-se que, segundo Campos (2007c), o Suporte Social faz coexistir um fato ao mesmo tempo social e psicológico.

Enfatiza-se hoje a importância do Suporte Social na redução do impacto de eventos estressores, no aumento da qualidade de vida de indivíduos saudáveis ou doentes (Ribeiro, 1999) e no bem estar físico e psicológico, funcionando como agente protetor da saúde (Pietrukowicz, 2001). É nesse contexto que Ribeiro (1999) menciona o Suporte Social como um dos conceitos fundamentais da Psicologia da Saúde por sua capacidade de inibir o desenvolvimento de doenças ou auxiliar na sua recuperação. É reconhecida a influência do papel das relações interpessoais na saúde física e mental. O Suporte Social refere-se ao suporte emocional ou prático ofertado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia,

assistência e informação, enfim, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (Antunes & Fontaine, 2005).

O enfrentamento e a superação de um momento de crise, como o diagnóstico de uma doença grave, depende de fatores pessoais (internos) e dos recursos do meio (externo), como o Suporte Social (Santos, C. et al., 2003), que pode ser originário de três fontes principais: família ou outras pessoas significativas da rede social (amigos e vizinhos); profissionais ou voluntários envolvidos no oferecimento de cuidados; e religião (Aragão, Vieira, Alves, & Santos, 2009).

Na presente pesquisa, o Grupo de Suporte tem a pretensão de ser uma fonte de Suporte Social, estando nele envolvido também o apoio emocional. O trabalho de grupo, subsidiado pela teoria psicanalítica, visa, primordialmente, promover e fortalecer os recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, possibilitando o enfrentamento da doença e a integração social das pacientes. Nele, é destacada, principalmente, a dimensão subjetiva presente na experiência do adoecimento e dos tratamentos realizados, buscando compreender e intervir nos mecanismos psíquicos envolvidos em todo o processo. A dimensão inconsciente também é considerada por estar implícita em tais mecanismos psíquicos e na relação que se estabelece entre a paciente e a doença. Dessa forma, buscou-se estabelecer uma relação empática com as participantes da pesquisa que conduziu a uma abordagem terapêutica plena.

Parece que certos tipos de suporte são mais importantes na forma de lidar com situações específicas (Santos, C. et al., 2003). Tratando-se do câncer, por exemplo, o suporte emocional é considerado fundamental no momento da descoberta da doença para lidar com o impacto do diagnóstico. Maríán (1995, citado por Santos, C. et al., 2003) refere que a função amortecedora do apoio emocional sobre os efeitos depressivos da doença é mais visível nos momentos iniciais de contato com a doença. Segundo Pietrukowicz (2001), estudos destacam a importância do Suporte Social na doença oncológica, demonstrando que os doentes com níveis elevados de Suporte Social apresentam processos de adaptação à doença mais satisfatórios.

O Suporte Social está diretamente ligado ao campo da saúde e à esta pesquisa, especialmente pelas repercussões psicossociais provocadas pelo adoecimento por câncer de mama tais como os prejuízos no trabalho, no lazer e nas relações familiares. O apoio emocional e social que se pretende fornecer por meio da intervenção grupal é de suma importância para que o trabalho seja capaz de promover os recursos psíquicos necessários para o enfrentamento da doença e a integração social das participantes. Campos (2007c)

ilustra bem o papel do Suporte Social, sendo possível compreender o contexto em que se insere o Grupo de Suporte com mulheres com câncer de mama:

O Suporte Social se apresenta em momentos em que o indivíduo, na vida adulta, se mostra fragilizado, em crise, ameaçado na sua integridade. Ele busca alguém que o acolha, que o apóie. Busca alguém que “cuide” dele. Assim como no holding, para que o Suporte Social funcione, torna-se necessário um adequado relacionamento cuidador-cuidado ou, em termos winnicottiano, um provedor suficientemente bom, capaz de captar e atender às necessidades do receptor, oferecendo-lhe carinho, cuidado, acolhimento, reconhecimento, compreensão e informação. (Campos, 2007c, p. 84).

E logo em seguida: “O Suporte Social é uma função atenuada e síntese do que em época remota foi função primordial e progressiva. Defendemos, pois, a ideia de que o Suporte Social funciona como atualização ou revivência do holding em situações que o indivíduo se sinta vulnerável ou ameaçado em sua integridade física ou psicológica.” (Campos, 2007c, p.84).

Vale aqui esclarecer que, no trabalho de grupo, o acolhimento, o cuidado, a compreensão e todos os aspectos citados são fornecidos e recebidos por todos os membros de maneira mútua e recíproca.

Ao trabalhar o conceito de Suporte Social, cabe destacar que este encontra-se identificado na literatura com a noção de apoio social. Pode-se compreendê-lo como sinônimo de Suporte Social (Aragão et al., 2009) na medida em que é definido por Pietrukowicz (2001) como “um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas, que através do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o bem estar recíproco e construindo fatores positivos na prevenção e na manutenção da saúde” (Pietrukowicz, 2001, p. 14).

Yarnoz et al. (2005) cita que m grande número de estudos documenta o apoio social como uma fonte importante de apoio emocional, o que propicia a adaptação psicológica ao câncer. É nessa vertente que o Grupo de Suporte, como uma estratégia de intervenção psíquica e social, funciona como Suporte Social para os seus membros na medida em que contribui para melhorar a qualidade de vida, o bem estar físico e emocional e o aumento da sobrevida, através da adaptação emocional e do enfrentamento da enfermidade oncológica.

Assim como compreendemos apoio social e Suporte Social como sinônimos, entendemos também Grupo de Suporte com o mesmo sentido de Grupo de Apoio. Essa ideia é confirmada por L. M. Oliveira, Medeiros, Brasil, P. M. Oliveira e Munari (2008) que afirmam que o Grupo de Apoio ou Suporte tem como objetivo primário sustentar e manter a força

existente, focalizado na confiança e no reforço dos recursos ambientais e pessoais de seus integrantes.

Johnson e Lane (1993) elencam quatro objetivos fundamentais do Grupo de Apoio, a saber: 1) facilitar a expressão de sentimentos e experiências acerca da vivência do câncer; 2) facilitar o apoio mútuo entre os participantes, o que se deriva do compartilhamento de experiências e problemas similares; 3) prestar informações sobre a enfermidade e os tratamentos; 4) auxiliar os membros do grupo no enfrentamento da doença e na resolução de problemas.

Segundo os autores, a estrutura e a premissa de cada Grupo de Suporte devem responder às necessidades de seus membros. O grupo serve a alguns propósitos que incluem a prestação de informações, o apoio, a socialização e a afirmação. Os principais atributos incluem a interação face a face dos integrantes; a ênfase na participação pessoal; o comparecimento voluntário; o reconhecimento do propósito de estarem juntos; e o fornecimento do suporte emocional.

4 GRUPO DE SUPORTE COM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA

Um estudo de revisão sistemática, baseado em metanálise, sobre a eficácia dos Grupos de Apoio com pacientes oncológicos realizado por Yarnoz et al. (2005) confirma que este tipo de intervenção psicossocial é benéfico. Os resultados evidenciam uma melhora significativa dos estados emocionais (depressão e ansiedade), assim como da qualidade de vida e das relações. Considerando as características dos sujeitos da amostra, 72% dos grupos de apoio eram compostos exclusivamente por mulheres, sendo que 68% são realizados com mulheres com câncer de mama.

Outro trabalho de revisão bibliográfica, porém não sistematizada, sobre as intervenções de grupo na reabilitação de mulheres com câncer de mama, aponta que há um consenso na literatura de que essa modalidade de intervenção auxilia na reabilitação psicossocial, no tratamento do câncer, ameniza o sofrimento emocional e, especificamente, melhora o lidar com as situações de estresse e medo. O estudo revela ainda que a participação no grupo melhora o contato com os amigos e familiares (Gomes et al., 2003).

Esse estudo revelou, ao analisar 10 artigos, que a utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama tem abordado quatro temáticas: educação em saúde (quatro artigos), manejo do estresse (cinco artigos), apoio psicossocial (sete artigos), enfrentamento de situações (seis artigos). A soma dos temas ultrapassa o total de 10, porque algumas temáticas aparecem em mais de um artigo.

Segundo os autores, a educação em saúde refere-se aos momentos do grupo dedicados às informações médicas e psicológicas específicas sobre o câncer de mama, tratamentos e prognóstico. O terapeuta deve contemplar os temas, na medida em que as mulheres os levam para o grupo, proporcionando aprendizado e redução da ansiedade que ocorre frente ao desconhecido. A respeito do efeito terapêutico da prestação de informações, Pinheiro, Silva, Mamede e Fernandes (2008) reforçam que esclarecer e informar às mulheres, principalmente àquelas que irão se submeter ao tratamento para o câncer de mama, provavelmente, diminui a expectativa e as tensões oriundas do próprio desconhecimento. Yalom e Leszcz (2006) também destacam o aspecto educativo no trabalho com Grupos de

Suporte no qual são fornecidos conhecimentos, informações e orientações. Denominam esse aspecto de “psicoeducação” e ressaltam que as informações sobre a doença em questão e sobre aspectos relacionados à saúde em geral são fornecidos não apenas pelo “líder” do grupo, mas pelo compartilhamento de informações e conselhos entre seus membros (Yalom & Leszcz, 2006, p. 395).

Retomando aos temas abordados por Gomes et al. (2003), o estresse aparece, com frequência, em forma de comportamento agressivo, o que acaba por interferir nas relações sociais, em casa, no trabalho e no lazer. O manejo do estresse, nos Grupos de Apoio, se dá através de técnicas de relaxamento e de respiração, além da prática de atividade física. Em relação ao apoio psicossocial, o grupo deverá proporcionar às mulheres ajuda em relação aos sentimentos de isolamento e solidão, bem como no desenvolvimento de novas maneiras de lidar com a doença, ampliando a rede de Suporte Social e reduzindo o impacto emocional causado pelo câncer, pelo tratamento e pelas possíveis complicações.

Por fim, o enfrentamento é a tradução para o português do termo *coping*, utilizado na língua inglesa para expressar qualquer tipo de ação ou comportamento apresentado para lidar com um perigo nas situações ameaçadoras ou problemáticas. Gimenes, a partir da análise de várias acepções do termo, conclui que ele “corresponde à ação ou ao comportamento que as pessoas apresentam para lidar com situações difíceis e estressantes” (Gimenes, 1997, p. 116). A autora considera o enfrentamento inseparável, tanto do estresse experienciado por demandas externas (contexto de vida), quanto internas (estados emocionais), e aponta, como uma característica essencial do processo de enfrentamento, a plasticidade que permite ao ser humano uma possibilidade imensa de adaptação perante a adversidade.

Uma pesquisa clínica, não controlada, realizada por Bloch e Kissane (2000), objetiva fornecer uma avaliação qualitativa sobre os resultados de experiências de intervenção em grupo de pacientes no estágio inicial do câncer de mama. Os temas que surgiram nas primeiras sessões foram: ansiedade acerca da morte; medo da recorrência da doença; incerteza quanto ao futuro; luto sobre várias perdas; modificações no corpo e autoimagem; as exigências do tratamento e relacionamento com os médicos, companheiros, familiares e amigos. Os autores concluíram que uma postura flexível por parte do terapeuta, o qual deve adaptar as intervenções às necessidades do grupo, resulta em benefícios para os participantes.

Rezende e Botega (1998) realizaram um estudo descritivo que procurou compreender psicodinamicamente o funcionamento de um Grupo de Apoio Psicológico (GAP) a mulheres com câncer de mama e o estado psicológico das pacientes. Além dos resultados desse estudo, apresenta-se, a seguir, o método utilizado nele, por se assemelhar à proposta da presente

pesquisa. A amostra do estudo foi constituída por sete mulheres com câncer de mama que realizaram cirurgia de retirada do tumor (cirurgia conservadora ou mastectomia). Não participaram desse grupo as pacientes com quadro de depressão grave, distúrbios psicóticos ou com transtornos de personalidade grave. Foi realizada uma entrevista aberta com cada participante com o objetivo de colher informações sobre as histórias de vida, de confirmar os fatores de indicação para o GAP, de propor o contrato terapêutico grupal e de esclarecer os objetivos da pesquisa. O grupo teve a característica de ser breve, com quatro encontros gravados em áudio e registrados por um observador. A gravação foi transcrita e complementada por registros do observador.

A análise do material foi realizada à luz da teoria psicanalítica sobre grupoterapia e revelou que as pacientes apresentaram manifestações relacionadas ao medo do desconhecido e da rejeição, ao silêncio forçado do psíquico, à sentimentos de desconfiança e a fantasias de união-fusão e de castração. Os autores explicaram cada um desses itens. O medo do desconhecido referia-se ao temor da metástase, da morte e das mudanças na vida. O medo da rejeição estava relacionado ao medo de não serem compreendidas ou aceitas, caso confiassem suas emoções ao grupo. O silêncio forçado do psíquico retratava a tendência de esconder e disfarçar sentimentos. Os autores verificaram ainda “uma invasão de queixas somáticas, nas quais somente o corpo gritava. As pacientes evitavam aproximar-se daquilo que sentiam. Quase não existia lugar para pensar” (Rezende & Botega, 1998, p. 43). Em relação à desconfiança, foi verificado que as pacientes não conseguiam receber ajuda de maneira segura, desconfiavam a todo momento das atitudes alheias. As fantasias de união-fusão se revelavam através das comunicações das pacientes que denotavam um desejo de fusão com o terapeuta-mãe, traduzindo uma necessidade de estabelecer um vínculo com característica simbiótica. Isso se apresentava como uma necessidade de receber tudo pronto, de não se esforçar para obter ganhos ou satisfações, como um modo de encontrar uma “fórmula” que pudesse aliviar o sofrimento físico e mental. Por fim, a fantasia de castração estava relacionada ao medo de perder mais. Sabe-se que a mama é um órgão altamente investido de representações, por isso, sua perda é sentida como um ataque aos aspectos femininos e narcísicos. A cirurgia para retirada da mama, portanto, é uma mutilação, uma castração, ou seja, uma parte corporal é perdida de forma agressiva e violenta. Esse grupo tem em comum uma marca corporal, uma ferida externa e, também, interna (no narcisismo, na fantasia, na autoestima, na feminilidade). Os pesquisadores (Rezende & Botega, 1998) observaram que essas pacientes, diante de tantas perdas e privações, temem novas perdas.

Um estudo exploratório, de enfoque qualitativo realizado por Comin, Santos e Souza (2009), buscou investigar as vivências e os discursos de mulheres mastectomizadas por meio da análise de 11 sessões de Grupo de Apoio registradas em áudio, realizadas em um Serviço de Reabilitação Psicossocial de Mulheres Mastectomizadas (REMA). Os resultados versaram sobre os diferentes dizeres e saberes produzidos acerca do câncer e sobre o modo como estes são produzidos socialmente, tendo sido percebida uma oposição entre o saber científico e o saber popular. Para os autores, o grupo funciona de modo a questionar e desconstruir algumas ideias cristalizadas e estigmatizantes que giram em torno do câncer, ressaltando as possibilidades e os aspectos saudáveis das pacientes, as adaptações realizadas e a promoção da esperança como um potente fator terapêutico. O estudo apontou que a intervenção grupal foi capaz de promover mudanças que propiciaram melhora da qualidade de vida, das condições de tratamento e possibilidades reais de inclusão social.

Outra pesquisa, realizada no mesmo Serviço (REMA) por M. A. Santos, Prado, Panobianco e Almeida (2011), teve como objetivo discorrer sobre a relevância do Grupo de Apoio como modalidade de intervenção psicossocial de mulheres mastectomizadas. Os encontros do grupo ocorreram três vezes por semana, com uma hora de duração e uma média de 30 participantes por reunião. A análise dos dados compreendeu a leitura atenta das atas de dez encontros, produzidas por meio do registro em tempo real das observações realizadas. Os resultados indicaram que o grupo promoveu um ambiente favorecedor de Suporte Social, de compartilhamento de sentimentos, de desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de situações difíceis, de educação em saúde, de informação e de discussão de questões existenciais.

Pinheiro et. al. (2008) procuraram compreender, por meio de um estudo qualitativo, o significado dos Grupos de Apoio na vida das mulheres com câncer de mama. A amostra foi composta por 30 mulheres mastectomizadas, pertencentes a seis Grupos de Apoio. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada as quais foram gravadas e transcritas. Os resultados caracterizaram os grupos como meio para o enfrentamento da doença e de superação do sofrimento oriundo do diagnóstico e tratamento do carcinoma mamário. A participação em Grupos de Apoio significou, para as participantes do estudo, a possibilidade de trocas de experiências, de receber e oferecer Suporte Social, de sair da exclusão social e de receber informações. Sendo assim, o Grupo de Apoio foi considerado uma fonte de Suporte Social, na medida em que funcionou como sustentáculo no processo de recuperação e adaptação à nova condição, e ainda por ser um ambiente de transformação psicofísico e psicossocial. A totalidade das mulheres estudadas ressaltou o quanto foi significativo

participar de Grupos de Apoio, pelo suporte emocional e social, mas também pela possibilidade de saírem da situação de exclusão social e perceberem-se incluídas, identificando-se umas com as outras.

Uma avaliação feita por Leite e Peres (2013) acerca da produção científica sobre o emprego de Grupos de Apoio à mulheres acometidas por câncer de mama, durante um período de dez anos (2001-2011), constatou que 14, das 15 referências selecionadas para o estudo, apresentavam indicadores da eficácia/efetividade de uma intervenção específica de grupo denominada suportiva-expressiva. Trata-se de uma variação dos Grupos de Apoio de orientação cognitivo-existencial, com duração limitada e cujas sessões têm caráter semiestruturado. Seus objetivos principais são promover a construção de novos laços sociais, fomentar a expressão emocional e favorecer o enfrentamento das repercussões do adoecimento. Os benefícios da intervenção de grupo referem-se à diminuição dos níveis de desesperança, preocupação ansiosa e estresse, bem como o fortalecimento do funcionamento social das participantes.

Essa pesquisa revelou a predominância de ensaios clínicos randomizados, cuja coleta de dados envolveu a aplicação de instrumentos padronizados. Sendo assim, os autores apontam como uma lacuna da literatura científica especializada a carência de pesquisas que contemplem a descrição do funcionamento de grupos de apoio e desenhos teórico-metodológicos diferentes de ensaios clínicos randomizados. Segundo os pesquisadores esta metodologia, apesar de fornecer indicadores seguros sobre a eficácia da intervenção grupal, tende a ser pouco esclarecedora no que tange aos mecanismos e processos que provocam efeitos benéficos e auxiliam a mediar os processos de mudança.

O estudo conclui que a principal implicação prática dessa pesquisa consiste na recomendação de que a terapia de Grupo de Apoio passe a ser empregada com maior frequência na assistência psicológica a mulheres acometidas por câncer de mama. É ressaltado ainda que essa recomendação deve se estender à pesquisa visto que nenhuma das referências selecionadas para o estudo, reportando a utilização desta intervenção, é assinada por autores brasileiros, o que demonstra o quanto pesquisas neste campo são pouco difundidas no país.

Percebe-se, portanto, um consenso na literatura de que o uso de Grupo de Suporte/Apoio auxilia nas repercussões psicossociais do adoecimento de mulheres com câncer de mama, tais como medo, estresse e isolamento social. Contudo, a presente pesquisa buscará, além desses aspectos mais gerais, compreender o processo individual de cada mulher participante dessa investigação, no lidar com o câncer de mama, com os tratamentos e com as consequências advindas dos mesmos, e detalhar os mecanismos e os processos por meio dos

quais a intervenção de Grupo de Suporte produz benefícios e mudanças em diversos aspectos psicossociais do adoecimento. Volich (1998) explica que a maneira com a qual a mulher lida com a doença está diretamente relacionada às representações e aos significados muito particulares que elas têm de suas doenças e de seus corpos. Essas mesmas razões contribuem para que alguns casos de câncer, com excelente prognóstico, evoluam, inesperadamente, de maneira fatal; ou que, ao contrário, um paciente com prognóstico desfavorável, de maneira surpreendente, evolua bem, podendo até mesmo atingir a cura; ou ainda, para que algumas reconstruções da mama, consideradas perfeitas pelo cirurgião plástico, desencadeiem nas pacientes uma profunda depressão.

Nesse sentido, a Psicanálise viabiliza uma considerável ampliação da compreensão da doença e do adoecer ao introduzir a ideia de um corpo simbólico. A enfermidade somática torna-se, desse modo, veículo de uma mensagem inconsciente, carregada de conteúdos, apreensões e expectativas arcaicas, que só a atenção bem dirigida do profissional pode evidenciar. Por este enfoque, a queixa de um paciente e seu posicionamento frente à doença tornam-se traduções particulares de mobilizações inconscientes que se produzem em articulação com o anatomofisiológico. Assim, a doença é vivenciada de modo singular e coerente com a dinâmica interna da pessoa que adoece. Esse processo reflete a interação entre estes elementos individuais/internos, as características da doença e fatores ambientais, considerando-se aí o grupo familiar e o social, mas também o profissional da saúde e, eventualmente, uma equipe ou uma instituição. O corpo do sujeito doente será, então, como um cenário por onde desfila sua história imaginária, remetendo às experiências que participaram de sua constituição (Schmidt & Mata, 2008).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto do Grupo de Suporte sobre as repercussões psicossociais do adoecimento de mulheres com câncer de mama.

5.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o Grupo de Suporte como promotor e fortalecedor dos recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, no sentido de possibilitar o enfrentamento da doença;
- Investigar o Grupo de Suporte como instrumento de prevenção e tratamento das angústias e sentimentos depressivos decorrentes do adoecimento;
- Verificar o Grupo de Suporte como favorecedor de (re)integração social.

6 MÉTODO

6.1 Participantes

O grupo é constituído de nove mulheres assistidas no Ambulatório de Mastologia do HU, Unidade Dom Bosco, que têm o diagnóstico de câncer de mama, estando ou não em tratamento para o câncer, independente do tipo de tumor e do estadiamento da doença. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca) (Brasil, 2014a), estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. O estágio de um tumor reflete a taxa de crescimento, a extensão da doença, o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro.

6.2 Critérios de inclusão e de exclusão

Para inclusão no estudo, não foram considerados os critérios de idade, estado civil, escolaridade, local de residência, renda, ocupação, religião e tempo de diagnóstico. Esses marcadores sociais foram considerados na análise dos resultados por operarem significativamente nos processos de adoecimento, mas não determinaram a participação ou não no estudo.

Foram excluídos os sujeitos com deficiência ou comprometimento mental e/ou cognitivo, uma vez que seus sintomas poderiam interferir na produção dos dados, inviabilizar a pesquisa ou prejudicar o bom funcionamento do grupo. Esse critério foi pensado a partir de uma diretriz, preconizada por Yalom e Leszcz, que deve ser considerada, principalmente nos grupos breves de tempo limitado, segundo a qual: “os pacientes fracassarão na terapia de grupo se não conseguirem participar da tarefa primária do grupo” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 191). A tarefa primária refere-se à capacidade e à disposição do paciente de examinar seus comportamentos pessoais, de se revelar e de dar e receber *feedback*. Portanto, pacientes comprometidos tendem a construir uma relação interpessoal que pode se mostrar prejudicial para si e para o grupo por não serem capazes de corresponder a essa tarefa primária de grupo.

Também foram excluídas as mulheres que já tinham participado de outro Grupo de Suporte ou qualquer tipo de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico individual sistemático com uso recente de psicofármaco, a partir do momento da comunicação diagnóstica para

câncer de mama, na mesma Instituição ou em outra, com o mesmo ou com outro objetivo. No entanto, foram aceitas as pacientes cujo uso de psicofármacos, já em curso, ultrapasse cinco meses (Gaynes et al. 2008)², sem mudança do esquema farmacológico, supondo que a manutenção do esquema ao longo desse tempo seja um sinal implícito de estabilização dos efeitos do fármaco. Portanto, mulheres que fazem uso de algum psicofármaco de longa data, porém com reajuste da dosagem ou mudança do medicamento num período inferior a cinco meses foram excluídas. Isso é proposto pelo fato de o tratamento psicológico ou psiquiátrico e o uso de psicofármaco, sob as condições apresentadas, poder enviesar o resultado da pesquisa pela possibilidade de modificação do estado mental ou de alguma sintomatologia psíquica apresentada em decorrência do adoecimento por câncer de mama. Nesse caso, não seria possível identificar, com clareza, se as mudanças que ocorressem seriam resultantes de algum dos referidos tratamentos ou da intervenção promovida pela pesquisa.

Por fim, foram excluídas, durante as entrevistas de triagem para a formação do grupo, as mulheres com metástase, ou seja aquelas em que o câncer de mama se espalhou para outras regiões do corpo (Brasil, 2014b), devido ao processo psicológico de identificação que ocorre no trabalho de grupo “pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 226). Segundo Freud (2006g), a identificação é compreendida pela psicanálise como a mais antiga expressão de um laço emocional com outra pessoa. “O laço mútuo entre os membros de um grupo está na natureza de uma identificação baseada numa importante qualidade emocional comum” (Freud, 1984, p. 226). Desse modo, pela via da identificação, uma mulher com metástase pode provocar ou intensificar nos demais membros do grupo o medo da doença, da metástase, da recidiva e da morte. Se a metástase ocorresse durante o Grupo de Suporte, o que não aconteceu, a mulher permaneceria no grupo e a metástase entraria como um dado a ser considerado.

6.3 Seleção das participantes

A amostra foi selecionada por meio da identificação das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, realizada pela pesquisadora, durante o seu trabalho no Ambulatório de

² Trata-se de um criterioso estudo que visa a elaboração de um protocolo para o tratamento da depressão. Esse documento foi considerado na definição do tempo de uso de psicofármacos, de forma mais ampla, pelo fato dos antidepressivos também serem utilizados no tratamento de quadros ansiosos, de acordo com a orientação de um profissional de notório saber na área, Eder Shimidt, Psiquiatra, psicanalista, Professor Adjunto das disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da UFJF.

Mastologia, onde exerce a função de psicóloga responsável pelo setor. Posteriormente, a partir do mês de abril de 2013, passou-se a considerar inclusive o Ambulatório de Oncologia, já que nele também são atendidas as mulheres com câncer de mama. Os meios utilizados para essa seleção foram as atividades assistenciais, como o acolhimento realizado em grupo às mulheres que aguardam consulta médica e os atendimentos individuais que ocorrem mediante encaminhamento médico ou demanda espontânea; o contato com a equipe multiprofissional do Ambulatório e a análise de um livro de registro do setor, no qual consta o nome de todas as mulheres que deveriam se submeter (ou que já teriam se submetido) à cirurgia mamária. Nesse livro, é possível identificar as cirurgias por câncer de mama.

Desse modo, com a finalidade de seleção das participantes, foi criado um banco de dados no qual foram arquivados, inicialmente, os dados de 59 mulheres identificadas com diagnóstico de câncer de mama, tais como: número de prontuário, telefone, data da triagem e modo de recrutamento da paciente. Posteriormente, foram realizadas várias tentativas de contato telefônico com essas mulheres, embora com sucesso em apenas 34 ligações. As demais pacientes não foram contatadas porque não havia número de telefone no prontuário ou porque o número não atendia, estava errado ou indisponível. A partir do contato telefônico, as mulheres foram convidadas para uma reunião em grupo, agendada para os dias 20 e 21 de março de 2013 (as mulheres podiam optar pela data de sua preferência), que teve como objetivo apresentar a proposta da pesquisa; identificar e excluir as mulheres que já haviam participado ou que estavam participando de outro Grupo de Suporte ou de qualquer tipo de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico individual sistemático a partir da descoberta do câncer de mama; identificar e excluir as mulheres que faziam uso de psicofármaco de acordo com os critérios especificados; convidá-las a participarem da pesquisa e agendar a entrevista individual inicial. A escolha por fazer essa reunião em grupo se deveu ao fato dessa estratégia favorecer a observação do comportamento das mulheres na situação de grupo e sua possibilidade de adesão ao trabalho proposto.

Das mulheres contatadas, somente 12 aceitaram participar da reunião em grupo. As demais não aceitaram ou não confirmaram a participação por um ou mais dos seguintes motivos: recusa, impossibilidade de comparecer devido a algum problema pessoal, tratamento quimioterápico, radioterápico ou fisioterapia, dificuldade com o transporte da prefeitura da cidade de residência e a falta de retorno ao recado deixado com a pessoa que atendeu ao telefonema.

Apesar das 12 afirmativas, apenas uma compareceu no primeiro dia e duas no segundo dia, sendo as três contraindicadas a participarem do Grupo de Suporte. O alto índice

de faltas talvez tenha ocorrido pela fragilidade do vínculo estabelecido entre as pacientes e a profissional no contato telefônico, somado ao desinteresse pelo que lhes era ofertado, pela impossibilidade de compreensão efetiva da proposta do trabalho. Após o insucesso das reuniões agendadas, o banco de dados continuou a ser alimentado sempre que uma mulher com diagnóstico de câncer era identificada, chegando ao total de 99 registros, incluindo as 59 iniciais. Todos os médicos dos ambulatórios de Mastologia e Oncologia, assim como toda a equipe multiprofissional, foram informados sobre a pesquisa e solicitados a encaminharem as pacientes para a pesquisadora, que estava presente nos dias e horários dos Ambulatórios. Sempre que era possível, a mulher era abordada pela pesquisadora no próprio Ambulatório, antes ou após a consulta médica. Neste momento, era-lhe apresentada a pesquisa e o Grupo de Suporte como modalidade assistencial. Uma vez aceito o convite para participar da pesquisa, era realizada a entrevista no mesmo dia, ou agendada para um momento posterior, dependendo da disponibilidade da paciente. Dessa forma, houve uma melhor adesão à proposta do grupo, pois, sendo o convite realizado pessoalmente, era estabelecido um vínculo mais estreito, aumentando a confiança e o grau de expectativa no trabalho.

Assim, foram realizadas 14 entrevistas iniciais, que tiveram duas finalidades: triar 12 sujeitos que se enquadrassem nos critérios de inclusão/exclusão para o trabalho de Grupo e avaliar os aspectos psicossociais, presentes antes da intervenção grupal, relacionados ao medo da recidiva, da metástase e da morte, às angústias e aos sentimentos depressivos advindos da possível alteração da imagem corporal e do provável comprometimento das relações sociais e da vida sexual das mulheres acometidas pela doença. Ao final, só foram selecionadas 9 mulheres para participarem do Grupo de Suporte. Foram vários os fatores que inviabilizaram atingir o número esperado de sujeitos para o Grupo. Dentre eles, destaca-se: a identificação de fatores de exclusão; a impossibilidade de comparecer à Instituição uma vez por semana por motivo de trabalho ou por residir em outro município e o não comparecimento no dia agendado para a segunda entrevista.

Tais dificuldades relatadas pelas entrevistadas também se aplicam a muitas outras que foram abordadas no Ambulatório ou por telefone. Além desses impedimentos para a participação no estudo, houve ainda aquelas que não dispunham de tempo por fazerem outros tratamentos de saúde como, por exemplo, a hemodiálise, ou porque não tinham com quem deixar seus filhos pequenos, ou ainda porque não compareceram à primeira entrevista agendada, ou que se recusaram a participar da pesquisa.

Aquelas mulheres que desejaram participar do Grupo de Suporte e não puderam devido aos critérios de exclusão, foram encaminhadas ao GAI, onde poderiam receber assistência psicológica similar. Estas, porém, não compareceram.

6.4 Cenário da pesquisa

Em outubro de 2003, o Governo do Estado de Minas Gerais implantou o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais. O Programa tem como principal ação a implementação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), que são unidades de saúde de natureza pública, exclusivamente a serviço do SUS, caracterizadas como pontos de atenção de média complexidade. Os CVVRSs buscam garantir a atenção integral à saúde da criança e à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e dos homens, visando à redução da taxa de mortalidade nessas populações (Minas Gerais, 2006).

O CVVRS foi implantado em Juiz de Fora no ano de 2008, em parceria com o HU/UFJF, tendo suas atividades inseridas nas dependências dessa Instituição. Nessa perspectiva o Ambulatório de Mastologia é parte integrante da assistência prestada pelo *Viva Vida* e tem como meta o atendimento médico de 2279 mulheres por ano, 1140 atendimentos psicológicos, sendo referência no atendimento de pacientes da rede do SUS, numa área de abrangência que engloba 37 municípios pactuados.

Por se tratar de uma instituição que visa, além da assistência, o ensino e a pesquisa, o HU – Unidade Dom Bosco constitui-se em um campo de investigação científica, o que favorece a realização de pesquisas de cunho acadêmico.

A escolha desse cenário deve-se, além do fator acima mencionado, ao fato da pesquisadora ser psicóloga atuante na Saúde da Mulher do Centro Viva Vida e integrante do Projeto de Extensão e Pesquisa *De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama*. A assistência psicológica prestada pela pesquisadora no Ambulatório de Mastologia do HU, e as atividades de ensino ligadas à preceptoria de residência e à supervisão de estágio curricular, ocorrem, concomitantemente, por meio de ambos os vínculos (CVVRS e Projeto *De Peito Aberto*). No entanto, as mulheres participantes da pesquisa não tiveram nenhum contato prévio com a pesquisadora.

Cabe esclarecer algumas características próprias do Ambulatório em relação ao tempo de diagnóstico dos pacientes atendidos. A assistência no Ambulatório de Mastologia está voltada, principalmente, para os casos de pessoas que apresentam alguma alteração nas mamas, detectada, normalmente, por uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que

encaminha os pacientes para um especialista. Uma vez identificado um caso de câncer de mama, o único tratamento possível na Instituição é a cirurgia, que é realizada na Unidade do HU Santa Catarina. Os pacientes que necessitam de outros tratamentos, como a quimioterapia e a radioterapia, são encaminhados para outros serviços. Sendo assim, a maioria dos pacientes atendidos no HU- Unidade Dom Bosco, tem pouco tempo de diagnóstico já que o ambulatório é, sobretudo, lugar de investigação e comunicação diagnóstica, além de acompanhamento pré- e pós-operatório.

6.5 Produção de dados

Os dados que foram produzidos ao longo da pesquisa, através de entrevistas semiestruturadas e das sessões de grupo, estão descritos a seguir.

6.5.1 Entrevistas

Foram realizadas duas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, antes e depois da intervenção grupal, com o intuito de comparar os aspectos psicossociais dos sujeitos nos dois momentos.

A construção dos roteiros das entrevistas semidirigidas (Apêndice A), foi norteada pelos objetivos do presente estudo, ou seja, buscou atender aos objetivos propostos. O roteiro da entrevista inicial buscou ainda investigar os aspectos relacionados às contraindicações para o Grupo de Suporte, permitindo, dessa forma, identificar aquelas mulheres que apresentavam algum dos critérios de exclusão.

Todas as entrevistas, piloto, iniciais e finais, foram realizadas pela pesquisadora; as entrevistas piloto, por demandarem uma avaliação da pertinência da estrutura e da maneira de conduzi-las; as entrevistas iniciais, por exigirem uma escuta clínica mais apurada na avaliação dos critérios de exclusão; e as entrevistas finais, pelo vínculo estabelecido com a pesquisadora durante todo o período da pesquisa, o que favorecia a maneira como as respostas eram apresentadas.

A entrevista inicial foi realizada em dois encontros para que os objetivos do trabalho ficassem claros e o vínculo com a pesquisadora fosse fortalecido. Há um consenso na literatura atual (Py, Castellar, & Rocha, 1987; Yalom & Leszcz, 2006) de que é recomendável a realização de duas ou mais entrevistas antes do início do grupo com o propósito de construir uma aliança terapêutica e preparar o paciente para a terapia de grupo (Yalom & Leszcz,

2006). No momento da entrevista, foram ratificados os esclarecimentos a respeito da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). As mulheres que aderiram à pesquisa foram orientadas a não iniciarem tratamento psicológico e/ou psiquiátrico durante a investigação, visto que essas intervenções coadjuvantes poderiam comprometer os resultados do estudo. Isso foi colocado pela pesquisadora às participantes como algo desejável e, evidentemente, não impeditivo. Se o tratamento psicológico e/ou psiquiátrico fosse indispensável, a participante deveria comunicar o fato à pesquisadora.

6.5.1.1 Estudo piloto

Foram realizadas três entrevistas piloto com o objetivo de minimizar as chances de se ignorar uma questão essencial para o estudo ou de se ter perguntas que não fossem claras e compreensíveis para as entrevistadas. Das três mulheres entrevistadas apenas uma não compareceu ao primeiro encontro da entrevista, por estar se sentindo mal em decorrência do tratamento quimioterápico a que estava se submetendo. Nesse caso, foram realizadas três tentativas de reagendamento, porém, sem sucesso.

A primeira mulher a ser entrevistada foi identificada durante um trabalho de acolhimento psicológico, realizado em grupo, pela pesquisadora, com todas as pacientes que aguardavam consulta com o mastologista. Logo após esse trabalho, a paciente foi convidada a participar da pesquisa. Uma vez aceito o convite, a entrevista foi realizada no mesmo dia. A segunda foi escolhida, aleatoriamente, no banco de dados da pesquisadora, no qual constam nomes de mulheres com diagnóstico de câncer de mama atendidas no HU. Foi realizado contato telefônico e agendada a entrevista. A terceira, assim como a primeira, foi convidada a participar da pesquisa logo após o acolhimento psicológico, sendo agendada a entrevista para a semana seguinte.

Antes de serem entrevistadas, todas as mulheres foram esclarecidas sobre a proposta, foi realizada a leitura do TCLE, em conjunto com as pacientes, que posteriormente assinaram o documento. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas no que se refere à clareza das perguntas, à adequação dos termos utilizados, à pertinência da sequência dos enunciados, ao cumprimento dos objetivos e ao tempo necessário para a sua realização. Verificou-se que o tempo adequado para a entrevista variava entre 30 e 50 minutos incluindo os esclarecimentos sobre a pesquisa, a leitura do TCLE, o preenchimento dos dados de identificação e a entrevista em si.

O estudo constatou a necessidade de algumas mudanças no roteiro da entrevista. A primeira refere-se aos dados de identificação, no item que questiona a raça/etnia da entrevistada em forma de pergunta aberta. Diante da dúvida apresentada pelas participantes sobre o que estava sendo perguntado, decidiu-se apresentar as opções de resposta - negro, branco, amarelo, pardo, índio e outros - com a finalidade de especificar o que se desejava saber.

No item que trata do uso de medicamento psiquiátrico, percebeu-se a necessidade de acrescentar a seguinte pergunta: *Você observou alguma melhora em seu estado emocional após o uso deste medicamento?* Dessa forma, foi possível obter uma informação complementar à primeira e que é relevante para a pesquisa.

No item 4.2, observou-se a necessidade de formular a pergunta de maneira mais clara. Para tal, à pergunta inicial *Qual (quais) tratamento(s) foi (foram) realizado(s)?* foi acrescentado: [...] *para o câncer desde a descoberta da doença?* No mesmo item, identificou-se a necessidade de incluir quando esse tratamento havia sido realizado, já que as respostas apresentadas não foram claras sobre o momento em que as mulheres realizaram o(s) tratamento(s) para o câncer.

No item 4.4, detectou-se a necessidade de retirar a palavra “sequela”, já que o termo não foi bem compreendido por duas das três entrevistadas. Assim, a pergunta antes enunciada como *Você ficou com alguma seqüela da doença?* foi reformulada para: *A doença resultou em alguma alteração em seu corpo?*

O enunciado do item 6.1, inicialmente formulado da seguinte maneira: *Que atividades você tem fora de casa?* também não foi claro para uma paciente, sendo então alterado para: *Você realiza alguma atividade fora de casa como esportes, aulas, trabalho voluntário, ou qualquer outra?*

Por fim, foi retirado o item *outros dados relevantes informados pelas pacientes*, pois estes foram registrados nas gravações em áudio e transcritos, não sendo necessário um item específico com essa finalidade.

6.5.2 Intervenção grupal

Nove mulheres foram acompanhadas e assistidas no Grupo de Suporte, semanalmente, por um período de quatro meses, do dia 05 de junho de 2013 a 25 de setembro do mesmo ano, no HU Unidade Dom Bosco. Estavam previstos 17 encontros de grupo, porém

ocorreram apenas 15, pois em dois encontros (10 jul. 2013 e 28 ago. 2013) apenas uma integrante compareceu, inviabilizando a realização da sessão.

Durante todo o período de intervenção grupal, a pesquisadora fez contatos telefônicos, na véspera ou poucos dias antes da sessão de grupo, com as mulheres que não haviam comparecido ao encontro anterior, com o intuito de lembrá-las do trabalho, independente dessas participantes terem ou não justificado a sua ausência.

No primeiro encontro do grupo foram apresentados os objetivos do trabalho em seu duplo caráter de assistência e de pesquisa, sendo ressaltado que não haveria prejuízo do primeiro em relação ao segundo. Ao contrário, houve a preocupação de deixar claro que seria zelada a qualidade da assistência psicológica a qual pretendia a melhora dos diversos aspectos emocionais e sociais envolvidos no adoecimento e o consequente aumento da chance de se obter um resultado positivo no estudo. A seguir, foram pontuados os aspectos éticos envolvidos no trabalho, tais como: a preservação da identidade, a utilização da gravação em áudio, a disponibilidade dos resultados ao final da pesquisa, a liberdade de se interromper a participação a qualquer momento sem nenhuma penalidade e, ao mesmo tempo, a importância da participação de cada uma delas até o fim, para que a ajuda que o grupo pudesse oferecer não fosse restringida e para que os resultados do estudo não ficassem comprometidos.

Sobre o funcionamento do grupo foi reforçado sua característica de ser “fechado”, ou seja, que nenhuma nova participante seria incluída; os dias, hora e local dos encontros, sendo acordadas as datas, já com as reposições de feriados. Também se falou sobre a importância do comprometimento, da pontualidade, da assiduidade e do sigilo das informações. Foi solicitado a todas que avisassem com antecedência, sempre que possível, sobre a impossibilidade de comparecer ao encontro do grupo. Todas foram orientadas a não iniciarem nenhum tratamento psicológico ou psiquiátrico, e, caso tivessem sua medicação alterada, no tipo ou dosagem, que este fato fosse comunicado à pesquisadora, durante o tempo em que estivessem no grupo. Foi lembrado, ainda, que ao final dos quatro meses de grupo cada participante seria submetida a uma entrevista individual, com a finalidade de identificar possíveis mudanças ocorridas a partir da intervenção de grupo.

Por fim, foi esclarecido que, ao final dos quatro meses do grupo, o trabalho poderia ter continuidade, porém não atenderia mais ao propósito da pesquisa, sendo necessário o estabelecimento de novo contrato. Fornecidos todos os esclarecimentos e orientações, as participantes foram convidadas a se apresentarem por meio de uma dinâmica denominada “dinâmica do barbante” ou “teia de aranha”. Nela, uma participante recebe um novelo de barbante e, após a sua apresentação, segura a ponta do barbante no dedo e arremessa o novelo

para outra integrante do grupo e assim, sucessivamente, até que todas se apresentem. Todas as integrantes mostraram-se bastante participativas, colocando-se com naturalidade, não tendo sido observada nenhuma resistência nesse momento. O grupo estava posicionado em forma de círculo. Ao final, todas as integrantes estavam interligadas por uma *teia de barbante*. A facilitadora/pesquisadora, então, promoveu uma reflexão sobre a representação da *teia* formada. O grupo falou sobre o que compreendeu do significado simbólico da *teia*: *amizade, troca de energia, estabelecimento de compromisso, elo de amizade, companheirismo, força* (05 jun. 2013). Após desfeita a *teia de aranha*, uma mulher disse: *o elo continua* (Magnólia, 05 jun. 2013), fazendo referência ao início da constituição de um vínculo entre os membros do grupo.

As sessões de grupo que se seguiram foram, em alguns momentos, direcionadas pela pesquisadora, no sentido da apresentação de temáticas específicas relacionadas aos objetivos deste estudo e que fossem provocativas da fala das pacientes. Como exemplo cita-se uma sessão em que foi solicitado às participantes que fizessem dois desenhos de si, um de antes e outro depois do adoecimento por câncer de mama, para que assim fossem trabalhadas as possíveis alterações na imagem corporal. Em outro encontro, foram passadas orientações acerca da alimentação e hábitos de vida, importantes na prevenção do câncer e na manutenção da saúde daquelas que têm ou tiveram a doença. A partir dessa temática, foi viável trabalhar o medo da recidiva, da metástase e da morte, pois as mulheres falavam, enfaticamente, da necessidade de se cuidarem para que a doença não voltasse e não evoluísse mal. Em outros momentos os encontros de grupo foram livres, não dirigidos pela pesquisadora, de modo a favorecer o surgimento de outras demandas do grupo, sem perder de vista o objetivo central do trabalho. Como todas, exceto uma que já havia concluído o tratamento e estava curada, estavam no auge da vivência da doença, ou seja, em quimioterapia, ou em radioterapia, ou aguardando a realização de uma cirurgia mamária, ou tendo acabado de se submeter a ela, ou passando concomitantemente por mais de um desses tratamentos, dificilmente o tema discutido era outro que não fosse algo da experiência do adoecimento.

A última sessão teve como objetivo avaliar se as integrantes perceberam mudanças em suas vidas a partir da participação no Grupo de Suporte.

De modo geral, o grupo se apresentou assíduo, participativo e bastante coeso. A partir da 12^a sessão, no total de 15 sessões, o grupo passou a ter uma integrante a menos, pois uma participante que estava residindo em Juiz de Fora somente para se tratar do câncer de mama, retornou para o seu município de origem devido ao término de seu tratamento.

6.6 Registro dos dados

O registro dos dados foi realizado por meio de gravação em áudio, depois transcritos, sendo tais dados referentes aos encontros do grupo e suplementado por um relatório no qual foi registrada cada sessão grupal, sobretudo as manifestações que não puderam ser captadas nas gravações (dados verbais e não verbais), além das informações referentes às impressões e reflexões da pesquisadora e de sua assistente sobre o que ocorreu durante a sessão de grupo. A assistente era uma aluna da graduação de Psicologia da UFJF, selecionada através do Projeto de Pesquisa e Extensão *De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama*, a qual foi treinada pela pesquisadora responsável. Os dados do grupo, verbais e não verbais, visaram corroborar, precisar e reiterar os dados produzidos nas entrevistas, bem como compreender o sentido das possíveis mudanças apresentadas a partir da intervenção grupal. O relatório foi realizado pela pesquisadora em conjunto com a assistente de pesquisa, que esteve presente em todos os encontros de grupo, o que possibilitou atenuar anotações tendenciosas de uma e de outra.

As gravações das entrevistas foram transcritas pela assistente de pesquisa e analisadas pela pesquisadora. Os dados produzidos durante o trabalho de grupo através das gravações foram detalhadamente descritos pela pesquisadora, sendo transcritos de modo literal apenas aqueles que tiveram alguma relação com as questões apresentadas no roteiro de entrevista, além dos dados novos que foram considerados de relevância para o estudo por seu caráter repetitivo e/ou por serem indicativos de mobilização de afetos intensos nas integrantes do grupo.

Inicialmente, foram pensadas estratégias que pudessem facilitar a identificação das falas no áudio durante as sessões de grupo, como a anotação no relatório da sessão das três primeiras palavras de cada fala das participantes. No entanto, esse procedimento não foi necessário uma vez que a pesquisadora pôde fazer o reconhecimento da voz de cada participante. Este fato parece ter sido favorecido pelo estreito vínculo estabelecido com as mulheres, o que começou nas entrevistas iniciais e se solidificou nos encontros semanais com o grupo.

6.7 Análise dos dados

6.7.1 Metodologia clínico-qualitativa

O estudo é qualitativo por buscar interpretar os significados de natureza psicológica e sociocultural das participantes (Turato, 2000) inserindo-se, portanto, no campo da subjetividade e do simbolismo (Minayo & Sanchez, 1993); e longitudinal por analisar as mudanças nos indivíduos ao longo de um determinado período de tempo (Breakwell & Rose, 2010).

Para a compreensão do método clínico-qualitativo faz-se necessário abordar, inicialmente, o método qualitativo genérico, pois o primeiro é considerado por Turato (2008) uma particularização e um refinamento do segundo.

Nas palavras de Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa:

[...] consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. (Denzin & Lincoln, 2006, p. 17).

Portanto, é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa, sendo a fala o material primordial, mas não o único, da pesquisa qualitativa. A fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, além de possuir a capacidade de transmitir representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Minayo & Sanches, 1993). A esse respeito os autores complementam que “a ênfase quase absoluta na fala como material de análise transforma a questão da descoberta e da validade em habilidade de manipulação dos signos. Ela está fundamentada na crença de que a ‘verdade’ dos significados situa-se nos meandros profundos da significação dos textos” (Minayo & Sanches, 1993, p. 246).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo, em toda a sua complexidade. Considerando o contexto da saúde, torna-se indispensável saber o que a doença, no contexto em que ela ocorre, representa para o indivíduo. O significado tem função estruturante, ou seja, é em torno do modo como as pessoas significam os acontecimentos, as vivências, que elas organizam, de

certo modo, suas vidas. O método qualitativo tem o propósito de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Neste sentido salienta-se o termo *processo*, aqui particularmente importante, que confere ao método qualitativo a característica de entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta, e não aquele que almeja o *produto*, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados (Turato, 2005).

Feita as considerações gerais acerca do método qualitativo, passa-se à apresentação do método clínico-qualitativo, uma particularização e um refinamento deste, voltado especificamente para os *settings* das vivências em saúde. De acordo com Turato (2008) três pilares sustentam a metodologia clínico-qualitativa: a valorização da angústia e da ansiedade presentes no sujeito a ser estudado; a atitude clínica da acolhida dos sofrimentos emocionais, inclinando-lhe a escuta, o olhar e as múltiplas sensibilidades, movidos pelo desejo de proporcionar ajuda terapêutica; e a atitude psicanalítica que se funda nas concepções da dinâmica do inconsciente do indivíduo, tanto para a construção e aplicação dos instrumentos, quanto como referencial teórico para a discussão dos resultados. Turato (2008) sustenta que: “estes pontos demarcadores implicam na ocorrência daquilo que a literatura chama de ruptura epistemológica entre este modelo e outras tantas pesquisas qualitativas, mesmo aquelas que se sucedem nas áreas da saúde” (Turato, 2008, p. 230).

O autor explica que os inúmeros trabalhos da literatura científica que utilizam os consagrados métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos), deixam uma lacuna na compreensão mais dinâmica dos sentidos e das significações dados pelas pessoas, enquanto indivíduos que portam suas ansiedades e angústias, sobretudo relacionadas ao binômio saúde-doença. Encontra-se aí um obstáculo relacionado à uma perturbação no próprio ato de conhecer de pesquisadores qualitativistas, como um instinto conservador do pensamento destes, que preferem não fazer perguntas sobre a dinâmica mental dos indivíduos que estudam, fixados num conhecimento geral, o que leva estes pesquisadores a certa inércia. A ruptura epistemológica é resultante, portanto, de uma insatisfação com esta abordagem.

Na busca por compreender de que maneira o método clínico qualitativo contribui para este estudo, serão apresentadas, a seguir, algumas de suas características, com base no pensamento de Turato (2008). A primeira a ser considerada refere-se à interpretação dos sentidos e significações dos fenômenos da saúde-doença em contraposição à enunciação de fatos. O termo *sentido* designa “sentir, perceber”. Um mal-estar, um sintoma físico ou mental, uma doença, um tratamento, ou tantos outros fenômenos têm sentidos, ou seja, podem ser percebidos pelo próprio sujeito ou por um observador como possuindo uma tendência,

orientando-nos a observar determinadas direções. Dessa forma, podem ser sentidos como desejados ou não, como bons ou ruins. Por sua vez, o termo *significado ou significação* é a representação, na linguagem, do significante. O acometimento por uma doença, por exemplo, tem significações múltiplas, sejam elas conscientes ou inconscientes, para a pessoa que a vivencia ou para a pessoa que observa e percebe a enfermidade no outro. Nas palavras de Turato: “ao quisermos conhecer sentidos e significações, buscamos interpretá-los, voarmos com nossa criatividade para compreender os fenômenos, recusando assim ficarmos sob o paradigma positivista, cujos seguidores pretendem ver-nos presos à quantificações dos fatos”. (Turato, 2008, p. 249).

Outra característica é o ambiente natural do sujeito como campo da pesquisa, ou seja, a chamada abordagem naturalística. Como exemplo, cita-se o espaço físico cotidiano da prestação de serviços clínicos, onde se constituem os *settings* da saúde, que se configuram como ambientes naturais nos quais as pessoas estão envolvidas em algum tipo de cuidado com a saúde, sejam eles preventivos e/ou terapêuticos.

As angústias e ansiedades são consideradas e valorizadas nesse método, sejam elas do pesquisador, enquanto elemento fundamental de mobilização do seu interesse de pesquisa, que o movem para querer entender as leis das manifestações humanas; assim como do pesquisado, sendo este acolhido, numa atitude clínica e humana, pelo pesquisador. O autor compreende a angústia e a ansiedade a partir de concepções existencialistas e filosóficas. No entanto, a angústia e a ansiedade são compreendidas, no contexto dessa pesquisa, como “resultante de uma tensão libidinal acumulada e não descarregada” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 27), conforme nos ensina a Psicanálise.

A propósito, a valorização de elementos psicanalíticos é uma importante característica do método clínico-qualitativo por serem estes considerados como ferramenta básica, no que concerne à sua manifestação significativa e influência nas pessoas do pesquisador e indivíduos sob estudo, quando dos seguintes momentos do empreendimento da pesquisa: na escolha do tema/problema, na delimitação dos referenciais teóricos, na construção dos instrumentos auxiliares de coleta de dados, na discussão dos resultados e, por fim, na postura do pesquisador.

Cabe, neste momento, contextualizar tais aspectos para o presente estudo. O referencial psicanalítico não se apresenta aqui apenas como um elemento característico do método clínico-qualitativo, mas como um instrumento teórico e prático de suma importância, que se destaca em todos os momentos desta pesquisa, por ser inerente à formação da pesquisadora e, principalmente, por poder trazer contribuições ao problema em estudo. O

adoecimento por câncer de mama, frequentemente, suscita muitas angústias nas mulheres afetadas, tanto relacionadas às experiências remanescentes marcantes que influenciam na maneira de lidar com o adoecimento, quanto pelas sequelas decorrentes do tratamento. Nesse contexto é privilegiada a compreensão dos fenômenos a partir da existência do inconsciente e dos significados profundos atribuídos aos aspectos relacionados ao adoecimento. A construção do roteiro de entrevista, o manejo da mesma e do Grupo de Suporte, as interpretações do material produzido e a discussão dos resultados, foram realizadas a partir dos pressupostos psicanalíticos. Durante a produção dos dados foram apreendidas as sutilezas das falas e do comportamento, com atenção às questões dos sentimentos transferenciais e contratransferenciais, assim como das defesas desencadeadas frente ao sofrimento. Na construção dos resultados, o não dito, inevitavelmente “colado” ao dito, foi considerado, juntamente com outras manifestações relevantes como as repetições, contradições e ênfases, como forma de dar sentido e significado às vivências das mulheres.

Retomando as características do método, menciona-se aquela que coloca o pesquisador como instrumento principal da investigação em campo, ou seja, da produção e registro dos dados, “já que suas percepções é que apreendem os fenômenos e sua consciência os representa e os elabora, enquanto os roteiros, tais como da entrevista semidirigida [...] servem apenas de instrumentos auxiliares” (Turato, 2008, p. 257).

Relevante característica do método qualitativo é o processo como norteador do interesse do pesquisador e não o produto. O processo é definido por Turato “como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira em que o objeto opera” (Turato, 2008, p. 262). Esse ponto é, em especial, de suma importância para o presente estudo, pelo fato de o Grupo de Suporte ser processual, ou seja, por possibilitar a compreensão gradativa dos significados atribuídos pelas mulheres aos diversos aspectos que perpassam o adoecimento por câncer de mama, assim como por proporcionar a elaboração e consequente mudança daquilo que se apresenta como dificuldade e/ou causa de sofrimento no grupo.

Outra característica apresentada aqui, diz respeito aos saberes teóricos e práticos como pontos simultâneos de partida, isto é, o pesquisador tem como ponto de partida as teorias encontradas na literatura, com as quais ele aprendeu e apreendeu, de modo sistematizado, sobre observações empíricas na vida profissional; assim como parte também das observações livres e acumuladas historicamente e das experiências vividas, adquiridas na prática cotidiana, de modo não necessariamente sistematizado. Dessa forma, o interesse científico pelo tema estudado veio da prática clínica com o GAI e das inquietudes mobilizadas

em relação ao impacto psicossocial da intervenção do grupo, o que encontrou expressão neste estudo.

Por fim, é característica do método que a apresentação dos resultados e a interpretação sejam realizadas concomitantemente, ou seja, na redação há integração das fases da exibição dos dados tratados e de sua discussão.

6.7.1.1 *Análise do Discurso e Psicanálise*

Para o tratamento dos dados produzidos foi utilizada a Análise do Discurso que “visa a compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos” (Orlandi, 2010, p. 26). Procura-se compreender a língua produzindo sentido, enquanto trabalho simbólico, constitutivo do homem e da sua história.

A Análise do Discurso não é apenas uma ferramenta metodológica, mas principalmente, “uma perspectiva de posicionamento diante do trabalho de pesquisa” (Perucchi, 2008, p. 41), sendo relativamente jovem no campo de interseção entre as Ciências Sociais e a Linguística, tendo seu início nos anos 60. Existem diferentes abordagens teóricas de Análise de Discurso, com enfoques variados, mas que partilham de uma rejeição da noção de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir ou descrever o mundo, contrapondo-se à valorização do discurso na construção da vida social (Caregnato & Mutti, 2006). Esta pesquisa tomou como referencial a Análise de Discurso de linhagem francesa, tendo como alicerce principal o pensamento de Michel Pêcheux.

A Análise do Discurso se constituiu pela relação entre três domínios disciplinares: a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise (Orlandi, 2010). A linguística constitui-se como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação (Minayo, 2008) e pela afirmação da não transparência da linguagem (Orlandi, 2010). Para Orlandi, discípula de Pêcheux, esta última afirmação é fundamental para a Análise do Discurso que procura mostrar que a relação linguagem/pensamento/mundo não é direta, ou seja, não se passa diretamente de um a outro, cada um tendo sua especificidade.

Por outro lado, a Análise do Discurso também pressupõe o legado do materialismo histórico, isto é, o de que há um real da história de tal forma que o homem faz história, mas esta também não lhe é transparente. Nesse ponto, Orlandi faz uma relação da língua com a história na produção de sentidos, ao afirmar que “reunindo estrutura e acontecimento, a forma material é vista como acontecimento do significante (língua) em um sujeito afetado pela história” (Orlandi, 2010, p. 19). A autora explica que, nos estudos discursivos, não se separam

forma e conteúdo, de modo a compreender a língua não só como uma estrutura, mas, sobretudo, como acontecimento.

Neste ponto, entra a contribuição da Psicanálise com o deslocamento da noção de homem para a de sujeito, que se constitui na relação com o simbólico, na história (Orlandi, 2010). Pêchex ressalta que as três regiões do conhecimento – materialismo histórico, linguística e teoria do discurso – estão perpassadas transversalmente pela teoria da subjetividade, de natureza psicanalítica, que deve ser apropriada para explicar o caráter recalcado na formação do significado (Minayo, 2008).

Orlandi (2010) explica como se dá a relação entre as três disciplinas citadas:

A Análise do discurso é herdeira das três regiões de conhecimento - Psicanálise, Linguística, Marxismo – não o é de modo servil e trabalha uma noção – a de discurso – que não se reduz ao objeto da Linguística, nem se deixa absorver pela teoria marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele. (Orlandi, 2010, p. 20).

Desse modo, o discurso se define como “efeito de sentidos entre locutores” (Orlandi, 2010, p. 21), pois não se trata de uma mera transmissão de informação, mas envolve complexos processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade, entre outros.

Guirado (1995) também faz uma articulação entre a Análise do Discurso e a Psicanálise, propondo assim um modo de pensar o sujeito e a subjetividade no discurso em análise. A autora coloca a Psicanálise em destaque como recurso que instrumentaliza a escuta e a fala a cada situação da prática cotidiana da clínica e da produção intelectual.

Assim, o pesquisador/analista, ao ouvir uma queixa, poderá identificar nela angústias, sintomas, defesas, palavras vazias, desejo imaginário, lembranças possivelmente encobridoras, condensações, deslocamentos e transferências, ou, nas palavras de Guirado “quem o escuta não será um psicanalista” (Guirado, 1995, p. 13).

Cabe ainda resgatar alguns conceitos relevantes para o presente estudo da Análise do Discurso. Primeiramente, aborda-se o esquecimento. Conforme Pêcheux (1975, citado por Orlandi, 2010), é possível distinguir duas formas de esquecimento no discurso: o esquecimento número dois, que é da ordem da enunciação, ou seja, ao falarmos, o fazemos de uma maneira e não de outra, o que significa que o modo de dizer não é indiferente aos sentidos; o outro é o esquecimento número um também denominado esquecimento

ideológico. Este é inconsciente e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia. Assim, temos a ilusão de ser a origem do que dizemos quando, na realidade, retomamos sentidos pré-existentes (Orlandi, 2010).

Para Orlandi (2010) todo o funcionamento da linguagem se assenta na tensão entre os processos parafrásticos e polissêmicos, ou seja, entre o mesmo e o diferente. Segundo a língua portuguesa, *paráfrase* é um recurso linguístico que permite dizer a mesma mensagem com estruturas diferentes. É uma espécie de tradução, dentro da língua portuguesa, em que se diz de maneira mais clara, num texto B, o que contém um texto A, sem comentários marginais, sem nada acrescentar e sem nada omitir. É uma nova versão, sucinta e fiel, que evidencia o entendimento do texto original (Ferreira, M., 2003). No contexto da Análise do Discurso *paráfrase* quer dizer que “em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória [...], representa o retorno aos mesmos espaços do dizer. Produzem-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. Está ao lado da estabilização” (Orlandi, 2010, p. 36). A polissemia, por sua vez é o deslocamento, a ruptura de processos de significação.

As condições de produção do discurso funcionam de acordo com alguns fatores. Um deles é a relação de sentido que pressupõe que não há discurso que não se relacione com outros, ou seja, um discurso aponta para outros que o sustentam, assim como para dizeres futuros; outro, é o mecanismo da antecipação, segundo o qual todo sujeito tem a capacidade de colocar-se no lugar em que seu interlocutor ouve, antecipando-se, assim, a seu interlocutor quanto ao sentido que suas palavras produzem; finalmente tem-se a chamada relação de forças. Segundo essa noção, o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz. Assim, se o sujeito fala a partir do lugar de professor, suas palavras significam de modo diferente do que se falasse do lugar de aluno.

A metáfora é considerada um conceito imprescindível na Análise do Discurso. Segundo a língua portuguesa, metáfora é a substituição de uma palavra por outra com base em uma semelhança; é uma comparação sem conjunção comparativa (Ferreira, M., 2003). Na Análise do Discurso, a metáfora não é considerada como figura de linguagem, e sim como a tomada de uma palavra por outra; a metáfora significa basicamente “transferência”, estabelecendo o modo como as palavras significam. Não há sentido sem metáfora. As palavras não têm um sentido próprio, preso à sua literalidade. O sentido existe exclusivamente nas relações de metáfora (Orlandi, 2010, p. 44).

Um dos pontos fortes da Análise do Discurso é a noção de ideologia, a partir da consideração da linguagem, que, de acordo com Orlandi (2010), é a condição para a

constituição do sujeito e dos sentidos. O fato de que não há sentido sem interpretação, atesta a presença da ideologia e, além disso, diante de qualquer objeto simbólico o homem é levado a interpretar. O trabalho da ideologia é produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência. Orlandi lembra Pêuchex ao falar que uma característica comum entre a ideologia e o inconsciente é a de dissimular sua existência no interior de seu próprio funcionamento, produzindo um tecido de evidências subjetivas, entendendo-se subjetividade não como aquilo que afeta o sujeito, mas aquilo pelo qual o sujeito se constitui. “O sentido é assim uma relação determinada do sujeito – afetado pela língua – com a história. É o gesto de interpretação que realiza essa relação do sujeito com língua, com a história, com os sentidos. Esta é a marca da subjetivação e, ao mesmo tempo, o traço da relação da língua com a exterioridade: não há discurso sem sujeito. E não há sujeito sem ideologia. Ideologia e inconsciente estão materialmente ligados.” (Orlandi, 2010, p. 47).

O sujeito atravessado pela história representa uma contradição relacionada a de ser um sujeito ao mesmo tempo livre e submisso. Acha-se livre por poder tudo dizer, participando do imaginário de um sujeito mestre de suas palavras, pois ele determina o que diz. No entanto, ele é determinado pela historicidade na sua relação com os sentidos. Esta é a base do que é denominado de assujeitamento. Não se pode reduzir a subjetividade ao linguístico, pois é preciso levar em conta também a dimensão histórica e psicanalítica. “Embora a subjetividade repouse na possibilidade de mecanismos linguísticos, não se pode explicá-la estritamente por eles” (Orlandi, 2010, p. 50).

Orlandi pontua a incompletude da linguagem e do sujeito, considerando esta que se encontra em absoluta consonância com a teoria psicanalítica: “a condição da linguagem é a incompletude. Nem sujeitos, nem sentidos estão completos, já feitos, constituídos definitivamente. Constituem-se e funcionam sob o modo do estremeio, da relação, da falta, do movimento. Esta incompletude atesta a abertura do simbólico, pois a falta é também o lugar do possível” (Orlandi, 2010, p. 52).

O discurso e, paralelamente, o movimento do simbólico, têm na língua e na história sua materialidade, que se refere à forma material, “encarnada”, não abstrata, nem empírica, na qual não se separa forma e conteúdo.

Guirado (1995) fala dessa articulação entre a Análise do Discurso e a Psicanálise problematizando que, se de um lado, a discussão do campo da Análise do Discurso remete à questão do sujeito, de outro, remete à questão dos condicionantes sócio-históricos do discurso. Assim, resgata o sujeito psíquico, o sujeito do inconsciente, a relação entre significante e significado, tudo isso nos meandros do discurso, sem deixar de considerar os

aspectos sociais e históricos. Nesse sentido afirma que: “a análise do discurso recusa a concepção que faria da discursividade um suporte das doutrinas ou mesmo das visões de mundo [...]. A enunciação não é uma cena ilusória onde seriam ditos conteúdos elaborados em outro lugar, mas um dispositivo constitutivo da construção do sentido e dos sujeitos que aí o reconhecem” (Guirado, 1995, pp. 28-29).

A autora compreende, portanto, que o discurso guarda uma relação de interioridade com suas condições de produção e que estas, por sua vez, não se traduzem por um sujeito-pessoa-falante, ou por uma estrutura de classes sociais. Destaca a articulação entre a representação e as relações sociais. Assim, pode-se depreender a hipótese de sujeito de subjetividade como lugar da divisão e da organização de sentidos, que, nas redes discursivas, o sujeito falante desloca, condensa, reconstrói, interdita e assim por diante.

Em relação à técnica de Análise de Discurso, o texto é tomado para análise. Um texto pode ser uma simples palavra, um conjunto de frases, um documento completo. Texto distingue-se de discurso. O último designa um conceito teórico-metodológico, enquanto o primeiro é utilizado como conceito analítico. O discurso é a linguagem em interação com seus efeitos de superfície e representa relações estabelecidas. O texto remete imediatamente a um discurso e consiste no discurso acabado, para fins de análise. Todo texto, enquanto *corpus*, é um objeto completo. A partir dele são realizados possíveis recortes. A análise do texto é infinitamente inacabado, pois implica múltiplas possibilidades interpretativas (Minayo, 2008). A interpretação, por sua vez, depende da formulação da questão que desencadeia a análise. (Orlandi, 2010).

Na Psicanálise, desde o trabalho freudiano com os sonhos, iniciado em 1900, a interpretação sempre teve papel fundamental. A interpretação em Psicanálise vai ao encontro do sintoma e do desejo do sujeito, revelados a partir dos vestígios do inconsciente, o que aparece no discurso sob a forma de atos falhos, lapsos, repetições e esquecimentos, por exemplo (Tfouni & Laureano, 2005).

O dispositivo da interpretação, no caso, o psicanalítico, tem como característica colocar o dito em relação ao não dito, “o que o sujeito diz em um lugar, com o que é dito em outro lugar, o que é dito de um modo, com o que é dito de outro, procurando ouvir, naquilo que o sujeito diz, aquilo que ele não diz, mas que constitui igualmente os sentidos de suas palavras” (Orlandi, 2010, p. 59).

Para a análise do *corpus* não se objetiva a exaustividade chamada horizontal, ou seja, da completude do objeto empírico, pois ele é inesgotável. A exaustividade almejada é a vertical que está relacionada aos objetivos da análise e à sua temática. A análise exaustiva

vertical não trata os dados como mera ilustração, mas trata de fatos da linguagem, com sua materialidade linguístico-discursiva. Assim, a construção do *corpus* e a análise estão intimamente ligadas, pois decidir o que faz parte do *corpus* já é decidir acerca de propriedades discursivas. A Análise de Discurso implica, portanto, em um procedimento de ir e vir constante entre teoria, consulta ao *corpus* e análise (Orlandi, 2010).

A Análise do Discurso, no contexto desta pesquisa, buscará a compreensão de como as mulheres significam o adoecimento por câncer de mama e as consequências decorrentes dele, por trabalhar o sentido e não o conteúdo da fala, um sentido que não é traduzido, mas produzido. Nessa vertente, a língua é considerada opaca e heterogênea, estando, portanto, sujeita a equívocos e falhas. O sentido não é “colocado” na palavra, ele é um elemento simbólico e sempre incompleto, por isso, o sentido pode escapar. O enunciado não diz tudo, devendo o pesquisador buscar os efeitos dos sentidos (Caregnato & Multi, 2006).

6.7.1.2 Análise do material do Grupo

Inicialmente foram realizadas várias leituras, de maneira atenta e cuidadosa, de todo o material transcrito das sessões de grupo. Esse material bruto, bastante extenso e denso, contém todos os elementos que surgiram nos encontros, sendo inesgotável sua análise e sua interpretação e tendo sido necessário seu refinamento pela seleção dos elementos capazes de responder aos objetivos do estudo. Cabe, neste momento, resgatar esses objetivos para que se torne claro o caminho percorrido para a organização do material coletado. O principal propósito da pesquisa é avaliar o impacto do Grupo de Suporte sobre as repercussões psicossociais do adoecimento de mulheres com câncer de mama. Para tal, buscou-se avaliar o Grupo de Suporte como promotor e fortalecedor dos recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, no sentido de possibilitar o enfrentamento da doença; bem como investigar o Grupo de Suporte como instrumento de prevenção e tratamento das angústias e sentimentos depressivos decorrentes do adoecimento e, por fim, verificar o Grupo de Suporte como favorecedor de integração social.

Dessa forma, foram elencados os indicadores para análise, a partir da formulação das seguintes questões norteadoras que se desdobraram diretamente dos objetivos lembrados acima: *o Grupo de Suporte atua como fortalecedor dos recursos psíquicos no enfrentamento da doença e das repercussões psicossociais do tratamento? Pode-se considerar o Grupo de Suporte como instrumento de prevenção e tratamento de angústias e fantasias de recidiva, de metástase e de morte? O grupo de Suporte favorece a (re)integração social?* Os indicadores

de análise referem-se a dois níveis – individual e grupal. No que concerne ao primeiro nível, destacam-se o impacto do diagnóstico e do tratamento; as alterações da imagem corporal; as evidências do comprometimento da sexualidade; os recursos psíquicos, incluindo as defesas utilizadas no enfrentamento da doença; as limitações físicas com prejuízo das atividades em geral e no trabalho e os contextos social e familiar no que concerne à qualidade das relações e à presença/ausência de apoio. O segundo nível, que diz respeito à análise do funcionamento (da dinâmica) do grupo, relaciona-se a alguns fatores terapêuticos descritos por Yalom e Leszcz (2006), a fenômenos psíquicos envolvidos no campo grupal, de acordo com Zimerman (2000), e a elementos que surgiram a partir da experiência com o próprio grupo. Destacam-se, então, as seguintes categorias: a adesão grupal; a coesão grupal; o grupo como favorecedor de (re)integração social e apoio complementar ou substituto da família ausente ou faltosa; o grupo como promotor e fortalecedor dos recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, possibilitando identificações, *insights*, *catarses* e elaborações; o grupo como instrumento de prevenção e tratamento das angústias e sentimentos depressivos decorrentes do adoecimento, inclusive possibilitando a desmistificação e dissolução de mitos e preconceitos. Os dados de ambos os níveis, individual e grupal, foram analisados separadamente para depois serem relacionados, no sentido de apontar mudanças individuais que se deram a partir do contexto do grupo, levando-se em conta cada um dos indicadores individuais citados.

Os indicadores para a análise foram elencados com base na revisão de literatura não sistematizada sobre as repercussões psicossociais do câncer de mama e também a partir dos dados produzidos no decorrer da experiência clínica com o Grupo de Suporte desenvolvido na presente pesquisa. Estes indicadores visam auxiliar na organização do material produzido, na medida em que foram extraídos da descrição/transcrição do grupo, favorecendo a constituição do *corpus* a ser analisado em profundidade.

Dessa forma, foi realizado um recorte das falas representativas com base em cada indicador de análise, de modo a facilitar a visualização e a compreensão dos elementos constituintes da temática em questão. Cabe aqui esclarecer que este recorte não foi feito de forma a fragmentar o discurso, deixando-o fora de contexto, desconexo do todo. Ao contrário, a seleção das falas foi realizada de modo coerente, considerando as vivências das mulheres no grupo. Assim, em muitos momentos, foi necessário incluir no *corpus* uma sucessão de falas para que o discurso pudesse ser compreendido no contexto em que foi produzido, evitando interpretações equivocadas.

A seguir, cada fala, ou conjunto de falas, foi analisada e interpretada a partir do referencial psicanalítico para depois ser feita uma análise geral das falas, com referência a cada indicador de análise. A análise geral visou destacar as questões de maior relevância, além de fazer amarrações entre elas, a fim de possibilitar uma apreensão de conjunto dos elementos presentes.

Para a análise do *corpus* foram considerados: os dados que possuíam alguma relação com as questões apresentadas no roteiro de entrevista; tudo aquilo que se apresentava como indicativo de intensa mobilização afetiva; qualquer reação emocional incoerente com o discurso apresentado; os silêncios; os atos falhos; as ênfases e os chistes. Baseando-se ainda nas contribuições de Guirado (1995), foram valorizadas as palavras, expressões ou temas que se repetiam e que surgiam de maneira aparentemente deslocada com relação ao assunto abordado no momento; as contradições; a escolha por uma determinada maneira de dizer algo, ou seja, o enredo ou a trama das histórias contadas; o sentido, o significado atribuído a alguns termos, frases ou vivências.

6.7.1.3 Análise das entrevistas

Seguindo a mesma lógica da análise do material de grupo, a análise das entrevistas se diferencia pelo caráter comparativo da qual se revestem. Elas servem ao propósito de verificar quais foram as mudanças ocorridas em relação aos aspectos psicossociais do adoecimento por câncer de mama a partir da intervenção grupal. Para tanto, foram comparados os dados apresentados nas entrevistas antes e depois do grupo, utilizando-se, no nível individual, os mesmos indicadores de análise do grupo.

Apesar das entrevistas terem sido pensadas, inicialmente, como o principal meio de produção de dados, por se acreditar que nelas se destacariam as mudanças promovidas pelo grupo, o que se observou, de fato, foi que o processo grupal mostrou-se, por si só, a ferramenta principal de avaliação das mudanças ocorridas. O grupo propiciou uma grande riqueza de material no qual a psicodinâmica das pacientes, no que se refere ao lidar com o adoecimento por câncer de mama, aparece de maneira clara e processual, sendo assim possível perceber os elementos envolvidos no processo de mudança. Arrisca-se a afirmar que, por esse motivo, seria justificável até mesmo abrir mão das entrevistas e trabalhar apenas com os dados produzidos no contexto do grupo, tamanha a riqueza do material coletado. No entanto, optou-se por manter a proposta inicial, por se acreditar que a comparação do antes e depois da intervenção grupal seja capaz de identificar alguns aspectos relevantes das

mudanças individuais ocorridas. Contudo, o material produzido no grupo ganhou destaque por possibilitar a compreensão de todo o processo, que culminou nos resultados apontados pelas entrevistas.

6.8 Aspectos éticos

Em cumprimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, todas as participantes foram esclarecidas quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios e riscos, os quais estão formulados em um Termo de Consentimento que foi assinado mediante a autorização de participação voluntária na pesquisa (Apêndice B). Foi ressaltado que a identidade das participantes seria preservada nas produções científicas resultantes do estudo e que os resultados estariam disponíveis quando a pesquisa estivesse finalizada. Ainda foi destacado que a participação poderia ser interrompida em qualquer momento sem nenhuma penalidade ou prejuízo da assistência prestada no Hospital Universitário.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora no dia 22 de novembro de 2012 sob o número 06754512.8.0000.5147 (Anexo A).

6.9 Limites do método

Devem-se considerar algumas limitações do método proposto. A primeira a ser considerada é se as possíveis mudanças ocorridas na amostra a partir da intervenção do Grupo de Suporte se deram de fato em decorrência dessa modalidade de intervenção, ou se ocorreram como consequência de outras variáveis, como o próprio tempo, o término do tratamento, as relações familiares ou a religiosidade, conforme argumentado em alguns trechos da discussão. Aliás, esse é um problema que pode ser estendido para outras modalidades de terapias psicológicas.

Outra questão refere-se aos dados da entrevista final, pois, ao serem questionadas, as mulheres supunham que a entrevistadora sabia, de antemão, a resposta, por conhecer, com certa profundidade, a história de cada uma que já havia sido exposta e trabalhada no grupo. Por esse motivo, as respostas foram, muitas vezes, simplistas demais. Esse problema fora previsto pela pesquisadora, que, na tentativa de evitá-lo, solicitou às mulheres, antes de iniciar a entrevista, que respondessem com clareza a cada pergunta, mesmo que imaginassem que a

entrevistadora já soubesse a resposta, ou que tivessem a sensação de estarem sendo repetitivas. Contudo, essa conduta não evitou que o problema ocorresse, talvez tenha apenas amenizado.

O terceiro ponto a ser explicitado é o tempo proposto para a intervenção de grupo (quatro meses). Há de se considerar uma relação entre o tempo de intervenção de um Grupo de Suporte e a sua eficácia, ou seja, um tempo maior tende a aumentar a eficácia, já que seria possível trabalhar, de maneira mais profunda, as questões relacionadas, sobretudo, à saúde mental (medos, angústias e sentimentos depressivos.). Contudo, é preciso relativizar tal afirmativa já que uma dada pessoa, que teria se inserido há pouco tempo em um Grupo de Suporte, poderia se beneficiar mais do trabalho do que outra que estaria há mais tempo no grupo, devido à interação de outros elementos presentes (traços de personalidade, resistência, identificação com o grupo, etc.). Além disso, há de se levar em conta a importância do “foco” e a eficácia nas psicoterapias breves³.

Por último, a experiência clínica da pesquisadora e a literatura mostram a dificuldade de adesão dos pacientes aos trabalhos de grupo. São muitos os fatores envolvidos no abandono do grupo como disponibilidade de tempo, transporte, condição socioeconômica, capacidade de interagir no grupo, menor disponibilidade psicológica, falta de motivação, medo de contágio emocional, entre outros (Yalom & Leszcz, 2006). Contudo, este problema não ocorreu no presente estudo, sendo, no entanto, importante destacá-lo como uma limitação, por poder ocorrer em outras pesquisas. Todos esses aspectos deverão ser considerados em uma entrevista, entretanto há limitações para uma triagem na qual se possa identificar e excluir todas as pessoas que corresponderiam a um risco aumentado de abandono.

³ Sobre o assunto, é possível encontrar uma discussão aprofundada no texto “*É possível psicanálise breve?*” (Lowenkron, 2000), e nos livros “*Introdução às psicoterapias breves*” (Gillieron, 1993) e “*Psicoterapia Breve*” (Hegenberg, 2013).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Grupo de Suporte

Os resultados obtidos a partir da intervenção no Grupo de Suporte serão apresentados através de cada indicador de análise individual, a saber: impacto do diagnóstico e do tratamento; alterações da imagem corporal; evidências do comprometimento da sexualidade; recursos psíquicos, incluindo as defesas utilizadas no enfrentamento da doença; limitações físicas com prejuízo das atividades em geral e no trabalho; e contextos social e familiar no que concerne à qualidade das relações e à presença/ausência de apoio. Ainda será feita uma breve discussão acerca dos indicadores para a análise do funcionamento (da dinâmica) do grupo que são: adesão grupal, coesão grupal, grupo como apoio complementar ou substituto da família ausente ou faltosa, grupo com possibilitador: de desmistificação e dissolução de mitos e preconceitos, de identificações, de catarses, de *insights* e de elaborações. Na verdade esses indicadores referentes ao grupo aparecem, a todo momento, nas análises dos indicadores individuais, pois é a partir deles que se processam as mudanças nas mulheres. Por este motivo, o principal objetivo desta análise não é retomar às falas, mesmo que isso seja feito nos momentos necessários, o que tornaria a discussão repetitiva e cansativa, mas sim destacar os aspectos descritos nos indicadores grupais como meios pelos quais as mudanças individuais ocorreram.

A fim de caracterizar as participantes do estudo, segue abaixo alguns dados relevantes das mesmas (Quadro 1):

Quadro 1. Caracterização das participantes do Grupo de Suporte

Participantes	Idade	Estado Civil	Data do diagnóstico	Tratamentos
Estrelícia	58	Viúva – tem companheiro	Ago/2012	Quadrantectomia QT ⁴ e RT ⁵
Hortência	48	Casada	Nov/2012	Mastectomia, QT e RT
Tulipa	63	Separada	Jun/2012	Mastectomia com reconstrução imediata ⁶ , QT e RT
Margarida	38	Casada	Out/2012	Cirurgia conservadora, QT e RT
Camélia	56	União estável	Nov/ 2012	Quadrantectomia, reconstrução tardia, QT e RT
Malva	64	Viúva	Mar/2013	Cirurgia conservadora, iniciará a RT.
Magnólia	76	Solteira	2007-Dez/2012	Recidiva. Mastectomia e QT
Laranjeira	56	Casada	2008	Curada. Cirurgia conservadora, QT e RT.
Rosa	60	Casada	Maio/2012	Quadrantectomia, RT e QT.

Fonte: A autora

Encontra-se em destaque no quadro acima a menor e a maior idade, a condição de recidiva, ou seja, de retorno da doença, de uma das participantes, e a de cura de outra, a fim de apontar a heterogeneidade do grupo apesar da sua homogeneidade no que se refere ao diagnóstico de câncer de mama. Quanto aos tratamentos realizados, cabe informar que alguns deles ocorreram antes da inclusão de algumas mulheres na pesquisa, enquanto outros se deram durante o estudo.

⁴ Quimioterapia. Medicamento capaz de destruir células cancerosas em qualquer parte do organismo com o objetivo de diminuir ou cessar a atividade do tumor (A. C. Camargo Cancer Center, [n. d.]).

⁵ Radioterapia. Método capaz de destruir células tumorais por meio do emprego de feixe de radiações ionizantes (Brasil, 2014c).

⁶ Cirurgia plástica reparadora da mama realizada ao mesmo tempo da cirurgia para a retirada total ou parcial da mama.

7.1.1 Indicadores de análise individual

Seguem abaixo os resultados e a discussão dos indicadores de análise individual do Grupo de Suporte.

7.1.1.1 Impacto do diagnóstico e do tratamento

Foi possível observar, por meio dos relatos das mulheres no Grupo, que a notícia do diagnóstico e os tratamentos para o câncer de mama causam um forte impacto emocional, podendo ser caracterizada como uma experiência traumática.

O trauma deve ser compreendido não como o acontecimento em si, mas o modo como esse acontecimento incide sobre o psiquismo de alguém e como ele é processado (Rudge, 2009). O termo “trauma” vem do grego e significa “ferida”. Na esfera da psicopatologia, designa “os acontecimentos que rompem radicalmente com um estado de coisas do psiquismo, provocando um desarranjo em nossas formas habituais de funcionar e compreender as coisas impondo o árduo trabalho da construção de uma nova ordenação do mundo” (Rudge, 2009, pp. 8-9). O anúncio de um câncer, geralmente, não surge após algum sinal pré-existente, sendo que a maioria das mulheres descobre o câncer de mama de maneira súbita e inesperada, através de exames e consultas de rotina. Dessa forma, o anúncio do câncer abarca dois elementos típicos de um evento traumático: a falta de preparação psíquica do paciente e uma irrupção brutal de um afluxo externo (Ferrant, 2007) que podem ser retratados através dos seguintes excertos de fala: “*credo isso é câncer*” (Camélia, 56 anos / 1ª sessão); “*choque ao descobrir*” (Rosa, 60 anos / 1ª sessão); “*Ele (o médico) te dá aquele tranco, a notícia assim sabe, não dá para pensar não [...] sua vida some e aparece, aparece e some*” (Estrelícia, 58 anos / 9ª sessão); “*Eu não conseguia falar sem chorar*” (Margarida, 38 anos / 14ª sessão).

A reação imediata do psiquismo, diante da impossibilidade de elaborar as excessivas excitações que invadem o sujeito é acionar defesas capazes de proteger as mulheres de uma desorganização psíquica⁷:

Você acha que é um cancerzinho que vai me levar? Esse cancerzinho de besta que ele é? Não vai ser esse câncerzinho miserável que vai me levar (Camélia, 56 anos / 1ª sessão)

⁷ Encontra-se uma discussão aprofundada sobre o assunto no texto de Volich (2010) intitulado “A clínica das desorganizações” em seu livro “*Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*”.

[...] o danado (se referindo ao câncer) é assim, se você fuça (ênfase), parece que ele desabrocha ...o bicho safado, sem vergonha, eu acho que ele se acha assim: “ai, eu tô poderoso!” (Camélia, 56 anos / 4ª sessão)

[...] tem coisa que a gente não quer ouvir não (Estrelícia, 07-08-13 / 9ª sessão)

Tem gente que morre disso, mal súbito... eu já vi gente morrer de susto, de saber que estava com câncer (Estrelícia, 58 anos / 9ª sessão)

As defesas aparecem em diversas roupagens, ora diminuindo o *tamanho do bicho (cancerzinho)*, ou seja, minimizando a gravidade da doença, na tentativa de torná-la menos ameaçadora; ora negando (parcialmente) o diagnóstico, preferindo não saber da doença, que de tão assustadora, o enorme susto de saber é capaz de levar à própria morte.

Apesar de altamente impactantes, o diagnóstico e o tratamento para a neoplasia mamária são vivenciados de maneira muito singulares por cada mulher a partir de suas próprias histórias e fantasias. Algumas consideram a notícia do câncer de mama o pior momento de todo o processo, outras consideram a queda do cabelo. Estes dois aspectos foram os que apareceram de maneira mais expressiva. Margarida falou sobre os momentos de maior angústia: *“[...] o de receber a notícia e a perda do cabelo”* (Margarida, 38 anos / 15ª sessão).

Laranjeira concordou: *“A minha também”* (56 anos).

Margarida se colocou: *“A maior angústia mesmo é quando você recebe a notícia”* (38 anos).

Para Tulipa: *“Só o cabelo, só o cabelo. Não teve momento pior”* (63 anos).

O Grupo de Suporte apareceu auxiliando no enfrentamento e na superação do impacto psíquico da doença e do tratamento, como no caso de Magnólia, no lidar com o momento da queda do cabelo, o que será mais detalhado no item referente às alterações da imagem corporal. Entretanto, a título de ilustração, cabe mencionar que Magnólia (76 anos / 5ª sessão) falou que *“só pensa positivo, que só pensa que quer ficar boa”*, por isso *“nem se abalou”* com o cabelo estar caindo: *“eu quero é ficar com saúde”*.

Já Margarida pôde se preparar no grupo para o momento da cirurgia da mama. Ela iniciou o tratamento com a quimioterapia neoadjuvante, ou seja, aquela administrada antes da cirurgia (Costa & Chagas, 2013), para a redução do tumor que era muito grande. Diante do resultado satisfatório desse tratamento, foi possível que a cirurgia fosse conservadora, não sendo necessário, portanto, a retirada total ou mesmo parcial da mama. Antes da cirurgia Margarida disse:

Assim, dá um pouco de medo da cirurgia, mas aí depois eu falo: ‘não, eu vou encarar porque já passei por coisas piores’, aí eu estou naquele medo da cirurgia, dá aquele medo, mas depois dá coragem, tô muito ansiosa, nossa senhora! (Margarida, 38 anos / 8ª sessão)

Aqui estão presentes o medo e a ansiedade diante da cirurgia, mas também um recurso de enfrentamento evidenciado nos trechos grifados, tornando possível a superação da situação. Margarida falou de como se sentiu após a cirurgia, fazendo uma comparação com o momento que chegou no grupo:

Nossa, eu sou outra pessoa. Nossa, muito melhor ... porque no começo, nossa senhora, eu não queria ver ninguém, eu não queria falar com ninguém, agora não, eu estou muito melhor (Margarida, 38 anos / 14ª sessão)

[...] não atendia telefone, nem nada, eu não conseguia falar sem chorar. Eu cheguei a chorar aqui no grupo. Eu começava a falar e começava a chorar. Agora não, agora eu consigo falar, conversar, eu tô bem. Passou, essa angústia passou. (Margarida, 38 anos / 15ª sessão)

É bastante provável que o grupo tenha fortalecido Margarida para enfrentar a situação da cirurgia, mesmo que outros fatores, além da intervenção grupal, sejam considerados, como o tempo, por exemplo, que favorece o processo de adaptação e aceitação do adoecimento, ou o resultado estético satisfatório. Entretanto, ainda assim, a cirurgia da mama é um tratamento invasivo e agressivo, geralmente acompanhado de forte impacto psíquico, por envolver alterações em um órgão repleto de representações para a mulher.

Um aspecto que se apresentou de maneira bastante expressiva em relação ao impacto do diagnóstico foi *o medo e o fantasma acerca da doença, da recidiva, da metástase e da morte*.

As falas das mulheres apontam o câncer, desde antes da sua descoberta até a sua cura, como um fantasma ameaçador. O termo fantasma, também chamado de fantasia, designa um “roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 169). Dessa forma, fantasma indica imaginação que leva à imagem, à ilusão, à representação imaginária, à realidade, à ficção e ao mito (Kusnetzoff, 1982). O adoecimento por câncer de mama leva ao medo por representar uma ameaça constante que é apresentada de diversas formas, como por meio da certeza de vir a ter a doença pela transmissão hereditária:

[...] a coisa que eu acho mais diferente na minha história para os outros é que a minha mãe faleceu com CA de mama com 50 anos, eu tinha 20 e poucos anos nessa época, aí eu passei a vida com medo, assim, da doença, com medo de fazer exames, e a família toda perguntando: ‘você fez (exames), olhe a sua mãe’ e eu tinha filhos e tinha muito medo de ter a doença com filhos pequenos, então eu rezava muito ... quando eu tive a doença e que eu soube, foi um alívio...eu acho que eu já sabia ... na hora que ele me falou (o médico) eu pensei: ‘pô, até que enfim’. A espera era muito pior. ... eu não sei o que é pior, se é a expectativa ou se é a notícia (Tulipa, 63 anos / 1ª sessão)

[...] eu esperava o tempo todo que fosse acontecer... mas nunca quis saber muito sobre a doença não ... quando aconteceu comigo eu pensei que foi um alívio ... como eu não pensava no depois, eu subestimei as consequências ... (Tulipa, 63 anos / 3ª sessão)

A presença da contradição de não saber o que é pior “se é a expectativa ou se é a notícia” e de afirmar, ao mesmo tempo, ser a notícia um alívio, se justifica pelo fato de que, para Tulipa, o fantasma da doença é mais atordoador do que a própria realidade de descobrir-se com câncer. Apesar da descoberta da doença não ter sido uma surpresa, já que aguardou por esse momento durante toda a sua vida, ainda assim a doença sempre foi muito temida, o que fica claro no fragmento “*nunca quis saber muito sobre a doença*”. Ao dizer que “*subestimou as consequências*” referiu-se ao impacto psicossocial das sequelas provocadas pelos tratamentos (perda da mama, limitações do braço, prejuízo do trabalho e, principalmente, a perda do cabelo), pois não dimensionava o comprometimento que elas trariam para a sua vida. O seu discurso mostra que o medo não deixou de existir, o que se evidencia ao dizer que não gosta de falar e nem de ouvir sobre o câncer:

Eu não acho bom toda hora ficar ouvindo isso ... eu sei que é necessário, também não proibiria ... mas eu sofria muito mais antes, assim, uns 30 anos antes de eu ter a doença ... eu não gostava de ouvir e a família fica toda hora te perguntando ... eu nunca consegui superar isso. Por isso que a minha reação quando eu soube. Eu falei: ‘até que enfim’. Como se eu fosse me livrar daquele medo, entendeu? (Tulipa, 63 anos / 9ª sessão)

O comportamento de evitação relacionado às notícias presentes na mídia e o fragmento “*como se eu fosse me livrar daquele medo*” denunciavam que o medo da doença ainda persiste. Tulipa seguiu dizendo:

Eu não gosto porque estou na fase assim ‘passado acabou, não quero lembrar, vou pensar em outras coisas’. Aí eu consigo fazer isso, consigo tocar meu trabalho, daqui a pouco tá lá falando do assunto, mas agora eu faço questão de ouvir, agora não me incomoda mais, antes eu não conseguia ouvir mesmo, se fosse falar no Jornal Nacional eu não via, eu não conseguia ver, agora vem esse assunto de novo, eu escuto numa boa, não me faz mais mal nenhum ... mesmo sabendo que pode ter e acontecer (recidiva), agora eu já estou mais preparada ... mas antes? É muito ruim isso. (Tulipa, 63 anos / 9ª sessão)

As contradições apontam para o medo (negado) da doença. A doença ainda é ameaçadora. O significado deste *não gostar* foi trabalhado no grupo, possibilitando que Tulipa compreendesse as representações que tinha da doença, podendo assim ressignificá-la. No grupo, pôde falar e ouvir e, assim, se aliviar da angústia de falar e ouvir.

Tulipa também se defendeu do medo da doença não pensando nela. Aliás, ouvir, falar e pensar, dizem respeito a uma cadeia de significantes que leva a uma cadeia de significados – o ouvir sobre a doença, muitas vezes leva a falar sobre ela e, inevitavelmente, a pensar sobre as suas representações e implicações na vida. No contexto do grupo, Tulipa contava a respeito do controle médico que fazia do útero devido ao risco de câncer nesse órgão como efeito do uso do Tamoxifeno⁸. A terapeuta perguntou se isso lhe causava alguma preocupação. Tulipa respondeu:

Pois é, você sabe, eu nem penso nisso, eu não me permito ficar preocupada com o dia de amanhã ... não quero perder mais tempo nenhum pensando nisso... (Tulipa, 63 anos / 11ª sessão)

Tulipa então percebeu o quanto já se preocupou com o dia de amanhã, ao ter passado toda a sua vida aguardando o momento em que receberia a notícia do diagnóstico de câncer e defendendo-se de um medo que a assombrou durante toda a sua vida. Para melhor compreensão dos efeitos psíquicos que a doença da mãe causou em Tulipa, é preciso considerar, conforme os ensinamentos de Volich (1998) que a doença de um indivíduo repercute no conjunto familiar, já que o risco genético é permeado pela vivência de um risco imaginário que pode determinar a manifestação e o curso da doença. Assim, na perspectiva da psicossomática, pode-se afirmar que a expectativa temerosa de Tulipa em desenvolver a doença pode ser um dos fatores etiológicos da doença, assim como pode influenciar no curso da doença. Essa ideia pode ser ainda corroborada pelo conceito de transmissão psíquica segundo o qual a história familiar concebe aquilo que:

⁸ Medicamento utilizado no tratamento hormonal do câncer de mama. Maiores informações disponível no documento de consenso do Instituto Nacional do Câncer (INCA) intitulado “Controle do câncer de mama” (2004).

[...] transcende os laços sanguíneos e destacam as alianças subjetivas estabelecidas entre os indivíduos através das identificações, dos mitos, das tramas e legados que marcam a existência do sujeito desde antes do seu nascimento. Nesta perspectiva, cada membro da família se apropria em parte daquilo que o outro carrega consigo, ou seja, daquilo que o outro é. Este encontro entre as subjetividades dos sujeitos envolvidos (espaço intersubjetivo) dá suporte à ideia de uma continuidade entre as gerações. (Lawall et.al., 2012, p. 462).

Outra forma de expressão do quanto a doença é sentida como ameaçadora é a descrença no tratamento e na cura:

[...] o danado (se referindo ao câncer) é assim, se você fuça (ênfase), parece que ele desabrocha ...o bicho safado, sem-vergonha, eu acho que ele se acha assim: 'ai, eu tô poderoso! Vou pra cá, vou pra lá, vou pra cá, vou pra lá, vou tentar bastante sabe?!' Eu não tinha isso tudo... acredito nos tratamentos, mas não na cura ... o tratamento faz ele (o câncer) dormir, só isso. (Camélia, 56 anos / 4ª sessão)

A fantasia é de que mexer no câncer, ao tratá-lo, faz com que ele se fortaleça resultando em outros adoecimentos (“*eu não tinha isso tudo*”), fazendo referência a outros problemas de saúde. A expressão metafórica “*bicho safado e sem-vergonha*” vem a representar a doença, conferindo-lhe o significado de algo ruim, ameaçador, invasivo, agressivo e poderoso. Segundo Orlandi (2010), na Análise do Discurso, a metáfora não é considerada como figura de linguagem, e sim como a “tomada de uma palavra por outra” (Lacan, citado por Orlandi, 2010), ou seja, significa basicamente “transferência”, estabelecendo o modo como as palavras significam (Orlandi, 2010, p. 44). De acordo com a autora, não há sentido sem metáfora, pois as palavras não têm um sentido próprio, preso à sua literalidade. O sentido existe exclusivamente nas relações de metáfora.

Já o medo da morte foi expresso, dentre outras formas, através do mecanismo de projeção, no qual só é possível falar sobre ele a partir de um relato de caso. A exemplo, segue o depoimento de Estrelícia, que foi feito sob muita emoção, acerca do drama vivenciado com o filho:

Meu filho deu meningite aos 22 anos e o médico teve a ruindade, a cara de pau, de falar: ‘isso aqui é óbito, só tem 1% de chance de sobreviver’. Eu falei assim: ‘o senhor é Deus? O senhor é médico, mas Deus não é, nem médico dele você é, o senhor não foi convidado para a festa porque está dando pitaco no banquete dos outros? Pode tirar a mão da tomografia do meu filho, vaza daí... eu não te convidei para ser médico dele’. Enquanto eu tiver fé e esperança e tiver uma luzinha acesa lá no final do túnel, enquanto Deus me der ar para eu respirar, eu vou pedir a Deus para proteger o meu filho. Se ele tiver que ser meu, Deus vai me dar ele de volta, andando, perfeito, se não tiver que ser meu, Deus vai me confortar para eu poder segurar a barra. (Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão)

O filho de Estrelícia sobreviveu e hoje está curado, apesar de algumas sequelas. O relato remeteu todo o grupo à própria vulnerabilidade e finitude, o que resultou na mobilização de forte angústia levando à falta coletiva de todas às mulheres que ouviram a história no encontro de grupo que se seguiu a este. Assim, o ocorrido caracterizou um movimento resistencial ao trabalho de grupo por transbordamento de angústia, no qual ocorre a descarga de um excesso que atravessa o aparelho psíquico sem a possibilidade de ser simbolizado e representado (Fernandes, 2003). A autora coloca que se faz necessário um trabalho de nomeação/ligação que seja capaz de criar uma cadeia associativa que visa ligar os elementos do discurso em um trabalho de construção de sentidos. Assim, posteriormente, foi promovida uma reflexão no grupo acerca das faltas ocorridas, com o intuito de possibilitar a compreensão das mulheres sobre suas dificuldades em lidar com a morte. Magnólia então colocou: *“Porque todas nós estamos no mesmo barco”* (76 anos / 7ª sessão), parecendo haver uma compreensão interna (*insigth*) da relação entre o medo manifesto por Estrelícia de que o seu filho morresse e a existência do medo da morte entre as integrantes do grupo, sendo insuportável o retorno ao grupo, pelo temor de que essa angústia pudesse ser novamente suscitada. Posteriormente, o grupo pôde concluir o quanto é difícil ouvir, falar e pensar sobre a morte. Por outro lado, as mulheres também puderam perceber o quanto Estrelícia possibilitou ao grupo o enfrentamento dessa dificuldade e a elaboração de alguns de seus medos.

O medo da doença, da metástase, da recidiva e da morte apareceu com frequência de forma bastante clara: *“Eu já tive muito mais medo, mas ainda tenho, qualquer diferença (em seu corpo) eu fico meio assim”* (Laranjeira, 56 anos). Laranjeira é a única do grupo que se iniciou na pesquisa já após anos de cura. Ainda assim, o fantasma da doença se fazia presente.

Na 13ª sessão, Camélia (56 anos) compartilhou com o grupo o medo de estar novamente com câncer, o que retrata bem a fala de Laranjeira descrita acima:

Eu fiz a colonoscopia, mas estava acontecendo uma coisa na minha vida que eu não contei para ninguém. Eu achei que o CA tinha tomado conta do meu corpo inteiro. Porque eu estava evacuando direto há dois meses... eu pensei que eu ia embora.

Camélia esclareceu que uma médica lhe prescreveu um medicamento errado o que resultou em um quadro de diarreia importante, que por sua vez a fez acreditar que estava com metástase no intestino e que isso poderia levá-la à morte. Camélia não foi a única no grupo a temer que alterações em seu corpo, qualquer sintoma, qualquer sinal, fosse o retorno do câncer.

Assim como Laranjeira, Estrelícia também não deixou de apresentar o medo de uma recidiva, mesmo após ter concluído seu tratamento. Contou sobre o momento que recebeu alta médica, necessitando retornar apenas para o controle:

O Dr. X falou que eu estou 100% curada, mas não sei daqui a três, quatro meses o que vai acontecer. Ele falou: “eu te garanto que daqui a 10 anos você não tem mais nada não”. Eu falei assim: “Ah doutor, você não é Deus”. (Estrelícia, 58 anos / 9ª sessão)

Tulipa falou de como se sentiu em um encontro do grupo (63 anos / 5ª sessão), no qual foi trabalhado o medo da recidiva:

Eu lembro que eu saí deprimida daqui... porque eu não fico deprimida, eu não penso mais nisso, assim, vou tocando minha vida. Mas eu saí daqui deprimida. Porque eu sou uma pessoa otimista, então eu acho que o meu cérebro só entende o que ele quer entender. Eu nunca pensei na volta da doença, embora eu [...], depois eu fiquei me questionando porque que eu nunca pensei, se eu (ênfase) [...], sei que mesmo que eu nunca tivesse tido eu poderia ter, mas ter que pensar nisso me chateou ... já pensei, já sei, já acabou, agora pode falar de novo que eu não vou [...], entendeu? (Tulipa, 63 anos / 8ª sessão)

Ao mesmo tempo em que se esquivou (“não penso mais nisso”, “o meu cérebro só entende o que ele quer entender”) para não ter que se haver com o seu medo da doença voltar, lançou mão de um controle racional (“já pensei, já sei, já acabou”), como se não houvesse mais problemas com o fato de falar e ouvir sobre a doença. Na verdade, o grupo foi propiciando, progressivamente, o afrouxamento de suas defesas, mas o medo de Tulipa não deixou de existir.

Laranjeira, após ouvir Malva falar do quanto se sentia bem e tranquila para fazer outra cirurgia, caso fosse necessário, referiu:

Ah, eu fico [...], eu não me acostumei não ... se precisar eu também encaro, eu enfrento é claro, com fé em Deus, mas falar que eu não tenho um medinho [...] (Laranjeira, 56 anos / 12ª sessão)

Muitas vezes é através da negação que se torna possível falar do medo da doença. Neste aspecto quem mais se destacou foi Magnólia, que descobriu um câncer de mama logo após ter concluído o tratamento de outro câncer, na mesma mama:

Quando eu terminar a última quimioterapia, pela lógica, eu acho que o médico poderia me pedir um exame, vou te falar por que. Quando eu fui buscar a última caixinha de tamoxifeno, o Dr. X... falou que eu já estava liberada, e que daí a quatro meses que eu marcasse o controle... mas quer dizer que nesses 4 meses que eu esperei para marcar o retorno, quer dizer que eu já estava com câncer ... então, resultado, deu, sabe? Inclusive o Dr. Y olhou e eu ouvi quando ele falou assim – tá parecendo uma aranha, um caranguejo, não sei – ele falou assim. Mas Deus é tão bom que você acredita que eu não fiquei abalada, de jeito nenhum! (Magnólia, 76 anos / 7ª sessão)

Essa história foi repetidamente relatada por Magnólia, inclusive a relação metafórica do tumor com “uma aranha, ou um caranguejo”, bichos peçonhentos e ameaçadores. A repetição aponta seu abalo emocional, que é negado. Parece ocorrer um transbordamento de angústia na qual a descarga de um excesso é atuado⁹, descarregado na fala repetida, porém sem a possibilidade de ser simbolizado e representado, corroborando os preceitos de Fernandes (2003). As intervenções realizadas visavam possibilitar o início de um processo de elaboração das angústias de Magnólia que estavam relacionadas ao medo de uma nova recidiva.

Magnólia, ao falar sobre a mamografia que realizou, disse:

Eu não sei o que vai dar ... eu sou muito conformada, conforme te falei, em nenhum momento eu fiquei revoltada, de jeito nenhum, voltou né (recidiva), quer dizer que não tinha então sarado (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão)

Após uma das falas (repetida) de Magnólia (8ª sessão) sobre a história da descoberta da recidiva e a demora na realização da cirurgia, a terapeuta/pesquisadora interveio: “Magnólia, será que você não está agora, nesse momento, um pouco insegura com o tratamento, baseado nessa história que você está nos contando?”. Magnólia respondeu:

⁹ Também conhecido como *acting out*, designa as ações que apresentam, quase sempre, um carácter impulsivo, sendo a marca da emergência do recalado (Laplanche & Pontalis, 2001), ou seja, “uma determinada conduta que se processa como substituta de sentimentos que não se manifestam no consciente” (Zimerman, 2000, p. 180).

Aí você tem (gagueja), você é psicóloga mesmo, heim! Você é a tal heim! (risos). Realmente (gagueja), você sabe que tem hora que eu penso “era pequenininho (o tumor), não precisava de quimio, só radio, voltou”, então eu penso assim, “gente, será que agora que eu tirei ela (a mama) toda, será que realmente não há possibilidade de voltar?” (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão)

Dessa forma, verifica-se um afrouxamento das defesas de Magnólia, o que vai tornando possível o reconhecimento e o trabalho das dificuldades da mesma.

O medo do grupo se presentificou com a história da recidiva da doença de Magnólia, que foi extremamente ameaçadora para as outras mulheres. Malva disse que “*para as que ainda estão para fazer (a cirurgia) traz preocupação*” (64 anos / 10ª sessão), referindo-se ao medo de que não fosse curada como Magnólia. Malva estava aguardando a notícia se teria ou não que fazer outra cirurgia na mama. Contou que disse ao seu médico:

Se for o caso de fazer, eu prefiro até que faça pelo menos eu já fico livre, né?’ Agora eu tenho medo porque eles falam que só a quimioterapia não resolve. (Malva, 64 anos / 11ª sessão)

Neste recorte, Malva demonstra o temor de não ser curada, caso não precisasse fazer a mastectomia, como ocorrera com Magnólia na ocasião do primeiro tratamento para o câncer, no qual fez a cirurgia conservadora.

Ferrant (2007) explica que diagnóstico como o do câncer altera o funcionamento do psiquismo, fazendo com que o sujeito vivencie aquilo que denomina “princípio do sofrimento” em vez de vivenciar apenas o conflito entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. Para ele, as mudanças psíquicas decorrentes do efeito do diagnóstico de câncer fazem com que o funcionamento mental do sujeito se altere entre as lógicas da vida e as lógicas da sobrevivência. É como se o psiquismo oscilasse entre uma “economia do desejo” e uma “economia da necessidade”. Para o autor, isso ocorre devido à presença do fantasma da morte, o imperativo de que o paciente terá que “suportar o insuportável” (Ferrant, 2007, p. 501).

Outro aspecto que apareceu com bastante evidência em relação ao impacto do diagnóstico e do tratamento foi a presença de *angústia e sentimentos depressivos*:

A gente fica chateada sim, mas eu tenho muita força, muita fé. A quimioterapia me derrubou, eu chorava muito, mas eu tentava ficar tranquila e não pensar no pior. (Laranjeira, 56 anos / 2ª sessão)

Quanto ao comprometimento da integridade física provocada pelos tratamentos, a perda ou deformidade da mama e a queda do cabelo foram os efeitos físicos de maior destaque:

No início chorei muito. O Dr. X falou na dura comigo, na cara de pau mesmo. Falou que ia tirar minha mama toda. Comecei a chorar e falei – mas logo os meus peitinhos? Falei assim com ele – eu tenho tanto ciúmes do meu peito! (Estrelícia, 58 anos / 1ª sessão)

Eu não fiz a quimioterapia que cai o cabelo todo... mas com o tempo foi caindo, caindo, aquilo me incomodava, ver o cabelo no chão, foi assim devagar. Quando eu estava na quarta quimioterapia foi que me deu aquela angústia, sabe? (Rosa, 60 anos / 2ª sessão)

Acerca do medo de que a doença não fosse curada ou que retornasse, Malva disse como estava se sentindo frente à espera dos tratamentos:

Para ser sincera, sábado eu passei um sábado terrível. Me deu assim, uma depressão, entendeu? Eu chorei o dia inteiro, não quis almoçar, não tomei café, não tive vontade de nada (Malva, 64 anos / 11ª sessão)

Em certa ocasião, a angústia é tamanha que precisa ser retirada da sua origem (medo da doença, da recidiva) e ser deslocada para outro lugar onde possa ser suportada:

Não sei se eu te falei, independente disso, que antes d'eu operar eu tive um pouco de depressão. (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

Seguiu contando que o fogão de uma vizinha escapava gás e que este ia direto para a sua cozinha. À noite, quando Magnólia fechava a janela, sentia forte cheiro de gás e acordava transpirando. Um dia, se levantou para trocar de roupa e sentiu o cheiro de suor e de gás na camisola:

[...] que coisa horrível, como se não bastasse acho que aquilo me ajudou a dar depressão. E eu já estava também, esperando para poder operar. (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

Nesse momento, começou a falar, novamente, da história da descoberta da recidiva do CA, com todos os detalhes. O discurso mostra que a causa da sua depressão, relacionada à descoberta da recidiva e à notícia da necessidade da retirada completa da mama, foram deslocados para o vazamento do gás.

Os sentimentos depressivos também relacionam-se à baixa autoestima:

[...] me arrumo, mas acho que fico feia, não coloco salto mais ... o sorriso já não tenho mais, uma tristeza muito grande. (Margarida, 38 anos / 3º sessão)

Minha autoestima às vezes cai? Cai. Tem dia que a gente tá um bagaço? Tem. Mas a gente vai pedindo força a Deus e cada dia é um dia. (Estrelícia, 58 anos / 1ª sessão)

Hoje sou a mesma pessoa, porém sem brilho. (Tulipa, 63 anos, escreveu essa frase no seu desenho, durante a dinâmica do desenho, 19 jun. / 3ª sessão)

No caso de Camélia, a ocorrência de sentimentos depressivos encontra-se relacionada a uma desvalorização de si, a sentimentos de desvalia impostos pela situação de adoecimento e relações de violência ocorridas no passado. Questões antigas retornam e se misturam às da doença.

Camélia apresentou um discurso autodepreciativo, de autodesvalorização em sua relação amorosa:

Ele é novinho, tem 34 anos, e tem 10 anos que está comigo. Eu falei com ele: ‘você é otário, porque se eu fosse ele eu não tava não’. Imagina bem, velha, gorda, feia, o que que ele vai fazer com um treco desses? Vai perder a juventude dele! (Camélia, 56 anos / 6ª sessão)

Disse ainda que ele não tem filhos e nem isso ela podia dar para ele:

Nem adotar posso, quem vai dar uma criança para uma mulher que tem câncer? (Camélia, 56 anos / 9ª sessão)

Camélia contou sobre uma conhecida que sofreu uma parada cardíaca na sua companhia em um supermercado e, logo após, foi a óbito:

E eu ali, toda fudida, quatro infartos, três isquemias, três paradas cardíacas, um câncer nas costas, em pé, ali, olhando para aquele pessoal. ‘Ihh caramba, o que essa praga está em pé e a outra tão bem foi embora?’ (isso seria o que Camélia achava que as pessoas estavam pensando). Eu me senti mal pelos outros que sabiam que eu estava daquele jeito e a mulher não tinha nada. (Camélia, 56 anos / 9ª sessão)

O adoecer, como uma ferida narcísica, coloca o sujeito num lugar de fragilidade, de vulnerabilidade, portanto, de inferioridade, na relação consigo mesma e com o outro.

7.1.1.2 Alterações da imagem corporal

Ficou evidente que a maior dificuldade das mulheres no que tange às modificações corporais ocorridas a partir do tratamento para o câncer de mama é a queda do cabelo:

Isso é uma coisa que eu acho inexplicável, essa reação da queda. Eu não consegui entender a minha reação, porque eu sou uma pessoa muito prática, não sou vaidosa, gosto de andar arrumada, mas nunca gostei de maquiagem, e para mim foi a pior coisa. Foi a única coisa que me fez chorar ...de uma hora para outra eu fiquei muito velha. (Tulipa, 63 anos, reconstruída / 2ª sessão)

A minha única razão de estar no fundo do poço mesmo é o meu cabelo ter caído. (Estrelícia, 58 anos, quadrantectomia / 3ª sessão)

No caso de Tulipa, o impacto emocional diante da queda dos cabelos parece estar potencializado por outro aspecto relativo à imagem corporal, que é o envelhecimento. Tanto a perda dos cabelos quanto o envelhecimento podem ser associados à castração, pelo que remetem à incompletude e à finitude.

A velhice está me pesando mais do que a doença, sabe? A velhice está me causando sérios problemas... porque eu me canso mais rápido, ando, me canso. Eu achava assim quando eu estava fazendo tratamento: 'ah, isso depois, isso vai passar'. Vai não, é uma coisa da idade mesmo. Eu reclamei com o médico, são 63 anos! (Tulipa, 63 anos / 15ª sessão)

O impacto emocional diante da perda e da deformidade da mama também aparece, embora de maneira menos expressiva, estando sua importância relacionada ao próprio órgão como representativo da feminilidade: “*É a parte que mais destaca na mulher, por que logo em cima né? (chora)*” (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão); e à sexualidade: “*Meu sobrinho falou comigo assim ‘tia Magnólia, você tem os seios lindos, não sei por que a senhora não casou’*” (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão). Já as mulheres que fizeram a reconstrução mamária parecem lidar melhor com as alterações da mama:

Eu não tenho essa reação (se referindo à Magnólia) porque eu fiz a reconstrução ... a reconstrução é perfeita, não perdi nenhuma roupa minha, nenhuma roupa, você vê, esse aqui foi reconstruído (aponta para o seio). (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão)

Retomando à questão da perda do cabelo, algumas mulheres se referiram ao comportamento de “não se olharem no espelho” como uma forma de se protegerem da angústia de ter que se haver com uma imagem de deformada, indesejável e repugnante:

[...] eu nem olhei no espelho. Eu tomo banho e coloco a toalha de rosto no espelho (para não se ver careca), aí vou tomar banho... depois boto uma touca no cabelo, me pinto, faço o que eu tiver que fazer e depois coloco a peruca. (Estrelícia, 58 anos / 2ª sessão)

Quando é possível o olhar através do espelho, o corpo refletido não pode ser reconhecido frente ao horror da constatação da falta, da perda da integridade física:

Cruz credo, aquela alí não sou eu não. (Estrelícia, 58 anos / 3ª sessão)

Quando a gente se olha no espelho, assim, e se vê toda pelada, sombrancelha, vai tudo embora, entendeu, vários cabelinhos, os cabelotes, vai tudo, aí quando você olha assim, você fala: “cruz credo, é um horror”. (Camélia, 56 anos / 12ª sessão)

[...] hoje eu me sinto feia, me olho no espelho e não acredito que sou eu. Hoje eu estou magrela, menas bunda, braço curto (o braço do lado da cirurgia parece encurtado), faltando um pedaço do peito. (Estrelícia, 58 anos / 3ª sessão)

A identidade feminina também parece estar perdida:

[...] não suporto olhar minha careca, detesto, fico parecendo um homem escrito. (Estrelícia, 58 anos / 9ª sessão)

Eu me arrumava quando estava sem cabelo nenhum, nossa, eu não gostava nem de me olhar no espelho. Colocava roupa bonita, olhava em baixo assim e falava: ‘eu tô bonita’. Mas daqui para cima, passava maquiagem e olhava minha careca [...] (Margarida, 38 anos / 15ª sessão)

A maquiagem, algo tão característico da mulher, parece estar em desarmonia com a falta do cabelo, o que é retratado pela reticência que segue o discurso.

Outra questão a ser considerada é a negação parcial do impacto psíquico frente aos sentimentos negativos desencadeados a partir da perda do cabelo, inclusive, acompanhado de culpa pelos próprios sentimentos: “*Meu Deus, quantas pessoas não estão em situações piores? Eu não estava me permitindo ficar triste*” (Rosa, 60 anos / 2ª sessão), como se a dor e o sofrimento não fossem permitidos. Outros vivenciam intensamente o trauma da perda do cabelo:

Uma coisa que eu estava preparada, eu sabia que o cabelo ia cair ... mas a minha reação foi muito ruim. A primeira foi assim, deu achar assim que não ia suportar, se cair de novo (o cabelo) vai acontecer alguma coisa, ou eu vou chorar, ou eu vou me deprimir, assim, só aconteceu uma vez, na mesma hora eu saí correndo, foi uma coisa assim, que eu achei que não ia suportar. Geralmente eu aguento as coisas assim, bem, mas isso eu senti assim, eu ficava com falta de ar, sabe. (Tulipa, 63 anos / 12ª sessão).

Vale ressaltar que, no momento em que Tulipa perdeu os cabelos, ela ainda não participava do Grupo de Suporte. Magnólia, ao contrário, pôde se preparar no grupo para a vivência da queda do cabelo, o que resultou em uma melhor aceitação desse momento

Eu não fiquei triste, não fiquei deprimida, não fiquei revoltada, nada disso, eu acho que é a autoajuda daqui (Tulipa, 76 anos / 12ª sessão)

A queda do cabelo é uma modificação corpórea exposta ao olhar do outro, difícil de esconder, pois, mesmo o uso do lenço ou da peruca, na maioria das vezes, denuncia a falta do cabelo, o que representa a ferida da castração, da falta, do incompleto. Esse parece ser o fator essencial que leva à angústia e aos sentimentos depressivos dessas mulheres. O olhar do outro é ameaçador, pois leva ao julgamento e ao preconceito, já que a sociedade contemporânea valoriza a estética, o belo e o perfeito. Margarida falou do mal estar por achar que todos estão sempre lhe olhando: “*Eu entro no ônibus, todo mundo me olha*” (38 anos / 15ª sessão).

Durante uma das sessões do grupo, Hortência tirou o lenço e mostrou o cabelo já bastante crescido: “*Um alívio quando tira o lenço, refresca*” (Hortência, 48 anos / 9ª sessão). A partir desse momento, Hortência não voltou a usar o lenço. Na semana seguinte, disse:

Dei um (lenço) para uma neta, outro para outra neta... o outro está lá, eu falei: “não uso mais”. A minha menina falou assim: “é estranho, eu vi você chegar, mas você tá diferente, você veio sem lenço?” Eu falei: “eu vim, tirei o lenço lá (no grupo), pus na bolsa e tô sem lenço, vou andar sem lenço” (Hortência, 48 anos / 10ª sessão)

Aqui o grupo aparece como fortalecedor dos recursos psíquicos no sentido de possibilitar o enfrentamento de um momento difícil, no qual é preciso coragem para assumir a nova imagem. Margarida e Tulipa, motivadas pela atitude de Hortência, também tiraram o lenço (apenas no grupo, ainda não definitivo) algumas semanas depois e mostraram seus cabelos que começavam a crescer. Margarida falou da melhora da sua autoestima:

Hoje eu estava me arrumando e o meu cabelo já está grande né... antes eu ficava na frente do espelho, ele batia assim aqui, (mostrando o comprimento que o seu cabelo tinha antes da quimioterapia) aí ficava arrumando, escovando, fazendo piastra e achava, assim, que não estava bom ainda. Aí hoje eu me arrumei, aí eu coloquei a roupa, eu estava sem peruca, aí eu falei: nossa, eu estou tão bonita! Só esse pouquinho (de cabelo) já estava ótimo. (Margarida, 38 anos / 15ª sessão)

Já Tulipa falou das dificuldades desse momento:

Eu tenho que forçar para eu acostumar, senão eu só vou conseguir tirar o lenço quando o cabelo cobrir a orelha... eu acho que minha orelha está imensa! (Tulipa, 63 anos / 15ª sessão)

Cada uma ao seu modo, experienciando momentos semelhantes, porém de modo muito particular. O que há de terapêutico em relação a este momento é a possibilidade da troca, na qual cada mulher fala dos seus sentimentos, das melhorias apresentadas e também das dificuldades vividas, possibilitando um entrecruzamento de afetos e de movimentos psíquicos como: identificações, projeções, transferências, entre outros, que culminam no fortalecimento dos recursos psíquicos das mulheres e na superação das suas dificuldades. Tulipa disse à Margarida:

[...] eu acho que você (Margarida) está ótima sem o lenço, aí eu fico pensando: “eu também devo estar” (Tulipa, 63 anos / 15ª sessão)

Nesse contexto, Magnólia iniciou o uso do lenço, pois começou a perder os seus cabelos. Mas, nem por isso, estava na contramão do grupo, pois algumas mulheres demonstravam alegria e satisfação com o crescimento dos cabelos. Ao contrário, Magnólia pôde se beneficiar na medida em que Hortência, Margarida e Tulipa se apresentavam como um espelho, ou seja, representando a maneira como Magnólia seria *amanhã*, mostrando-lhe que este é apenas um momento passageiro que poderia ser seguido de experiências positivas.

7.1.1.3 Evidências de comprometimento da sexualidade

É curioso observar que o comprometimento da sexualidade aparece mais pela perda do cabelo do que pela perda ou deformidade da mama. Estrelícia afirmou que “*não fará amor*” (58 anos / 3ª sessão) enquanto seu cabelo não voltasse a crescer, apesar de ter sido retirado um quadrante da mama. Tulipa, mesmo sendo separada e não tendo um companheiro, disse:

Eu acho que se eu tivesse marido seria difícil. Para falar a verdade, nem tanto pela mama, é pelo cabelo. Eu teria mais dificuldade de ter que tirar o lenço para dormir do que a mama, talvez por causa da minha idade, já é outra relação assim, eu fiquei casada 27 anos... é outra intimidade, mas eu acho que a mama não pesou muito não, pesou o cabelo. (Tulipa, 63 anos / 8ª sessão)

É notório que a falta do cabelo causou muito mais sofrimento à Tulipa do que a perda da mama. Talvez pelo fator idade, já que com uma idade mais avançada a mama passa a receber menos investimento sexual, e também por ela ter a mama reconstruída. Tulipa explicou:

Se eu tiver um relacionamento sexual hoje em dia... não é como jovem, entendeu, que tem sedução. Já é mais carinho mesmo, já é mais intimidade, não é com esse foco (da sedução), quer dizer, eu acho que eu não vou precisar de colocar uma camisolinha transparente e curta, eu acho que é por isso que para mim não tem problema nenhum, nem de mostrar, nem vou ter problema nenhum de trocar de roupa na frente de um homem, não vou ter, mas o cabelo! (Tulipa, 63 anos / 8ª sessão)

Já Magnólia falou de uma grande frustração por não ter se casado e nem ter sido mãe, além de ser virgem, mas nem por isso deixou de manifestar sua sexualidade:

[...] tenho uma paixão por isso... eu sempre tive vontade de casar e ser mãe. (Magnólia, 76 anos / 6ª sessão)

Para ela, a beleza dos seios é relacionada ao matrimônio:

Meu sobrinho falou comigo assim: “tia Magnólia, você tem os seios lindos, não sei por que a senhora não casou”. (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão)

Os seios são muito valorizados por Magnólia, assim como tudo aquilo que representa a mulher, o feminino – marido, filhos, roupas e acessórios (constantemente faz elogios ou comentários a este respeito). Talvez por não ter correspondido ao que a sociedade contemporânea espera de uma mulher, como casar e ter filhos, busca constantemente tudo aquilo que identifica o feminino na tentativa de se reafirmar nesse lugar. Para Magnólia, a mama “*é a parte que mais destaca na mulher, porque é logo em cima, né?*” (Chora) (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão).

Em alguns casos é possível observar que não houve nenhum prejuízo da sexualidade, independente das sequelas físicas apresentadas. Rosa afirmou que se sentiu normal durante e após o tratamento: “*meu companheiro é muito companheiro*” (60 anos / 8ª sessão). Explicou,

na mesma sessão, que o seu cabelo não caiu todo e, como sua cirurgia foi conservadora, a mama não foi danificada, assim:

[...] não me senti constrangida e nem ele me cobrou nada, não deixou transparecer nada também, em relação à sexualidade, não me senti diminuída nem constrangida e ele não passou isso para mim, nessa parte graças a Deus eu estou bem. (Rosa, 60 anos / 8ª sessão)

Nesse caso, o não comprometimento da sexualidade parece estar mais relacionado à vida conjugal harmoniosa e a um suporte familiar/social satisfatório do que com a preservação da mama íntegra, sem danos provocados pelos tratamentos e com o cabelo que não caiu por completo. Isso se confirma pelo discurso de Hortência, que perdeu todo o cabelo e aguardava para realizar a mastectomia total. A mulher falou de como se sentia na relação com o seu corpo e com o marido:

Para mim é normal, eu não sinto que ele mudou em nada, não sei se é para agradar, mas eu acho que não. Meu marido é simples. (Hortência, 48 anos / 9ª sessão)

A falta de apoio do companheiro e a fragilidade do relacionamento também interferem na maneira como a mulher lida com a sua sexualidade. Estrelícia colocou uma diferença entre *ter marido* e *ter namorado*, demonstrando insegurança na relação amorosa. Ela entende a condição de seu relacionamento como *frouxo*, pouco estável e vulnerável. A consequência é um distanciamento na vida sexual do casal e um sentimento de raiva do “namorado”, como denominou a relação que tem com o seu companheiro:

Só vai me olhar quando eu estiver boa, pode me encarar? Vai me encarar, do contrário, se quiser arrumar outra, pode, pode ir embora. (Estrelícia, 58 anos / 9ª sessão)

Ao mesmo tempo, é possível observar que o desejo sexual não deixou de existir:

Eu, se mexer, pega fogo... eu não deixo o (nome) encostar em mim enquanto eu não estiver boa, mas se mexer tem. (Estrelícia, 58 anos)

Camélia foi a participante que trouxe de maneira mais marcante e intensa as suas experiências sexuais, por ter sofrido muitos anos de abuso sexual, físico, moral e psicológico.

Somado à violência, o adoecimento por câncer de mama veio a intensificar as suas dificuldades no âmbito da sexualidade:

[...] não tiro a parte de cima (da blusa), só isso. Na frente do meu marido, não (ênfase). Igual eu te disse, ele é novo e eu já estou com a validade bem vencida, o cara já está com uma mulher com a validade vencida, cheia de problema, câncer e tudo e ainda faltando pedaço. (Camélia, 56 anos / 8ª sessão)

O fragmento grifado retrata que existem muitos fatores que a colocam em desvantagem em relação ao companheiro, destacando o câncer e a falta de uma parte da mama. O seu relato chegou a chocar e a “deprimir” o grupo em diversos momentos:

Sou mais macho do que tudo... eu só dou prazer, eu não tenho prazer... para mim tanto faz, eu sou apenas uma máquina... para mim tanto faz se ele chega e usa, abusa e tchau. (Camélia, 56 anos / 10ª sessão)

Camélia desvalorizou a si e a seu corpo, colocando-se no lugar de objeto de prazer. Em contrapartida o grupo não fazia julgamentos a este respeito, não recriminava o comportamento e a maneira de pensar de Camélia, ao contrário, procurava ajudá-la: “Você tem carne, tem vida.” (Estrelícia, 58 anos); “Não é ele que está te rejeitando, é você que está se rejeitando” (Rosa, 60 anos).

Camélia mostrou que apesar do comprometimento da sua sexualidade se dever, sobretudo, à experiência de violência, o adoecimento por câncer de mama veio a contribuir para o agravamento do quadro:

Até antigamente eu achei que eu era doente, não tinha libido, não tinha caldinho (fazendo referência à lubrificação vaginal)... acho que eu nasci meio macho, por causa do efeito do outro (agressor). Aí quando eu conheci esse (atual companheiro) eu me tornei outra pessoa, aí quando veio essa porcaria (o câncer) acabou tudo. (Camélia, 56 anos)

Apesar de Camélia manter um discurso de autodesvalorização, iniciou-se um processo de elaboração que se evidencia pela forte emoção suscitada durante as intervenções do grupo e a posterior compreensão dos motivos que a levaram às suas dificuldades de relacionar-se com homens. Nas relações anteriores, com o pai e depois com o ex-marido, ela estava sempre no lugar de “resto”, não podendo sair deste lugar com o atual companheiro (repetição).

Ele já me pegou sendo homem. Por que eu criei quatro filhos sozinha e um marido, apanhei pacaramba, tive que colocar tudo dentro de casa. Aí quer dizer, eu me tornei mais masculina. Aí outro dia ele me chamou de sapatão. (Camélia, 56 anos)

A representação que Camélia tem dos homens é negativa, mas ao mesmo tempo de um ser fálico e poderoso. Assim, ao dizer que o marido a conheceu “sendo homem”, estava se referindo ao fato de ter suportado muitas dificuldades (o que só seria possível ao homem que, na sua concepção, é forte e poderoso). Já o comprometimento da sexualidade, explicitado através da fala do marido quando a nomeia de “sapatão”, devido ao fato de Camélia não sentir prazer durante a relação sexual, refere-se às marcas do trauma vivenciado na violência sexual que sofrera do ex-marido. Portanto, para Camélia, os significantes “mulher” e “homem” têm significados muito peculiares. O primeiro representa uma posição de subjulgo, de passividade e de objeto, contrapondo-se ao segundo que representa poder e força. Dessa forma, na tentativa de sair da posição de inferioridade, que tanto a fez sofrer, nomeia-se como “macho”, buscando superação de um lugar que a coloca em desvantagem na relação com o outro. Observa-se, pois, que os discursos “*sou mais macho do que tudo*”, “*acho que nasci meio macho*” não se referem a um homossexualismo e sim a uma posição de estar no mundo.

7.1.1.4 Recursos psíquicos

É possível observar nas discussões acima que os recursos psíquicos estão presentes a todo o momento. Eles dizem respeito, basicamente, aos mecanismos de defesa que são quase sempre inconscientes e designam “os distintos tipos de operações mentais que têm por finalidade a redução das tensões psíquicas internas, ou seja, das ansiedades” (Zimmerman, 2000, p. 119). Dessa forma, o grupo encontra, por meios defensivos diversos, amenizar as angústias desencadeadas pelo processo de adoecimento. Por serem constituintes da dinâmica psíquica das mulheres, aparecem na discussão de todos os indicadores de análise. Contudo, aqui são destacados alguns aspectos relevantes que não aparecem em outro item ou que, apesar de já terem sido citados, merecem uma discussão mais aprofundada. São, desse modo, apresentadas e discutidas as situações nas quais se evidenciaram a negação, a projeção, a resistência, o deslocamento, a repressão, a racionalização e a reação maníaca.

Acerca da *negação*, Zimmerman (2000) afirma que o mecanismo fundamental do Ego é o de rejeitar, através de suas muitas formas, a vivência e a tomada de conhecimento de experiências emocionais ansiogênicas. No grupo, a negação aparece, principalmente,

relacionada ao medo da doença não ser curada ou retornar. O câncer se apresenta como um fantasma, que, de tão ameaçador e aterrorizante, não pode ser reconhecido.

Magnólia foi quem mais se posicionou de forma defensiva contra o medo de que a doença não fosse devidamente tratada e curada. Isso pode ser justificado pelo fato de ela ter descoberto um câncer de mama logo após ter concluído o tratamento de outro câncer, na mesma mama, conforme já explicitado. Ela falou sobre o momento da descoberta da recidiva do câncer:

Sinceramente, eu não me apavorei... minha religião me ajudou muito ...eu rezo muito para as pessoas que têm câncer. Eu aceitei, mas muita gente não aceita. (Magnólia, 76 anos / 1ª sessão)

A palavra “sinceramente” foi repetida em vários momentos do seu discurso, na maioria das vezes acompanhada de uma gagueira ao ser pronunciada, o que pode ser interpretado como uma “falta de sinceridade” ao falar dos seus sentimentos. Ao afirmar que “aceitou”, mas que “muita gente não aceita” está dizendo, projetivamente, da sua “não aceitação”. O relato sobre a descoberta da recidiva foi significativamente repetido por Magnólia em todos os encontros do grupo em que estava presente, sendo acompanhado por muita emoção, frequentemente o choro, denunciando o medo, o pavor de que a doença atual não fosse devidamente tratada e curada. Magnólia negou seu inconformismo, sua revolta, seu desespero, dizendo, a todo o momento, o quanto não se apavorou e nem se abalou, o quanto aceitou o que se passou com ela:

Eu sou muito conformada, conforme te falei, em nenhum momento eu fiquei revoltada, de jeito nenhum, voltou né (recidiva), quer dizer que não tinha então sarado... nesse momento, sinceramente (gagueja),... eu estou confiante porque eu sempre tive muita fé em Deus, oh, eu não chorei, não me desesperei, nem da primeira vez, no que dirá agora que foi radical (referindo-se à mastectomia total), né? Não tenho revolta nenhuma. (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão)

Parece existir um excesso de angústia que não pode ser representado (que é negado) e por isso transborda, através desse discurso que é altamente repetitivo e maçante. Apesar da acolhida do grupo e das intervenções que buscam possibilitar o reconhecimento e a vivência da sua insegurança em relação ao tratamento atual e do medo da doença, Magnólia mostrou-se bastante resistente, na maior parte do tempo, chegando a projetar as suas preocupações na terapeuta, após intervenções da mesma e do grupo em que lhe foi apontada sua insegurança:

Sinceramente, eu estou com tanta fé em Deus, que eu não vou ter mais nada, com aquela certeza mesmo, você pode até, minha filha, porque eu sei que você é assim, solidária à gente, então eu que te peço, pode ficar despreocupada, que eu estou com muita fé em Deus e eu tenho certeza que eu vou ficar curada. (Magnólia, 76 anos / 10ª sessão)

Contudo, em outros momentos apresentou um afrouxamento de suas defesas, reconhecendo seus medos e inseguranças. Após o relato da redescoberta do câncer, a terapeuta disse: “Isso te marcou muito, né Magnólia?”, e então Magnólia respondeu:

Não, talvez, você como psicóloga, tem gabarito, eu sou leiga. Aparentemente, a gente acha que não marcou (gagueja), mas você como psicóloga sabe melhor do que eu. (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

A terapeuta continuou:

Você já trouxe essa história muitas vezes... essa descoberta (do câncer) foi muito impactante, você não esperava isso, você tinha acabado de concluir um tratamento.

Magnólia finalmente pareceu, nesse momento, reconhecer suas dificuldades e disse com certa surpresa:

Justamente, é isso mesmo. Você tocou no ponto certo, é isso mesmo. (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

Tudo aconteceu num vai e vem das defesas, no qual pouco a pouco, de maneira processual, as elaborações foram ocorrendo, lentamente, de acordo com os recursos psíquicos de cada mulher. Dessa forma, o grupo foi possibilitando o fortalecimento desses recursos, à medida que a paciente percebia que este medo não era só seu, mas que era compartilhado pela maioria das participantes, e que senti-lo não era sinal de fraqueza, mas sim de crescimento.

Magnólia negou também a raiva que tinha do médico, pois acreditava que ele era culpado pelo retorno da doença. No entanto, desloca sua revolta para o plano de saúde, por ser menos doloroso acreditar que o plano, que é da ordem do impessoal, não foi capaz de lhe prestar uma boa assistência, apesar de ser pago (o dinheiro simboliza uma troca: a partir da efetuação do pagamento se obtém um benefício, no caso, a cura), do que culpabilizar o médico (pessoal), que é uma figura revestida de representações sociais ligadas ao poder e ao divino (ambos no sentido de ser aquele responsável pela vida e pela morte):

[...] não fiquei com raiva dele (médico) não, gente, eu não tive revolta de jeito nenhum. A única revolta que eu tive foi do plano (de saúde) ser caro e o primeiro não deu certo, porque voltou. Ele talvez nem tenha culpa. (Magnólia, 76 anos / 15ª sessão)

Logo em seguida, uma contradição denunciou os seus reais sentimentos:

Mas eu não estou triste de ter voltado não, assim, só acho que como foi pelo plano, eu não conformo de ter voltado. (Magnólia, 76 anos / 15ª sessão)

A consequência é um forte sentimento de desamparo com relação à assistência profissional, sentido-se permanentemente insegura quanto aos cuidados médicos recebidos.

A negação apresentada por Magnólia é compreendida como a impossibilidade de aceitação/reconhecimento dos sentimentos gerados a partir da recidiva da doença (revolta, desespero, tristeza, dentre outros), manifestando um discurso repleto de *nãos*: “*não me apavorei; não fiquei abalada; eu não tô com medo; eu não chorei; não me desesperei; não tenho revolta nenhuma*”; *não fiquei com raiva dele não; não estou triste de ter voltado não*” e de contradições. Freud nos ajuda a compreender a dinâmica de Magnólia ao afirmar que negar algo em um julgamento é, no fundo, dizer que isso é algo a que se preferia reprimir. “*Um juízo negativo é o substituto intelectual da repressão, ou seu ‘não’ é a marca distintiva da repressão, um certificado de origem*” (Freud, 2006c, p. 266). Na concepção freudiana, a negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido, sendo assim uma suspensão da repressão, embora não se constitua uma aceitação do que está reprimido. Dessa forma, o conteúdo reprimido pode abrir caminho até a consciência, com a condição de que seja negado. Nesse caso, a função intelectual encontra-se separada do processo afetivo. Disso resulta uma espécie de aceitação intelectual do reprimido, ao passo que, ao mesmo tempo, persiste o que é essencial à repressão. Portanto, para Freud, a negativa seria um passo na direção do afrouxamento da defesa do sujeito: “*Não há prova mais contundente de que fomos bem sucedidos em nosso esforço de revelar o inconsciente, do que o momento em que o paciente reage a ele com as palavras ‘Não pensei isso’*” (Freud, 2006e, p. 269).

A negação também pode ser da família, o que repercute para a paciente como um sentimento de falta de apoio: “*o negócio lá em casa é como se fosse uma gripe*” (Camélia, 24 jul. 2013 / 7ª sessão). A gripe é compreendida metaforicamente pela família de Camélia como um equivalente do câncer, significando uma doença simples, que não oferece maiores prejuízos à saúde do indivíduo ou como sendo incapaz de colocar a vida em risco. Camélia, por sua vez, demonstrou mágoa e ressentimento por essa *indiferença* familiar. Ao mesmo

tempo, no decorrer dos encontros do grupo, falou da postura que assumiu diante de sua família, de ser forte, de não necessitar de ajuda, representada por Camélia pelo significante *macho*. O grupo questionou então se não seria esse posicionamento de Camélia que levaria sua família a não valorizar/reconhecer o câncer de mama como uma doença grave e limitante, implicando, dessa forma, no comportamento de sua família.

Outras formas de negação foram e ainda serão explicitadas ao longo da apresentação dos resultados do estudo.

Passa-se à *projeção* que, no sentido psicanalítico, é a operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos e desejos que ele desconhece ou recusa (Laplanche & Pontalis, 2001).

Estrelícia (58 anos / 2ª sessão) falou do constrangimento que sente diante dos vizinhos, pois percebia um olhar de pena dos mesmos. Contou o que pensa que eles comentam ou acham a seu respeito:

“ela emagreceu pacaramba, ela está arregaçada”. Isso vai te traumatizando.
(Estrelícia, 58 anos / 2ª sessão)

Na verdade, essa é a maneira como se sente - magra e arregaçada - e por isso acredita que é assim que as pessoas a veem.

Outro fragmento ilustrativo diz respeito à Tulipa (26 jun. 2013 / 4ª sessão) que conta o caso de uma tia de 80 anos que, diante de qualquer problema de saúde, teme vir a ter um câncer. Segundo Tulipa, a tia quer se preparar para o caso de vir a ter a doença. A própria Tulipa passou a vida esperando o câncer, já que a mãe morreu da doença, se preparando para “*não ser pega de surpresa*” (pediu a Deus para que ela não tivesse a doença enquanto os filhos ainda fossem pequenos). Muitos outros exemplos podem ser encontrados ao longo deste trabalho.

A *resistência* é definida por Laplanche e Pontalis (2001, p. 458) “como a tudo o que nos atos e palavras do analisando, durante o tratamento psicanalítico, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente”. Apesar da resistência ser considerada um indicador negativo no grupo, é esperado que ela ocorra como uma defesa ao acesso de conteúdos inconscientes, geradores de angústias, indicando uma forma, as vezes desesperada, de busca por uma sobrevivência psíquica (Zimmerman, 2000).

No grupo, a resistência ocorreu, principalmente, por transbordamento da angústia tanto a nível individual quanto grupal. No individual, ela é manifestada através de ausências

por “esquecimento”, o que vem acompanhado de um discurso que apresenta impedimentos para comparecer aos encontros. Na quarta sessão, Estrelícia não compareceu e justificou dizendo que se esqueceu. Disse que não estava querendo vir mais porque tinha “*muito médico para ir*”, que não estava “*aguentando mais*”. A terapeuta perguntou se o grupo não tinha sido bom para ela e então ela respondeu: “*sei lá, tem hora que eu acho que é bom, tem hora que acho que não*”. Segue explicando: “*Eu vou no médico de segunda a sexta tem dia que eu não vou poder vir mesmo*”. Em um momento mais adiante do mesmo encontro de grupo: “*Toda vez que eu venho aqui eu choro*” (Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão). O que Estrelícia “*não está aguentando mais?*” Ir ao médico ou ir ao grupo? Parece que a resistência em ir ao grupo relacionava-se à mobilização de muitas emoções. Apesar disso, Estrelícia foi bastante assídua apresentando apenas quatro faltas no total de 12 sessões de grupo (quando se desligou do grupo para retornar ao seu município de origem após alta médica), sendo apenas uma dessas faltas não justificadas com antecedência.

A resistência, ainda no âmbito individual, também se apresentou como um movimento de evitação de situações muito mobilizantes. Margarida aguardava a cirurgia da mama (seria feita a quadrantectomia com reconstrução, porém foi feita a cirurgia conservadora). A terapeuta perguntou o que se passava pela sua cabeça em relação à cirurgia a que seria submetida. Margarida respondeu:

Ah, eu não sei o que te dizer não, passa tanta coisa! Tô preparada para o que der e vier, entendeu? (Margarida, 38 anos)

A terapeuta pediu, então, à Margarida que falasse um pouco dessa “*tanta coisa*” que passava:

Ah, sei lá, tem hora que nem passa, tem hora que eu nem tô para pensar, entendeu? Mas assim, eu tô muito disposta, sabe? (Margarida, 38 anos)

O discurso contraditório, em destaque pelos grifos, sugere a existência de medos e apreensões relacionados à cirurgia, os quais a paciente preferia *não pensar* para não ter que se haver com eles. Defendeu-se dizendo o oposto, ou seja, que estava “*preparada para o que der e vier*” e “*muito disposta*”. Resistiu em enfrentar ou em aceitar as “*tantas coisas*” que passavam em sua cabeça.

Por fim, individualmente, a resistência aparece nos atrasos frequentes, quase na totalidade dos encontros, de uma das integrantes (Malva), apesar das constantes colocações da

terapeuta acerca da importância da pontualidade. Considerando a história de vida da paciente pode-se fazer algumas inferências. Malva tentou por muitos anos engravidar, manter as gestações e ter filhos saudáveis. Porém, devido à incompatibilidade do fator RH, perdera nove filhos (abortos e natimortos), num total de 11 gestações, tendo, portanto, apenas dois filhos nascidos vivos. A partir de uma relação transferencial com o grupo, temia que o estreitamento dos vínculos levasse a um maior sofrimento diante da perda do grupo, assim como sofrera com a perda dos filhos, que tanto desejava.

Já no nível grupal, a resistência se manifestou através da falta de todos os integrantes, exceto de Estrelícia, fato que ocorreu, curiosamente, em dois encontros (10 jul. 2013 e 28 ago. 2013). Na verdade, no dia 10 de julho de 2013 (6ª sessão) outras duas participantes, além de Estrelícia, compareceram, com grande atraso, não sendo possível desenvolver normalmente o grupo. Estas duas integrantes não estiveram presentes na sessão que antecedeu a estas faltas. Essa informação é importante porque esse encontro (03 jul. 2013), anterior à falta coletiva, mobilizou muitas emoções a partir do depoimento de Estrelícia acerca do drama que vivenciara na ocasião em que o filho fora acometido por meningite. O relato de Estrelícia, conforme comentado anteriormente, remeteu o grupo à morte, à finitude, o que parece ter sido insuportável para as mulheres. Portanto, aqui a resistência também aparece por transbordamento de angústia, o que pôde ser, posteriormente, trabalhado no grupo.

No dia 28 de agosto de 2013 (12ª sessão) o grupo não aconteceu novamente. Mais uma vez compareceu apenas Estrelícia que chegou muito produzida (peruca escovada, maquiada e unhas feitas) para se despedir do grupo. Esta seria a sua última participação no grupo, pois retornaria para sua cidade alguns dias depois. Ela não tinha informado claramente ao grupo que iria nesta data pela última vez. Contudo, prestou uma série de informações que poderiam levar o grupo a concluir isso. Enquanto a paciente, a terapeuta/pesquisadora e a assistente de pesquisa aguardavam as demais participantes, Estrelícia demonstrou ter se sentido rejeitada por algumas integrantes do grupo: *“fora daqui algumas pessoas fingem que não me conhecem”*. Questiona-se se Estrelícia foi capaz de construir vínculos verdadeiros, pois apresentava sentimentos de onipotência e excluía o grupo na maioria das vezes que mencionava a ajuda recebida. Estrelícia contou que *“na radioterapia o pessoal chorou quando eu terminei a radioterapia”* e que lá disseram para ela:

Podia mandar a psicóloga do hospital embora e te contratar para você ficar só aqui, você dá tanta força, tanta esperança para gente, que a gente tem que seguir o seu exemplo. Porque você, oh, abandonou tudo, casa, namorado, filho, neto, tudo tá lá, tá tudo entregue às baratas, tudo pela vontade de viver. (Estrelícia, 58 anos/ 7ª sessão)

Seguiu dizendo:

Se eu fosse outra pessoa o que eu faria? Podia até pular do prédio, sabia? Podia entrar em depressão... para mim foi muito difícil, longe de tudo, longe dos meus filhos, longe da minha vida (Chora). Eu tenho que agradecer muito a Deus, aos médicos, às enfermeiras. (Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão)

Apesar de falar do seu sofrimento, colocou-se em um lugar de superioridade, o que ficou evidente ao dizer “*se eu fosse outra pessoa*”, considerando que reagiu de maneira melhor do que outras reagiriam na mesma situação (suicidando-se ou se deprimindo). Excluiu o grupo ao agradecer a ajuda recebida.

Em 04 de setembro de 2013 (na semana seguinte), a terapeuta tentou promover uma reflexão no grupo acerca do significado das faltas ocorridas. Contudo, o grupo se esquivou, não refletiu, não se implicou, não pensou sobre as possíveis causas do fato. Apenas pediu o telefone de Estrelícia para ligar e se despedir. Contudo, não foi possível saber se o fizeram, pois não deram nenhum *feedback* à esse respeito. No dia, apenas lamentaram: “*Então ela ficou desolada, né? porque só veio ela.*” (Magnólia, 38 anos).

Possivelmente o grupo respondeu ao movimento de Estrelícia de não se incluir no grupo, de não valorizá-lo, de se posicionar de maneira onipotente, fazendo o mesmo.

Cabe aqui fazer uma consideração: foi observado, com bastante frequência, que quando uma mulher trazia para o grupo conteúdos muito mobilizantes, na semana seguinte (próxima sessão), esta não comparecia. A lógica parece ser a mesma das faltas do grupo, quando após o desencadeamento de muita angústia, era preciso tempo e distanciamento para que o trabalho psíquico pudesse se dar e para que o sujeito pudesse lidar com toda a carga de emoção suscitada.

A *reação maníaca* é uma defesa que “aparece na forma de depressão negada, que está oculta na felicidade e na incansável atividade e vivacidade geral” (Winnicott, 1990, p. 107). No grupo este mecanismo é expresso principalmente por Camélia por meio da exaltação do humor, do uso de piadas e brincadeiras, que surgem como defesa frente a um grande sofrimento. Seguem alguns fragmentos ilustrativos. Camélia disse que era doida para ficar careca e fazer uma tatuagem de um dragão na cabeça,

[...] mas eu lembrei que o cabelo ia nascer de novo e ia tampar meu dragãozinho.
(Camélia, 56 anos / 1ª sessão)

Aqui o discurso denota uma busca de controle da doença ao tentar diminuir o terror que *o bicho* (utilizado metaforicamente para representar a doença) lhe causa. Diante da perda do cabelo, Camélia disse: “*Se alguém me vê, eu pergunto assim: ‘trouxe a cera?’*” (56 anos / 1ª sessão).

Ao ser questionada sobre as mudanças corporais que ocorrerão após a cirurgia a que se submeterá (retirada de nódulos benignos e reconstrução mamária) e sobre as repercussões dessas mudanças na relação com o marido, ela respondeu que iria “*tirar uma foto na Playboy e ganhar dinheiro*” (56 anos / 8ª sessão).

Outro modo de defesa consiste na *repressão* (em alemão: *Unterdrückung*) que, no sentido aqui apresentado designa certas operações psíquicas que tendem a reprimir um conteúdo desagradável ou inoportuno (ideia, afeto, etc) tornando-o pré-consciente, e não inconsciente como no recalque (*Verdrängung*) (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 457). A repressão aparece como uma tentativa de sufocar os sentimentos de tristeza:

Eu acho que é falta de maturidade, você sabe dos problemas dos outros, muito sérios mesmo, eu vou ficar de frescura porque o meu cabelo caiu? Eu não me permito, eu não admito ficar triste. (Tulipa, 63 anos / 2ª sessão)

Tulipa falou que a queda do cabelo foi o momento mais difícil e doloroso de todo o tratamento para o câncer de mama, mas, inicialmente, recusou aceitar sua tristeza, seu desespero, utilizando, concomitantemente, outra defesa, a *racionalização*, a fim de justificar porque não havia necessidade de tanta tristeza: existem muitas pessoas com sérios problemas, possivelmente maiores do que o seu. Contou sobre alguns trabalhos voluntários nos quais viu muito sofrimento, buscando assim minimizar a sua dor: “*São pessoas que não vão ter vida nunca, mesmo tendo saúde*” (63 anos / 4ª sessão). Seguiu relatando sobre uma cuidadora: “*ela não pode nem morrer*” (porque outro depende dela). Nesta realidade, Tulipa afirmou ser privilegiada porque tem “*uma assistência médica de qualidade, uma casa direitinho, uma geladeira com tudo que quer, uma cama boazinha, não sente dor, apenas mal estar*”.

Estrelícia fez uso da mesma defesa ao afirmar que o seu sofrimento é pequeno (*pinto*) em comparação com outros existentes:

É uma história de muita batalha, não é de sofrimento não. Isso aí é pinto perto de muito sofrimento que tem por aí. (Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão)

A terapeuta pontuou que este era o seu sofrimento e então ela disse:

[...] é o meu sofrimento, é a minha dor, é a minha ausência... se Deus me deu tudo isso e eu suportei, porque eu não vou suportar o meu (sua doença), que é só meu.
(Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão)

Afrouxou assim sua defesa, podendo reconhecer e falar de sua dor.

Ficou evidente também o uso da repressão por Tulipa quando disse que se esquivava nos momentos em que as amigas lhe perguntavam algo sobre a doença: “*Esse é um assunto que eu não gosto de conversar*”. Diz que responde às amigas – “*tô bem, tô ótima*” e logo mudou de assunto (Tulipa, 63 anos / 8ª sessão).

Diante da dificuldade de aceitação da doença, Rosa também reagiu de maneira a reprimir os seus reais sentimentos, o que pôde ser trabalhado e elaborado no grupo.

Eu queria passar para as pessoas que eu estava aceitando, mas no fundo, no fundo, eu não estava... eu estava passando uma imagem que não era aquilo que estava dentro de mim... depois eu fui me superando... dentro da minha realidade.
(Rosa, 60 anos / 3ª sessão)

Por último, menciona-se o *deslocamento* que, por definição, na teoria psicanalítica, é uma energia suscetível de se desligar das representações e deslizar por caminhos associativos (Laplanche & Pontalis, 2001). Por ser o melhor exemplo a citar, menciono, novamente, porém com mais detalhes, o caso de Magnólia que deslocou a causa de seu sentimento depressivo relacionado à descoberta da recidiva e/ou ao tratamento do câncer para o vazamento do gás da vizinha. Em 18 de setembro de 2013 (14ª sessão) disse que emagreceu devido às preocupações: “*Não sei se eu te falei... que antes d’eu operar (mastectomia) eu tive um pouco de depressão*”. Seguiu contando de um escapamento de gás na casa da vizinha, que ia direto para a sua cozinha. À noite, quando Magnólia fechava a janela, sentia forte cheiro de gás e acordava suando durante a noite. Um dia, se levantou para trocar de roupa e sentiu o cheiro de suor e de gás na camisola:

[...] que coisa horrível, como se não bastasse acho que aquilo me ajudou a dar depressão. E eu já estava também, esperando para poder operar. (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

A terapeuta perguntou: “– O que você tinha, que está chamando de depressão?”. Magnólia respondeu:

Eu sentia uma coisa assim, no estômago, eu não sabia explicar, um vácuo, sei lá, um negócio assim, que ao mesmo tempo que estava cheio de ar, sabe, eu notava que era do gás ... então eu emagreci, e juntou com a preocupação, não da, da, era da operação também, mas não é medo, porque eu já sabia que estava com o negócio (o câncer). (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

Magnólia negou o medo que sentiu diante do retorno da doença, como se *saber* que está com a doença a protegesse do medo. Destaca-se ainda o trecho da sua fala em que gagueja – “... *preocupação, não da, da, era da operação também...*”, na qual é possível observar um afrouxamento da defesa quando reconhece que sua “*preocupação era da operação também*”, mas logo a resistência volta a atuar afirmando não sentir medo.

Ainda sobre o deslocamento, é possível que algumas mulheres desloquem suas angústias relacionadas à mama para a perda dos cabelos. Talvez isso ocorra por ser a última uma mudança passageira, pois os cabelos voltarão a crescer, enquanto que a primeira, é uma mudança definitiva, pois mesmo com a realização da reconstrução, a mama nunca voltará a ser como antes da cirurgia.

Este fato se evidenciou nas falas de Estrelícia: “A *minha única razão de estar no fundo do poço mesmo é o meu cabelo ter caído*” (58 anos / 3ª sessão). Contudo, logo após, referiu outras razões:

Hoje eu me sinto feia, me olho no espelho e não acredito que sou eu. Hoje eu estou magrela, menas bunda, braço curto (o braço do lado da cirurgia parece encurtado), faltando um pedaço do peito (Estrelícia, 58 anos, na dinâmica do desenho / 3ª sessão)

Tulipa também elucidou esse deslocamento:

Eu acho que se eu tivesse marido seria difícil. Para falar a verdade, nem tanto pela mama, é pelo cabelo. Eu teria mais dificuldade de ter que tirar o lenço para dormir do que a mama, talvez por causa da minha idade, já é outra relação assim, eu fiquei casada 27 anos... é outra intimidade, mas eu acho que a mama não pesou muito não, pesou o cabelo. (Tulipa, 63 anos / 8ª sessão)

7.1.1.5 Limitações físicas com prejuízo das atividades em geral e do trabalho

Uma temática que apareceu com bastante frequência no grupo diz respeito às restrições/cuidados permanentes que se deve ter em relação ao braço/mão do lado da mama operada. Assim, são contraindicados, segundo recomendações médicas e fisioterápicas, a retirada de sangue, a aferição da pressão, a retirada de cutícula e os esforços excessivos com o

braço, dentre outras restrições. Isso torna a vida das mulheres que se submeteram à cirurgia mamária muito limitada, sendo que, quanto mais invasiva é a cirurgia, maior é o comprometimento dos membros superiores. Em torno das recomendações feitas pela equipe de saúde que presta assistência às mulheres, o grupo discutia, frequentemente, o assunto, buscando informações, tirando dúvidas e promovendo ajustamentos nas atividades da vida diária.

Camélia queixou-se das limitações com o braço impostas pela cirurgia da mama: *“Esse braço está aqui só para enfeitar”* Camélia (56 anos / 14ª sessão). Laranjeira então revidou: *“Ah não, ele me ajuda tanto!”* A partir daí, todo o grupo disse o que se pode fazer com o braço, apesar das limitações, reagindo ao discurso negativo de Camélia, que se referiu ao braço como um enfeite, devido ao prejuízo de sua funcionalidade. Laranjeira e muitas outras mulheres apontaram o quanto o braço é útil, apesar de ser necessário usá-lo com restrições e cuidado. Assim, o grupo foi positivando o discurso de Camélia, oferecendo-lhe recursos de enfrentamento ao apontar as possibilidades de uso do braço, tão difíceis de serem reconhecidas por Camélia.

O incômodo com as limitações físicas também aparece, pontualmente, relacionado à situação de dependência no pós-operatório:

Eu fico preocupada em voltar a depender de uma pessoa, é banho [...], porque eu nasci uma pessoa que nunca gostei de ser dependente de ninguém não. (Malva, 64 anos / 7ª sessão)

Logo após a cirurgia mamária, as limitações com o braço são ainda mais acentuadas:

Eu estou com dificuldade para levantar o braço. (Margarida, 38 anos / 14ª sessão)

Depois da realização da cirurgia conservadora, Margarida sequer conseguia levantar o braço, estando, por este motivo, impedida de fazer a radioterapia, sendo necessária intervenção fisioterápica urgente para que o início desse tratamento não fosse prorrogado por muito tempo. As atividades domésticas rotineiras também ficaram restritas, levando à irritabilidade e à angústia:

Meu guarda roupa estava colado na cama e não tinha como tirar uma roupa ... eu fiquei muito nervosa... não gosto de ver as coisas para fazer e ficar parada. Então eu estou me sentindo mal, ficar dependendo. (Malva, 64 anos / 11ª sessão)

Com relação à atividade laboral, algumas mulheres apresentaram comprometimento das funções que exerciam, necessitando de adaptações para manter o trabalho; outras mantiveram suas atividades sem maiores prejuízos e outras optaram por interromper a vida profissional. A impossibilidade de manter o trabalho, tal como desenvolviam anteriormente, e que eram sentidos, na maioria das vezes, como fonte de prazer, acarreta insatisfações e tristezas, sobretudo quando levam a uma limitação definitiva.

Tulipa é quem mais falava do quanto a doença afetou sua profissão. Ela fazia biscoitos, pães e doces em grande escala para comercialização, necessitando reduzir e adaptar sua produção:

É a coisa que eu mais gosto de fazer, é cozinhar... eu tenho que voltar a trabalhar né? Tenho que arranjar o que fazer. Eu preciso da renda, é bom! Tem um monte de coisas que eu quero fazer ainda. O que eu gostava de fazer mesmo era biscoito, pão de mel e isso é uma coisa fácil de vender aqui... mas agora, por causa do negócio do braço, eu não posso mais ficar fazendo muito isso, o artesanato exige menos esforço com o braço, já essa parte da cozinha é você mexendo, o tempo todo mexendo na comida. (Tulipa, 63 anos / 3ª sessão)

Observa-se que Tulipa precisou adaptar seu trabalho que era, predominantemente, na cozinha para a produção de artesanatos. Como cozinhar sempre lhe trouxe muita satisfação, passou a reduzir esse trabalho, mas não o abandonou. Tulipa falou das estratégias que passou a usar para continuar a fazer os quitutes na cozinha:

Eu já estou procurando receitas. Todas as receitas que eu tinha com manga (utensílio para fazer quitutes que parece exigir um movimento de apertar) eu não vou fazer mais, porque essa é aquela que eu não posso. Eu vou fazer aquelas de modelar, que eu posso aprender com essa mão... e desenvolver atividades com essa mão, porque esta daqui é mais lenta, ela cansa, safada... agora eu estou testando as receitas só com cortador (outro utensílio, este exige menos esforço dos braços). (Tulipa, 63 anos / 15ª sessão)

O termo “safada” usado para caracterizar a mão, mostra a raiva sentida diante das limitações. Sentimentos de raiva e revolta também aparecem relacionados à necessidade de constantes idas aos serviços de saúde para controle e reabilitação da doença, impedindo a paciente de viajar para vender seus artesanatos:

Agora, dia 14, eu ia ficar no (nome da cidade) um mês por causa de feiras, mais aí apareceu a fisioterapia, que tem que fazer toda quarta-feira, tem uma consulta com o Dr. X que eu já fui, agora vai ter segunda-feira com a cirurgia plástica, tem que amanhã pegar remédio, nunca acaba! Eu não posso sair daqui, eu fico presa aqui. (Tulipa, 63 anos / 11ª sessão)

Na retomada do trabalho também emerge a importância do apoio social, que favorece o processo de reintegração social:

Na verdade eu não vendo é nada. A manicure leva para vender, deixo no salão de beleza, deixo com a minha cunhada, deixo na loja do meu irmão, deixo com o jornalista, faço um cestinho de vime e espalho. Na feira, eu fico. Minha filha é professora de educação física, então eu deixo nas academias. Eu tenho uma rede bem grande... dá uma boa venda. Aqui eu não consigo fazer isso (em JF). (Tulipa, 63 anos / 11ª sessão)

Tulipa é natural de outro município, onde residiu a maior parte de sua vida e onde mora a maioria de seus familiares e amigos. Reside em Juiz de Fora com um filho há poucos anos, encontrando baixo suporte social neste município, ao passo que possui grande suporte social na cidade de origem.

Já Hortência, que também trabalhava como cozinheira, falou do seu desejo de parar de trabalhar: “*Eu não volto mais a trabalhar mesmo não. Eu vou morar na roça*” (Hortência, 48 anos / 11ª sessão). Neste caso, a mudança não se limita ao trabalho, mas também a todo um estilo de vida. Hortência busca uma vida mais tranquila na roça, preocupando-se com a melhora da qualidade de vida.

Rosa, por outro lado, teve suas atividades pouco comprometidas:

Eu trabalho na assistência social, com crianças socialmente carentes. Aos sábados de manhã a gente tem um grupo que oferece sopa e tem assim, estudos, estas coisas (Trabalho voluntário, vinculado à uma instituição espírita) ... eu ocupo minha vida mais nesse sentido ... eu parei por pouco tempo, na cirurgia, só mesmo nos dias, eu não ia fazer o que eu faço, porque as vezes a gente ajuda na cozinha, eu canto com as crianças, por que eu adoro cantar, tem a escolinha de evangelização que eu dou para as crianças, quer dizer, eu tenho esse trabalho, o que me preenche é esse trabalho ... eu não parei, eu continuei no período que eu estava mais recente né (do tratamento) eu ia, participava das reuniões, não fazia nada, mas agora eu já estou na ativa de novo. (Rosa, 60 anos / 11ª sessão)

Outras mulheres encontravam-se de licença (auxílio doença) e outras eram donas de casa, necessitando de ajuda para o exercício das funções domésticas.

Observa-se que o comprometimento da vida laborativa depende da extensão da cirurgia (se é conservadora, se é mastectomia, se houve ou não a retirada de linfonodos) e do tipo de trabalho exercido. Mulheres que se submeteram a cirurgias mais invasivas têm um maior grau de comprometimento do braço do lado da cirurgia, o que as tornam mais limitadas para desenvolver atividades que exigem o esforço desse membro. Contudo, determinadas

funções, como a de Rosa (canto, aula) não implicam no trabalho braçal, podendo ser desenvolvidas sem restrições.

7.1.1.6 Contextos social e familiar no que concerne à qualidade das relações e à presença/ausência de apoio

A qualidade das relações social e familiar encontra-se diretamente relacionada com a presença/ausência de apoio nestas instâncias. Percebe-se como o apoio familiar e social é importante na adesão ao tratamento, na aceitação da doença e no enfrentamento das repercussões psicossociais do adoecimento. A paciente com menos apoio (Camélia) é a que tem maior dificuldade de lidar com a doença (descrença nos tratamentos e na cura, pessimismo, pulsão de morte presente em seu conformismo de que nada dará certo) e a pior condição de saúde física (não apenas relacionado ao câncer). Camélia falou da maneira como a família lidava com a sua doença: *o negócio lá em casa é como se fosse uma gripe* (56 anos / 4ª sessão).

Ao contrário, Tulipa mencionou o seu incômodo diante do excesso de cuidado e preocupação das pessoas ao seu redor:

[...] claro que as pessoas sabem que eu fiz essa cirurgia e as pessoas ficam: 'Tulipa, você está fazendo isso?' Você sabe que isso me irrita. Eu podia ficar [...], isso tá começando a me incomodar muito. Gente eu estou bem. Mas as pessoas ficaram assim, com muito cuidado [...]. É claro que eu não vou tratar meu filho, ninguém mal, mas é uma coisa que eu já não estou lidando bem... isso não devia me incomodar, porque é cuidado, mas eu estou ficando irritada. (Tulipa, 63 anos / 12ª sessão)

Tulipa percebe, a partir do grupo, que a perda do cabelo e o uso do lenço fazem com que as pessoas a coloquem no lugar de doente e de frágil:

Acho que ninguém precisa de mim para nada, porque agora todo mundo acha que eu sou doente. (Tulipa, 63 anos / 12ª sessão)

Dessa forma, Tulipa significa o excesso de zelo como algo que a coloca no lugar de doente. O apoio familiar aqui não tem uma representação positiva. Durante o processo de elaboração desse aspecto, ela parece compreender que a sua irritação está relacionada ao lugar de fragilidade que passou a ocupar na família.

Nesse contexto, Camélia, com toda a sua história de desamparo (foi violentada fisicamente e sexualmente pelo pai e pelo ex-marido, além de não se sentir cuidada pela família) comenta, logo após a fala de Tulipa:

Queria tanto isso e não tive. Até hoje parece que não foi nada, só uma gripe. O que ela (Tulipa) está sendo contra é tudo o que eu desejava... eu queria ser paparicada, eu estou me sentindo só... igual agora, eu vou operar de novo e para eles é tudo tão normal ... eu sou forte, eu não preciso disso, mas no fundinho eu queria... ela (Tulipa) não pode arredar uma coisa, não pode fazer isso, eu posso fazer tudo, até mais, é nada. Eu se arredar, e daí? Arredou porque quis (dizendo como a família pensa). Pego 10, 15 kg de açúcar. (Camélia, 56 anos / 12ª sessão)

O grupo, então, começou a mostrar à Camélia que ela própria criava essa situação na medida em que tem dificuldade não se cuidar, além de não demandar do outro cuidado e proteção, mostrando-se capaz de fazer tudo, a todo o momento, de maneira incondicional:

Tulipa: – Oh, Camélia, eu posso te falar uma coisa? Você carrega mesmo esse peso?
Camélia: – Carrego.
Tulipa: – Então você também não está tendo consideração contigo.
Laranjeira: – Primeiro a gente tem que gostar da gente.
Camélia: – Eu acho que eu não tenho necessidade de eu ter, se eu não valho nada para ninguém.
Tulipa: – Você tem que ter (consideração), você tem que ter.
Rosa: – Você tem que gostar primeiro de você.
Camélia: – Porque eu faço tudo que tem que fazer. Até instalação de luz e telefone eu tenho que fazer. Eu nasci com um negócio a mais.
Rosa: – Você tem que deixar a falta aparecer e mostrar que precisa de cuidados.
Camélia: – Eu não gosto de depender, eu sempre fui obrigada a fazer. (Aqui parece que, de maneira implícita, refere-se também à violência sexual sofrida).

Camélia tem dificuldade no amor próprio porque não se sentiu amada durante grande parte de sua vida. Volich (2010) explica que, no início do desenvolvimento infantil, os pais têm o papel primordial de criar condições para a emergência e para a aquisição das competências da criança. A partir do desamparo, da precariedade de recursos e da incapacidade de sobreviver por si mesmo, o bebê conta com os recursos parentais para, asseguradas suas necessidades vitais e afetivas, adquirir e desenvolver, gradativamente, seus próprios recursos. Camélia teve uma história familiar repleta de violência e agressões, o que parece ter forte influência na formação do seu sintoma: profundo sentimento de desvalia. Coloca-se, ao mesmo tempo, como um ser fálico: “*Eu nasci com um negócio a mais*” (refere-se ao sexo masculino, sinônimo de completude e poder), que precisa dar conta de tudo, de

satisfazer a todos os desejos e às necessidades das pessoas ao seu redor. Talvez essa seja a única maneira de se sentir reconhecida, valorizada e amada.

A partir do apoio e das intervenções do grupo, Camélia passou a compreender a sua psicodinâmica no relacionamento com os seus familiares (elaborações e *insights*), iniciando um processo de mudança. Agora pode reconhecer o amor e o apoio de um dos filhos:

[...] um anda com a mão no meu ombro, ele me dá dinheiro quando eu venho para o médico para fazer lanche, se eu ficar com fome, ele é mais chegado... toma benção todo dia na hora de dormir. (Camélia, 56 anos / 13ª sessão)

Além de se implicar com o fato de se sentir pouco apoiada, com um belíssimo *insight*:

Quando você está muito ferida você não enxerga nada. (breve silêncio) (Camélia, 56 anos / 13ª sessão)

Camélia percebeu que é ela quem “*não enxerga nada*” devido a todo o sofrimento que passou na vida, e não porque as pessoas não a amem ou não estejam dispostas a ajudá-la. O silêncio aqui significa um momento de assimilação e aceitação, consequentes à compreensão interna de uma situação mobilizante de muita angústia. Passou também a reconhecer todo o apoio social recebido: “*Com amigos eu não tenho problema nenhum. Aonde eu vou, eu arrumo*”.

Sobre a qualidade das relações interpessoais, percebe-se nas participantes do grupo uma dificuldade atribuída à perda do cabelo. Rosa relatou que não deixou de frequentar nenhum lugar, mas que, quando estava com pouco cabelo, ficava se justificando para as pessoas dizendo que estava em quimioterapia, pois temia uma avaliação crítica (Rosa, 60 anos/ 2ª sessão). Margarida, por se sentir desconfortável com a imagem alterada com a perda do cabelo, preferia não ser vista:

[...] a gente acha que está todo mundo olhando para gente. (Margarida, 38 anos / 3ª sessão)

Sente o olhar do outro como invasivo e ameaçador, já que o que é socialmente valorizado é o corpo belo e perfeito. Logo que descobriu a doença e iniciou o tratamento para o câncer, Margarida apresentou sentimentos depressivos, o que a levou a um quadro de isolamento social:

[...] se as pessoas tocassem no assunto eu começava a chorar, aí eu me afastei. Acho que os meus amigos se afastaram de mim, deixou de ligar justamente porque eu não atendia o telefone. (Margarida, 38 anos / 3ª sessão)

Contudo, houve uma melhora significativa em relação a este aspecto:

Nossa, eu sou outra pessoa. Nossa, muito melhor... porque no começo, nossa senhora, eu não queria ver ninguém, eu não queria falar com ninguém, agora não, eu estou muito melhor. (Margarida, 38 anos / 14ª sessão)

[...] não atendia telefone, nem nada, eu não conseguia falar sem chorar... agora não, agora eu consigo falar, conversar, eu tô bem. (Margarida, 38 anos / 15ª sessão)

Já Estrelícia, apesar de se referir ao apoio da família, apresentou forte sentimento de solidão, pois os familiares residem em outro município. Estrelícia veio para Juiz de Fora exclusivamente para se tratar, já que a sua cidade não oferece recursos de saúde satisfatórios.

O grupo falava sobre o desespero sentido pelas mulheres no momento da queda do cabelo, então Estrelícia disse:

[...] tem vez que dá vontade de desistir. Aí eu ligo para minha neta, para o meu neto e eles dizem - não vovó, pelo amor de Deus. (Estrelícia, 58 anos / 2ª sessão)

Aqui o apoio da família aparece como determinante para que o tratamento possa ser suportado e mantido. Estrelícia relatou que os momentos mais difíceis foram quando soube da doença e quando fez a cirurgia:

[...] passei tudo sozinha e Deus... eu já sofri muito... para mim foi muito difícil, longe de tudo, longe dos meus filhos, longe da minha vida (Chora). (Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão)

Comparou os momentos do drama vivenciado com o filho, durante o adoecimento do mesmo por meningite, com o atual, em que está em tratamento para o câncer de mama, no sentido de mostrar o quanto é muito mais difícil vivenciar uma situação de adoecimento quando se está longe da família:

Quando o meu filho adoeceu eu tinha a minha família inteira, os meus amigos inteiro, por isso que eu falo, eu estando aqui, eu estou sozinha, porque se eu tivesse lá em (fala o nome da cidade onde reside), talvez eu teria mais apoio, mais gente me rodando, meus vizinhos, eu moro lá há 36 anos, no mesmo bairro. (Estrelícia, 58 anos / 5ª sessão)

Aqui fica evidente a importância da presença e do apoio da família no enfrentamento de uma situação difícil (doença do filho e agora, a sua própria doença). Contudo, o seu sentimento de solidão parece não relacionar-se apenas à distância física da família, mas à uma história de muitas perdas: *“As pessoas que eu mais amava eu perdi”* (Estrelícia, 03 jul. 2013 / 5ª sessão) fazendo referência ao marido, filho (perdeu um filho com 7 meses de idade), padrasto (referido por ela como *“meu paizão”*), sogro, sogra, sobrinho, pai e mãe (os dois últimos em datas próximas).

Outras mulheres possuem bom suporte familiar e social. Hortência disse que o apoio que recebe da família

[...] é excelente e que depois da doença melhorou ainda 100%. (Hortência, 48 anos / 4ª sessão)

Rosa falou que considera desnecessária a presença do familiar em todas as etapas do tratamento, contudo disse que:

[...] na hora que a gente precisa a gente pede socorro. (Rosa, 60 anos/ 4ª sessão)

Magnólia e Margarida também falaram com satisfação do apoio recebido:

[...] graças a Deus minhas irmãs tem muito carinho comigo, tem um cuidado (ênfase), nossa senhora! Por gosto da minha irmã, eu não arrumo cozinha, ela lava minha roupa, aquele capricho, tudo muito limpinho. (Magnólia, 38 anos / 7ª sessão)

Nossa, todo mundo tá assim, pega a gente no colo, minha família, os amigos. (Margarida, 38 anos / 8ª sessão)

Minhas irmãs e os amigos também ficam, que nossa senhora! Quando eu fui operada, eles mandaram celebrar missa, sabe, para correr tudo bem, aí correu bem, aí mandaram rezar outra missa de ação de graças de agradecimento por ter corrido tudo bem. Rezam para mim, fazem corrente de oração lá na igreja. (Magnólia, 76 anos / 8ª sessão)

O apoio da família reflete na maneira positiva de lidar com adoecimento, como pôde ser observado em Hortência, ao dizer sobre o seu relacionamento social diante das alterações do corpo (antes da mastectomia, porém em uso do lenço):

Fico bem, não esquento a cabeça, saio quando tenho que sair. No domingo fui para cachoeira com o meu filho... (Hortência, 48 anos / 9ª sessão)

Já Malva não se sentiu apoiada, pois o filho mais novo

[...] não foi preparado para receber essa notícia da doença e não tem estrutura. Então a minha nora, ela prefere que nem fale nada com ele. E se falar vai dar problema, né? (Malva, 64 anos / 11ª sessão)

A nora, por sua vez, se queixava dos cuidados que prestou à Malva no pós-operatório, dizendo que “*todos deixaram a responsabilidade nas suas costas*” (Malva, 64 anos / 11ª sessão), assim ela preferiu ficar sozinha para não ter que depender e nem se sentir um peso. A paciente afirmou que “*a convivência entre família é muito difícil*”, além de esclarecer que o filho tem sopro no coração e síndrome do pânico.

Foi possível observar em Malva a presença de sentimentos depressivos decorrentes da falta de apoio da família, o que pôde ser trabalhado no grupo. Apesar da resistência apresentada pela paciente através dos atrasos recorrentes, o grupo parece ter funcionado com *holding* para Malva, oferecendo-lhe suporte. Dessa forma, Malva passou a reconhecer outras fontes de apoio, saindo da constante queixa da família. Ela contou que foi para casa da sogra, na roça e que todos a trataram muito bem:

Graças a Deus eles me dão muita atenção. (Malva, 64 anos / 13ª sessão)

Falou da *briga* das pessoas porque todos queriam receber a sua visita. Fica evidente aqui, e também em diversos momentos do seu discurso, a necessidade de se sentir amada, o que denota uma grande demanda afetiva.

Nos casos de Camélia, Estrelícia e Malva, o grupo funcionou como apoio complementar ou substituto da família ausente ou faltosa.

7.1.2 Indicadores para a análise do funcionamento (da dinâmica) do grupo

Serão apresentados a seguir os seguintes indicadores para análise do funcionamento (da dinâmica) do grupo: adesão grupal; coesão grupal; grupo como favorecedor de (re)integração social e apoio complementar ou substituto da família ausente ou faltosa; grupo como promotor e fortalecedor dos recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, possibilitando identificações, catarses, *insights* e elaborações; grupo como instrumento de prevenção e tratamento das angústias e sentimentos depressivos decorrentes do adoecimento, inclusive possibilitando a desmistificação e dissolução de mitos e preconceitos. Conforme já

comentado, ao longo da apresentação dos resultados dos indicadores individuais é possível observar a presença da maioria desses tópicos relativos à dinâmica do grupo. Por isso, aqui serão retomadas algumas passagens do grupo, a fim de facilitar a compreensão da influência deste nas mudanças individuais. Para tanto, os indicadores não serão apresentados separadamente, pois eles encontram-se entrelaçados, ou seja, relacionados uns aos outros.

A adesão ao grupo pode ser evidenciada através: da assiduidade das participantes; do fato de não ter havido nenhuma evasão e do esforço que muitas faziam para comparecer nos dias de maiores dificuldades, como nos dias em que se submetiam à quimioterapia ou a outros procedimentos médicos, como exames e consultas.

A coesão grupal se evidenciou nos seguintes momentos: nos vínculos afetivos profundos constituídos entre as integrantes, na festa de confraternização proposta pelo grupo, na ocasião do encerramento do trabalho de pesquisa e, principalmente, nas orações realizadas durante o grupo para as integrantes que vivenciavam momentos de crise. A este respeito cabe apresentar o ocorrido no grupo.

No momento que acontecia a 10ª sessão (14 ago. 2013), Margarida estava em cirurgia para a retirada do tumor. Pensava-se que seria necessária a retirada da mama, contudo, não foi. Malva então propôs ao grupo que todos fizessem uma oração para Margarida. Malva pediu que todos ficassem de pé e de mãos dadas. Durante a oração, Malva estendeu a reza para Hortência e Camélia (que ainda iriam se submeter à cirurgia), além de pedir uma benção especial para *nossa doutora*. Finalizou (a pedido de Estrelícia), com um Pai Nosso e uma Ave Maria. Camélia se emocionou e chorou diante do apoio recebido pelo grupo.

A oração representou algo de fundamental importância no grupo: “o compartilhamento afetivo do mundo interior do indivíduo e a aceitação dos outros” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 63). Apesar da principal motivação da oração ter sido a cirurgia de Margarida, quem mais se beneficiou dela, do ponto de vista terapêutico, parece ter sido Camélia. A oração mostrou que ela era aceita e acolhida pelo grupo, desafiando a sua crença de que era basicamente “*repugnante, inaceitável e detestável*”. Na sua vida sempre ocupou um lugar de “*resto*” por parte das pessoas de quem mais precisava se sentir amada (pai, marido e filho). No grupo, encontrou respeito e acolhida, apesar de apresentar a todos uma vida fora dos padrões morais compartilhados pelos demais membros. O grupo se envolveu afetivamente e efetivamente com a sua história, ajudando-a a ressignificar as suas experiências mais traumáticas.

Na 14ª sessão (14 set. 2013), Laranjeira contou para Margarida que o grupo havia feito uma oração para ela no momento em que estava sendo operada. Camélia, que iria operar no dia seguinte pediu: *“faz para mim hoje”*. O grupo concordou e Laranjeira disse: *“Para tirar essa sua depressão, esse nervosismo”*. Laranjeira, então, conduziu uma oração para Camélia ao final do encontro de grupo.

Camélia pediu a oração, diante de todo o seu desamparo, como uma criança que pede o colo de sua mãe. Foi o seu sentimento de pertencer verdadeiramente ao grupo, de ser compreendida e acolhida por ele, que levou Camélia a, espontaneamente, pedir mais uma vez, sua proteção, frente a algo ameaçador: a cirurgia. Laranjeira, captando as reais necessidades de Camélia, deixou claro que a oração não tinha como principal finalidade pedir que corra tudo bem na cirurgia, mas sim para que Camélia melhorasse seu estado mental, para que se tranquilizasse.

O grupo funcionou como suporte para os seus membros a todo o momento, aliás, esse era o seu principal objetivo. No entanto, para aquelas que não têm o apoio da família ou que possuem um apoio precário, essa função do grupo passa a assumir uma importância ainda maior, sobretudo nos momentos de fragilidade emocional, de medo, de desesperança e de sentimento de desamparo. O *holding* oferecido pelo grupo, ao grupo, possibilitou o enfrentamento e a superação de muitas situações. Seguem abaixo alguns exemplos.

Frente ao sofrimento apresentado por Estrelícia por ter de enfrentar a doença “sozinha”, já que sua família residia em outro município, o grupo a acolheu dizendo que ela tinha o grupo e que elas seriam capazes de compreendê-la por estarem passando por situações semelhantes (identificação), e que, por esse motivo, *“falar no grupo é diferente de falar com outras pessoas, até mesmo com um familiar”* (Rosa, 60 anos / 5ª sessão). Assim, Estrelícia concluiu: *“todo mundo aqui está no mesmo barco”*, demonstrando sentir-se amparada.

Diante da revolta, indignação, raiva e insegurança de Hortência frente à demora da cirurgia, Malva se ofereceu para acompanhá-la, para procurar o médico responsável e cobrar agilidade no tratamento. O grupo sugeriu o serviço social e a ouvidoria também como possibilidade de auxílio (11ª sessão). O apoio prestado pelo grupo, representado em especial por Malva à Hortência, foi essencial para que a cirurgia ocorresse em um menor tempo.

Na semana seguinte, Malva contou ao grupo sobre o apoio que forneceu à Hortência, o que resultou na efetivação da cirurgia da mesma: *“Ela (Hortência) estava aqui e eu achei ela até muito triste naquele dia, eu não achei a Hortência bem aquele dia”* (64 anos / 12ª sessão). Contou que Hortência tinha uma consulta ao final do mês, mas que sabia que o médico estaria no dia seguinte no HU e, então, propôs à Hortência ir com ela ao hospital. As

duas então foram ao HU, mas não conseguiram agendar uma consulta para aquele mesmo dia. Assim sendo, procuraram, a partir da iniciativa de Malva, uma enfermeira que informou a hora na qual o médico chegaria e as incentivaram a esperar por ele. Malva e Hortência abordaram o Dr. X, que disse: “*E aí, o que foi com a moça (Hortência) aí?*”. Malva disse ao médico da necessidade da cirurgia ser realizada rapidamente, pois “*o problema dela voltou*”, e que ele ficou de ligar para Hortência para informar a data do procedimento, mas não ligou. Hortência disse ao médico o quanto estava sendo prejudicada pela demora da cirurgia. O médico então disse: “*vou internar ela hoje (e bate na mesa) e ela vai operar amanhã*”. Malva sentiu-se aliviada: “*oh Glória, graças a Deus, que Deus lhe abençoe*”. Hortência logo operou, conforme prometido pelo médico.

Foi o apoio e o incentivo de Malva que motivou Hortência a procurar o médico e a cobrar o seu direito de receber o tratamento devido, sem prejuízo para sua saúde. A atitude das pacientes foi efetiva na medida em que atingiram o objetivo de que Hortência fosse operada logo para retirada do tumor maligno (mastectomia total).

Também foi notória a mudança apresentada por Camélia, principalmente relacionada à negatividade do seu discurso. O grupo incentivava Camélia a direcionar seu olhar para os acontecimentos positivos de sua vida, mesmo em meio a tanta dor e sofrimento:

Eu já te falei outro dia, passa a pensar nas coisas boas, que aí vai eliminando as ruins. Por muito ruins que sejam as coisas na vida da gente, tem muitos momentos bons também. (Rosa, 60 anos / 13ª sessão)

Assim, nessa mesma sessão, pela primeira vez, Camélia fala de acontecimentos bons de sua vida, neste caso, relacionado ao ex-marido, de quem pensava não ter boas lembranças:

Eu era música, tocava bateria... eu tocava em bares... nesse ponto ele (o ex-marido) era muito inteligente. Ele fazia o próprio baixo, a própria guitarra... ele que me ensinou a tocar bateria... a gente tocava por prazer (e não para ganhar dinheiro). (Camélia, 56 anos, 13ª sessão)

O grupo mostrou que a presença de mitos e fantasias pode levar a angústias e sentimentos depressivos, o que pôde ser trabalhado a partir da prestação de informações e esclarecimentos, como também da compreensão das motivações mais profundas de suas construções.

Alguns mitos e fantasias que surgiram no grupo diziam respeito à crença de que o câncer não tem cura e que ele é capaz de produzir outros adoecimentos (Camélia, 56 anos / 4ª sessão). O grupo desmistificou essa ideia e uma integrante argumentou:

[...] as vezes a gente já tinha alguma coisa no organismo e diante da necessidade de um monte de exames, aí a gente acha. (Rosa, 60 anos / 4ª sessão)

Seguiu dizendo que esta é uma oportunidade de tratar outros problemas de saúde que já existiam. Camélia acreditava também que, ao iniciar o tratamento para o câncer, a doença se desenvolveu, ao invés de apresentar melhoras: “*Quando mexe no bicho ele fica se achando muito*” (Camélia, 56 anos / 4ª sessão). Reforçando essa ideia, Hortência disse que depois que fez a biopsia o tumor cresceu rapidamente. O médico então recomendou a quimioterapia neoadjuvante com o intuito de reduzir o tamanho do tumor para depois operá-lo.

[...] se eu soubesse que era assim, tinha tentado uma cirurgia antes da biopsia. (Hortência, 48 anos / 4ª sessão)

Dessa forma, o grupo esclareceu a necessidade da biopsia para saber de que tipo de tumor se tratava (maligno ou benigno) e se haveria a necessidade da cirurgia. Ao final das explicações, Hortência disse que o tratamento foi excelente, pois a quimioterapia fez “sumir” o tumor.

Magnólia queixava-se, de forma recorrente, da sua insatisfação diante da falta de orientação médica no que se referia aos cuidados com a mama e com os braços:

[...] ele não me recomendou nada, nadinha ... Deus te abençoe, porque eu vim a saber das coisas aqui com você. (Magnólia, 76 anos / 14ª sessão)

Foram vários os mitos trazidos para o grupo por Magnólia: uma receita caseira (cozinhar um tipo de capim e jogar a sua água sobre a cabeça) para crescer o cabelo (Magnólia, 76 anos / 5ª sessão); a solicitação que fez à sua irmã para que lave a sua roupa separada, denotando pensar que o câncer é uma doença contagiosa (Magnólia, 76 anos / 7ª sessão). A esse respeito uma das participantes prontamente se manifestou:

[...] transar não pega, abraçar não pega, beijar não pega... (Estrelícia, 58 anos / 7ª sessão)

Sua preocupação por ter pegado peso, sem saber que não podia, e sua posterior observação de que o braço estava “pelancudo”. Chorou ao dizer que isso resultou do peso que pegou, sentindo-se culpada e com medo de ter causado prejuízos à sua saúde (76 anos/ 7ª sessão). O grupo buscou tranquilizá-la assegurando-a de que nada do que ela havia feito (atividades domésticas), nomeada pelo grupo de “artes”, seria capaz de acarretar sérios prejuízos à sua saúde, pois o peso deve ser evitado apenas para que o braço não inche e para que ela não sinta dor. Todos reforçaram a importância da fisioterapia para a melhora dos movimentos e o fortalecimento do braço. Nesse momento, o grupo proporcionou à Magnólia um reassseguramento de suas angústias, acolhendo-a e auxiliando-a a compreender que ela não precisava se preocupar. Ao mesmo tempo é possível pensar que Magnólia tivesse deslocando, mais uma vez, sua angústia relacionada ao medo de nova recidiva para a “pelanca” do braço, ou seja, sua verdadeira preocupação parecia não se relacionar ao peso que pegou e ao consequente prejuízo que pensava ocasionar à sua saúde, mas ao medo da doença, que não podia ser aceito, reconhecido e vivenciado.

Outro mito que se apresentou no grupo de forma bastante significativa foi a preocupação relacionada aos efeitos colaterais do Tamoxifeno, principalmente o de provocar câncer de útero.

Estrelícia disse que o medicamento provoca “uma crosta” na parede do útero e que então é preciso fazer curetagem.

Aí depois dá uma bola e se você não cuidar aí vira câncer, aí você tem que tirar útero, ovário, o que tiver... ele provoca reação de câncer em outro lugar, de preferência no útero. (58 anos / 10ª sessão)

Após buscar esclarecimentos junto a um mastologista, a terapeuta explica que o medicamento tem uma série de efeitos colaterais, como todo medicamento, tais como corrimento vaginal, ondas de calor, prurido na pele, inclusive o câncer de endométrio. Porém, esse último é de baixa incidência, ou seja, é bastante raro. Várias informações são prestadas ao grupo a esse respeito como a relação do câncer de endométrio com a idade e com o fato da mulher menstruar ou não, os sinais e sintomas de alerta, sendo necessário, neste caso, buscar avaliação médica, entre outras. Assim Tulipa concluiu que o risco de não tomar o remédio é muito maior (de voltar o câncer de mama) do que o de tomar (e vir a ter câncer de endométrio) (63 anos /11ª sessão).

Dessa maneira, muitas das angústias do grupo, várias delas resultando em sentimentos depressivos, puderam ser amenizadas e até mesmo desfeitas a partir da prestação de informações somadas a uma atitude de acolhida.

Como pode ser percebido, no campo grupal, os processos identificatórios, projetivos e introjetivos, ocorrem de forma frequente e constituem o que se denomina identificações múltiplas e cruzadas. As identificações projetivas ocorrem quando o indivíduo não consegue conter dentro de si próprio alguns de seus conteúdos, como sentimentos, ideias etc. e os projeta no outro (Zimerman, 2000), como quando as mulheres falam de si a partir de vários relatos de casos. Já a identificação introjetiva é uma incorporação mediante a qual o aparelho mental se apropria dos objetos do mundo exterior (Kusnetzoff, 1982). Um exemplo destes movimentos no Grupo de Suporte é quando Margarida e Tulipa tiram o lenço a partir do que presenciaram e absorveram para si do comportamento de Hortência, que, anteriormente, abria mão do uso do lenço assumindo os cabelos que começavam a nascer. A identificação entre as mulheres, resultante do fato de passarem por vivências semelhantes decorrentes do adoecimento por câncer de mama, e o fortalecimento do vínculo afetivo entre elas, é que favoreceram a adesão e a coesão do grupo, as catarses, as elaborações, os *insights* e, conseqüentemente, as mudanças ocorridas.

A catarse é considerada uma “descarga adequada dos afetos patogênicos pela qual é possibilitado ao sujeito evocar e até reviver acontecimentos traumáticos a que esses afetos estão ligados (Laplanche & Pontalis, 2001). Assim, muitas mulheres puderam expressar sentimentos e vivências ligadas à situação de adoecimento: “*Um alívio quando fala*”. (Magnólia, 76 anos / 3ª sessão), para posteriormente, elaborá-las. A elaboração psíquica pode ser compreendida como o trabalho que o aparelho psíquico realiza com objetivo de “dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 143). Foram vários os momentos em que as mulheres puderam compreender suas dificuldades a partir da assistência prestada pelo grupo, como as relacionadas ao grande número de faltas no encontro do dia 10 de julho de 2013, que ocorreu devido ao fato das mulheres não terem sido capazes de lidar com toda a carga de emoção mobilizada no encontro anterior; e a compreensão de Camélia de que “*quando você está muito ferida você não enxerga nada*” (breve silêncio) (Camélia, 56 anos) referente à sua dificuldade em reconhecer o apoio prestado por sua família no que tange ao adoecimento por câncer, dentre muitos outros citados ao longo deste estudo.

7.2 Entrevistas

A seguir, serão expostos os resultados encontrados nas entrevistas realizadas antes e depois da intervenção grupal. A intenção é identificar se ocorreram mudanças nos aspectos psicossociais decorrentes do adoecimento por câncer de mama a partir da assistência prestada no Grupo de Suporte. Para tal serão apresentadas as informações trazidas por cada mulher, antes e depois de sua participação no grupo, apontando as mudanças ocorridas. Simultaneamente a esse processo, foram utilizados alguns dados do Grupo no sentido de reforçar, problematizar ou confrontar resultados encontrados nas entrevistas.

7.2.1 Camélia

7.2.1.1 Antes (28 e 29 de maio de 2013)

Na entrevista inicial, Camélia afirmou que o câncer e a quimioterapia a que se submetera foram os responsáveis pelo surgimento de outros adoecimentos, sendo citados por ela a diabetes, a osteoporose, problema no útero (endométrio) e na tireoide (mito):

Com a quimio, aí foi dando esses negócios... (28 maio 2013)

Também apresentou sua crença de que o câncer não tem cura:

Não tem cura e... quando mexe ele, ele progride. Eu não sei, é que todos, da minha família, que foi mexido... o negócio andou rápido. Quer dizer, eu não tinha nada no útero, agora eu tenho. Eu não tinha esse tal de... problema na tireoide, agora tem. A diabete. Osteoporose. Isso tudo foi depois do câncer. Aí eu acho, assim, que cada dia que eu vou num médico, pede um exame, já provoca outra coisa. Aí dá vontade de você largar, jogar tudo pro alto, entendeu? (29 maio 2013)

Camélia demonstrou revolta e medo da morte:

[...] revoltada que eu digo, assim: ‘poxa, eu queria ver a minha neta crescer, né?’ Menininha tem um ano e dez meses”; “... eu tinha mania de celular. Não podia ver um, fazia troca daqui, troca dali, arrumava um jeito, pegava. Eu desfiz de tudo. Era minha paixão ... porque não ia caber no caixão. (29 maio 2013)

Além do medo da morte, também apresentou o medo de uma metástase uterina:

Aí isso lá vem na cabeça, foi o do seio que desceu. Eu já vou fazer a coleta (curetagem) no sentido de tá com câncer, entendeu? (29 maio 2013)

Observa-se também a presença de angústia e sentimentos depressivos relacionados à notícia do diagnóstico:

Pra te dizer a verdade, na hora não me importei, não. Nem na primeira semana. Aí teve um dia que a casa caiu [risos]. Aí fui pra debaixo do chuveiro, chorei, chorei, mas também desabafei com ninguém, não. Aí chorei bastante, botei o rádio bem alto e comecei a chorar... eu estava tentando ser forte. Aí depois disso foi umas... várias vezes eu fui pra debaixo do chuveiro. Mas nunca na presença de ninguém. Agora, ultimamente que eu estou ficando nervosa, que eu estou falando que vou largar isso tudo pra lá. (29 maio 2013)

Observa-se aqui uma negação inicial do diagnóstico (“na hora não me importei não”) e depois não podendo mostrar sua dor, tentando “parecer forte”, mas que acaba se tornando insuportável (“ultimamente que eu estou ficando nervosa... vou largar isso tudo pra lá”).

Camélia apresentou um misto de revolta e sentimentos depressivos, buscando, defensivamente, conforto nos casos que considera pior do que o seu, fato este também apontado por outras mulheres, tanto no grupo quanto nas entrevistas:

Ah, eu não sei explicar, tem hora que não acredito que Deus existe, tem hora que acredito demais [...] tem hora que eu olho pra trás e vejo coisa pior... aí, as lágrimas descem ... ‘poxa, estou chorando por causa de porcaria’. Aí lá em casa tem aquela tevê [...] por assinatura. Aí eu vejo aqueles casos, assim, daqueles pessoas que têm aqueles tumor no rosto, aí eu fico falando ‘poxa, o meu não é nada. Conviver com aquele ali que é igual um monstro [...]’. Aí na mesma hora que eu acho que não é nada, eu fico [...] assim [...] compadecida com a pessoa, depois eu penso ‘por que eu? O que que eu fiz pra ter esse monte de infarto?, pra ter agora câncer e agora vem esse útero que eu não sei o que que tem lá dentro?’ (29 maio 2013)

Com relação à imagem corporal, Camélia não fez nenhuma menção à mama ou à falta dos cabelos, apenas ao fato de se sentir “mais gorda”. Contudo, no grupo, falou do incômodo com os “seios tortos” (disse que cada seio “dá seta para um lado”).

Sobre a sua sexualidade, manifestou um comprometimento, porém o atribuiu, principalmente, à violência, física e sexual, que sofrera do ex-marido, apesar de reconhecer uma influência do tratamento para o câncer:

Eu acho que eu não sinto prazer ... pode ser os tratamentos também, ajudou a piorar, mas [...] já vinha do passado ... que meu marido me batia pra [...] ter relação. (29 maio 2013)

Acerca da qualidade das relações social e familiar, Camélia fez referência ao que mudou em sua vida após a descoberta do câncer, podendo ser verificado um quadro de isolamento social:

Ah, eu fiquei, assim, mais... assim, pras pessoas eu continuei igual, ou melhor. Mas, pra mim, eu fiquei mais fechada ... eu fico mais, assim, no quarto, mexendo no [...] celular... entendeu? É... Não é igual antes, eu gostava de sair pra caramba. Agora não ligo mais pra isso. (29 maio 2013)

Contudo, manifestou sua vontade de fazer algumas atividades na UFJF, porque gosta e não por recomendação médica:

Eu vou começar a participar, na universidade, de dança, que eu gosto muito, caminhada, alongamento e hidroginástica. Que eu sempre gostei disso. (29 maio 2013)

Também disse ter amigos e se sentir bem em ambientes sociais:

Eu tenho amigos, amigos. Aonde eu vou, eu faço... no bairro onde eu morava, eu tenho amigos lá, de trinta anos... (29 maio 2013)

Apesar de preferir estar “Sozinha, no meu cantinho, ouvindo música e mexendo no celular” (29 maio 2013).

A relação com um dos filhos não era das mais satisfatórias:

Ah, é... bem, mas o meu filho mais velho tá me dando um pouco de... tristeza ... tá ficando egoísta. Eu não criei filho assim, não. Quer tudo pra si, entendeu? (28 maio 2013)

Sobre o seu sentimento de apoio familiar Camélia falou:

Ah, eu não sei, a gente não comenta muito, não, porque eu levei o... o negócio, assim... eu não levei muito a sério. Eu levei pelo lado, assim, mais... humorístico do negócio. Aí eu não senti muita diferença, não deu problema pra ninguém. (28 maio 2013)

Neste discurso é possível perceber a presença da defesa maníaca, bastante recorrente em Camélia, também durante os encontros do grupo, buscando, dessa forma, proteger-se de todo o sofrimento decorrente do adoecimento.

Camélia não se sentiu apoiada pela família, além de ter rejeitado ajuda:

Não, não. Ninguém se... também não quero, também não quis... eu fiz tudo sozinha.
(28 maio 2013)

A paciente negou a sua expectativa de apoio, o que contradiz o seu desejo de ser “paparicada” manifesto no grupo, e com a queixa da falta de apoio dos filhos, do marido e do irmão mencionadas na entrevista após o grupo (relatada mais adiante).

Camélia negou a gravidade da doença, na tentativa de neutralizar o fantasma da herança familiar:

Família que todos têm câncer, aí o negócio já é natural ... aí, quer dizer... é igual eu falo, ele é meu, não é de ninguém, então que que adianta ficar incomodando os outros? (28 maio 2013)

Sobre o ambiente social afirmou sentir-se apoiada:

Quem mais, assim, assim, ficou apavorado, é colegas, amigos... isso que eu falei, não há motivo pra isso. Tive (apoio) [...] é, tudo ficaram, assim... interessando, conversando, essas coisas. Eu falei: ‘não precisa disso, gente. Eu não... eu não estou doente, assim, da cabeça. [risos] Isso é um câncer’. Já tive quatro infarto, três parada cardíaca, três isquemia. Um câncer não é nada.

Percebe-se que, diante de tantas ameaças de morte (inclusive pela violência sofrida), precisa de grande defesa para não enlouquecer e não se deprimir:

[...] sei lá, eu procurei não levar... o negócio a fundo, entendeu? Eu sei que o negócio é grave, pô, aí. Eu não levei a fundo o negócio ... a gente fica deprimida, fica chorando, pensando no dia de amanhã... amanhã a Deus pertence, eu vivo o dia. (28 maio 2013)

7.2.1.2 Depois (01 de outubro de 2013)

Depois da intervenção grupal permaneceu a ideia de que o câncer não tem cura:

[...] é tipo uma certeza que eu tenho, que o câncer não tem cura. Ele apenas adormece ... eu estou preparada, se acontecer alguma coisa, eu estou preparada pra ele.

Ao ser questionada sobre como se sentia em relação ao câncer, negou seu abalo emocional:

Ah, do mesmo jeito de antes, isso não me abalou em nada, não... porque [...] é meu. Não tem como eu [...] brigar com ele, e ele vai embora, não. (01 out. 2013)

Contudo, no grupo pôde ser verificada a sua carência afetiva, a sua necessidade de se sentir cuidada e protegida, o que vai de encontro à sua afirmativa de que a doença “não abalou em nada”.

Em relação aos sentimentos depressivos apresentou uma melhora, apesar de ficar claro o quanto é difícil mostrar emoção e fragilidade:

[...] eu vou ficar deprimida por causa disso, não. Quando eu senti, assim... mal, eu ia pra debaixo do chuveiro, chorar. Chorava bastante, dali eu saía outra pessoa.

Afirma que atualmente isso é “muito raro. Acho que ainda nem teve... Mesmo se teve, foram umas duas ou três vezes só”.

Ao dizer como se sente em relação ao seu corpo, continuou sem fazer nenhuma referência à mama, nem ao fato de sentir-se gorda, conforme mencionado na primeira entrevista, mas sim à insatisfação com as rugas do rosto:

[...] agora tá faltando a barriguinha [...], o rosto, tá bem deformado... mas são coisas da vida ... não era pra mim estar assim, foi a vida que eu levei, muitos [...] socos, muitos pontapés ... ah, com o corpo a gente põe uma cintazinha, ainda dá pra pra despistar, mas [...] o rosto[...]

Também existe certo incômodo com a barriga, porém, é o rosto que ressalta aos olhos, denunciando todo o sofrimento diante da violência sofrida ao longo de muitos anos de sua vida.

A pesquisadora perguntou sobre a sua satisfação em relação à mama, pois havia operado recentemente, tendo sido realizada a retirada de nódulos benignos e a plástica. Camélia respondeu que quanto a isso estava satisfeita.

No âmbito da sexualidade não houve mudanças, pois o seu comprometimento não encontrava-se relacionado à doença:

É, ela que é difícil. Ela que é difícil ... porque antes só apanhava [...] pra ter relação. Aí eu acho que aquilo ficou na cabeça, entendeu? Tem que apanhar pra fazer, se não[...] não consigo ... é uma coisa estranha. Ontem mesmo, meu marido falou, falou assim: “Você não gosta de mim. Você não gosta de ter relação comigo.” Eu falei: “Não é você, eu não gosto de ninguém”.

Sua fala foi sugestiva de uma tendência masoquista (“tem que apanhar para fazer”), porém isso não apareceu em nenhum outro momento, nem no grupo e nem nas entrevistas. Mais adiante, percebe-se uma anestesia afetiva (“eu não gosto de ninguém”) que aparece como uma defesa contra o fato de não ter se sentido amada (pai e marido agressivos). Afirma que o comprometimento de sua sexualidade não estava relacionada com o adoecimento por câncer de mama e sim com o que viveu com o ex-marido: “Isso, não tem nada a ver com a doença, não”. A contradição que aparece no antes e no depois, já que na entrevista inicial diz que “*pode ser que os tratamentos também ajudou a piorar*” (29 maio 2013), parece estar relacionada com o fato da violência ter exercido uma influência muito mais significativa no comprometimento da sexualidade do que o câncer de mama. Apesar de Camélia ter afirmado não sentir prazer sexual, disse sentir-se desejada e atraente: “... *eu sou desejada, mas eu não tenho desejo*”.

Camélia evitava, defensivamente, tocar no assunto da doença, pelo medo da emoção:

E nós fomos lá conversando e tal, nós fomos até lá no Bretas, voltamos. É, assim, só conversando coisas banais, o assunto mesmo da doença ninguém toca, ninguém fala, nem... é bom ... ficar chorando o leite derramado?

Evidencia-se uma mudança no que se refere ao isolamento social apresentado inicialmente:

[...] eu sempre fui de fazer amizade, eu não fico sozinha ... numa festa, não fico um segundo sozinha, entendeu? Eu sou de andar pra lá, pra cá, rodar, conversar. E [...] na fila de de de lugares também, eu faço amizade com a ponta de lá, com a ponta de cá [risos], entendeu?

Camélia afirmou que agora não prefere mais ficar sozinha, e sim “tanto faz”, sozinha ou acompanhada, mas, se acompanhada, “o dedinho tá lá” no tablet. No entanto, ao falar do que gosta de fazer nas horas de folga, o que lhe diverte, fez referência ao uso do facebook e do celular, o que poderia denotar uma dificuldade de contato interpessoal direto, preferindo a intermediação eletrônica, mas que não foi observado no grupo.

Sobre o relacionamento com as pessoas da família foi identificada uma mudança no seu posicionamento, no sentido de autovalorização: “Ah, eu resolvi ser eu e esquecer o resto. ah, sei lá ... eu olho, eu penso em mim”. A esse respeito, o processo do grupo mostrou que havia em Camélia um grande desinvestimento narcísico que foi mudando, progressivamente, a partir das intervenções do grupo. O *holding* fornecido pelo Grupo de Suporte propiciou à Camélia a experiência de se sentir investida, promovendo, dessa forma, o estabelecimento progressivo de sua própria capacidade de investir em si.

Ao longo dos encontros do grupo foi possível observar a grande demanda afetiva de Camélia, apesar de, defensivamente, rejeitar o afeto. Na passagem abaixo, que trata de um momento com o filho, ficou evidente o afrouxamento de suas defesas:

Pedi perdão a ele lá no hospital, que eu falei com ele que eu não queria ele lá no hospital. E ele foi. Gostei, eu estava esperando ele, é lógico, né! Pra ter o prazer de falar: ‘O que você tá fazendo aqui?’, sabe? Mas aí, na hora, não. Aí falei: ‘Perdão aí por [...] talvez eu te ofendi em alguma coisa, tal.’ Falou nada, ele só chorou.

Quanto ao sentimento de apoio familiar, apontou contradições afirmando não se sentir apoiada, pois, para a sua família, a doença “não é nada”. Mas, ao mesmo tempo, admitiu, com certa dificuldade, o fato de os seus familiares se preocuparem com ela e fazerem o possível para ter o seu bem. É dito “com dificuldade” porque respondeu à pergunta “você acha que as pessoas se preocupam com você, que as pessoas fazem o possível pra ter o seu bem?” dizendo: “Ah, deve fazer. Ah, deve fazer (tudo para o seu bem)”, ficando claro a existência de um sentimento de falta de apoio, mesmo reconhecendo a preocupação dos familiares, o que relaciona-se ao desejo de cuidado e de afeto:

Aquela coisa que eu queria, eu acho que eu nunca vou ter, é ser paparicada. Meu maior sonho da minha vida é ter um dia de paparicação ... é, assim, sabe, de dodói ... acho que por causa de eu levar tudo ... na brincadeira, assim, não me decair por nada, aí eles já acostumaram, e ninguém... puxa-saco, sabe?

Neste ponto, observa-se uma mudança que ocorreu de maneira processual no grupo, e que diz respeito ao fato de Camélia se implicar na maneira com que a família lida com o seu adoecimento. Compreendeu que é a sua postura de “levar tudo na brincadeira” (defesa maníaca) e querer parecer forte, não mostrando seus reais sentimentos e nem as suas limitações e necessidades de cuidado, que levou os familiares à se comportarem como se a

doença “não fosse nada”, ou como “uma gripe”. Dessa forma, deixou de culpabilizar o outro a todo momento.

Camélia reconheceu o apoio de um de seus filhos, que é mais carinhoso, e admitiu ter esperado, e não ter recebido, o apoio do irmão e da sua filha, deixando de negar a expectativa de apoio conforme apresentado na entrevista inicial.

Em relação ao sentimento de apoio social, continuou a reconhecê-lo, porém agora com maior entusiasmo:

Sim. Sim. Ah, sim, sinto sim. Eles até me têm como [...] é [...] como é que fala? É [...] como exemplo, de superação ...

Camélia referiu-se ao grupo como uma ampliação de sua rede de Suporte Social, a partir dos vínculos que estão bastante fortalecidos. Aqui mencionou o carinho e atenção recebidos após a cirurgia:

... o pessoal do grupo mesmo, que ligou pra mim, esses dias da cirurgia, né? Aí ligou a Laranjeira Malva, a Margarida.

Sobre a sua condição de trabalho, Camélia foi aposentada por invalidez devido a infartos. Por esse motivo não houve comparação no antes e no depois acerca deste aspecto.

A respeito do impacto percebido do grupo, no sentido geral, Camélia o destaca pelo aspecto que considerou mais importante:

Ah, que eu desabafei coisas que [...] estava guardado dentro de mim, que é o tal [...] que eu te falei, quando eu pensei que o... o câncer tinha alastrado.

Aqui, o grupo apareceu como possibilitador de catarse, atenuando o fantasma da doença, mas não o desfazendo por completo, já que a crença de que o câncer não tem cura ainda permaneceu. Camélia mencionou uma situação bem pontual referente a um momento de grande angústia – o medo da ocorrência de uma metástase. Este parece ter sido um acontecimento marcante para a paciente, no qual o grupo pôde ouvi-la, acolhê-la e ajudá-la a compreender (compreensão interna, denominada de *insight*, e não cognitiva) de que, naquele momento, ela estava bem fisicamente.

7.2.2 Estrelícia

7.2.2.1 Antes (19 de abril de 2013 e 02 de maio de 2013)

Na entrevista inicial Estrelícia falou do impacto do diagnóstico:

[...] eu peguei (o resultado da mamografia) e até passei mal. Gente, mas eu não sinto nada! A doença, ela é tão violenta, que ela vem em silêncio. Ela te mata no silêncio. Aí, quando eu fiz a mamografia, deu [...] aí eu entrei em desespero. Mas também foi só uma semana, depois eu ergui a cabeça ... (19 abr. 2013)

No segundo momento da entrevista, voltou a dizer como se sentiu ao descobrir o diagnóstico:

Ah. Fiquei desesperada. A gente não espera nada disso, né, a gente só vê que acontece com os outros, mas, com a gente, a gente nunca tá preparada pra gente. É igual à morte, a gente sabe que os outros vão morrer, mas a gente espera não morrer agora. Passa a vez, vai passando a vez. Então foi a mesma coisa. Entrei em desespero. (02 maio 2013)

Apesar de Estrelícia ressaltar o momento da comunicação diagnóstica como o de maior desespero, é notório observar que os momentos seguintes também não foram fáceis. Estrelícia falou de como vivenciou a quimioterapia (em curso no momento da entrevista): “A quimioterapia que é mais sofrido, mais castiga, castiga mesmo” (19 abr. 2013) e como se sentia naquele momento:

Hoje, eu, assim, eu rezo muito, peço muito a Deus que me livre disso, que não é bom, né, ter isso, mas [...] encaro com [...] não é natural, mas é como se fosse, como se fosse naturalmente. Porque tem que encarar, mesmo. É brigar pra viver, eu quero brigar pra mim viver, eu quero mostrar pra muita gente que viver vale a pena. E lutar também, principalmente. Ah, às vezes sinto triste, às vezes [...] fica um vazio, entendeu? Porque minha família, minhas irmãs moram em (nome da cidade), mas os meus filhos moram [...] minha raiz mora lá, longe de mim, então eu fico [...] triste. (02 maio 2013)

Fica evidente o desejo de Estrelícia de viver (pulsão de vida) e a tristeza por estar longe da família.

Estrelícia falou ainda do medo da recidiva e da sua maneira de enfrentar seus medos:

Ah, medo dá, né, porque pode, a gente tem medo de aparecer em outro lugar, de... mais sofrimento, né? De aparecer a doença em outros lugares, né?... ficar na expectativa de esperança de ficar boa, aí aparece em outros lugares, igual muita gente, né, acontece. Mas eu tenho muita fé em Deus que não vai acontecer, não. Que é muito triste, é muito doloroso pra uma família saber que seu ente querido tá com essa doença, ... tem uns que têm cura, outros não têm, uns têm muito sofrimento, outros têm menos [...] então não dá pra você avaliar como é que é. Cada caso é um caso e cada um tem sua dor, né. Deus só dá sua dor que você pode suportar e o remédio que pode te curar, né. Então, eu penso assim, cabeça, nesse ponto de [...] da enfermidade, a minha cabeça, eu acho que, eu acho, não sei, né, que a minha cabeça é bem [...] atualizadazinha, focada naquilo. Que tem que ter cura, tem que ter cura. Porque Deus não deu sofrimento pros outros, ele não quer que os outros sofre. Mas a doença não dá nas pedras, dá é na gente. Tem que encarar. Um dia você tá triste, no outro dia você tá alegre, num dia você ri, no outro você chora, e vai levando a vida. Só não pode deixar [...] abater, pra poder entrar em desespero, você ficar louca igual muita gente fica. Fica isolada, fica abandonada [...] se abandona, não é abandonada pela família, não, é “se abandona”, se isola. Aí é pior, né? Eu me preocupo, assim, em ficar mais, assim, envolvida no meio das pessoas. Eu prefiro ficar no meio das pessoas do que me isolar. (02 maio 2013)

Estrelícia falou da dor do familiar como um meio, projetivo, de falar da sua própria dor:

Que é muito triste, é muito doloroso pra uma família saber que seu ente querido tá com essa doença.

Parece buscar apoio nas pessoas, procurando estar próxima delas, defendendo-se do sentimento de abandono e de solidão, por estar longe de seus familiares.

Segundo Estrelícia, a partir do diagnóstico de câncer de mama tudo mudou em sua vida: “A distância, tristeza [...] eu não era uma pessoa triste. Nunca fui uma pessoa triste” (02 maio 2013), ficando claro a presença de sentimentos depressivos.

Com relação às alterações corporais, mencionou a queda do cabelo e dos pelos e a dor sentida no braço do lado da mama operada: “Ah, os pelos [...], só a sobrancelha que não caiu; o resto, tudo caiu. E a dor no braço” (19 abr. 2013). Logo em seguida, Estrelícia falou da dor da castração pela perda da integridade física:

Ah, eu sinto que a coisa que eu mais achava bonito em mim era meu rosto e meu seio. Eu tinha cabelo bonito, eu tinha as pernas bonitas, tudo bonito, mas o que eu mais me admirava era o meu seio. Então agora eu me sinto triste por isso. Porque perder a forma, né. Ah, não, mexeu comigo. Aí não sei se vai ter reconstituição, né, mas [...] espero que sim. (19 abr. 2013)

A sexualidade também foi bastante afetada pela doença:

Ah, fico triste, né. Porque [...] com vergonha de [...] de ficar despida, né? Aí fica chato. Mas aí eu não consigo tirar a minha roupa. A gente nem [...] depois que eu operei a gente fez sexo uma vez só ... sexo não é tudo, não. Prefiro uma hora de carinho bem dada do que fazer um sexo mal feito. (02 maio 2013)

Parece que nem mesmo “uma hora de carinho bem dada” Estrelícia tem do seu companheiro (por ela denominado “namorado”), queixando-se, a todo o momento, da falta de apoio do mesmo: “*Porque ele fica lá e eu fico aqui. Aí vê de dois em dois meses*”. (19 abr. 2013)

Já sobre o relacionamento entre as pessoas da família, Estrelícia afirmou ser:

Ah, normal. Meus filhos vêm na minha casa normal, é [...], conversa normal, se tiver que discutir, discute normal ... não importa se eles são casados ou solteiros, se fizer as coisas erradas, eu não importo o local e nem o que tá fazendo, eu chamo a atenção na hora, não deixo pra depois. Já que você tem que cortar o mal, corta de uma vez. É assim que eu faço com os meus filhos, e tem amor e carinho deles e dou amor e carinho a eles como um pai e a mãe normal. (19 abr. 2013)

A repetição do termo normal denota um encobrimento de sentimentos agressivos. Apesar da distância, Estrelícia sentiu-se muito apoiada pela família:

Ah, sinto, até demais, graças a Deus. Ah, a minha filha, as minhas irmãs, minha nora, nossa, minha nora, então. Eu não tenho uma nora, eu tenho mais do que uma nora, mais que uma filha. Ela ainda é mais minha amiga do que minha filha. (19 abr. 2013)

Em relação ao ambiente social, sentiu-se também apoiada, destacando o suporte de algumas pessoas, em especial:

A minha vizinha Sônia, vem (o apoio) até dos faxineiros do prédio onde eu moro ... os meus amigos também lá do (região onde mora) também eu sinto muito, muito apoio. Os meus sobrinhos [...] entendeu? Eu não me sinto só ... se eu precisar de conversar, se eu estiver triste, eu ligar pra eles, eles falam: “oh, tia, se você estiver triste, pode ligar pra mim, tia, se quiser vir em (cidade de origem), você liga pra mim que eu vou te buscar”. Entendeu? Meus amigos também: “oh, se você estiver se sentindo só, você liga que a gente bate uma pernada por aí”. Entendeu? Então eu não me sinto só.

Apesar de ter afirmado não se sentir só diante de todo o apoio recebido, o grupo mostrou o contrário, um profundo sentimento de solidão, que parece estar relacionado não apenas à distancia física dos familiares, mas, sobretudo, às inúmeras perdas pelas quais já

passou ao longo da vida. Num momento posterior da entrevista, Estrelícia falou da presença de sentimentos dicotômicos acerca da solidão:

[...] lá onde eu morava, tinha mais, eu tinha mais amigos. Quem mora em prédio não tem muito amigo. Lá no prédio fica cada um na sua ... mas eu tenho a minha irmã que mora em baixo, os meus sobrinhos, meu cunhado, tem uma vizinha ... tem minhas irmãs, que toda semana tá aqui, entendeu? Então, eu me sinto, eu sinto isolada de um lado e do outro eu não me sinto isolada. Eu sinto triste por isso... (19 abr. 2013)

A tristeza apareceu, justamente, como resposta ao sentimento de solidão, apesar do apoio dos amigos e familiares.

Estrelícia disse que, nas horas de folga, prefere ficar sozinha, ouvir música, ver televisão, mas que antes de ser acometida pelo câncer:

[...] eu gostava muito era de baile, mas agora eu não vou mais em baile. É, dançar. Gostava muito de dançar. Mas agora, depois disso aí [...] desanimei. (19 abr. 2013)

É possível observar o quanto a doença levou a uma restrição da vida social.

7.2.2.2 Depois (28 de agosto de 2013)

Estrelícia precisou se desligar do grupo na 12ª sessão, pois, uma vez tendo recebido alta médica, retornou para a sua cidade de origem. Portanto, não pôde comparecer às quatro últimas sessões do grupo.

Esta entrevista foi realizada no dia em que nenhuma mulher compareceu ao grupo e que seria, justamente, a sessão em que Estrelícia iria se despedir. Isso levou a paciente a manifestar certa raiva do grupo, ao dizer que se sentiu desprezada por alguma(s) pessoa(s), o que parece ser uma transferência para o grupo do sentimento que tem (de rejeição) em relação ao seu namorado (vide adiante):

[...] tem muita gente daqui que só conhece a gente aqui dentro, não conhece a gente lá fora. Passa perto de você, vira até a cara pro outro lado pra não, não [...] aqui dentro, aqui no nosso grupinho aqui tem gente assim, que passa na rua e nem te olha, gente que pega o ônibus pra vim pra cá, às vezes, vê as pessoa dentro do ônibus, eles nem fala oi com a gente ... mas a gente também não pode fazê os outro gostá da gente né?

Esse sentimento (rejeição) parece ter surgido em resposta ao não comparecimento das mulheres, pois, durante os encontros do grupo, Estrelícia se mostrou bastante participativa e integrada, podendo ser observado, tanto no decorrer da entrevista, como no processo do grupo, um sentimento de acolhida e conforto.

Sobre o impacto da doença após a intervenção do grupo, Estrelícia falou do alívio diante da cura e da melhora do estado emocional:

No início eu tive o que me queixar, agora num tenho mais não, graças a Deus, eu tô curada, então tá tudo muito bem ... no início a gente fica deprimida, a gente fica mais é [...] muitas coisas assim, que a gente, acha que aquela tempestade nunca vai passar e a tempestade passô, o temporal passô.

Em um dado momento da entrevista, a pesquisadora mencionou a palavra “câncer”, e então, Estrelícia colocou que não gostava de pronunciar essa palavra: “Ah, eu num gosto de falar essa palavra não. Palavra machuca muito...”, fato que denuncia as “marcas” emocionais, carregadas de dor e sofrimento, deixadas pela experiência do adoecimento. Estrelícia falou de como se sentia, naquele momento, em relação à doença:

Hoje eu encaro de um modo diferente. No início eu fiquei um bagaço, achei até que eu não ia aguentar não. Agora não, agora eu já penso diferente. Eu penso, enfim, cada dia é um dia de vida, uma experiência, pedir ser mais compreensivo, entendeu? Ser mais tolerante, que eu num era, eu era estabana, estourada, assim ... no início não, mais depois que eu comecei a tratar e vê o resultado e eu, e vê o sofrimento dos outros [...] achava que o meu era o único né e vi que tinha gente pior do que eu.

Essa passagem mostra que a melhora do estado emocional apresentado se deve, em parte, à conquista da cura, mas também pelo efeito do grupo que auxiliou no enfrentamento da doença, na medida que aliviou o sentimento de solidão (“achava que o meu era o único”), que, no caso de Estrelícia, ocorria não apenas pela vivência solitária, típica de uma situação de enfermidade, como pelo fato de estar longe da sua família. Nesse sentido o grupo funcionou como substituto da família que estava faltosa. Em vários momentos do discurso de Estrelícia é notório a presença de um forte sentimento de solidão:

Não, num tem ninguém pra ficá comigo ... tem hora, tem hora que eu prefiro ficar sozinha, tem hora que não, porque sempre a minha casa foi cheia de gente, entendeu? E agora não ... eu frequento mais a minha solidão.

Aqui Estrelícia assumiu claramente o seu sentimento de solidão, sem precisar negá-lo como na entrevista inicial, sinalizando o afrouxamento de sua defesa.

Estrelícia passou a acreditar na cura, contudo temia a recidiva do câncer:

Antigamente, eu acharia que não teria cura ... hoje eu encaro assim, não é como uma doença comum, mas é uma doença que ela tá [...], é a doença do século. E ela tá machucando, ela vem magoando, fazendo muita família sofrer ... eu tenho medo de voltar ... espero Deus que nunca mais eu tenho que fazer [...] que ela nunca mais [...] essa doença venha na minha vida, nem na vida da minha família, nem de ninguém, porque é muito triste.

Ficou claro o quanto o tratamento foi sentido como muito agressivo e sofrido:

[...] eu tenho vergonha, até hoje. Porque a minha revolta da doença, não é assim da doença, é do tratamento que é bom pra, pra enfermidade e pra pessoa. Mas é [...], ele é muito bruto, a gente perde cabelo, sobrancelha, de, de cabeça, de tudo quanto é pelo que tem no corpo. A gente é, fica com a pele agressiva entendeu? Às vezes a gente fica com o sistema nervoso, assim, ataca o sistema nervoso, mas se a gente não tiver fé em Deus e num pensar bem, a gente entra em desespero. Eu nunca entrei em desespero, porque eu sempre pedi a Deus que num deixasse eu entrar em desespero não. Eu não queria perder a fé e nem a vida.

Estrelícia falou ainda do medo do preconceito e do desprezo na ocasião em que a sua irmã contou para as pessoas que Estrelícia estava com câncer: “‘Por que que você foi falá pros outro que eu tava doente?’ Tem muita gente que tem nojo da gente tá doente, com esse problema sabia? Que acha que isso pega”, mostrando todo o estigma social que ainda gira em torno do câncer. O medo do desprezo também pode se configurar como um reflexo do seu sentimento de ser desprezada pelo companheiro.

Acerca da imagem corporal, ainda havia um comprometimento, que se devia, sobretudo, à perda dos cabelos que ainda não tinha crescido:

Ah, eu num olho no espelho ainda não. Eu só olho no espelho depois que eu boto a peruca ou se eu tiver com uma toca ou um chapéu, mas sem, não. Eu me sinto um lixo olhando no espelho, por isso que eu falo: ‘a doença tem tratamento? Tem. Tudo tem tratamento, tem’. Mas o que machuca mais a mulher é a perda do cabelo. A gente fica sensível, a gente fica sensível, a gente fica é [...], a gente acha que num tá assim, debilitado né? Eu penso assim: ‘Ah meu Deus, o meu cabelo num cresce, ah meu Deus eu num posso [...] eu num posso de ficar muito assim’ ... num gosto, num gosto muito de ir em festa, enquanto eu num tiver assim, eu, sentir eu mesma. Hum, num tenho vontade não.

No fragmento acima fica evidente que a dificuldade de lidar com a perda do cabelo levou ao isolamento social. Ao contrário do que disse na entrevista inicial, sobre buscar o

apoio das pessoas procurando estar próxima delas, Estrelícia apresentou um significativo distanciamento das pessoas e desânimo para as atividades que antes eram prazerosas, fazendo apenas o essencial:

[...] eu prefiro assim, nessa, nessa situação, eu prefiro ficar dentro de casa. Não saio de casa não. Eu fico vendo televisão, o dia inteiro ouvindo o rádio ... nem crochê que eu fazia, eu num faço mais. Eu faço minha comida, arrumo minha casa, lavo minha roupa ... eu num vô em festa, num gosto não.

Em relação à condição de trabalho (auxiliar de escritório), Estrelícia encontrava-se afastada devido ao adoecimento por câncer de mama.

Sobre a sexualidade, não apresentou mudanças. Inclusive, repetiu o discurso da primeira entrevista”: “Mulher não só vive de sexo não, eu não vivo só de sexo não. Eu prefiro uma hora de carinho bem dada do que fazê um sexo malfeito” além de ter continuado a se queixar da falta de apoio do “namorado”:

[...] o (nome do namorado) não ficou assim, participativo, comigo, direto assim, entendeu? Não foi o companheiro que, igual se fosse o meu marido, entendeu? Eu, eu acho, na minha, no meu pensamento que ele veio (à Juiz de Fora) por obrigação de vim. ‘Ah, porque se eu num fô a família dela vai caí no meu pelo né, coisa e tal.’ E se fosse meu finado marido não. Todo final de semana ele tava aqui, ou eu, todo final de semana ele pra, é, vinha é, pra ficá comigo, trazia as criança, entendeu? ... então, é, o marido, o marido, acho que ele é mais parceiro, mais assim, sensível com a gente, entendeu? Mais compreensível, encara tudo com a gente, igual a gente encara com eles ... oh, tem esse tempo todo que eu operei e tratei, ele nunca perguntou assim: ‘Deixa eu vê o seu cabelo, deixa eu vê seu peito, nunca, deixa eu vê sua cicatriz’, nunca perguntou ... pra mim, pra mim eu sinto um desprezo.

Além de não ter se sentido apoiada ainda se sentiu desprezada pelo companheiro. Estrelícia fez um comparativo entre ter namorado e ter marido, mostrando todo o seu desamparo.

Estrelícia explicou porque não se sente apoiada pelo companheiro:

Pra que que eu vou ficar com a pessoa que, vem aqui me visitá e vai embora? Ele chega aqui, ele fica assim, igual dois de paus, fazendo palavra cruzada, vendo televisão, comendo, vai lá no Bahamas comprar cerveja, às vezes fica bebendo cerveja. Ele só come, dorme e vê televisão. Não tem companheirismo? Não tem. Isso é companheirismo? É? Pra mim num é não. Companheirismo é aquele que você chega, conversa é [...] chega, bota o carro na garagem e some pra dentro de casa e num sai mais. Eu não, quero não.

Já em relação à família e aos amigos mencionou o apoio recebido, porém não deixando de falar sobre o sentimento de solidão e do isolamento social:

Tenho (o apoio), da minha família tenho. Tivesse apoiada, mas cada um nas suas casa e eu na minha ... pelos meus amigos que eu tenho, assim, assim, telefônico, internet, entendeu? Eu tenho, mas pessoalmente assim, eu num tenho, porque eu, eu fico sozinha dentro de casa eu não saio pra lugar nenhum.

Destacou o apoio: “Olha, das minhas irmã, dos meus filho, da minha nora, do meus neto, dos meus amigo”, explicando como este lhe é oferecido

[...] eles (os vizinhos da sua cidade de origem) ligam pra mim, perguntam como é que eu estou, que jeito que tá, se eu não tô precisando de alguma coisa, se quer que venha aqui. Eu que falo que não, precisa não, tá tudo bem né? É igual meus filhos, queria abandonar o serviço pra ficar, vim morar, fica aqui comigo. Não gente, pelo amor de Deus, tá tudo bem, não precisa não ... eu num vou fazê meus filho saí, perder o emprego, a minha nora perder o emprego para cuidar de mim? Fala a verdade? Não, porque é o ganha pão deles também, a sobrevivência deles ué, eles têm filho.

Sobre o impacto percebido do Grupo de Suporte Estrelícia falou do que mudou em sua vida a partir da sua participação no trabalho:

Ah, me ajudou. É, sim. No início até num queria fazê não, queria até abandonar, num queria fazer. Cheguei até a fala que eu num queria não, mas como assim? As pessoas daqui já passaram por tudo que eu passei ou, às vezes, passou até pior do que eu passei. Muitos ali passou pior do que eu passei e num desistiram ... foi isso que me encorajou. Que desistir eu tive vontade um monte de vezes, de desistir da Psicologia, mas ... Deus não deixa eu desisti não. Os pessoal de lá (do grupo) também me ajuda, mas eu também ajudo eles também, na mínima forma mais ajudo. Porque lá não [...], é porque é coletivo, um ajuda o outro ... todo mundo passa pelo mesmo processo que eu passei. Acho que todo mundo também ficou do mesmo jeito que eu fiquei, mas todo mundo deu volta por cima e eu também não vou dá? Claro que eu vou dá.

Conforme mostrado na análise do grupo, Estrelícia pensou em desistir de participar do grupo devido à intensa angústia mobilizada. No entanto, a experiência que teve no grupo de poder perceber que as pessoas que ali estavam sofriam tanto quanto ela e que estavam lutando para viver e para viver melhor, serviu-lhe de incentivo para manter a assistência recebida, possibilitando o suporte para a superação das suas dificuldades.

Citou outro aspecto positivo do grupo relacionado ao fato de ter percebido que tem gente com sofrimento maior do que o seu, o que apareceu com bastante frequência:

Ah, tem gente muito sofredora, muito. Mais do que eu. Eu, eu sofri, mas eles [...], tem gente ali, tadinha, num gosto nem de comentá. Ah, é uma coisa pesada pra nossa vida? Eu nunca deixei eles perder a fé nem a esperança. Porque eu sou mais é de conversar, de, de dá força, mostrá, às vez que tem que ter fé, esperança. Nem tudo tá perdido entendeu?

O grupo apareceu também como possibilitador de catarse e compartilhamento de experiência, promovendo o fortalecimento psíquico:

Senti (aliviada), porque eu desabafei, coisas que eu tinha preso na minha garganta. Eu já até desabafei, que tinha hora que nem a voz saía, num era? Num sei se vocês já notaram isso. Ficava com um bolo aqui assim [...] as vezes, nem água descia. Então é, nesse caso assim, eu senti mais aliviada, porque eu pude falá.

7.2.3 Hortência

7.2.3.1 Antes (23 de maio 2013 e 06 de junho de 2013)

Hortência foi a paciente que reagiu melhor, do ponto de vista emocional, ao diagnóstico e aos tratamentos para o câncer. Inicialmente a paciente contou como foi a descoberta da doença:

Ah, eu fazia tratamento porque eu tinha cisto, né, há cinco anos. Aí eu fazia a mamografia duas vezes por ano. Aí até que a doutora X falou: ‘vai ter que fazer uma biópsia porque tá diferente, a gente vai ver’. Aí foi aonde que ela pediu. Fiz [...] me causou, mas não preocupeei com coisa, assim [...] (23 maio 2013)

Na segunda entrevista ratificou sua tranquilidade ao receber o diagnóstico:

Ah, eu não me preocupei, não. Fiquei tranquila, aí cheguei em casa, comentei com a minha família, meu filho mais velho ele ficou chateado [...] até hoje eu sinto que ele fica diferente dos outros, eu mesmo [...] não me importei, fiz tudo quanto é exame que pediu, pro tratamento ... abalei nada, graças a Deus, nada.

O grupo veio a confirmar o fato de Hortência lidar bem com a doença, sendo que o único momento que Hortência demonstrou muita angústia foi diante da demora da cirurgia que lhe trouxe o medo da doença voltar a se desenvolver.

Apesar de ter afirmado não sentir medo da doença, queixa-se do tratamento quimioterápico, sentindo-se aliviada com o seu término:

Não gostava de fazer tratamento. Não é que não gostava, o mal, você lembra, assim, dá até um enjoo, um nervoso e [...] você sabe que tem que voltar e fazer. Aí fui e quando acabou e acho que depois do tratamento fiquei muito mais aliviada e hoje, eu me sinto que eu não tenho nada. Se me mandar fazer cirurgia, saio agora, vou, faço. Nada me atrapalha. Só o tratamento mesmo que pesou.

Sobre mudanças corporais provocadas pelos tratamentos citou a queda do cabelo e o ganho de peso, contudo, ao contrário das demais mulheres do grupo, demonstrou maior preocupação com a segunda:

Ah, eu engordei, porque eu, assim [...] eu não comia muito, mas, quando eu faço tratamento (quimioterapia), eu tenho muito apetite ... foi depois que eu comecei a fazer a quimio que eu engordei ... eu pesava setenta e dois quilos fui pra oitenta e um quilo, eu alimento demais. Eu não consigo ficar sem comer. (23 maio 2013)

Na entrevista seguinte, ao ser abordada a relação que estabelece com o seu corpo, voltou a falar da insatisfação com o ganho de peso, em detrimento das outras alterações corporais:

Ah, a única coisa que [...] foi que eu engordei muito, engordei, engordei bastante. Agora, cabelo, não me preocupou, minhas unhas escureceram, eu não importei, só mesmo que eu engordei bastante. (06 jun. 2013)

Quanto à sexualidade, Hortência não referiu mudanças:

Ah, mesma coisa, pra mim não mudou em nada. (06 jun. 2013)

A atividade laboral foi interrompida, pois era cozinheira, o que exigia intenso esforço com a mão e com o braço:

Ah, porque eu gosto de trabalhar, de sair, e eu não estou né, e eu sinto falta. Sou ruim de dormir à noite, porque eu gosto de trabalhar à noite ... tive que parar de trabalhar, fico só em casa ... eu sempre trabalhei fora, acostumei. (06 jun. 2013)

No que concerne à relação e ao apoio familiar e social, Hortência disse que, após a doença, passou a ser ainda melhor:

Ah, eu sempre fui assim, sabe, eles me deu apoio e tudo, mas agora eu acho que [...] aumentou mais a atenção deles pra mim, e sempre se eu precisar dele, ou colega, se eu chamar, estiver disponível, elas vêm, já vieram muitas comigo também [...] Eu fico, com isso, de eles me ligar, me procurar, colegas, ex-patroa, eu fico feliz de elas me procurar. (23 maio 2013)

Seguiu explicando:

Ah, eu sinto, assim, que as pessoas parece que apegaram mais a mim do que antes, tanto família quanto conhecido, vizinho, ex-patroa, tudo aproximou, parece mais ... elas me ligam mais, quando dá pra vir na minha casa, elas vêm, entendeu? (06 jun. 2013)

Quando em ambientes sociais disse sentir-se bem:

Ih! Eu nem me preocupo ... eu saio com os meus filhos às vezes, saio com as minhas filhas, vão na churrascaria, vão na pizzaria, eu vou com eles ...vou em festa de aniversário, eu gosto de ir, vou, acompanho eles, tranquilo. (06 jun. 2013)

Nas horas de folga gosta de lidar com a natureza:

Ah, eu gosto de mexer com criação, com horta, minhas flores, eu gosto de planta, de bicho [...] (06 jun. 2013)

7.2.3.2 Depois (03 de outubro de 2013)

Sobre o impacto do tratamento, Hortência mencionou a ansiedade da espera da cirurgia: “... eu estava esperando, ansiosa pra fazer, fiz e agora tenho que fazer a rádio, né?”

Disse ainda como se sente em relação ao câncer: “Tranquila, me prejudicou em nada, nada, nada, tranqüilo, graças a Deus, não me abalou em nada”.

Pode-se inferir que o Suporte Social recebido e a maneira de Hortência lidar com o adoecimento favoreceram uma resposta satisfatória do organismo ao tratamento cirúrgico (mastectomia total):

[...] o médico só passou remédio pra dor, se desse febre também, graças a Deus não, não deu, não tomei remédio de dor, não tomei nada, até hoje, graças a Deus, não tomei remédio de dor na cirurgia ... todo mundo fala: ‘nossa, não parece que você fez cirurgia, com dreno, com tudo, andando tranquilo’. Falei: ‘eu não sinto nada’. A moça tirava o curativo com o maior cuidado, eu falei: ‘isso não dói’. Não dói, não senti nada, não sei o que que é dor dessa cirurgia, não.

Hortência falou de como se sentia em relação ao seu corpo após a retirada total da mama:

Não ligo, não. Troco de roupa, tomo um banho, seco, arrumo, saio ... nem [...] não me abalou em nada.

Em relação à sexualidade não manifestou comprometimento:

Também sinto que não me abalou em nada, não. Nem a mim, nem a meu marido, nem nada, não. Tranquilo, tranquilo, mesmo. Se eu precisar tomar banho, não tiver as meninas, ou trocar de roupa, ele me ajuda.

Queixou-se apenas da impossibilidade de retornar, no momento, ao trabalho, e das limitações do braço:

[...] trabalhando eu não estou, né? Não posso mexer com o braço, fazer movimento. Isso aí eu acho que me atrapalha só no serviço de casa, que me dá vontade de fazer as coisas e eu não posso, né?

No grupo falou do desejo em não retornar ao trabalho, justamente para poupar os esforços dos membros superiores. No entanto, o incômodo maior apareceu relacionado às atividades domésticas rotineiras. A limitação com o braço se deu somente agora porque na entrevista inicial ainda não havia se submetido à mastectomia.

Hortência ressaltou o apoio recebido da família e o modo como lidou com a perda da mama após a realização da mastectomia:

Tranquilo, tranquilo. Não tenho, assim, vergonha, não tenho que esconder nada com ninguém, elas me ajudam no banho. Hoje eu vim no médico, meu filho veio, me ajudou a trocar de blusa. Meu marido também, nada escondido sabe, vê a cirurgia. Tá tudo bem, graças a Deus, não tem nada disso comigo: 'Ah, fica com vergonha, fica acanhado, sem jeito'. Nem eles também, graças a Deus ... nada atrapalha pra mim, pra mim é a vida normal. Senti nada diferente.

Hortência falou de como se sentiu com o apoio recebido:

Ah, eu achei muito bom, né? Porque ninguém afastou de mim, eu também tive a proximidade de todos eles, parece maior, por ter eles, assim, por perto, ninguém desfazer nem nada.

Referiu ainda boa integração social:

Saio normal, outro dia fui num chá de panela, de um amigo do meu marido. Depois fui num casamento. Domingo agora eu fui numa feijoada, que um rapaz faz no Bandeirantes, colega do meu filho ... senti bem, tranquila, no meio de todo mundo. Não me sinto, assim, encolhida, acanhada, sem jeito no meio. Mesma coisa.

Nas horas de folga gosta de conversar ou de ler:

[...] se tiver alguém pra conversar, eu acho melhor. Se não tiver ninguém, eu sento lá e vou ler um pouco.

Em relação ao impacto percebido do grupo:

Ah, eu gostei muito do grupo porque, assim, são várias pessoas diferentes, a gente conversa, cada uma um problema, cada um conta um caso. Eu gostei muito de participar do grupo ... você vê as pessoas, às vezes, igual à Estrelícia, eu fiquei com muita dó, aquela outra menina também, porque as [...] de família, né? ... a gente não quer isso pra gente. ... porque a pessoa tem isso na família, eu acho muito chato, né?.. muito bom a pessoa conhecer as pessoas novas, cada um conta um caso, e foi muito bom tá, estava tudo junto ali, eu gostei muito de acompanhar o grupo ... ajuda, ué, todo mundo dá força um ao outro, entendeu?

Hortência parece ter se sensibilizado com os casos de mulheres que não têm suporte satisfatório da família. Isso se deve ao fato de ter uma família muito unida, prestativa, companheira e compreensiva, o que parece ter sido fundamental para o enfrentamento de todo o processo de adoecimento. Mesmo com um bom suporte familiar o grupo pôde oferecer um apoio complementar, sobretudo no momento da retirada do lenço e no que antecedeu à cirurgia da mastectomia, no qual Hortência se apresentava muito angustiada pela demora do procedimento e consequente medo de que o câncer se desenvolvesse.

Através das entrevistas não foram observadas mudanças significativas, contudo, cabe ressaltar que, nesses momentos críticos, o grupo teve um papel fundamental oferecendo à Hortência suporte e, consequentemente, condições para enfrentar a situação vivenciada.

7.2.4 Laranjeira

7.2.4.1 Antes (02 de abril de 2013 e 08 abril de 2013)

Inicialmente, Laranjeira relatou como se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer de mama:

Eu fiz três cirurgias, né. O primeiro, eu tirei o nódulo, aí quanto eu fui ver o resultado, aí deu, não, até que eu não fiquei desesperada, não. Eu aceitei né, tudo bem ... aí saiu o resultado, ele (o médico) falou: ‘você vai ter que operar de novo’. Eu falei assim: ‘confio muito em Deus, confio muito no senhor’, então [...] aí ele falou: ‘você vai ficar curada’, então tá bom. Aí eu não fiquei, assim, sabe, até que eu não fiquei [...] aí fiz a segunda, aí teve que fazer a terceira, foi aonde eu fiz o esvaziamento. Da terceira, eu já fiquei mais, assim, me deu mais, fiquei meio desesperada, sabe? ... quando ele me deu alta, falou que eu ia fazer a radioterapia, a quimioterapia, ele falou ‘você vai cair o cabelo’. (02 abr. 2013)

A afirmação de que “não fiquei desesperada, não”, na qual aparecem duas negativas juntas, denota um grande desespero no momento que recebeu o diagnóstico, sendo que esse sentimento se intensificava na medida que precisava se submeter a novas cirurgias. O que leva a essa interpretação é o fato de Laranjeira ter escolhido a forma negativa (“não fiquei desesperada, não”; “não fiquei, assim, sabe, até que eu não fiquei [...]”) e repetitiva para dizer que estava bem.

Por outro lado disse que esperava ter reagido pior à notícia do diagnóstico:

Ah, fiquei chateada, né, eu esperava ficar muito mais, mas eu tive muita força, muita fé, e [...] superei. Esperava ficar muito mais, até as minhas filhas me esperavam ficar muito mais. Eu [...] tive força, muita fé, né. Reagi bem melhor do que eu esperava, é, graças a Deus. (08 abr. 2013)

Talvez Laranjeira tenha dito que “reagiu melhor do que esperava” pelo fato de ser uma pessoa deprimida, triste e angustiada:

[...] eu tenho muita angústia, eu sou muito angustiada, mas eu não tomo nada, não ... às vezes eu estou [...] às vezes eu estou bem, mas às vezes, qualquer coisa me aborrece, eu fico triste, eu não sei, eu sinto, eu sinto isso sim. Parece que é de mim, sabe. Sempre fui assim. (02 abr. 2013)

Ao dizer que “sempre foi assim”, percebe-se que existe uma tendência depressiva, parecendo, portanto, não ser um quadro reativo ao adoecimento. No entanto, considerando uma pessoa com poucos recursos psíquicos para o enfrentamento de uma doença grave como o câncer, pode-se supor que a doença venha a agravar este quadro. No grupo, Laranjeira sempre se apresentou mais calada, de pouca conversa, introspectiva, mas receptiva e cooperativa.

Sobre a maneira como lida com a doença hoje em dia, disse mostrando-se bastante ativa nos tratamentos:

Ah, eu acho, assim, que a gente também não pode entregar, não, né. A gente tem que correr atrás do [...] do que for preciso, né? Assim, dos tratamentos e não pode deixar, e [...] tem que [...] é, seguir em frente, né. (08 abr. 2013)

Laranjeira mencionou ainda o medo da recidiva:

Ah, sim, muito (medo da doença voltar). Até que agora eu melhorei, né, porque a princípio não podia aparecer nada, que eu pensava que era, que eu ia lá e achava que eu estava com câncer, e [...] é assim. Agora eu melhorei, sabe? Todos os médicos lá no Oncológico falam assim: ‘toca a vida pra frente’, que corre risco, né? ‘Mas não pensa, não, toca a vida pra frente’, e assim eu faço. (08 abr. 2013)

Um pouco adiante na entrevista, voltou a falar dessa preocupação:

[...] às vezes eu tenho medo de passar pra outro, assim, passar pra outro lugar [...] é, às vezes [...] eu tenho, outra região do corpo, assim, sabe? É, é, é medo, mas [...] a gente também não pode pensar não, né? Porque se não nem vive mais. Mas é [...], esse medo é meio normal, né? Ter. Mas no mais tá [...] tranquilo. (08 abr. 2013)

Laranjeira reconheceu seu medo, apesar de ter dito que prefere não pensar nele, por ser altamente ameaçador. De forma recorrente mencionou as palavras de incentivo dos médicos, como um recurso de enfrentamento para suportar o “desespero” de ter que se haver com a doença.

Sobre as alterações no corpo decorrentes da doença e dos tratamentos referiu a perda do cabelo, feridas na boca provocadas pela quimioterapia – “*fere a boca, a gente fica toda ferida, é horrível. A quimioterapia me derrubou mesmo*”, queimadura na mama (decorrente da radioterapia) e um “buraco” nas axilas (fruto do esvaziamento axilar). Praticamente todas as respostas, foram dadas com a ajuda da pesquisadora, que perguntou, pontualmente, sobre cada uma dessas alterações, que por causa dos tratamentos citados, eram previstas. Também fala pouco do significado que essas alterações tiveram para a sua vida, a não ser a ferida na boca que foi “horrível”. Observa-se assim uma dificuldade de expressar suas emoções, de se colocar, de falar de si.

Diante da pergunta “como se sente em relação com o seu corpo”, respondeu “*até que sinto bem*”, transmitindo insegurança, denotando não se sentir tão bem assim.

Quanto à sexualidade afirmou: “*Ah ... isso tá ruim*” (08 abr. 2013). Relacionou a sua insatisfação ao fato de não sentir prazer, o que não sabe ao certo a que atribuir:

Não sei se é pelo remédio que eu tomo, não sei. Eu acho que [...], não sei, às vezes pode nem ser o tratamento.

Inicialmente relacionou o problema ao uso do Tamoxifeno, o que parece ser uma racionalização, pois logo depois insinuou que o problema independe do tratamento para o câncer.

Laranjeira trabalhava com serviços gerais, lavando tecidos. No momento encontra-se afastada devido ao adoecimento por câncer de mama. Apesar de já ter concluído os tratamentos e estar curada, ainda permanecem as limitações de movimento e esforço com os braços. Afirmou ter uma boa relação com as pessoas do seu trabalho e disse que gostava do que fazia.

Sobre o relacionamento familiar disse:

Assim, eu não passo muitos problemas pros outros, acho que, que é pra mim, eu que tenho que [...] eu que tenho que assumir, né, porque eu não vou também ficar [...] assim, passando pros outros, ficar [...] preocupando, que as pessoas ficar preocupada comigo, eu não gosto de fazer isso, né? (02 abr. 2013)

A dificuldade de compartilhar com o outro seus sentimentos e experiências é uma característica que leva a uma vivência muito solitária e dolorosa da doença.

A única atividade que realizava fora de casa era a caminhada regular, de segunda a sexta, que fazia na companhia de uma vizinha. Contudo, essa atividade foi interrompida, temporariamente, devido à última cirurgia a que se submetera, há 15 dias, para a retirada de nódulos benignos:

Eu estou parada esses dias porque eu fiz essa cirurgia, então dá um tempinho, mas eu vou começar já, essa semana eu vou começar. (08 abr. 2013)

Em casa fazia bordado e crochê. Nas horas de folga:

Às vezes a gente quer ficar sozinha, às vezes não. Isso depende, sei lá, até do dia, né, não sei ... às vezes eu sinto muita angústia, sabe, eu, eu, eu tenho mais isso, assim, muita [...] aquela [...] uma depressão, uma coisa ruim, eu sinto muito isso, aquela vontade de chorar, mas não consigo. Às vezes não tem nem motivo pra isso. Mas eu sou assim. Sempre fui. (08 abr. 2013)

Percebe-se que Laranjeira não apresentou isolamento social, mas também pareceu não ter uma vida social muito intensa. Nos momentos de angústia e tristeza preferia estar sozinha, contudo apresentava dificuldade de expressar suas emoções, mesmo quando não

tinha companhia (não conseguia chorar). O fato de ter dito que às vezes não identificava um motivo para sua tristeza, talvez se explique pelo fato de não ser uma tristeza reativa a uma situação pontual, como o adoecimento, por exemplo, mas sim em decorrência de muitas emoções reprimidas ao longo da vida.

Laranjeira referiu ter tido o apoio da família:

Assim, a minha família, até em geral, minhas filhas, da parte dos meus irmãos eu tive muito apoio. (02 abr. 2013)

Contudo, disse que esperaria mais apoio da filha mais velha:

Oh, o que eu acho mais, assim, mais, assim [...] pra lá, é a minha filha mais velha, ela não é muito assim [...] de ligar muito, não ... é mais afastada ... é boa também, mas, assim, não esquenta muito a cabeça com problema da gente, não. (02 abr. 2013).

Sobre o apoio social, explicou como ele era fornecido, podendo perceber o quanto ele era satisfatório:

Ah, assim [...], as pessoas vai, vão me visitar, sempre [...] oferece, assim, sabe, sempre, assim, preocupadas, às vezes me ligam [...] assim, sabe, a gente vê que tá preocupada, e sempre querendo me ajudar. Assim, sempre foi assim. (02 abr. 2013)

7.2.4.2 Depois (02 de outubro de 2013)

O medo da recidiva parece ter sido atenuado:

Ah, eu, graças a Deus, eu estou curada. Às vezes a gente nem acredita, que passou, que passou, hoje a gente fica assim: ‘Será que é verdade?’. Mas não [...] às vezes eu sinto [...] é uma coisa, assim [...] de Deus, que parece que a gente passa por aquele momento muito ruim, mas hoje eu fico assim: ‘Meu Deus, parece que foi uma mentira’. Que passou, eu passei por tudo isso, a gente nem acredita, parece que foi nem verdade. Eu estou bem, graças a Deus. ... até que agora não muito, mas eu tive muito medo de repetir, de voltar, de fazer tudo de novo [...] assim, sempre eu [...] tinha essa preocupação. Mas agora não.

A repetição da ideia de que “parece que foi uma mentira” retrata um grande alívio diante da cura, mas, ao mesmo tempo uma incerteza quanto ao fato “que passou”, que a doença realmente não voltará. O medo da recidiva não deixou de existir, mas o que é ressaltado é a alegria por estar curada. Por este motivo Laranjeira teve um papel importante

no grupo por ser a única curada, há um tempo, e sem nenhuma marca corporal, visível, da doença: o cabelo já havia crescido, a mama estava íntegra, os braços pouco limitados, sendo um espelho para todas as participantes, ou seja, “ela sou eu amanhã”, sadia, bem.

Sobre as alterações corporais queixou-se de dor e perda da sensibilidade na mama:

Dói, isso daí é pra sempre, né? Dói, repuxa muito, às vezes eu estou em pé, assim, tem hora isso aqui dói, uma dor [...] passa rápido, sabe? ... passa rápido. Dá um [...] repuxa muito. Eu não, eu não sinto aqui, pode fincar aqui, oh. Eu não sinto. Parece que estou, assim, anestesiada.

Já nesta entrevista falou do significado disso em sua vida, afirmando que a dor e a perda de sensibilidade não provocaram nenhuma limitação, nenhuma mudança em sua vida. Disse sentir-se bem com o seu corpo e não se incomodar com as limitações do braço e nem com a cicatriz da mama. O que lhe incomodava:

Assim, as vezes que me incomoda, me acho um pouco feia ... isso daí às vezes incomoda, a gente, aí a gente fica assim: ‘pô, parece que eu [...]’ que a gente se sente, assim, feia, sei lá, deselegante, às vezes eu penso isso.

Aqui observa-se a existência de uma baixa autoestima, um sentimento de inferioridade, mas não relacionado ao adoecimento, e sim próprio de um estado depressivo que se apresenta de longa data. Neste ponto é possível observar uma mudança no que se refere à maior facilidade de expressar seus sentimentos, o que foi favorecido, possivelmente, pelo vínculo constituído e fortalecido no grupo.

Quanto à sexualidade não apresentou mudanças:

Depois que eu uso esse remédio, eu não [...] eu sou muito [...] fria. Também já tirei [...] como é que fala? É [...] o útero. E eu não sei se pode ser isso [...] eu [...] não ligo muito, não.

Laranjeira disse sentir-se “fria”, ou seja, sem libido sexual, o que também apareceu na primeira entrevista. Relacionou esse fato ao uso do Tamoxifeno, como o fizera anteriormente e, agora também, à retirada do útero, o que pode ser uma racionalização, para não ter que se implicar com o problema. Apesar disso, afirmou sentir-se desejada e atraente, pois, quanto a isso:

Até que eu não tenho do que reclamar do meu marido, não.

Quanto ao trabalho, continuava afastada, além de não receber salário há dois anos. Relacionou sua angústia também a este fato:

Eu estou afastada, eu não ganho nada, não, já têm dois anos já que eu estou cortada, tá assim, só empurrando... aí eu estou numa situação meio difícil, tá me deixando muito angustiada.

Neste caso, a situação de adoecimento levou, dentre tantas perdas, à financeira.

No que se refere às relações familiares, queixou-se da falta de acolhida para ser ouvida:

Lá em casa, eu não posso falar nada que eu tenho que ficar presa e eu tenho alguma coisa que eu preciso [...], e tenho vontade de falar, e [...] eu não posso... porque às vezes eu vou falar e é contra, às vezes eu estou errada, às vezes eu deixo até de falar ... a minha família são maravilhosa, mas tem esse problema aí ... ah, me incomoda . Porque a gente não sai falando, né, pra todo mundo, né? Então a gente quer conversar dentro de casa e não tem como.

Neste ponto é possível observar uma mudança no discurso de Laranjeira, pois antes não queria levar preocupação para a sua família e assim não dividia com eles suas vivências e sentimentos. Agora “tem vontade de falar”, mas não se sente acolhida para ser ouvida. Apesar disso, afirmou considerar sua família maravilhosa e sentir-se apoiada por ela no que tange ao adoecimento por câncer de mama. Contudo, ao responder à pergunta “você tem se sentido apoiada pelas pessoas da sua família?”, entrou, inicialmente, em contradição, mostrando dificuldade em assumir seu sentimento de falta de apoio:

Não [...] sim (contradição), eu tenho, tenho. Quanto a [...], assim, doenças, coisas assim, eu tenho apoio sim. Se tiver que sair, qualquer coisa, eu tenho apoio sim.

O apoio referido, que não era capaz de atender satisfatoriamente às necessidades afetivas de Laranjeira, são de ordem prática, como ter companhia na hora de sair.

Laranjeira citou o marido como principal fonte de apoio e continuou a queixar-se da falta de apoio das filhas, agora das duas, e não apenas da mais velha:

A não ser, assim, das minhas meninas, né? Porque eu esperaria, assim, ter mais [...] eu poder falar, desabafar, eu esperaria que eu pudesse até conversar, aí não tenho, não. Eu não falo isso pra ninguém não, sabe? Fica guardado comigo, porque [...] elas são umas meninas muito boas, até, pelo menos nessa questão aí, é assim ... e se eu falo às vezes com [...] é mesma coisa, eu tenho, assim, eu tenho muita angústia, tem hora, sei lá, não sei por que que eu tenho isso. Às vezes tem dia que eu estou bem, tem dia que eu não estou. Eu não posso falar nada porque eu estou [...] porque eu quero aparecer, porque eu quero ficar doente, é tipo assim, sabe?

Diante da falta de apoio das filhas e da falta de um espaço em que Laranjeira possa falar de seus sentimentos e experiências, sobretudo num momento de adoecimento que é, naturalmente, repleto de medos e angústias, o grupo entrou como um substituto da família faltosa.

Relacionou sua angústia, também, à esta falta de apoio das filhas, apesar de ter afirmado que “não sabe por que tem isso”. Não é a toa que falou da sua angústia neste contexto, no momento em que lamentou por não ser ouvida. Laranjeira disse ainda de uma inconstância de humor, ora estava bem, ora não estava, e também, não por acaso, logo em seguida, de como era compreendida quando falava algo com os familiares: “quer aparecer, ficar doente e coisas desse tipo”. Essa maneira de dizer mostra o quanto encontrava-se emocionalmente afetada por esta falta de acolhida da família.

Quanto ao ambiente social referiu bom suporte, destacando a sua satisfação em poder ser ouvida neste contexto:

E eu fico feliz, assim, quando a pessoa me dá força, quando eu [...] eu falo, a pessoa me escuta, assim, eu fico muito feliz com isso.

Laranjeira disse que, quando estava em ambientes sociais, não se sentia muito bem por se sentir inferior às outras pessoas, sendo observada a permanência da baixa autoestima:

Olha, eu, às vezes, eu sou boba. Eu tenho mania de achar as pessoas bonito, que as pessoas tá bem arrumada, tá [...] e eu [...] às vezes eu não me acho. Igual às minhas meninas às vezes falam, que eu não devo se sentir assim, mas eu [...] eu não devo mesmo, não, mas às vezes eu sinto isso.

Talvez por esse motivo é que Laranjeira tenha dito que não gostava muito de sair, mas também não se isolava:

Eu não sou muito de sair, não, mas até que eu saio. Eu [...] até que eu [...] não é todo lugar também, não, que eu não me sinto bem, não. Mas até que eu saio.

Apesar de não gostar muito de ambiente sociais Laranjeira disse que estava pretendendo fazer seus bordados em uma igreja que oferecia esta atividade, sinalizando aí uma mudança, possivelmente propiciada pelo grupo no que se refere à reintegração social:

Eu tenho vontade de aprender, igual a minha vizinha estava falando que tem uma igreja que ensina artesanato, ensina fazer as coisas, e eu estou pensando em até em entrar.

No que tange às mudanças ocorridas a partir da sua participação no Grupo de Suporte, falou:

Ah, eu gosto, gostei muito. Assim, acho que o que mudou, assim, é que a gente conversa, você tem mais conhecimento, né? É bom, eu gostei ... então, a gente aprende [...] sei lá, a gente fica mais leve ... sei lá, você esquece de outras coisas. Você esquece de muita coisa ruim e fica [...] e, é muito bom. Coisa diferente, né?... eu acho que vocês dão muito apoio pra gente, estrutura, né? A gente se sente muito bem quando a gente tem apoio... a gente deixa, a gente esquentar muito a cabeça com alguma coisa, a gente deixa até de preocupar, com certas coisas, né. É muito bom.

Laranjeira destacou o grupo como um lugar onde “a gente conversa” (podendo ser ouvida), onde se adquire “mais conhecimento”, onde recebe apoio e, por meio do qual “a gente deixa de se preocupar com certas coisas”. Neste caso o grupo pode ser considerado como apoio complementar da família faltosa e como promotor do alívio de angústias e medos, pela compreensão e apoio da sua dor e da falta que sente na relação com as filhas que “não esquentam”.

7.2.5 Malva

7.2.5.1 Antes (30 de abril de 2013 e 09 de maio de 2013)

Malva havia descoberto o diagnóstico de câncer de mama há uma semana da realização desta entrevista:

[...] eu já estava mais ou menos desconfiada, porque, quando eu estava fazendo tratamento com a doutora X, ela falou comigo. Ela falou que [...] tinha um nodulozinho, e [...] mas ele era benigno. Não era maligno. Então ficava mais tranquila, né. Mas depois, quando veio o resultado da biópsia, foi que o [...] fiquei, assim, mais abalada. Só não dou parecer pros meus filhos. Eles também [...] porque trabalha, né? (30 abr. 2013)

Malva procurava poupar seus filhos evitando demonstrar seu abalo emocional diante da notícia do diagnóstico de câncer. Isso fez com que tivesse uma vivência muito solitária do adoecimento, assim como Laranjeira, além de outras mulheres que ainda serão apresentadas.

Malva contou como se sentiu ao receber o diagnóstico:

Eu fiquei, assim, meio chateada, né? Eu fiquei, assim, não sabia como que eu ia falar pros meus filhos. Igual estou te falando, que eu tenho, eu tenho o mais velho, ele, assim, ele é muito nervoso, ansioso, sabe? (09 maio 2013)

Aqui é possível observar que o abalo emocional, inerente à descoberta do câncer, foi maximizado pela falta de estrutura do filho, que por ser nervoso e ansioso, não tem condições de oferecer suporte à mãe.

A paciente seguiu dizendo como se sente neste momento:

Olha, eu estou muito tranquila. Estou tranquila pelo seguinte, primeiro... eu acredito que ninguém vai sem ser hora. Se ele me, me concedeu esse fardo, ele sabe que eu tenho força, tenho bom ânimo, ânimo pra, pra carregar. (09 maio 2013)

A tranquilidade mencionada é duvidosa, já que considerava a doença um “fardo para carregar.” Aqui a religiosidade lhe serve como recurso de enfrentamento. Logo após apareceu os sentimentos depressivos relacionados ao sentimento de solidão, à falta de condições do filho de lhe prestar apoio, ao medo da doença e da morte:

Ah, tem hora que eu fico assim [...] eu me sinto, assim, muito sozinha, né? Assim, começo a querer chorar [voz de choro], eu fico muito preocupada, assim, com o meu menino mais velho. Que ele, ele não tá aceitando isso aí ... mas, eu me senti, assim, muito [...] pensando, assim, tem uma coisa dentro de mim, coisa que nunca teve na minha família, né?... eu tenho muito medo, assim, de eu dormir, assim, dar, dar esses pigarros, que eu costume até engasgar. Entendeu? (09 maio 2013)

Malva falou do medo da morte por meio do medo de engasgar com um pigarro durante o momento que estiver anestesiada (na cirurgia). Ao justificar o uso de antidepressivos, há mais de 10 anos, passou a ser notório que a existência de sentimentos depressivos antecedia ao diagnóstico de câncer:

É porque eu não, não [...] fica difícil pra dormir, então, ficava assim, pros cantos, chorando, entendeu? (09 maio 2013)

Malva mencionou a perda da mãe, do pai e o fato de ter perdido 9 filhos, logo após ter relatado o uso de psicofármacos, fazendo parecer que existia uma relação entre estes acontecimentos de vida e o humor depressivo:

Quando eu perdi meu [...] quando eu perdi a minha mãe, meu pai, entendeu? Porque eu- eu sou, vou ser sincera, eu sou um herói. Eu era uma mãe, que eu não conseguia ter filho, não. Por incrível que pareça, Deus foi tão bom, que eu pedi tanto a ele que me desse filho, que meu sonho era ser mãe, né? Aí tive esses dois. Eu perdi nove filhos. RH negativo.

Acerca da imagem corporal, é curioso observar que mesmo antes de iniciar o tratamento, que na maioria das vezes provocava algum tipo de modificação no corpo, Malva já começou a sentir uma estranheza na relação com o seu corpo:

Eu não sei, tem hora que eu fico, assim, olhando assim, pro seio, parece que esse aqui tá maior. Não sei se é cisma minha, né? ... às vezes, quando eu estou lavando uma vasilha, porque eu não deixei de fazer minhas, minhas atividades, meus afazeres, né, me dá uma dor aqui assim, vem pro braço. (09 maio 2013)

No que tange à sexualidade disse apenas:

Bom, eu te falei, eu sou viúva já há vinte e três anos ... mas eu não sinto [...] sensação nenhuma. Eu vivi pelos filhos. (09 maio 2013)

A preocupação com as limitações físicas e o medo da inutilidade já se apresentavam antes mesmo que elas ocorressem efetivamente:

E uma coisa também que eu não estou pra ficar assim muito parada. Só você de saber que você vai ficar parada. Você já logo põe outra coisa na cabeça que [...] vai ser inútil, né? (09 maio 2013)

Sobre a atividade laboral, Malva é aposentada, não ocorrendo, portanto, nenhum comprometimento neste aspecto.

Sobre o relacionamento familiar:

Bom, com os meus filhos até, graças a Deus, não posso reclamar, entendeu? Tem hora que eles ficam assim [...], o mais novo fica muito agitado, e a neta a mesma coisa, puxou o pai, que ela é muito agressiva ... ainda mais agora que ela tá sabendo que eu estou com esses problemas de saúde. Os outros netos não, os outros netos já é tranquilo. (30 abr.2013)

Apesar de afirmar que existia um bom relacionamento entre os membros da família, percebe-se uma dificuldade com a neta, com quem mora, e com um dos filhos que são “agressivos”. Ao dizer “*ainda mais agora... que eu estou com esses problemas de saúde*” parece que essa agressividade piorou após a descoberta da doença, o que veio a se confirmar na segunda entrevista inicial:

Minha neta tá muito, muito nervo, muito nervosa, muito agitada, entendeu? Ela é diabética, né? Então ela quer comer tudo o que não pode. Vou falar pra ela, ela fica nervosa. Eu acabo ficando nervosa também ... ela agora deve ter piorado do agitação dela, pode às vezes até ser isso aí (o diagnóstico de câncer). Que ela deve tá pensando, falando assim: 'poxa, minha vó faz tanto por mim, eu perder ela.' ... 'Ela não vai poder fazer mais nada por mim.' Um dia eu vou morrer, mesmo. Ontem mesmo ela falou isso pra mim. Só que magoa, né? Você tá com um problema pra carregar, mais problema de netos. (09 maio 2013)

A falta de apoio também se apresentou pelo “nervosismo” da neta, que ocorre pelo fato de ser diabética, vindo a piorar diante do diagnóstico de câncer da avó. Malva falou do peso dessa situação: “*Você tá com um problema pra carregar, mais problema de netos*”.

Ao ser questionada acerca do apoio familiar recebido, respondeu:

Bom, esse meu menino mais velho é doido pra eu morar com ele, mas ele já queria que eu fosse morar, né. Eu acredito que depois de [...] que passar isso tudo, ele ainda vai querer me levar pra, pra casa dele (voz de choro).

Curioso observar a maneira como Malva respondeu à pergunta. Ela não disse, claramente, se tem ou não apoio, mas mostra o medo de não ser acolhida pelo filho no momento da doença. Malva falou ainda do apoio que esperava receber e não teve, evidenciando o sentimento de desamparo da família:

Olha, eu esperaria um apoio da minha irmã que não foi criada comigo. Mas ela, agora, adoeceu e também não [...] eu não posso contar com ela, ela deu AVC. E a outra, a mais velha, também tá com problema de saúde. Então, quer dizer, não posso contar com elas. (30 abr. 2013)

Já sobre o sentimento de apoio do ambiente social:

Sinto. Porque, graças a Deus, depois que eu plantei pra colher, né? (30 abr. 2013)

Parece ter cativado suas amizades e assim acreditava poder contar com elas.

Ao ser questionada se recebia o apoio, em especial, de alguém do seu ambiente social:

Não, eu acredito que aí tem que esperar o que vai acontecer pra ver se tem, né ... às vezes a gente espera uma coisa e é outra. Agora, meus vizinhos, até que eu não posso reclamar deles, não, entendeu? (30 abr. 2013)

Ao mesmo tempo parece existir certa insegurança quanto ao fato de vir a receber ou não o apoio. Isso porque Malva recebeu o diagnóstico havia uma semana e, assim, ainda não houve tempo de saber como as pessoas iriam lidar com o seu adoecimento.

Por outro lado, Malva disse que, a partir do diagnóstico de câncer, o relacionamento com um dos filhos melhorou:

O que mudou foi o relacionamento do meu filho comigo, o mais novo. Ele tá mais tranquilo. Que às, às vezes que eu ia falar com ele alguma coisa, ele não aceitava, entendeu? Eu acho que ele tá dando uma de durão, mas acho que tá mais do, mais do meu lado. (09 maio 2013)

Malva falou também da angústia e da tristeza em não ter a companhia de um familiar na consulta em que recebeu o diagnóstico:

Na primeira consulta, eu fiquei, assim, meia [...] angustiada, né? Porque [...] uma pessoa só receber uma notícia assim, é muito triste, né? E eu não podia trazer ninguém. Aí eu falei assim: ‘agora vou precisar de ver como é que eu vou fazer’, porque minha irmã com problema de saúde, a outra tem a loja, não pode largar. Tá com a filha também grávida, né, não pode deixar pra lá. Mas, em relação, assim, a amigos, eles já até me ofereceram. Mas eu falei que tem hora que, com filho é melhor, né. Pra receber uma notícia assim é muito melhor. (09 maio 2013)

Malva disse que gostava de ficar sozinha, de ler a bíblia, mas sentia-se bem em ambientes sociais:

Me sinto bem. Me sinto bem (em ambientes sociais). Agora, quando eu estou em casa, eu já fico, assim, mais na minha. Às vezes eu estou lá na, na copa lá, pego a Bíblia, vou fazer as lições, vou estudar a Bíblia. Eu fico muito em casa sozinha. (09 maio 2013)

7.2.5.2 Depois (02 de outubro de 2013)

Ao ser questionada sobre as ideias e pensamentos que lhe ocorrem sobre a doença, Malva respondeu:

Eu, no princípio, eu ficava [...] né. Assim, logo que eu fiquei sabendo a, a respo, a notícia do Dr.X e tudo, que eu peguei o resultado da biópsia, aí eu ficaria, ficava [...], mas agora não ... a preocupação que eu tenho é o seguinte, assim, o, da quimioterapia, né. Mas, como já, no grupo explica tudo direitim, como que é. aí, ah, tô levando esse barco aí, pra frente aí, até Deus [...]

Neste ponto observa-se uma mudança no que se refere à redução da angústia relacionada ao diagnóstico de câncer. É evidente que a angústia foi amenizada não apenas pela intervenção do grupo, mas também pelo tempo. O momento da descoberta diagnóstica, geralmente, é mais impactante do que os momentos que se sucedem. No entanto, o grupo pôde acolher suas tensões, seus medos, suas preocupações, principalmente porque Malva iniciou a assistência no grupo justamente no momento mais difícil, logo após ter recebido o diagnóstico e um pouco antes de se submeter à cirurgia (conservadora).

Nesse momento da entrevista Malva ainda não sabia se seria necessário fazer a quimioterapia, preocupando-se com a possibilidade de vir a se submeter a esse tratamento, e com os efeitos colaterais do mesmo. No entanto, deixou claro a importância do grupo no alívio de suas preocupações a partir da obtenção de informações a respeito do tratamento, além de ter conhecido a vivência das mulheres que passaram por este tratamento, que, em grande parte, foi muito positiva.

No que concerne à relação que estabeleceu com o seu corpo, disse sentir-se muito inchada:

Olha, eu tô, eu notei uma diferença em mim quando tô assim, inchada. Tô, isso em mim não é gordura. Não sei, porque eu não sei se é algum problema, se é de problema de saúde. Eu ainda nem comecei a fazer a quimio né, porque diz que a quimio que incha né, mas não todos né.

Parece que Malva fez, antecipadamente, um sintoma geralmente provocado pela quimioterapia, devido à preocupação com este tratamento. Da mesma forma que sentia uma mama aumentada e dor no braço antes de iniciar o tratamento, conforme mostrado na entrevista inicial. Cabe informar que o tumor de Malva não era avançado, sendo suficiente a cirurgia conservadora e a radioterapia para tratá-lo (estes foram, posteriormente, os tratamentos indicados), fato este que, do ponto de vista orgânico, não justifica o crescimento da mama (tumor pequeno) e nem a dor no braço.

Quanto à sexualidade, não houve mudanças:

[...] eu não tenho sexo desde, desde 1990 ... eu num, eu não tenho assim, aquela vontade de arrumar ninguém não, entendeu? E aparecer, aparece né. Aparecer, aparece, mas a gente, mas eu assim, sempre saí fora. Porque eu acho assim, se não arrumei assim quando era mais nova, agora também é bobagem.

Por não ter um companheiro e nem desejar ter, a doença não afetou sua sexualidade, além do fato de não ter tido modificações significativas do corpo.

A família continuou muito faltosa no que se referia ao suporte prestado a Malva:

A minha nora falou que agora não pode tá contando com ela, porque ela anda muito ocupada, a neta, eu já te falei que ela é muito, muito rebelde né, devido o problema dela (diabetes) ... o meu menino tá se entregando à bebida por causa desse problema, é por causa desse problema comigo, da doença né. Ele não aceita, ele não aceita esse problema. Falei: 'mas, meu filho não é a mãe, a mãe que pediu'. A gente, quando vem no mundo, a gente vem preparado para cada coisa. Cada um tem seu pedacinho pra passar. Seja mais cedo ou mais tarde passa ... e vou falar pra ele: 'você, você que tem que se, que mudar. Porque eu tenho problema, problema com doença, tenho. Mas você tem que ficar forte pra me dar, pra me dar, pra mim ficar forte também né'.

O adoecimento de Malva levou o filho a fazer ingestão abusiva de bebida alcoólica, por não aceitar o problema da mãe. Malva deixou claro o quanto ela precisava do filho bem, “forte” para que ela estivesse em condições de enfrentar as dificuldades decorrentes do adoecimento. A paciente falou de maneira muito conformista e positiva sobre a doença, talvez porque não pudesse demonstrar fragilidade já que precisava ajudar o filho a aceitar a doença. Isso torna a vivência do adoecimento ainda mais pesada e difícil. As principais fontes de suporte vinham da irmã, dos “irmãos” da igreja e da sobrinha:

Tem uma irmã minha que mora lá em (nome do bairro), inclusive ela também tem problema de saúde. Mas quem tá me apoiando mais é ela. É ela que tá me apoiando ... e os, os irmão da Igreja né. Os irmão da igreja liga pra poder saber como é que eu estou. Quando vou na igreja eles ficam naquela alegria né. Feliz deu tá bem ... o que eu recebo desse, desse apoio da minha irmã e da minha sobrinha ... quando eu vou no médico, ela me acompanha passo-a-passo, entendeu, tanto ela quanto a minha sobrinha que, essa que ficou comigo no hospital.

Malva continuou a preferir estar sozinha, disse gostar de ler a bíblia, mas afirmou sentir-se bem quando sai para fazer visitas domiciliares religiosas, que faz parte de um trabalho voluntário do qual participa.

Sobre os benefícios percebidos do Grupo de Suporte disse:

Sobre assim, a amizade que a gente fizemos né e ajuda muito, porque cada um dá a sua sugestão. Ajuda assim, no tratamento. Porque tem uns que passa assim, pobreza delas, delas é piores que o meu. Eu aprendi que isso aí ajuda muito.

Malva sentiu conforto ao perceber no grupo que existem pessoas com problemas que considerava maiores que o seu, como muitas outras também disseram. Além disso, as amizades mencionadas significam que foi possível o estabelecimento de vínculos bastante estreitos, que possibilitou o *holding* necessário a Malva, ao poder falar sem perturbar ou desestruturar o outro, como acontece com o filho e a nora.

7.2.6 Magnólia

7.2.6.1 Antes (13 de maio de 2013 e 16 de maio de 2013)

Magnólia teve um câncer de mama em 2007 e, logo após o término do tratamento, descobriu que a doença havia voltado, na mesma mama. Assim, contou como descobriu a recidiva da doença:

Quando eu fui buscar o último, a última caixa de [...] tamoxifeno, isso mesmo, o que aconteceu, o doutor X ... mandou a moça falar comigo que daí a três meses eu marcasse, não, que aí eu marcasse o controle. Então foi marcado pra daí a três meses ... naquele controle que a médica, a médica que me atendeu pediu mamografia e acusou. É, isso mesmo, foi que acusou a volta da doença. O Doutor X, quando viu a, a, o resultado da, da, da mamografia ... ele pediu biópsia ... foi feita. ... aí ele falou assim, estava quase fim de dezembro, ele falou assim: 'oh, eu não vou poder operar'. Ele viu o resultado, não gostou: 'oh, eu aconselho operar e de preferência agora em janeiro, mas só que eu não vou poder porque eu vou tirar férias'. Mas aí, com esse desenrolar das coisas, quando acaba eu operei agora em, em, em abril ... olha que [...] janeiro, pensa bem, fevereiro, março, abril, três meses ... retirei a mama. (13 maio 2013)

Esse discurso foi maciçamente repetido ao longo das sessões de grupo mostrando toda a sua angústia (negada) frente à descoberta da recidiva e à demora na realização da cirurgia (descobriu a recidiva em dezembro de 2012 e fez a mastectomia em abril de 2013), o que levava ao medo de uma metástase e/ou da impossibilidade da cura.

Sinceramente, parece que uma coisa que Deus já prepara a gente. Eu não fiquei assim, apavorada nem nada não, de jeito nem [...], posso até dizer que, praticamente, pelo menos, aparentemente, como, como eu te falei outro dia, às vezes a gente acha que, que recebeu com sere, com serenidade [...]. Eu me, eu me senti assim, como se eu tivesse preparada, mas é só que de repente, no íntimo da gente não é aquilo né. Igual que eu fiquei um pouco depressiva né, é mas [...] (16 maio 2013)

A palavra “sinceridade” é bastante frequente no discurso de Magnólia denotando uma “falta de sinceridade” no que se refere aos seus reais sentimentos relacionados ao adoecimento e, principalmente, ao retorno do câncer. Aqui a negação foi parcial, pois, ao mesmo tempo que afirmou estar preparada para a notícia e não ter se apavorado, reconheceu, timidamente, que “de repente, no íntimo, não era aquilo” pois ficou um pouco depressiva.

No entanto, ao dizer como lidava com a doença, voltou a se defender, negando seu abalo emocional:

Ah, eu lido com a maior naturalidade, continuo alegre, como sempre, gosto muito de cantar ... Sou muito alegre sabe? Então, eu não, sinceramente, eu não, apesar de ter ficado um pouco depressiva que eu te falei, mas, quando, eu achei que foi pouca coisa. Sempre de, chego até dizer semidepressiva, porque eles falam que a pessoa não tem ânimo pra nada, num canta, fica só chorando. Num, num me passa isso não. Só aquele dia que eu te falei, que eu tenho muito complexo de não ter casado, eu sempre tive vontade de ser mãe, essa, ter filho, é que eu chorei aqui, desabafei com você, sabe?... e eu sô muito amorosa, chora à toa já choro mesmo, mas assim, não que seja por causa de depressão. Uma coisa que eu vejo na televisão, qualquer coisa, uma coisa assim, igual, muita maldade com criança, aquilo a lágrima me vem aos olhos sabe? (16 maio 2013)

O discurso contraditório (diz que não passa por isso, de ficar só chorando, mas, ao mesmo tempo, afirma que chora a toa) e a afirmação repetida de que é muito alegre (negativa) denuncia a presença de sentimentos depressivos, que são deslocados para o fato de não ter se casado e não ter tido filhos, assim como para as coisas que vê na televisão. Ao ser questionada sobre a causa da depressão, afirmou: “[...] eu acho que, mais é, eu sou sensível mesmo de natureza.”

Logo em seguida se esquivou do assunto, relatando, longamente, sobre sua história familiar, da educação que recebeu, da escola que o pai estudou, da relação com os irmãos etc.

Magnólia falou como estava se sentindo desde o momento que recebeu o diagnóstico da recidiva:

É o fato de qualquer coisa me sensibiliza ... eu sou sensível. Talvez já seja até mesmo de natureza, aí eu num sei. Mas, eu acho que, ultimamente, eu tô chorando mais (risos). (16 maio 2013)

O riso aparece como uma defesa contra a angústia suscitada no momento que fala do choro frequente por ser, nesse momento, remetida ao real motivo que a fazia chorar. Esse discurso foi maciçamente repetido:

Por isso que, ao mesmo tempo, eu num sei se a depressão tem a ver, porque eu recebi com muita naturalidade mesmo, sinceramente. Eu num sei se é porque eu sou muito católica, ponho tudo na mão de Deus. Então, e a gente reza muito e isso tudo dá conforto a gente. Então, dando conforto, ao mesmo tempo que dá o conforto, eu acho que uma coisa anda junto com a outra. O conforto e, e, o conforto espiritual e o, como é que fala, o fato da gente se, ser resignado com aquilo. Aceitar sem questionar, sem se revoltar. É assim que me sinto, só que eu não sei se eu tô, estou sendo clara, porque (risos)... (16 maio 2013)

Ao contrário do que afirmou, o que sentiu foi revolta e inconformismo, não podendo ser clara e verdadeira em relação aos seus sentimentos. Aqui, novamente, o riso apareceu diante de uma forte angústia.

Magnólia falou, de maneira bastante defensiva, de uma ocasião em que foi tomada por sentimentos depressivos:

[...] há muito tempo, uma vez eu tive, eu não sei por quê, aparentemente sem motivo, eu sei que eu tinha saído do serviço, mas não tinha motivo mesmo, te digo com toda pureza. Entrei no ônibus pra ir pra casa, gente, mas me deu uma crise de choro no ônibus, sabe, aquele choro convulsivo. Aí, nem lembro quem que me levou no médico, era o doutor X... receitou também um remédio controlado pra mim, acho que até Diazepam.

A repetição da ideia “não sei por quê”, “sem motivo”, aponta a negação de que os sentimentos depressivos sejam em decorrência do adoecimento por câncer de mama. Magnólia afirmou não gostar de tomar esses medicamentos (psicofármaco), embora tomasse de vez em quando, nas ocasiões que estava muito tensa (atualmente não toma mais):

[...] eu estava sentindo, assim, aquela coisa, assim, no estômago, aquela ânsia de vômito, que eu não sabia o que que era. O médico falou que era [...] isso mesmo, agora lembrei de falar, o médico falou que era um princípio de depressão. Acho que é porque os dias que sucederam aos exames que eu fiz pré-operatório ... acho que depois a gente que não, que a gente não tá ligando, mas uma coisa que dentro da gente, é [...] a gente às vezes não percebe, mas a gente tá tensa. Né? Então foi ele, me receitou. Sabe?

Aqui voltou a afrouxar suas defesas, negando, parcialmente, o fato de estar deprimida devido à descoberta da recidiva, pois foi o médico quem falou, mas ela “não percebeu”. Um pouco à frente na entrevista voltou a mencionar um mal-estar físico, ficando claro que se trata de uma somatização, diante da impossibilidade de aceitar e vivenciar seus sentimentos, de representar sua dor:

Teve um dia que eu estava tão tensa, que eu ainda não tinha operado não, a minha irmã foi comigo. Toda hora dava aquela reviravolta no estômago, sem ter nada no estômago, eu até emagreci por causa desse negócio, sabe?

Ainda de uma maneira bastante defensiva Magnólia falou do medo da morte:

A única coisa que eu tenho medo, eu sou muito pontual assim, com as minhas contas, essas coisas. Eu quando, às vezes, vou, vou fazer conta assim, se é a prazo, normalmente eles querem, dão um prazo grande, eu não gosto. Mas eu, eu só fico pra mim, mas sabe o que penso? Deus que me perdoe, que a vida é muito boa, que Deus me dê muito mais, e com esse tratamento que eu vou ficar mesmo boa e que a minha família há de viver muito sabe? ... então eu não gosto, porque eu tenho medo de, meu Deus. Deus tal, não permita que aconteça isso. Eu tenho muito medo assim de, ir embora e ficar devendo sabe?

Por ser insuportável pensar na morte como resultante do câncer, falou dela por meio do “medo de ir embora devendo” colocando em relevo as dívidas e não a doença.

Magnólia disse sobre a dificuldade de lidar com a perda da mama:

[...] eu fiquei mutilada né, digamos assim ... mas eu até colocar a prótese ainda tô, tô com complexo ... sabe, quando eu venho aqui, que fica marcado, eu até gosto de vir de manhã pelo seguinte, eu falo com a minha irmã: ‘agora que vai entrar o frio, se precisar de ir mais cedo e, eu, é bom que eu ponho o capote. Se nesse meio tempo eu não tiver feito a prótese, aí eu coloco palitô, contudo, despista um pouco né.

E da representação desse órgão como símbolo do feminino:

Ah, sinceramente, ah, eu [...] mesmo que a gente não queira, a vaidade feminina fala mais alto. Tanto pra mim mesmo eu fico chateada sabe? Porque eu vejo assim, quando eu era mais nova, todo mundo falava que eu tinha os seios muito bonitos e tudo. Sem vê, pela roupa, porque eu sempre andei também muito tampada e nunca fui de andar com roupa exagerada não, sabe?

Apesar de Magnólia ter recebido uma educação muito puritana, parece ter sempre valorizado os seus seios como um belo atributo da mulher, mesmo que fosse “tampado” pelas roupas.

Quando questionada em relação à sexualidade respondeu:

Então, eu sinto mui, me sinto muito assim, como que eu quero dizer, até metida, muito pelo que eu, que eu, eu, até hoje ainda sou muito, mas muito feminina. Então eu sou muito metida com isso.... eu sou, eu sou a tal, por isso que eu penso assim, que eu tinha que ter casado. Mas é, justamente, por causa do modo que eu fui criada, eu tenho certeza. Mas, nem por isso eu deixei de ser feminina, de jeito nenhum... agora que eu tô meio relaxada por causa desse negócio, mas a hora que eu puser a prótese a, aí [...]

Percebe-se que Magnólia, apesar de não ter se casado e nem ter tido filhos, é muito feminina e muito vaidosa, caracterizando dessa forma sua sexualidade. No grupo revelou sua virgindade, mas pareceu se sentir uma mulher bonita e atraente. Por esse motivo a perda da mama é representada como uma perda muito significativa e marcante.

Acerca da condição de trabalho, Magnólia é aposentada. Ao ser questionada a esse respeito a paciente contou que trabalhava em uma confecção de roupas, pois sendo “muito feminina, sempre gostei dessas coisas”, destacando, mais uma vez, a feminilidade.

Sobre o apoio familiar recebido disse que:

Graças a Deus, é muito bom. Bom mesmo, sabe, de muita compreensão, sabe? Não tem nada que queixar, não [risos]. De todos. Tanto delas, das minhas irmãs, quanto de sobrinho, sobrinha, sabe? Tudo, mas é, é aquele, aquele xodó. Sabe? Acho que também a gente criou e eles têm muita consideração com a gente, sabe?

Sobre o apoio social, não é diferente:

Ih, demais, demais, o que eu recebi de [...] oh, até missa eles rezaram por causa de mim, pra minha recuperação, precisa de ver. Nossa, a comunidade de lá, é assim, é comunidade humilde, né? Mas a gente, graças a Deus, a gente tem um círculo de amizade que a gente nota sinceridade, solta aos olhos a sinceridade do pessoal ... quando não vão lá em casa, ligam, mas moram muito pertinho, normalmente vão. O que esse dias, logo então que eu, que eu operei, lá na casa ficava cheio. Nossa, mas aquela amizade sincera, de colegas também ... não posso queixar, aliás, eu sempre tive muita sorte com as amizades, sabe?

Magnólia relatou que fazia trabalho voluntário ensinando overloque a pessoas carentes. No momento, por causa do tratamento, interrompeu essa atividade.

Contou também que gostava de ler e que, às vezes, gostava de ficar sozinha para fazer uma reflexão:

[...] às vezes eu gosto assim, sabe de que? Fazer espécie d'uma reflexão assim, sabe? Ficar sozinha com meus pensamentos, mas nada de pensamentos ruins, nem, nem pensamentos que derrubam a gente, que põe o ego da gente lá embaixo, nada disso não sabe? E eu gosto mesmo de, de romances também, eu gosto muito de romance de Lucha, Machado de Assis ...

É possível perceber que Magnólia foge dos “pensamentos ruins” que talvez estejam relacionados ao medo da doença, de não ser curada novamente.

7.2.6.2 Depois (02 de outubro de 2013)

Magnólia falou de como se sentia, neste momento, em relação ao câncer:

Sinceramente, eu, eu, eu tô sabe, que eu rezo muito. Eu tô com muita fé em Deus sabe, mais ainda. Parece que depois que eu tive o câncer eu fiquei ... mais humana ainda sabe? Assim que eu sinto.

Ao dizer que rezava muito diz, de maneira implícita, do medo que a doença lhe causa. Abaixo fica claro o quanto o medo da recidiva lhe assombrava:

[...] tem uns dias aí que, de vez em quando, eu sinto uma dor aqui, onde parece que faz essa divisa aqui, entre um que eu tirei e esse sabe? (pesquisadora complementa: 'entre um seio e o outro') É. Aí eu, ... tenho fé em Deus né. Porque eu fiz a mamografia e num deu nada ... sabe assim, eu num tenho, eu não penso que vai voltar, eu num penso que, que eu não vou sarar. Pelo contrário, eu penso que quando terminar a quimioterapia, eu vou voltar pro controle né. Vou continuar e tudo e eu acho que eu vou sair muito bem, porque é, é, eu tava sentindo umas dores aqui, antes de fazer a mamografia. Num deu nada, então, graças a Deus.

A somatização continuou a aparecer com frequência diante da repressão dos afetos tidos como negativos.

Sobre a imagem corporal voltou a ressaltar a mama como símbolo da feminilidade:

[...] nesse ponto, ah, cê sabe que a vaidade feminina, ela senta e aflora né. Então, a gente fica chateada de saber que já num é a mesma né, a gente fica mutilada, mas tudo bem (silêncio).

O silêncio vem a representar a tristeza diante da perda da mama.

A sexualidade é vivenciada com expressividade apesar da doença e do fato de nunca ter tido uma relação sexual:

Eu sinceramente, eu, apesar assim, desse problema,... pra dizer claramente, num, não cheguei nem a ter relação sexual, mas eu sinto que eu sou muito feminina sabe? Me atrai quando eu vejo assim, um homem bonito sabe, flerto e tudo.

Sobre o relacionamento com a família:

Continua tudo bem, graças a Deus né. A única coisa que, infelizmente, parece mentira é que minhas duas irmãs também agora tão no tratamento. (Chora)

Seguiu, em choro compulsivo, relatando que suas irmãs estão com diabetes, problema na tireoide e artrose, além do seu sobrinho que está usando crack. O choro parece ser um extravasamento da angústia que se somou ao medo da doença.

No que tange ao apoio social, continuou a recebê-lo de maneira satisfatória.

Magnólia falou do que mudou em sua vida após a participação no Grupo de Suporte:

Mudou para melhor ... tudo que você falou ali, me deu ânimo e, e eu acho que é uma bênção. Só isso que eu tenho a dizer. Sinceramente, gostei muito das pessoas que me dá, que estão lidando com a gente, as colegas aí do grupo. Como diz o outro, no mesmo barco, sabe? Eu fiquei satisfeita de saber que correu tudo bem com, com aquela que (pesquisadora complementa: A Camélia), que a gente fez levantar o astral dela ... rezo pra todas, todo dia ... que tudo que você falou pra mim, me deu muita tranquilidade, depois do, do, desse, da, da mastectomia, cê entendeu?

Apesar de Magnólia não ter apresentado mudanças expressivas em relação aos fatores psicossociais do adoecimento abordados neste trabalho, foi possível detectar que os processos identificatórios (“estão todos no mesmo barco”) somados aos vínculos construídos no grupo foram capazes de propiciar o *holding* necessário à Magnólia, resultando em “tranquilidade”, principalmente no que se refere no lidar com a perda da mama. Contudo, o medo de uma nova recidiva, que é a principal questão de Magnólia, ainda permanece, embora tenha sido possível observar no processo do grupo alguns momentos em que suas defesas foram afrouxadas. Magnólia apresentou pensamento operatório, fala compulsiva, sem representação e sem elaboração, o que demanda um tempo maior de trabalho terapêutico, conforme vem ocorrendo, mas não estando os resultados deste incluído na presente dissertação em função do limite de tempo para a produção desta.

7.2.7 Margarida

7.2.7.1 Antes (02 de abril de 2013 e 08 de abril de 2013)

Margarida descobriu a doença quando já estava avançada, sendo necessária a quimioterapia antes da cirurgia (denominada quimioterapia neoadjuvante) para a redução do tumor:

[...] cheguei a fazer os exames, ia fazer a cirurgia, né. Fiz todos os riscos cirúrgicos, fiz o preparatório todo pra fazer a cirurgia, aí desistiu. Cheguei a ficar internada. Aí, um dia antes da cirurgia, aí o doutor X falou, reuniu todos os médicos, e falou que não ia fazer a cirurgia porque o tumor estava muito grande. Ele é muito agressivo. Aí tive fazer, eu estou fazendo quimioterapia, já fiz duas sessões já de quimioterapia.

A paciente contou como se sentiu ao receber o diagnóstico:

Ah, eu me senti muito mal. Nossa, abriu um buraco assim e falei: 'Pronto, vou morrer, estou condenada à morte'. Aí fiquei desesperada, só chorava, não atendia ninguém no telefone ... ih, fiquei muito mal ... é a coisa pior do mundo. Nossa, muito ruim mesmo.

No entanto, disse que hoje:

Ah, hoje, nossa, hoje eu, eu encaro com outros, outros olhares, completamente diferente agora ... eu vejo assim que eu estou – que eu estou bem, que eu, que eu [...] que eu vou ficar curada e pronto. Aí eu fico assim, que eu estou bem ... assim, eu estou me sentindo [...] parece que eu sou outra pessoa. Não sei te dizer como, mas eu olho no espelho assim eu falo: 'Ai [...]', não sei, não sei te explicar como, mas parece que é outra pessoa. Os pensamentos, assim, completamente diferentes, hoje eu vejo a vida com outros olhares, sabe, completamente diferente mesmo, de valorização (da vida).

Apesar de Margarida afirmar, repetidamente, estar bem, o grupo mostra o quanto ela chegou deprimida nos primeiros encontros. Na verdade o impacto inicial da descoberta diagnóstica passou e foi seguido por um certo alívio diante dos resultados satisfatórios obtidos com o tratamento quimioterápico, mas o que não significa que ainda não existissem medos e angústias:

Medo? Tenho medo sim. Ah, medo, assim, de morrer. Medo de morrer. Mas aí depois, de [...] nessa, nessa consulta com o doutor X, aí já não tenho mais medo mais. Já sei que vou ficar boa, vou ficar curada. É que o nódulo sumiu, né? O nódulo [...] sumiu. Ele, é [...] ele diminuiu, ele sumiu. Com duas quimioterapias já [...] já tive ótimos resultados.

O bom resultado do tratamento lhe restituiu a esperança da cura, mas a contradição presente no discurso acima (afirma, no presente, “ter medo” e, ao mesmo tempo diz “não ter mais”, já que o nódulo diminuiu com a quimioterapia) aponta que o medo continua a existir.

Margarida afirmou que sua vida segue normalmente após a descoberta da doença:

Eu não parei minha vida, entendeu? Eu faço tudo, eu viajo, igual eu passei a semana santa na casa da minha mãe. Eu não deixo, eu não deixo minha, a minha vida não parou. Tá a mesma coisa. Eu só paro só no, nos quatro dias que eu faço tratamento da quimioterapia, e depois não, depois vida normal. Sigo a vida normal. Saio com as crianças, continuo do mesmo jeito.

Quanto às alterações no corpo citou os enjoos provocados pela quimioterapia e a queda do cabelo (em uso de peruca). Apesar de não notar nenhuma alteração na mama, falou que sentia o tamanho do tumor:

Estava muito grande, né, o [...] o tumor estava muito grande, quando eu ia tomar banho assim, meu braço assim, até encostava no tumor. Agora não, agora já tá, ih, muuuito pequeno, tem que ficar procurando pra achar ele.

Ao ter falado de como se sente na relação com o seu corpo, Margarida disse da dificuldade de se aceitar:

Ah, eu me sinto bem, antes eu, eu, assim, fiquei com um certo preconceito, quando eu via esse nódulo muito grande, eu não gostava nem de tomar banho, só para mim poder ficar [...], acho que para não poder ficar olhando, porque estava muito, assim, muito alto mesmo, meu braço chegava até a encostar nesse tumor. Aí eu ficava, assim, com certo preconceito, de não querer tomar banho, de, assim, de não querer tirar a roupa, nem perto de ninguém, não gostava que ninguém via meu peito. Aí depois da quimioterapia não, aí agora já olho, já, já aceito, sabe? Já tá do mesmo jeito que ele era. Aí teve esse preconceito assim ... agora eu aceito, entendeu? Eu custei aceitar. Era muito difícil para mim, nem no espelho, eu já não gostava nem [...] eu já saía do banho e já colocava o sutiã, para poder não ficar olhando para esse tumor. Aí agora não, agora, igual ontem, foi anteontem, mostrei para minha mãe, tirei assim: ‘mãe, olha aqui, tá igualzinha à outra’, falei assim.

Margarida expôs sua dificuldade de lidar com o seu corpo diante da presença de um grande tumor na mama, dificuldade esta que parece ter sido superada frente à redução do

mesmo. No entanto Margarida não mencionou a problemática da queda do cabelo, tão evidenciada no grupo. Talvez seja mais fácil falar de um problema que deixou de existir do que falar da dor do momento. Já no grupo, por meio dos vínculos estabelecidos e dos processos identificatórios (muitas mulheres compartilhavam a vivência da perda do cabelo), foi possível à Margarida falar de como se sentia sem os cabelos.

Ficou evidente o quanto a sexualidade de Margarida foi comprometida com a doença:

Ah, eu deixei ela de lado, assim. Não sei por quê [...] vergonha, não sei te explicar. Não estou assim, com aquela [...] do jeito que eu era, sabe, aquele, aquele [...] apetite sexual, aquela coisa, sabe, assim, diminuiu muito ... aí não consigo, né, não tem como. Sei lá, acho que não tem como. Mas aí já estou fazendo de tudo para melhorar minha cabeça, passar por essa fase também, dessa etapa.

As várias reticências feitas por Margarida tornam notória a dificuldade para expressar os prejuízos que a doença e os tratamentos para o câncer causaram em sua sexualidade.

Margarida é doméstica e encontra-se afastada devido aos tratamentos para o câncer. A paciente referiu grande apoio da patroa.

O relacionamento entre as pessoas da sua família é: “*Muito bom. Muito agradável. Somos muito unidos*”.

Citou o apoio em especial:

Meu irmão ... muito companheiro, muito mesmo. Vai lá em casa todos os dias ... tem, tem minhas duas primas. Que estão muito, estão sempre comigo também. Muito próximas, todo domingo vão lá em casa. Me ajudam bastante ... a minha patroa também ela falou que ela quer ficar perto de mim o tempo todo. Vinte e quatro horas.

Sobre a forma como este apoio é oferecido:

[...] assim, de querer estar próximo de mim, sempre perto de mim, dar aquele carinho, liga todo dia, toda hora, passa mensagem, entendeu? Assim, aquele apoio pra me confortar”.

Sendo assim, possível observar que existe uma boa rede de Suporte Social.

Margarida contou o que gosta de fazer nas horas de folga, mostrando que a vida social não foi prejudicada:

Ah, eu gosto [risos], eu gosto de sair, vou para vários lugares, entendeu? Vou com as crianças [...] igual ontem, eu saí com eles, fui no Habib's, eu procuro sair. Não fico em casa, não. Às vezes tem festa, tem aniversário, estou sempre indo. Sempre lá.

7.2.7.2 Depois (01 de outubro de 2013)

Margarida falou do quanto a família está reagindo melhor ao seu adoecimento o que atribuiu à sua própria melhora:

Ah, agoora (ênfase), tá bem melhor, né, Hila. Porque no começo, levaram um choque muito grande, minha filha também levou um choque muito grande, mas agora eles estão lidando bem. Eu acho que, assim, porque [...] eu estou muito bem, né? Porque no começo eu estava péssima, mas agora eu estou muito bem. Aí acho que eles estão observando isso ... porque eles estavam igualzinho, do jeito que eu estava no começo, eles também estavam. Mas agora, tá tudo [...] eles estão tudo com uma carinha ótima. Eles estavam, assim, os meus, principalmente os meus filhos, né, eles estavam, assim, com muito meedo (ênfase), sabe? Tipo medo da, da, da doença, da perda, e tudo, né? Mas agora não, eles estão vendo cada etapa, né, que passa. Porque igual eu falei com a minha mãe, tudo é etapa, tudo foi, né, por etapas, aconteceu isso, veio a notícia, veio a quimioterapia, veio a cirurgia, então tudo, tudo devagar, né?

Aqui se observa uma mudança na maneira de Margarida lidar com o adoecimento. Ao falar do medo que os filhos tinham da doença e da perda, estava falando, projetivamente, do seu próprio medo da morte, que foi amenizado:

Amenizou bastante. Era pior. Era pior. Eu ficava assim, eu deitava, falava assim: “meu Deus, será que amanhã eu vou estar viva?. Agora hoje não, hoje eu estou mais [...] mais tranquila. Tenho medo, mas não é igual era no começo. O medo, no começo era muito maior.

Falou do quanto se sentia melhor nesse momento:

Assim, quando eu descobri foi [...] abriu um buraco aí eu falei: ‘nossa, vou morrer’. Fiquei mal, mas [...], custei a aceitar, né? Aí depois, foi devagar [...] aí vi [...] hoje eu estou, eu estou bem ... eu estava com medo da quimioterapia, que todo mundo fala, né, fala uma coisa, passa mal... aí fiquei com muito medo, aí que eu comecei a quimioterapia e vi que não era aquilo que todo mundo falava. Me dei bem na quimioterapia ... aí agora veio a cirurgia, quer dizer, aí senti melhoor ainda, que já [...], que eu olhava aqui assim, com aquele tumor assim no meu seio, e falava: ‘meu Deus, tem que tirar isso, tem que tirar isso, tem que tirar’. Aí agora, quando tirou, já fiquei [...] nossa, quando eu voltei da cirurgia, muito aliviada, muito mais aliviada.

A mudança observada relaciona-se, principalmente, ao término de alguns tratamentos (quimioterápico e cirúrgico) sendo que o grupo serviu de *holding* possibilitando o fortalecimento dos recursos psíquicos para o enfrentamento desses tratamentos, já que Margarida entrou no grupo em quimioterapia e fez a cirurgia no período em que recebia a assistência grupal.

Margarida falou de como se sentia diante das alterações corporais provocadas pela quimioterapia:

Quando eu estava fazendo a quimioterapia, nossa, me sentia mal. Tudo inchou, minhas pernas incharam, minha barriga inchou assim, assim [...] engordei, eu fiquei muito gorda, achei [...] aí agora não, agora eu estou desinchando e agora eu estou conseguindo me olhar mais, assim, igual à queda do cabelo, eu não conseguia olhar no espelho. Agora não, agora já, já tá grandezinho, já consigo olhar no espelho, já estou satisfeita. Com esse pouquinho cabelo que eu tenho, eu já estou satisfeita. Agora eu consigo me ver melhor no espelho ... a foto eu não consegui tirar ... com a peruca eu tiro. Mas, assim, não tirei foto sem cabelo. Igual, quando tá aqui agora curtinho ... não consegui tirar ... a foto eu não consigo tirar. Não consigo.

Percebe-se que, apesar da melhora relacionada à sua imagem corporal, ainda existem dificuldades relacionadas à perda do cabelo que parece ser, neste momento, o principal responsável pela insatisfação com o corpo. Ainda assim, é possível observar, por meio do grupo, o quanto a autoestima de Margarida foi sendo fortalecida. Nos últimos encontros chegava muito bem vestida, de decote e óculos escuros, sendo elogiada por todas e podendo verbalizar o quanto se sentia melhor consigo mesma.

Já a sexualidade de Margarida se apresentou ainda bastante comprometida:

Assim, depois que eu soube a notícia, não foi mais, assim, com aquele [...] entusiasmaasmo (ênfase), igual eeera (ênfase) antes, sabe? Não sei. E acho que só fica esse pensamento, da, dessa doença, desse problema. E, assim, sem tempo, assim, de você pensar na relação sexual, eu acho. Que tantas coisas, tantos médicos, tanta coisa, não sei, não consigo. E assim, por causa do cabelo, também, eu acho, assim, sei lá. Eu estou menos mulher ... menos bonita ... menos atraente.

As ênfases apontadas vêm a sinalizar o quanto a sexualidade ficou prejudicada após a notícia do diagnóstico. A perda do cabelo aparece, novamente, aqui como a principal responsável pela dificuldade no âmbito da sexualidade, sendo representado por Margarida como “ser menos mulher, menos bonita e menos atraente”.

Em relação ao trabalho continuava afastada, pois havia se submetido à cirurgia recentemente e ainda iria iniciar a radioterapia.

O Suporte Social se manteve:

Todos, acho que me acolheram, assim [...] nossa, me carregaram no colo praticamente, nossa, muito bom o apoio ... ah, todos me apoiaram. Todos me apoiando nesse momento difícil também, todos. Todos. Senti, assim, apoio muito grande, porque podia confiar, é, contar. Estavam todos, assim, dispostos pra poder fazer qualquer coisa pra me ajudar.

A repetição da palavra “todos” mostra a intensidade e a extensão do apoio recebido e o sentimento de acolhida diante desse apoio:

Eu gosto, porque eu estou vendo que eles estão, assim, estão preocupados comigo e estão, assim, estão me dando apoio que eu, que eu preciso, né, nesse momento...

No que se refere à integração social parece ter ocorrido uma piora, ou antes Margarida não falou dessa dificuldade que, possivelmente, já existia, ou não era sentida com tanta intensidade:

Ah, eu não me sinto bem, muito [...], bem, não. Parece que fica todo mundo te olhando, sabe? Igual, esse final de semana eu fui no casamento do meu cunhado. Até fui, tudo, me senti, assim [...] mas, assim, sabe, assim, aquilo, assim, que você não tá bem, assim, parece [...] não estava ninguém me olhando, mas eu achava [...] eu fiquei muito bonita, estava muito bonita, vou trazer as fotos, é, me senti muito bonita, minha filha foi dama ... mas um pouco, assim [...] assim, de não poder aproveitar a festa totalmente, não sei, fiquei muito assim [...] não sei explicar. Eu estava me sentindo, assim, inferior, não por quê ... acho que tudo é por causa do cabelo. Porque se, eu acho que, se eu estivesse de cabelo, eu acho que seria [...] não tinha problema nenhum. Sabe?

As contradições (“não se sentiu bem”; “se sentiu muito bonita”; “se sentiu inferior”) mostram que a dificuldade de ser olhada pelo outro se deve à uma projeção de seus próprios sentimentos: por se sentir incompleta, faltante, castrada, menos mulher frente a perda do cabelo, pensa que o outro achará o mesmo ao vê-la. Por esse motivo preferia ficar mais em casa, lendo, nas horas de folga e não mais sair com os filhos, como antes. No entanto, preferia estar acompanhada por se sentir mais segura, mencionando a importância da presença da mãe:

[...] eu não fiquei sozinha ainda, desde que eu fiquei sabendo da doença, eu não fiquei sozinha em momento, em momento nenhum. Aí agora estou, assim, com um pouquinho de medo, como que eu vou ficar? Igual, ela (a mãe), ela viajou ... ela ficou uns, uns., uns quinze dias lá na casa dela. Aí eu me senti, assim, com medo. Agora ela tá lá em casa, eu me sinto segura.

Sobre as mudanças ocorridas após a sua participação no Grupo de Suporte, disse:

Ah, mudou, os pensamentos agora estão muito melhores. Nossa, muito bom, eu gosto de estar ali no grupo. Quando eu venho no grupo, eu saio outra pessoa. Me sinto, assim, aliviada, sabe? E, assim, igual falei com você, a gente esclarece muitas coisas e aprende muitas coisas também, e [...] consegue tranquilizar as outras pessoas também do grupo, tem pessoas que estão com dúvida e tudo. Ah, eu acho muito bom.

Margarida esclareceu quais são estes pensamentos que estão muito melhores:

Ah, sei lá, de [...] igual, igual te falei, da morte, né, que eu tinha muito medo, aí agora eu sinto mais tranquila, me sinto, assim, confortável, muito [...] não sei, não sei te explicar, mas, assim, é [...] confortável.

Apesar de Margarida não “saber explicar” exatamente o que mudou a partir da sua participação no grupo, fica evidente o quanto o grupo possibilitou a redução de suas angústias o que pode ser percebido pelos fragmentos “sinto aliviada”, “mais tranquila” e “confortável”.

7.2.8 Rosa

7.2.8.1 Antes (24 de maio de 2013 e 29 de maio de 2013)

Rosa contou de um dos momentos mais difíceis do tratamento e da sua dificuldade em aceitar a sua tristeza:

Tive meus momentos de tristeza, assim, por causa da minha doença, mas eu consegui vencer, sabe? Assim, com otimismo. Graças a Deus, eu consegui vencer. No finalzinho, quando foi na minha penúltima quimioterapia, que eu tive uma caída. Sabe? Eu fiquei muito, muito pra baixo mesmo. Mas porque [...], até conversei com uma amiga minha ... eu via outras pessoas em piores condições, via aquelas criancinhas lá também no Oncológico ... aí eu não estava me permitindo ficar triste, pensando: ‘por que que eu estou triste se eu estou melhor?’ Mas aí, né, a amiga até conversou comigo e falou: ‘não, você tem que se permitir ficar triste porque você é humana. O seu problema é esse. Os outros estão com um problema, você acha que estão com um problema maior do que o seu, mas o seu momento é esse’. Aí eu passei a pensar nisso, sabe? Aí eu falei assim: ‘é’, como de fato, aí eu até me melhorei. Eu estava naquela, naquela angústia, naquela coisa [...] pensava assim: ‘não, eu não, eu não posso gente, eu tenho que ficar bem, porque os outros, tem outras pessoas em piores condições que eu, eu estou bem, por que que eu estou triste?’ Aí eu me permiti ficar triste, aí eu consegui sair fácil da tristeza.

O apoio recebido da amiga foi crucial para que Rosa deixasse de reprimir sua tristeza e pudesse assim superá-la.

O medo da morte apareceu, embora de maneira implícita:

Aí tem hora que bate aquele medo ... bate aquele medo, que a gente tem os netinhos pequenos, tem tudo, né. E eu estou procurando me informar às vezes, eu vejo muito, assim, quando fala alguma coisa sobre isso, eu procuro ler, pra ver direitinho, sabe?

Rosa falou do impacto de uma notícia inesperada, o câncer, em um momento difícil de sua vida:

[...] na hora eu fiquei chocada, assim, chocada, né? Fiquei chocada. Quando a gente faz um exame, né, que falam lá: 'deu uma coisinha', qualquer coisa, porque meu, meu, meu exame foi um exame de rotina. Ai quando falou assim: 'Ah, vou te passar pro mastologista pra poder [...] porque deu um[...], uma coisinha aqui', aí você já começa a imaginar, né: 'ah, que que vai ser? ... deve ser alguma coisa'. Ai, quer dizer, eu, eu estava naquela esperança de não ser, mas já tinha aquele, aquele pensamento, assim, que podia ser, sabe? ... aí, quer dizer, eu recebi aquele impacto e eu não tinha muito tempo que pensar, igual eu falei, que eu estava naquela luta com a minha mãe.

A mãe tinha Alzheimer e estava, naquele momento, em estado grave de saúde, internada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A notícia do diagnóstico veio em um momento de grande sofrimento e de fragilidade psíquica, o que intensificou o impacto emocional do diagnóstico.

O medo da recidiva se faz presente após o término do tratamento:

Hoje, eu penso, assim, que graças a Deus ... eu venci. Mas de vez em quando me bate aquele medo de [...] acontecer de novo. Sabe?

Parece que Rosa ainda carregava as marcas da vivência traumática da quimioterapia e de todo o processo de adoecimento:

Eu tenho a impressão que a gente se intoxica um pouco, né, é [...], o sabonete, eu sinto com cheiro de quimioterapia, o detergente da cozinha, sabe? Tudo, assim, qualquer cheiro diferente eu sinto, embora que lá é um lugar muito tranquilo, muito limpinho, mas eu sinto aquele [...] sabe?

Segue dizendo que:

Tá impregnado em mim. Não desvencilhei, assim, do problema, não. Eu tenho impressão que com o tempo ... eu vou conseguir. Mas por enquanto, ainda estou, assim, meia, apreensiva, sabe?... eu tenho aquele medo, mas [...] Eu estou tentando, eu tenho muita fé em Deus também, né? E eu sei que o que eu tiver que passar, eu vou passar. Eu vou ter forças, se Deus quiser. Assim que eu estou me sentindo.

O medo da morte apareceu, apesar das crenças religiosas espíritas:

Eu acho que [...] sei lá, aquele medo mesmo que a gente tem de [...] eu não, eu não sei te explicar. É um medo, assim, de, de, de [...] acho que a gente é muito apegado a essas pessoas, os filhos, os netos, né? Aquele medo de, de [...] sei lá. Acho que é medo de morrer mesmo. Apesar de eu não, não [...] de eu não, não era pra mim sentir esse medo, porque eu tenho muito esclarecimento sobre a morte, a minha crença, né? Esclarece muito isso.

Observa-se, pelas reticências feitas por Rosa e pela gagueira, o quanto é difícil falar da morte. Rosa tentou dizer de várias formas até que, por fim, disse com clareza: “*acho que é o medo de morrer mesmo*”.

Sobre as mudanças corporais decorrentes do adoecimento, contou que:

Meu cabelo não caiu todo porque eu fiz a mais fraca, mas ele [...] caiu quase tudo. Agora até cresceu.

Para Rosa, assim como para outras mulheres, o maior incômodo diante das alterações corporais foi a queda do cabelo:

Não teve deformação na mama, né? Foi só um pouquinho assim que a [...] que, que, que marcou, né? ... a única coisa que me incomodou um pouco foi o cabelo, que eu achei que eu não ia ligar, importar, mas eu fiquei, assim, é [...] no princípio, quando começou cair, cair, cair, eu ficava assim: ‘ah, meu Deus, por que que eu não [...] por que que eu não fiz a outra que caísse, caía tudo de uma vez?’, sabe? Ficava, assim, preocupada porque aqueles cabelos no chão, porque estava caindo aos poucos, né?

A mama não foi muito modificada porque a cirurgia foi conservadora, não havendo portanto, dificuldades relacionadas à ela. No entanto, a queda progressiva dos cabelos lhe causou muito sofrimento, conforme comentado na análise do grupo. Disse que, por não ser uma pessoa muita vaidosa e por ter se “conformado” com a perda do cabelo optou por não usar o lenço:

[...] eu também não sou, assim, uma pessoa muito vaidosa ... eu não tenho vaidade nenhuma, assim, de usar coisa, pintura, essas coisas ... não consigo, não uso nada. Não uso anel também não tive, assim, a ideia de, de colocar peruca. Eu comprei um lencinho, mas nem usei. Eu fui me conformando.

Rosa falou de como lidava com a perda dos cabelos diante das pessoas com que se relacionava:

Não sei se é porque meu cabelo caiu bastante, eu não fiquei careca, não, mas caiu muito, sabe? E eu tenho aquela necessidade de falar com os outros: “ah, eu tive [...], sabe? É [...] eu passei por um, por um problema de um câncer de mama”. Eu não sei se, até quando, até quando isso é valido, se é melhor eu ficar quieta, se é melhor falar, eu não, não estou sabendo lidar com isso ... porque todas as pessoas que às vezes eu comento, me dá uma palavra amiga, sabe? ‘Não, nossa, você já tá bem!’. Porque eu não, eu não consegui, assim, ficar muito abatida mesmo, não, eu não, eu não consegui, eu não fiquei, entendeu? Eu consegui, assim, pelo menos [...], às vezes até por dentro [...], né? Que às vezes tem muita coisa que a gente [...] né? Mas, enfim, assim [...] eu, sei lá, eu consegui tentar, pelo menos, ficar, sabe? Pra cima, né? Não sei também se até que ponto isso daí foi bom pra mim, ou não, porque às vezes eu [...] eu estava aparentando uma coisa que eu não estava sentindo. Né?

A necessidade de falar com os outros parece derivar de uma necessidade de amparo, pois, ao contar para as pessoas sobre a doença, recebe, em troca, uma palavra amiga. Apesar de haver uma dificuldade em assumir, diante das pessoas, os seus sentimentos, reprimindo-os, reconhece o quanto estava impactada emocionalmente, necessitando, portanto, de cuidado e de afeto.

A sexualidade já era comprometida independente do câncer de mama. Dessa forma, usou essa justificativa, ao afirmar que ela não foi afetada pela doença:

A minha sexualidade, é [...], já tem, já tem, assim, um problema. Meu marido, ele tem, ele tá impotente, mas bastante tempo já. Sabe? Mas a gente é mais, assim, companheiro, mesmo, quer dizer, já não tá mesmo tendo, é, contato físico assim, nessa, nessa parte ... porque o, o nosso, o nosso relacionamento é mais de companheirismo mesmo, de amizade, de carinho mesmo, sabe? ... a gente não, não tem mais esse contato físico não, sabe? É, e ele também, em relação à doença, ele não, não teve, não teve preconceito nenhum, com nada, não, sabe? Ele continuou sendo a mesma pessoa ... sobre a sexualidade, a gente já não, não estava tendo mesmo, né? Alterou em nada, não.

Com relação à atividade laboral Rosa fazia trabalho voluntário em uma instituição espírita. Interrompeu as atividades temporariamente, logo após a cirurgia, mas já havia retornado:

[...] eu trabalho numa assistência social do, do centro, sabe? do centro espírita. Eu trabalho no departamento do DASP, que é doenças de pessoas socialmente carentes, né? A gente faz sopa, aos sábados a gente dá [...] eu faço esse trabalho voluntário ... agora que eu estou voltando pras atividades ... porque eu, eu parei, né, eu parei com tudo. A única coisa que eu fazia era ler e computador ...

Sobre o relacionamento entre as pessoas da família, disse:

O relacionamento é bom. A gente tem problema, como todo mundo tem, né? Mas, assim, a gente não tem briga, não tem nada, coisa assim ... relacionamento é bom, vamos pôr razoável, né, porque as vezes tem um conflitozinho, mas não chega a ser briga, não chega a ser nada, tudo tem um entendimento. Entendeu?

O discurso de Rosa deixou claro que existe algum mal estar no seu relacionamento com a família, o que vem a ser esclarecido logo depois:

[...] porque [...] inclusive, eu sou filha única, né? Aí, quer dizer, eu, eu me julgo, assim, uma pessoa carente, por não ter irmãos, sabe? E meu marido é muito companheiro mesmo, sabe? Tá sempre presente, e, e meus filhos também ... tem, assim, aquele problema de dia a dia deles, que, às vezes, não tem, não pode dar aquela assistência que às vezes a gente quer, né? Que às vezes, que quando a gente tá, assim, num processo desses que eu passei, aí quanto mais, você quer que, né?... mas é, eu consegui passar por isso sem ter, sem cobrar, porque eu sei que eles têm o dia a dia deles, a hora que podiam estar presentes eles estavam comigo.

Rosa esperava mais apoio dos filhos, atribuindo sua carência, não apenas a isso, mas ao fato de ser filha única, o que a fez sentir-se muito sozinha por toda a vida. Além disso, a descoberta da doença veio em um momento muito difícil de sua vida, do adoecimento e dos cuidados com a mãe, que logo após veio a falecer:

Porque a minha mãe, eu perdi ela recentemente, inclusive, assim, nesse processo, quando eu soube da doença, ela estava, é [...] eu estava com ela, ela estava com Alzheimer, eu já estava por conta dela, eu já tinha deixado os meus compromissos pra cuidar dela. Quando eu fiquei sabendo da doença, eu não tive nem muito tempo de pensar na minha doença, porque eu estava ali na luta com ela, já estava, assim, mais terminal, sabe?

Apesar de toda demanda afetiva, da necessidade de amparo e de cuidado, Rosa apresentou dificuldades de aceitar o apoio da família:

O meu tratamento, eu fiz ele bem sozinha, sabe? Bem sozinha, assim, mas eu acho, assim, eu que optei por isso, porque as pessoas me ofereciam. Mas eu pensava assim: 'meu Deus, por que que eu vou tirar as pessoas da coisa lá se eu estou passando [...] estou bem?'. Eu ia pra quimioterapia sozinha, minhas consultas, depois que eu fazia quimioterapia, aí ia ou um dos meus filhos ia me buscar ou, ou meu marido ia me buscar, sabe? Eu acho, assim, eu não tive mais ajuda... eu mesmo que não me [...], não permiti. Foi uma escolha minha ... a gente sente carência, a gente sente uma certa carência, a gente quer, né, que as pessoas estão ali, tá ali em volta da gente. Eu acho, assim, se fosse um das, das, dos meus [...] que tivesse vivendo a situação, eu estaria mais presente. Mas eu penso assim, hoje em dia, os jovens são muito [...] sei lá, são muito desligados. Igual, por exemplo, assim, eu sei, eu não posso esperar os meus filhos, eles fazer por mim o que eu fiz pela minha mãe, porque minha criação foi diferente.

Justificou sua dificuldade afirmando desejar poupar os filhos e também, numa análise mais profunda, é possível observar um sentimento de solidão que a acompanha por toda a vida, devido ao fato de não ter irmão, agindo como se tivesse que manter esse lugar solitário. Nesse momento percebe-se a presença de raiva e angústia por “ser sozinha”:

Eu não dei oportunidade das pessoas me ajudarem, eu achei que eu, acho que eu fui, assim, um pouco, eu que fui um pouco fria. Mas eu não queria ocupar eles, sabe? Eu pensava assim: ‘Não, se eu estou conseguindo [...]’ aí eu não sei se é porque a gente é sozinha, a gente cria aquela, aquela: “Não, eu sou sozinha, não tem ninguém, não sei o quê” e que sempre tive aquela coisa de não ter irmão, sabe? É, porque muita coisa que a gente tem, a gente não passa pros de casa. Angústia essas coisas assim, sabe?

Rosa falou que gosta muito de passear, de viajar, mas também é muito caseira, além de se sentir bem quando está sozinha:

Ah, eu gosto de ler, eu fico mais mexendo no computador. Eu gosto muito de passear, a coisa que eu mais gosto é praia. Viajar assim, andar de ônibus, gosto de viajar de carro também ... assim, já fui muito em excursão, sabe? Gosto de ir nessas excursão, assim, essas coisas de, programa de índio, mesmo ... eu me sinto muito bem sozinha, tem hora. Eu sinto muita de ter as pessoas, mas também tenho aquele momento meu, que eu gosto de caminhar sozinha ... gosto muito de cantar, eu canto muito ... ah, eu sou muito caseira, eu gosto muito da minha casa. Sabe? Gosto muito mesmo. Eu às vezes tenho oportunidade de, assim [...] um grupinho, uma coisa assim, às vezes eu prefiro mais ficar em casa, sabe? Eu gosto da minha casa, sinto bem na minha casa.

7.2.8.3 Depois (03 de outubro de 2013)

O medo da doença e da recidiva permaneceram:

Se eu te falar que eu não fico assim com medo, é mentira, sabe? A gente sempre fica com aquela, com aquela pontinha assim .. é do controle, que eu já fiz a primeira etapa, que eu acho que agora alguns, de alguns em alguns meses eu vou ter que fazer né. ... eu acho que vai dar tudo certo. Tô com esperança né, confiança também. Eu não posso dizer assim, que eu tô livre de tudo, porque não tô, não peguei os resultados, mas [...]. O que eu penso agora é assim, porque quando a gente sabe a primeira vez, que você tem um câncer né, apesar de falar: ah, o médico: ‘é uma coisa, tá muito no início e tudo’, mas a gente fica apreensiva, porque é um câncer né. Aí, eu acho assim, eu me preparo assim, sabe? Porque se algum dia eu voltar ou se eu tiver um câncer em outro, em qualquer outro órgão sabe, eu acho que vou tá mais preparada pra aceitar. Tem pessoas que, às vezes passa anos e depois volta, volta. Até em outro órgão, outra coisa assim né. Mas aí eu penso assim, se eu venci essa, eu tô assim, mais preparada. Eu creio que se eu souber de novo, eu vou ficar assim, a princípio vai me dar aquele choquezinho de

novos, mas eu vou encarar, porque eu acho que, se tiver que ser meu, sabe? ... vou lutar de novo. (riso)

Rosa lança mão, como recurso de enfrentamento, de uma espécie de “vacina” contra o sofrimento, preparando-se para a possibilidade do retorno da doença, como uma tentativa de controle da mesma, frente a ameaça do imprevisto, do desconhecido, como se, dessa forma, seu sofrimento pudesse ser amenizado. O riso ao final aparece como resposta à uma grande angústia.

Apareceram alguns incômodos na relação com o seu corpo, mas não relacionado à doença:

Eu sinto bem. Eu me sinto gorda, me sinto. Sei que o meu corpo tá [...], sou bem corcunda e tudo, mas eu não dô muita importância a isso não. Igual, por exemplo, eu vou na praia, eu ponho biquíni, sabe, uso bermuda, não tenho, não tenho, não tenho preconceito né, com, com o meu corpo não.

Aqui Rosa já não mencionou a falta do cabelo, porque ele já havia crescido, tal como era antes do tratamento.

A sexualidade também não sofreu alterações:

A minha sexualidade é aquela coisa, meu marido ele tá impotente sabe? Mas, a gente se respeita, a gente, a gente se gosta mesmo. É mais um companheirismo, amizade, sabe? Ele é uma pessoa muito boa pra mim ... tá certo, a gente gosta de sexo, mas não é o, o principal na vida da gente. Eu acho assim, a amizade que ele tem por mim, o amor que ele tem por mim é muito mais importante ... ele sempre teve ali comigo, a vida inteira, sabe? Aí eu não dô importância não.

Rosa ainda lamentou por não ter tido mais apoio, apesar de reconhecer que não permitiu que isso ocorresse:

Tá bem, graças a Deus, assim, a gente tem mesmo aquele problema do dia a dia né, porque ninguém é perfeito e cada um é um. É, é, mas a gente se respeita sabe? O que eu sinto mais apoiada é pelo meu marido né. É o que tá mais ali mesmo. Porque eu acho que os jovem hoje num, eles num [...]. Eu acho que pode ser até uma fuga né, eles [...] quer dizer, eu sei que se eu precisar tá ali. Eu sei que eles estão preocupado ... eu nem, nem me sinto assim, constrangida, assim, triste por causa disso não. Eu entendo eles ... vejo com naturalidade porque, na hora da necessidade mesmo, eles tão presente, sabe? Mas [...]. Todos me deram apoio, assim, igual é [...]. Eu, eu acho que eu poderia ter tido mais apoio, sabe? Mas eu mesmo, é, assim, não, não [...], falava: ‘ah num precisa, eu tô bem, eu vou sozinha’, sabe? Todo mundo dizia, as pessoas me oferecia, mas eu não queria assim, incomodar, sabe? Quer dizer, acho que não é tanto pelas pessoas, é por mim mesmo, foi por mim.

O discurso repleto de contradições aponta o seu sentimento de desamparo, apesar do apoio recebido, mas recusado.

Sentiu-se apoiada pelo ambiente social, principalmente pelos colegas de trabalho:

No grupo também que eu trabalho sabe? Apoiada assim, cada um tem a sua vida né, seu compromisso. Mas, as pessoas se preocupam, perguntam e, e, e, me dá força assim: 'Poxa, graças a Deus, você venceu, já passou, você tá bem, sabe? Se você precisar de mim eu to aí.', sabe?

Continuou a mencionar a sua dificuldade em aceitar o apoio das pessoas:

Eu acho é que eu é que, que pus uma barreira. Eu não me deixei assim, se aproximar tanto, que eu achava que não tinha necessidade sabe? Eu mesmo, logo no princípio, eu já comecei a fazer as coisas mesmo. Na minha atividade no Centro eu voltei logo também, pras reuniões, sabe, os grupos de estudo.

Em relação à maneira como se sentia no ambiente social, também não houve mudanças:

Eu não sou muito de frequentar é, assim, ambientes sociais não, sabe?... gosto muito assim, de viajar, de, de, mais de ir na rua ver vitrine, andar, eu gosto muito de andar ... tenho vontade, quero fazer, voltar a caminhar. Tô com ideia de fazer é, como é que chama gente, na água, hidroginástica ... de ir numa academia, uma coisa assim eu tenho vontade de fazer.

Sobre a sua preferência em estar sozinha ou acompanhada nas horas de folga: “... se eu tiver com alguém tá bom, mas se eu tiver sozinha também, eu não, não importo.”

Logo em seguida falou do seu sentimento de solidão, o que pareceu estar relacionado ao fato de ser filha única:

Num sei se é porque eu sempre pus na minha cabeça que eu sô sozinha sabe? Igual, por exemplo, se eu for pra praia, como a gente vai todo ano no carnaval, vai um grupo de pessoas pra, pra praia. São treze pessoas. Assim, minha tia, prima, essas coisas assim. Eu vou, a gente tá ali, a gente brinca, conversa, faz tudo. Mas eu tenho meu momento de sair sozinha, igual, por exemplo, tem excursão, adoro excursão também sabe? Mas aí, se tiver companhia pra mim ir eu vou, se não tiver eu não me importo de ir sozinha pra praia. Pego minha cadeirinha e minha sombrinha e sento lá. Não ligo. Isso não me magoou sabe?

Ao final desse discurso afirmou não sentir mágoa pelo fato de “ser sozinha”, porém, a análise da entrevista mostra uma profunda tristeza diante do sentimento de solidão.

Sobre o impacto percebido do grupo, Rosa mencionou um benefício, que também foi mencionado por outras mulheres do grupo, que é o conforto sentido quando percebe que existem problemas maiores do que o seu:

Eu, parece que eu fiquei assim, mais, eu não dô tanta importância os problemas hoje em dia, porque a gente ouve, ouve muita coisa ali, muito problema das outras pessoas. Aí eu penso assim: 'gente, qualquer coisa, às vezes a gente acha que aquilo é o fim do mundo né, ... mas perto dos problemas que eu vi e que eu ouvi, sabe, os meus não são nada, sabe?'. Eu acho assim que são problemas mesmo do dia a dia, que todo mundo tem, toda família tem, mas são problemas que, sei lá, perto dos que eu ouvi ali, sabe, eu [...]. Porque, às vezes a gente, ou por qualquer coisinha, a gente acha que aquilo ali é demais né. E não é. Eu acho que a gente tem que pensar, analisar, viver o problema ali na hora, mas não ficar depois com aquilo sabe? Bom, eu penso assim agora. Eu acho que foi assim. Passei a valorizar mais as coisas, mais a vida, sabe? Agradecer a Deus pela vida que eu tenho.

Outro aspecto do grupo que Rosa destacou pela importância que teve em sua vida é:

Eu acho que é mesmo a troca de experiência. É, é, assim, o companheirismo sabe? A gente, porque eu aprendi a ouvir né, e porque eu acho assim, que a gente fala muito. A gente, a gente escuta muito pouco as pessoas. Eu aprendi a ouvir mais as pessoas sabe? Eu acho que isso, assim, até no meu dia-a-dia, porque, às vezes a gente tá conversando qualquer coisa, a pessoa começa a contar uma coisa, a gente logo acha que o da gente é mais importante. Eu acho que é o aprender a ouvir é uma coisa que, que a gente ouviu muito ali, muita coisa e repetidas, repetidas, repetidas. E ter paciência com aquilo, entendeu? Quer dizer, aí eu desenvolvi a paciência também. Às vezes a gente acha 'poxa vai falar de novo', mas é coisa assim, que tem, que a gente tem que aprender, é a necessidade daquela pessoa naquele momento ... eu tô querendo levar isso pra minha convivência com as pessoas, aprender a ouvir. Porque é muito bom quando uma pessoa escuta a gente também, que às vezes a gente tem necessidade de falar né e, às vezes não tem com quem falar, mas a pessoa tem necessidade de falar. Eu acho, eu gostei dessa parte assim.

Além do aprender a ouvir, falou da importância de poder ser ouvida. Neste caso, o grupo se destacou como substituto da família ausente ou faltosa já que Rosa não se permitia falar para os seus familiares, como realmente se sentia, na tentativa de poupá-los.

7.2.9 Tulipa

7.2.9.1 Antes (30 de abril de 2013 e 09 de maio de 2013)

Tulipa contou como se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer de mama:

Olha, alívio. [risos]. É porque, a minha mãe, ela faleceu de câncer de mama, há mais de trinta anos atrás. Então eu passei essa minha vida, esses trinta e tantos anos esperando esse diagnóstico ... sempre com medo, sempre com medo. E a mídia não para de falar nisso. Eu às vezes não conseguia [...] ouvir. Eu via que o assunto ia ser esse, eu [...] não conseguia ouvir. Então eu acho que foi pior essa expectativa, era pior fazer exame, eu tinha que fazer uma força muito grande pra fazer o exame. Eu fazia, mas [...] é muito medo. Quando eu tive o diagnóstico é como se eu falasse assim: 'até que enfim, agora eu estou livre disso'. E foi isso, foi assim mesmo, essa sensação que eu tive, 'agora eu vou operar, estou livre desse negócio. Não preciso mais ficar com medo'. Mas foram por conta [...] e também, porque, como eu tinha filhos, eu rezava muito pra que eu não tivesse problema nenhum enquanto eu tivesse com eles. Rezava mesmo, sempre pedia isso, que eu não fique doente enquanto eu estivesse criando os meus filhos. E agora eles estão criados. Então, meio que eu falei: 'obrigado por ser agora'. Então a sensação foi mesmo de alívio. Agora eu me livro disso.

A história familiar de câncer de mama resultou num medo intenso de ser acometida pela doença. O fantasma da doença era pior do que a própria notícia da doença. O grupo mostra que o “não conseguir ouvir” falar da doença permaneceu após o diagnóstico, mostrando que o fantasma da doença não deixou de existir. Inclusive, Tulipa admite isso um pouco adiante na entrevista:

Hoje, eu, eu não considero aquela primeira, o alívio que eu tive, já não existe mais. Eu sei que é uma doença que vai ter que ficar sob controle pro resto da vida. Isso é uma coisa que me preocupa às vezes. Porque hoje eu ainda tenho disposição de andar, de ir pra lá, de ir pra cá, entendeu? Que seja sempre assim, que eu possa resolver tudo, a minha única preocupação hoje é [...] tomar cuidado.

Tulipa falou que o alívio sentido na descoberta do câncer de mama não existia mais, ou seja, o medo da doença permaneceu, mostrando, ao mesmo tempo, uma preocupação com a dependência. Precisar do outro é visto por Tulipa como um problema, necessitando ser autossuficiente. De maneira implícita, Tulipa também falou do medo da recidiva durante o controle da doença.

Disse como lida, atualmente, com o câncer de mama:

E eu sei que essas coisas têm que acontecer mesmo, a gente não vai ficar aqui pra sempre. Ninguém, nada. Não tenho revolta ... o meu plano de saúde eu terminei com sessenta anos, foi quando eu não pude mais pagar, eu tive quase trinta anos de Unimed. Não precisei. ... e quando eu precisei, eu acho que eu estou tendo um tratamento melhor do que se eu tivesse plano ... eu tive médicos fantásticos, ... atendimento, não tenho queixa nenhuma. Você acha que a Unimed ia me pagar uma psicóloga? Não ia.

Tulipa pareceu compreender a doença como algo a que estava pré-destinado a acontecer, relacionando-a a morte: “a gente não vai ficar aqui pra sempre”. Ao mesmo tempo elogiou o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e valorizou o fato de ele lhe proporcionar assistência psicológica, mostrando assim sua demanda.

O medo da morte também se evidenciou no fragmento abaixo, além da presença de sentimentos depressivos relacionados à queda do cabelo:

[...] a minha vida toda, eu pedi a Deus que não me deixasse ter nenhum problema enquanto os meus filhos fossem crianças. Eu tinha pavor, tinha muito pavor de não poder criar os meus filhos. E eu fui muito saudável quando eu descobri o câncer, foi quase que eu disse assim: obrigada, que foi agora, que foi comigo, que não foi nada com os meus filhos, assim ... então, acho que eu levei numa boa por isso. De verdade, eu não fiquei [...] deprimida. Pra te dizer a verdade, a única hora que eu quase deprimi foi quando o cabelo caiu, que eu fiquei até com vergonha. É uma vergonha, porque o problema ser [...] esse, de ficar sem o cabelo, entendeu? Mas foi a única hora.

Apesar de Tulipa ter afirmado que levou “numa boa” a experiência do adoecimento já que não adoeceu enquanto os filhos ainda eram pequenos, o grupo vem a mostrar o quanto foi doloroso enfrentar a doença e os tratamentos, o que é evidenciado no “não gosta de ouvir e de falar no câncer”. Observa-se que há muita dificuldade de assumir os seus sentimentos depressivos, precisando afirmar o oposto: “De verdade, eu não fiquei [...] deprimida”. O termo “De verdade” aparece justamente para mostrar o quanto ela não está podendo ser honesta em relação aos seus verdadeiros sentimentos, negando-os. Em seguida afirmou que a única hora que ficou “quase” deprimida foi no momento da queda do cabelo. Ainda assim, sentia-se “envergonhada”, não aceitando seu sentimento diante da queda, como se a perda do cabelo não fosse um motivo digno de sofrimento. O termo “quase” apareceu na tentativa de suavizar seu sentimento de depressão e de profundo desespero:

É, a queda do cabelo. Olha, é, eu acho, eu não sei as outras pessoas, né, mas [...] se eu soubesse, eu tinha tomado [...] falando sério, sabendo que eu ia ficar tão [...] sem ar, assim, eu teria [...] tomado remédio, um tranquilizante, assim, teria tomado, porque foi um dia horrível, assim, de você não sair, um dia, assim, pra ficar com medo, assim. Mas aí eu rezo, peço [...] me acalma, e fui direto e raspei a cabeça. Pronto, acabou o problema, mas foi um dia [...] difícil. O Mais difícil de todos [...].

Curioso observar que as reticências feitas pela paciente ocorrem justamente naquilo que é mais difícil de ser admitido: o sofrimento com a queda, o desejo/necessidade de fazer uso de um psicofármaco, o horror vivenciado. Ainda que tenha expressado todo o seu

desespero, o fez de maneira muito defensiva: “*Pronto, acabou o problema*”, como se a problemática da queda tivesse acabado naquele momento, ou seja, como se o problema fosse apenas o instante da perda dos cabelos e não permanecer sem eles.

Diante da queda do cabelo:

Eu me sinto [...] velha. Não é que eu não me sinta nem feia, mas é como, assim, se de repente eu tivesse setenta anos, entendeu? Mas é besteira também. Eu sou muito [...] eu tenho muita fé, eu sei, sabe, dos problemas do mundo [...] isso aí é bobagem. Então eu vou [...] levando.

É marcante a dificuldade de Tulipa em aceitar os seus sentimentos. Aqui falou do quanto a queda do cabelo a fez se sentir velha, desvalorizando, porém, aquilo que sentia: “mas é besteira” ou “isso aí é bobagem” e, ao mesmo tempo, supervalorizando “os problemas do mundo”, como se o seu não tivesse importância.

Tulipa, ao dizer como se sente em relação ao seu corpo, ressaltou, mais uma vez, a perda dos cabelos:

Olha [...] eu dou graças a Deus de estar separada. [risos]. Porque [...], eu sei que depende do teu companheiro, tem companheiro que faz, dá mais segurança, mas eu acho que, mesmo assim, as mulheres que são casadas, é muito difícil. Porque eu não ando em casa sem lenço. O problema de eu usar lenço não é por ninguém, porque pras minhas amigas eu faço questão de mostrar minha carequinha, então eu não tenho vergonha. Mas eu não gosto.

O discurso acima é repleto de contradições sinalizadas nos grifos. Ao mesmo tempo em que afirmou “não andar em casa sem lenço” e “não gostar de mostrar a carequinha”, disse que “faz questão de mostrar a carequinha” e que “não tem vergonha”. Dessa forma percebe-se o quanto foi difícil para Tulipa aceitar a vergonha e todo o mal-estar provocados pela ausência dos cabelos. Tulipa atribuiu a dificuldade de se relacionar a um companheiro à falta do cabelo e não à modificação da mama (fez a reconstrução mamária). A modificação refere-se à cicatriz, o que também foi apresentado no grupo: “*Eu fico imaginando, assim, se eu tivesse que dormir com meu marido, eu acho que eu teria problema pelo cabelo, não pela cicatriz ...*”

Segue se explicando:

Eu já estou separada, então [...] eu nem sei como eu me sinto se eu tiver um relacionamento agora, realmente eu não sei. Eu acho que vou encarar na boa, nunca vou me relacionar com uma pessoa [...] boba, imatura ... nessa minha idade, o corpo já não é [...] eu não vou seduzir ninguém com o corpo, e nem ninguém vai me seduzir com corpo. Então, se eu achar uma pessoa, vai ser uma pessoa [...] madura. Eu acho que eu não vou ter problema com corpo não, mas enquanto eu estiver sem cabelo, sem chance.

Sobre as mudanças ocorridas em sua vida após o diagnóstico de câncer, falou prontamente das limitações com o trabalho:

E estou trabalhando menos, mas é por enquanto, né? Eu espero que depois que eu acabar a radioterapia eu volte a trabalhar. Que eu ainda preciso trabalhar ... faço artesanato, faço bonecas

Tulipa disse que gosta e que se sente bem em ambientes sociais, no entanto, prefere estar sozinha e ler nas horas de folga.

Sobre o apoio familiar recebido disse:

Olha, a pessoa difícil sou eu. Eu é que não gosto de de de preocupar meus filhos. Então, eu pra levar meus problemas pra eles, só se eles vão ajudar a resolver. Se não, eu não levo. Eles só foram saber do que eu tinha quando eu já estava com a operação marcada ... é porque eu estava levando bem, eu não estava [...] se eu me sentisse insegura, era mais fácil eu procurar um psicólogo do que eu [...] entendeu? Procurar uma terapia, do que falar com eles, porque a vida do jovem hoje é muito difícil, você deve saber disso. Trabalha muito, é difícil você seguir na tua carreira. Minha filha é professora de educação física, trabalha num monte de lugar, meu filho é fotógrafo, ele trabalha (nome da instituição), faz design, faz trabalho em casa [...] então, se eu levaria pra ele, se eles [...] eu só ia precisar deles quando eu estivesse internada, aí foi que eu [...] foi quase [...] eu sei que isso decepiona às vezes, 'poxa, não contou comigo e tudo', mas pra mim ia ser pior, se eu visse eles preocupados, porque isso aí já é um choque, né?

Tulipa disse que não gosta de preocupar os filhos, o que se deve ao fato, pode-se inferir, de muito ter se preocupado com a sua mãe (em relação ao adoecimento por câncer de mama). Seu movimento é de não levar os problemas para os filhos, a fim de poupá-los, assim como, provavelmente, gostaria de ter sido poupada do sofrimento (negado) decorrente do adoecimento da mãe, que parece ter sido vivenciado como “um choque”. Falou novamente, pois no grupo já havia mencionado, do seu desejo em ter um psicólogo, mostrando o quanto estava abalada emocionalmente. Contudo, ao mesmo tempo negava a necessidade de terapia, negando, portanto, uma condição de fragilidade: “se eu me sentisse insegura”, como se estivesse bem e segura. Apesar de recusar o apoio da família, fica claro o quanto este lhe foi oferecido:

Meu filho mora comigo, fica muito preocupado, fica ligando toda hora, sabe? Fica, quando eu operei, ia todo dia lá, fazia comida, assim... acho legal isso, mas, isso, eu acho que me desgasta um pouco, assim, vendo ele... se eu posso fazer, mesmo devagarinho, mesmo assim, sabe? Isso é até um questionamento, assim, que que eles fazem, assim: ‘você não dá nem a chance à gente de ajudar’, mas não é isso, não é orgulho, não é nada. É porque pra mim dóia mais. Claro que, se eu estiver incapacitada, não vou fazer loucura, entendeu?

O que “dói” é perceber que estava causando algum tipo de sofrimento ao seu filho, assim como a mãe parece ter lhe causado. Para se defender, racionalizou, afirmando que preferia não levar preocupação para os filhos porque eles trabalham muito: “*É diferente se eles estivessem em casa, fossem estudantes, mas trabalham muito*”.

As inferências feitas acima são baseadas em vários momentos do discurso de Tulipa nos quais parece haver um recalque de alguma vivência relacionada ao adoecimento da mãe, tal como apareceu no relato abaixo, que, embora seja da entrevista final, cabe ser mencionado aqui para que a dinâmica da paciente seja compreendida com clareza:

A única coisa que assim, eu tinha um pouco de problema era com meu irmão. Acredita que eu nunca contei pra ele (do câncer). Porque meu irmão é assim, depressivo ... a gente teve o caso da nossa mãe, que parece que marcou até mais a ele do que a mim, né. Ele sempre falava: ‘mamãe sofreu muito, mamãe sofreu muito’. Eu não achava, assim, eu nunca vi. Claro que ela deve ter sofrido, mas eu nunca vi minha mãe chorando. Não sei se ele viu, nunca perguntei a ele. ... a minha mãe passou assim, como eu tô passando agora e a gente era muito nova também. Então de repente eu não percebi, mas ele é mais novo que eu. Mas eu sempre notei que ele sentiu mais, talvez até por ser mais novo. Eu nunca entendi direito, porque que ele sempre tinha muita tristeza quando falava dela. Eu não ... eu preferia que ele não soubesse nunca ...ele fica muito preocupado. Foi a única pessoa assim, que eu pisei em ovos foi com ele, mas por esse motivo.

Tulipa afirmou, insistentemente, que a “mãe não sofreu”, ou que “sofreu pouco”, ou que “nunca viu ou percebeu o seu sofrimento”: “*eu nunca vi minha mãe chorar*”, apesar do irmão ter percebido o contrário. A paciente reagiu à sua doença da mesma maneira, não podendo se fragilizar diante dos filhos, para não fazê-los sofrer. O que parece é que experienciou uma situação traumática com a mãe, que foi recalcada, tornando-se, portanto, inconsciente, mas que aparece na forma de defender os filhos, projetivamente, do mesmo sofrimento. Disse nunca ter perguntado ao irmão se ele viu a mãe sofrer, provavelmente, por medo do que ele diria, o que a remetia à experiência que não pode ser lembrada. Disse que ela e o irmão eram muito novos quando a mãe adoeceu e que, talvez, ele tenha sentido mais por ser mais novo. Talvez por isso temia adoecer enquanto os filhos ainda eram pequenos, por acreditar que o sofrimento deles seria maior, como o seu o foi.

Passando-se à questão do Suporte Social, quando questionada se esperaria apoio de alguém que não teve, falou do desejo em ter as amigas e o irmão por perto, o que não foi possível por residirem em outro estado:

A minha família toda é do (nome do estado). Eu morei em (nome da cidade) treze anos, minhas amigas, assim, tem umas dez amigas ... todas essas pessoas não podem ficar indo de um estado pro outro toda hora. Então eu não posso dizer que eu não contei com elas, entendeu? Elas vieram me visitar uma ou duas vezes, na medida do possível, porque, igual minha família, também ... todas trabalham, meu irmão trabalha, não dá pra você gastar cem reais de passagem, que não é só isso que você gasta, pra fazer toda semana uma visita. Então eu não posso nem dizer [...], claro que eu senti falta dessas pessoas todas ... mas eu, é, nem ligo, eu também não poderia, meu irmão, se ele tiver um problema, eu não vou poder [...] talvez eu possa uma vez por mês visitar, por mais grave que seja o problema dele. Eu não vou poder ir toda hora, sabe? Ainda mais se eu estiver trabalhando já [...] se eu não tiver, você vai e passa quinze dias. Mas, se eu estiver trabalhando, você não pode largar. Hoje não vai dar, você não pede uma licença sem motivo, eu entendo isso. Então, eu senti falta [...] Os poucos momentos, assim, que eu fiquei deprimida, foi por conta disso, que eu queria meus amigos. Mas [...] eu que quis morar aqui (risos).

A contradição presente nos trechos grifados aponta sua dificuldade (negação parcial) em reconhecer sua necessidade de afeto. Assim, mais uma vez, utilizou da racionalização: “*eu também não poderia*” para mostrar toda a sua compreensão e conformismo com o fato das pessoas queridas não poderem estar próximas. No entanto, ao final do discurso, admitiu ter sentido falta da presença dessas pessoas chegando até a se deprimir. O riso apresentado logo ao final do discurso parece ser uma defesa contra a angústia suscitada pelo reconhecimento dos seus sentimentos.

A pesquisadora perguntou se o apoio recebido vinha especialmente de alguém, e então, Tulipa, mais uma vez, negou, enfaticamente, a necessidade de apoio: “*Mas é como eu te falo, eu estou sempre bem. Eu estou sempre muito bem*”.

Logo depois mencionou o apoio de uma tia e dos amigos, mas mantendo a ideia de autossuficiência:

Tem uma tia minha que até eu estava cuidando dela antes de eu me operar ... e meus amigos, né, que me ligam sempre, participam também, mas não é assim [...] toda semana, toda hora. Como eu estou sempre bem, nem falo quando eu vou fazer quimio, assim [...] eu vou sozinha, volto sozinha ...

Parece transferir isso para o grupo, posicionando-se de maneira muito defensiva, como se não precisasse do apoio do grupo, apesar de ser bastante frequente nos encontros.

7.2.9.2 Depois (01 de outubro de 2013)

Acerca do medo e da doença, disse:

Eu não fico mais preocupada. Engraçado isso né? Eu sei de tudo. Eu sei que pode voltar, mas eu não me preocupo mais. É como se, assim, eu tivesse visto que não é uma coisa do outro mundo. Aquele medo não se justificava, porque não é um, um [...]. Eu vi coisas piores, eu acho assim, pessoas com problemas de coluna, de estômago, eu acho que coisas assim, que atrapalham a sua vida, que você depende dos outros, é pior. Pra mim é pior do que uma doença que pode até me levar a morte, mas só isso. Durante, mesmo durante o tratamento, não me incapacitou. Então não tive assim, nenhum bicho papão, não tenho mais medo. Se, se eu fizer um exame e acontecer de novo [...]. Antes não, antes eu tinha muito medo. Agora não tenho mais.

O trecho acima parece mais como uma negação acirrada do medo de uma recidiva, do que uma mudança promovida pelo grupo. A repetição da ideia de que “não se preocupa mais”, de que “não tem mais medo”, denota uma tentativa de reprimir seus sentimentos, a partir da ideia contrária (negativa). O relato “das coisas piores que viu” aparece como uma racionalização na tentativa de buscar alívio e conforto nos casos que considera piores do que o seus, piores principalmente por levar à dependência, fato que considerava pior do que a própria morte. A propósito, essa é uma defesa bastante comum entre as mulheres do grupo.

Sobre as mudanças corporais fez menção, apenas, ao fato de ter perdido peso com o tratamento e estar satisfeita por isso: “Perdi dez quilos e não recuperei ainda. Um sacrifício sair dos 76, 77. Mas aí, durante todo o [...] desde da cirurgia até terminar a quimio, perdi 10 Kg. Achei ótimo”, além de ter afirmado não se sentir bonita por causa do uso do lenço.

Tulipa mencionou algumas leituras que fez antes e durante a quimioterapia (antes de sua inserção no grupo) como recurso terapêutico:

Porque, quando alguma coisa me incomoda, eu leio sobre budismo, muito livro sobre autoajuda, eu leio muito sobre essas coisas assim. Neurociência eu gosto muito. Sou formada em Biologia, então eu consigo entender alguma coisa. Eu li dois livros de neurociência pra entender o funcionamento do cérebro, como é que você faz pra dar o comando pra ele. Eu gosto muito desses assuntos. Eu acho que isso é uma terapia ... o budismo é muito bom, porque te ensina a ter paz, a meditar, é muito bom. Você se acalma, respira. Então fiz isso muitas vezes ... sempre que eu tô muito estressada, eu procuro ler um livro cabeça, assim, de filosofia, sabe. Desses que você tem que reler, reler pra entender o pensamento assim. Eu procuro e eu fiz muito isso nessa época (da quimioterapia). Isso me distrai. Eu acho que isso foi uma terapia.

Relatou o efeito obtido com essas leituras:

Muito bom, porque você ocupa a sua mente com outra coisa ...às vezes você tá se sentindo muito mal. Daqui a pouco você começa a ler uma coisa ou conversar com alguém e você esqueceu que você tava com dor de cabeça, esqueceu ... se não passar, se o que tiver sentindo, mal-estar, desânimo, não passar com isso tudo, eu vou ao médico. Eu não, aí eu acho que tô mesmo com mal físico. Mas sempre passa.

Tulipa relatou que o período da quimioterapia foi o mais difícil do tratamento, por causa da queda do cabelo. Percebe-se que o fato da leitura ter se intensificado nesse período se deve a um mecanismo de fuga, para não ter que pensar sobre o que estava lhe acontecendo:

Sempre que eu tô muito estressada, eu procuro ler um livro cabeça... desses que você tem que reler, reler pra entender o pensamento assim... porque você ocupa a sua mente com outra coisa.

Tamanha é a sua dificuldade de ter que se haver com os seus afetos, que, caso a leitura não desse conta de afastá-los, e assim viesse a sentir mal-estar e desânimo, era melhor acreditar que o mal-estar era físico, e então, procurar um médico. No entanto, o grupo parece ter atendido à necessidade de conforto, pois, nesse período, afirmou não ter realizado essas leituras:

Parei sabe (risos). Parei. Eu não li nenhum livro desse tipo durante esse processo (do grupo). Eu tô lendo 'O gênio egoísta' de novo, que é um livro que eu já tinha lido, mas é mesmo pra distrair, assim. É realmente, eu não precisei, tá vendo.

No que tange à sexualidade, não referiu mudanças:

Acho que não mudou nada. Continuo achando homens negros lindos, cheirosos, cheirosos, continuo reparando os homens.

Em relação ao trabalho observa-se uma mudança, pois, além de ter retornado à ativa, a volta ao trabalho promoveu a reintegração social, pois é ele que a faz sair de casa e a se relacionar com as pessoas:

Eu já não gosto de sair mesmo. Gosto de ficar em casa, quieta, trabalhando. Mas eu só saio pra visitar uma loja, pra fazer compras, o mínimo possível. Eu saio, faço tudo e volto pra casa pra trabalhar. Ah, ela (a cozinha) ocupa todo o meu tempo.

Tulipa falou, timidamente, do quanto gostaria de ter os filhos mais próximos:

Minha filha mora no Rio, eu moro aqui com meu filho, trabalha, assim normal, cada um seguindo sua vida, menos do que eu gostaria. Gostaria que tivesse todo mundo junto, assim, mas normal, cada um seguindo a sua vida. Eu tentando seguir a minha também.

O “normal” mencionado por Tulipa refere-se ao relacionamento com a sua família. Fica claro o desejo de que a família estivesse mais unida, demonstrando assim suas necessidades afetivas (afrouxamento da defesa).

Sobre o relacionamento com as amigas:

[...] amigas se fala por telefone, pelo facebook assim, é meio que assim, só coisas boas. Assim, os amigos, como tão longe, eles não participam muito, assim. Então, não mudou nada ... e minhas amigas todas, elas, elas têm, mais ou menos, esta vida que eu tenho. Todas fazem artesanato, participam de eventos ... a gente tem sempre muito assunto ... e não é um assunto(o da doença) que eu goste muito, se você quer saber. Eu falo: ‘tá tudo bem, tá tudo bem’ e pronto, passou e volto e já começo a falar de outra coisa, porque num, pra mim passou mesmo.

Continuou a lançar mão do mecanismo de repressão, ao dizer que não gosta de falar no assunto da doença, se esquivando sempre que ele surge, e ao afirmar estar “tudo bem”, mostrando o quanto ainda é doloroso enfrentar seus medos, suas preocupações e seus fantasmas.

Nas horas de folga continuou preferindo estar sozinha, lendo, fazendo artesanato e cozinhando:

Bom, vejo filme, leio. Só isso. Eu tô fazendo boneca, eu tô fazendo biscoito ... bolas, árvores, árvores de pendurar, árvores de mesa, tudo de petwork.

Sobre a sua principal fonte de apoio referiu-se à terapeuta/pesquisadora: “*Não, ninguém mais do que... só você.*” Pode-se supor que o apoio referido à pesquisadora seja estendido ao grupo, já que não foi realizada assistência individual. Contudo, devido ao movimento transferencial de Tulipa para o grupo, é difícil aceitar a ajuda recebida do mesmo, assim como é difícil aceitar o apoio dos familiares, posicionando-se de maneira onipotente.

Continuou a recusar o apoio das amigas como uma forma de reprimir o medo da doença. No trecho a seguir falou de como age com as mesmas:

[...] eu não gosto desse assunto ... porque eu falei: ‘olha, esquece isso, para de falar assim - você vai superar, você já [...]’. Superei, já acabou, não quero mais ouvir esse assunto ... o que eu falei pras minhas amigas assim: ‘oh, o único assunto assim que eu vou querer falar de câncer agora é se o INCA tiver precisando de touca, me avisa, que eu dô um jeito, entendeu?’... tá precisando de ajuda? Agora não preciso mais de força. Eu não preciso mais, graças a Deus. Tem alguém precisando?

Comportava-se como se não precisasse do apoio alheio, pois defensivamente, não tinha mais medo da doença e estava bem, e mais, colocava-se no lugar oposto, de quem proporcionava ajuda (onipotência).

Com a família não era diferente:

... ficar toda hora falando: ‘não faz, não pega’, aquilo me, ah [...] me incomoda. Parece que eu tô doente, entendeu?

Sobre o impacto percebido do Grupo de Suporte, disse:

Olha, foi aonde eu pude falar sobre a doença, sem ficar preocupada com nada, que é uma coisa que eu não falo, como te falei, eu não falo, eu evito falar com meus amigos, meus filhos eu não sei se precisava falar.

A contradição de apontar o “poder falar sobre a doença sem ficar preocupada”, denotando ser este um benefício do Grupo, e ao mesmo tempo, “não sei se precisava falar”, mostra a necessidade de um espaço de acolhida onde pudesse dizer sobre a experiência do adoecimento, mesmo não sendo esta, uma tarefa fácil.

Em seguida disse como se sentiu ao falar sobre a doença no grupo:

Foi bom. Mas, eu antes, eu não achei que eu não precisasse falar sobre isso. Eu não tava sentindo necessidade de falar. Mas agora eu acho que foi bom. Pronto. Não tem dúvida nenhuma. Não falo, porque antes eu podia achar ‘será que eu tô com medo, com algum problema de encarar esse assunto?’. Mas não, não tem mesmo, não tem mesmo. Tanto que eu quero ajudar, quero, assim que eu tiver uma disponibilidade aqui, ajudar ... de por exemplo, uma coisa que eu vou fazer muito assim, é tentar conseguir peruca ... porque eu sei que é importante pra muita gente assim ... que a gente ajudava lá em (nome da cidade que morou), Asilo, agora eu vou ajudar os doentes ... porque é onde a pessoa tá muito, muito abandonada mesmo, assim. Não é abandonada assim[...] todo mundo se preocupa com o idoso né. Mas quando você tá doente, é importante mesmo todo mundo dá um apoio.

No grupo Tulipa pôde falar da doença porque lá “não ia levar preocupação para ninguém”, como acreditava que ocorria quando falava com a família ou com os amigos. Apesar de reconhecer isso como um benefício do grupo, afirmava, defensivamente, que antes

não percebia uma necessidade de falar, pois, na verdade, falar é uma maneira de enfrentar (ou de ter que se haver com) esse fantasma aterrorizante. Contraditoriamente, falou, em outro momento, do desejo de receber assistência psicológica, que não seria por outro motivo, senão pela necessidade de falar. Sendo assim, o grupo foi capaz de afrouxar suas defesas, possibilitando o enfrentamento da doença, mesmo que muitas de suas dificuldades ainda não tivessem sido superadas.

O termo “pronto” dá a ideia de finalização, de encerramento, denotando não querer prosseguir no assunto. Logo em seguida um elemento importante escapou de seu inconsciente: “será que eu tô com medo, com algum problema de encarar esse assunto?”. No entanto, voltou a se defender do que lhe é insuportável: “Mas não, não tem mesmo, não tem mesmo”, na tentativa de compensar todo o pavor e sentimento de desamparo (apesar de ter o apoio da família). Falou do seu desejo em ajudar os doentes (pessoas com câncer) fornecendo-lhes perucas (a perda do cabelo é o que lhe trouxe mais sofrimento). A relação entre o seu “problema de encarar o assunto” e o desejo em ajudar se dá pelo uso do termo “tanto que eu quero ajudar”. Da mesma forma, o seu sentimento de desamparo ficou evidente quando, projetivamente, falou que a pessoa doente está “ *muito, muito abandonada mesmo*”. Ainda projetivamente falou “*Não é abandonada assim [...], todo mundo se preocupa*”, o que remete ao seu próprio sentimento de abandono apesar da preocupação dos seus familiares. Esse sentimento se dá pela impossibilidade de compartilhar seus sentimentos e suas vivências com as pessoas queridas, pois não quer levar para elas nenhum tipo de preocupação.

Ao falar sobre a importância que o grupo teve em sua vida, disse:

Olha, eu, eu acho que eu fiquei com mais consciência pra ouvir as pessoas com problemas assim. Eu não sei, é porque depois que eu fiquei doente [...], que antes eu nunca tinha ficado doente, e também porque ver que tem gente que não tem apoio mesmo, não tem apoio da família. Tem gente que se sente muito sozinho. Eu hoje tenho mais paciência de escutar, de dar um palpite, de falar alguma coisa. Porque eu não gostava muito desse assunto. Quer dizer, antes eu não tinha esse ambiente né, esse ambiente de hospital, assim ... é porque eu me informo muito, então, eu já sabia de, assim, alimentação, tudo eu já sabia. O que o grupo me ajudou foi isso mesmo. E hoje em dia, eu, se eu tiver um problema mais sério, é mais fácil eu procurar você no novo grupo em primeiro lugar. Talvez eu procuro o grupo antes do livro, porque é mais, eu acho que é mais gostoso você falar com pessoas, com um papo? Problemas de um, de outro. Dizer pra um, pra outro. Hoje talvez minha opção seja, passando por isso de novo, procurar logo um psicólogo.

Tulipa fez um reconhecimento explícito da ajuda recebida ao afirmar que “se tiver um problema mais sério” procurará o novo grupo, fazendo referencia a este mesmo grupo, que é chamado de novo porque continuará, mas não com o propósito de pesquisa, sendo

refeito o contrato entre a terapeuta e as participantes. Assumir a necessidade de apoio, a sua demanda afetiva, é difícil, pois a faz sentir-se frágil, doente e dependente. Contudo, no grupo, isso se tornou possível, sendo este considerado por Tulipa sua principal fonte de apoio, até mesmo na frente do livro, valorizando o “*falar com pessoas*” que é a sua maior dificuldade.

7.3 Considerações sobre os resultados encontrados

Foi possível observar que o Grupo de Suporte apresentou uma riqueza de material muito maior do que as entrevistas, sendo possível, por meio dele, perceber com maior clareza a psicodinâmica das pacientes, incluindo os recursos e as defesas psíquicas, que somadas às histórias de vida, resultam na maneira singular de cada mulher lidar com o adoecimento por câncer de mama.

Uma limitação da entrevista final consistiu no fato de que, ao serem questionadas, as mulheres já supunham que a entrevistadora sabia, de antemão, a resposta, por conhecer, com certa profundidade, a história de cada uma que já havia sido exposta e trabalhada no grupo. Por esse motivo, as respostas foram, muitas vezes, simplistas demais. Esse problema fora previsto pela pesquisadora, que, na tentativa de evitá-lo, solicitou às mulheres, antes de iniciar a entrevista, que respondessem com clareza a cada pergunta, mesmo que imaginassem que a entrevistadora já soubesse a resposta, ou que tivessem a sensação de estarem sendo repetitivas. Contudo, essa conduta não evitou que o problema ocorresse; talvez tenha apenas amenizado.

No entanto, as entrevistas foram válidas na medida em que foram capazes de cumprir com o seu objetivo de comparar o antes e o depois da intervenção grupal, com relação aos aspectos psicossociais do adoecimento, tendo o grupo auxiliado significativamente na compreensão dos fatores envolvidos no processo de mudança.

Os resultados mostrados, tanto na análise no material do grupo quanto da entrevista, apontam que nem todas as mulheres apresentaram mudanças significativas relacionadas aos indicadores elencados. Contudo, é importante ressaltar que o grupo se mostrou relevante em vários aspectos para todas as mulheres, conforme relatado por elas próprias, haja vista o depoimento de Tulipa, Laranjeira e Camélia que encontraram no grupo um espaço para a expressão e acolhida de seus afetos, que puderam ser representados para não serem somatizados.

Sustentado pela função de *holding*, o Grupo de Suporte possibilitou: (1) a promoção de recursos de enfrentamento para lidar com câncer de mama, o que ocorreu, sobretudo, a

partir do afrouxamento de certas defesas psíquicas, dificultadoras do trabalho de elaboração, principalmente a negação da doença e dos sentimentos gerados por ela, e do processo identificatório que proporcionou conforto às mulheres que percebiam a existência de dificuldades semelhantes às suas ou até mesmo piores. A identificação também ocorreu pelo mecanismo de introjeção quando algumas mulheres utilizaram de recursos de outras para superarem uma dificuldade. A exemplo, é lembrado da ocasião em que Margarida e Tulipa se encorajaram para retirar o lenço, a partir do momento que Hortência o retirou no grupo; (2) o apoio complementar ou substituto da família/ambiente social, ausente ou faltoso, o que favoreceu a redução das angústias e dos sentimentos depressivos por meio da catarse, de *insights* e posterior elaboração. Tais angústias e sentimentos se evidenciaram, sobretudo, pela queda dos cabelos e pelo medo da recidiva e da morte que puderam ser atenuados pela desmistificação e dissolução de mitos e fantasias; (3) A (re)integração social, na medida em que os fatores relacionados ao isolamento social, como a perda dos cabelos e os sentimentos depressivos associados a esta ou a outras perdas, puderam ser trabalhados no Grupo de Suporte.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou abordar o câncer de mama sob a perspectiva (ou a partir) da experiência subjetiva da enfermidade, tendo como principal objeto de análise a singularidade de cada mulher envolvida no estudo. Este é o ponto nodal que diferencia a presente pesquisa da maioria dos trabalhos científicos encontrados na literatura acerca do tema. Esta dissertação tenta preencher uma lacuna existente na literatura especializada, que, conforme Leite e Peres (2013), refere-se à carência de pesquisas qualitativas que ofereçam maiores esclarecimentos sobre os mecanismos e processos mediadores dos processos de mudança.

Foi por meio do Grupo de Suporte, como modalidade de intervenção terapêutica, que as mulheres puderam trabalhar as dificuldades psicossociais envolvidas no processo de adoecimento e, dessa forma, fortalecerem seus recursos psíquicos para o enfrentamento da doença. O cuidado oferecido no grupo e pelo grupo contemplou o estabelecimento de vínculos capazes de proporcionar trocas afetivas e cuidados mútuos, resultando em um sentimento de apoio e proteção entre as participantes e na consequente estabilidade subjetiva das mesmas. Isso caracterizou o Grupo de Suporte como suporte social para os seus membros.

No entanto, o Grupo foi além de suas pretensões de acolhimento e apoio, que visam possibilitar o pensar sobre a doença e a expressão de sentimentos relacionados a ela. Todo o *holding* oferecido proporcionou o surgimento de questões profundas, normalmente suscitadas e trabalhadas nos denominados grupos de aprofundamento, por serem de ordem mais inconsciente. Algumas dessas questões foram apresentadas neste estudo por serem do interesse do mesmo; outras não, por não estarem relacionadas aos objetivos do trabalho ou por exigirem/demandarem mais tempo de análise e escrita do material. A riqueza dos dados proporcionados pelo grupo foi tamanha, que seria possível a produção de novos trabalhos científicos que abordassem as questões que se desdobram da presente investigação envolvidas no adoecimento por câncer de mama.

O grande envolvimento e investimento afetivo da pesquisadora muito provavelmente contribuíram para o envolvimento e o investimento das mulheres no grupo. O interesse da pesquisadora pelo tema e por esta modalidade de assistência não é apenas acadêmico, mas também clínico. O Grupo de Suporte às mulheres com diagnóstico de câncer de mama já era uma prática desenvolvida pela pesquisadora, alguns anos antes da realização deste estudo,

como também não foi interrompida após o seu término. Atualmente acontecem dois grupos dessa modalidade no HU, Unidade Dom Bosco, coordenados pela pesquisadora, sendo um deles o que se seguiu à presente investigação.

Nesta modalidade de pesquisa, clínica-qualitativa, a pesquisadora também assume a função de terapeuta/facilitadora do grupo, o que resulta em uma relação peculiar com as pesquisadas, ocorrendo o estabelecimento de vínculos mais estreitos e maior envolvimento afetivo. Neste caso específico, o trabalho com o grupo proporcionou um intenso desejo de ajudar as mulheres participantes, que se encontravam em um momento de profundo desamparo e fragilidade emocional. A principal característica deste grupo, que o diferencia do outro conduzido pela pesquisadora, é o fato deste ser constituído por mulheres com diagnóstico recente que estão no auge dos tratamentos e, portanto, no momento mais crítico do adoecimento, o que é marcado, principalmente, pelas alterações corporais e pelo comprometimento da qualidade de vida. Não se pode deixar de sublinhar nestas considerações, o quanto é gratificante ouvir e proporcionar conforto a essas mulheres, assim como divulgar, no meio científico, não apenas os resultados do trabalho, mas, sobretudo a delicadeza e a sutileza das experiências vividas durante os encontros do grupo.

Por fim, cabe ressaltar que novos estudos poderão derivar do material produzido nessa pesquisa, haja vista sua extensão e profundidade, assim como dos novos dados que vêm surgindo na continuidade do trabalho assistencial, os quais estão sendo registrados em um livro próprio com a finalidade de desenvolvimento de novos projetos. Um grande leque de possibilidades teóricas se abriu, pois juntamente com a doença, emergiram temas relacionados à sexualidade (para além de aspectos relacionados à mama adoecida, mas somando-se a estes), à violência contra a mulher e à marcadores sociais de gênero e de idade, incluindo a problemática do envelhecimento. Essas questões são indissociáveis na assistência e nos estudos que envolvem mulheres com câncer de mama por estarem intimamente ligados ao contexto de significação da doença. Contudo, são pontos que não foram analisados em profundidade por não corresponderem aos objetivos desse estudo, mas que têm a perspectiva de serem desenvolvidos em trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS

- A. C. Camargo Cancer Center. (n. d.). *Quimioterapia*. Recuperado de <http://www.accamargo.org.br/servicos-especializados/quimioterapia/15/>
- Antunes, C., & Fontaine, A. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social Support Appraisals. *Padéia*, 15, 355-366. doi:10.1590/S0103-863X2005000300005
- Aragão, E., Vieira, S., Alves, M., & Santos, A. (2009). Suporte Social e estresse: uma revisão de literatura. *Psicologia em foco*, 2(1), 79-90.
- Aureliano, W. A. (2009). "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista Estudos Feministas*, 17, 49-70. doi:10.1590/S0104-026X2009000100004.
- Bloch, S., & Kissane, D. (2000). *Psychotherapies in psycho-oncology: na exciting new challeng*. *Brit J Psychiatry*. 177: 112-116.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. (2011). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014a). *Estadiamento*. Recuperado de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014b). *O que é Câncer*. Recuperado de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014c). *Radioterapia*. Recuperado de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100
- Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, Método e Delineamento de Pesquisa. In G. Breakwell, C. Schaw, S. Hammond, & J. Smith, *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3a ed., pp. 22-41). (F. R. Elizalde, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, E. P. (1992). O Paciente Somático no Grupo Terapêutico. In J. Mello Filho, & M. Burd, *Psicossomática Hoje* (pp. 371-385). Porto Alegre: Artmed.

- Campos, E. P. (2000). Grupos de Suporte. In J. Mello Filho, *Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos* (pp. 117-130). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Campos, E. P. (2007a). Suporte Social: Um Conceito no Campo da Saúde. In E. P. Campos, *Quem Cuida do Cuidador: Uma Proposta para Profissionais de Saúde* (pp. 43-54). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Campos, E. P. (2007b). Holding: Um Conceito Winnicottiano. In E. P. Campos, *Quem Cuida do Cuidador: Uma Proposta para Profissionais de Saúde* (pp. 55-74). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Campos, E. P. (2007c). Suporte Social: Um Ato de Cuidar. In E. P. Campos, *Quem Cuida do Cuidador: Uma Proposta para Profissionais de Saúde* (pp. 75-86). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Campos, E. P. (2007d). O Profissional de Saúde: Um Cuidador. In E. P. Campos, *Quem Cuida do Cuidador: Uma Proposta para Profissionais de Saúde* (pp. 33-42). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Caregnato, R. C. A., & Multi, R. (2006). Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15, 679-684. doi:10.1590/S0104-07072006000400017
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Comin, F. S., Santos, M. A., & Souza, L.V. (2009). Vivências e Discursos de Mulheres Mastectomizadas: Negociações e Desafios do Câncer de Mama. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14, 41-50. doi:10.1590/S1413-294X2009000100006
- Costa, M. A. D. L., & Chagas, S. R. P. (2013). Quimioterapia Neoadjuvante no Câncer de Mama Operável: Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(2), 261-269. Recuperado de http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/14-quimioterapia-neoadjuvante-no-cancer-de-mama-operavel-revisao-da-literatura.pdf
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Dunley, G. (2000). Grupos com Pacientes Mastectomizadas: Aplicações da Psicanálise no Trabalho Institucional. In J. Mello Filho, *Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos* (pp. 345-359). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferrant, A. (2007). Psychopathologie de l'adulte. Pôle psychosomatique. In R. Roussillon (Org.), *Manuel de Psychologie et de Psychopathologie Clinique Générale* (pp.485-502). Paris: Elsevier Masson.

- Ferreira, M. (2003). *Aprender e Praticar Gramática*. São Paulo: FTD.
- Ferreira, M. L., Franco, C. B., & Queiroz, F. C. (2002). Construindo o Significado da Mastectomia: Experiência de Mulheres no Pós-operatório. *Revista de Ciências Médicas*, 11(1), 47-54.
- Ferreira, M. L., & Mamede, M. V. (2003). Representação do Corpo na Relação Consigo Mesma após Mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 299-304. doi:10.1590/S0104-11692003000300006
- Freud, S. (1984). *Resumo das Obras Completas*. (P. C. Rzezinski, Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Freud, S. (2006a). As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. In *Edição standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 143-156). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1910).
- Freud, S. (2006b). A dinâmica da Transferência. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 107-119). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (2006c). A negativa. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 262-269). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925).
- Freud, S. (2006d). Recordar, Repetir e Elaborar: Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 159-171). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (2006e). Repressão. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 147-162). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925).
- Freud, S. (2006f). Inibições, Sintoma e Ansiedade. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 79-152). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).
- Freud, S. (2006g). Psicologia de grupo e a análise do ego. VII - Identificação. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 115-120). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1921).
- Freud, S. (2006h). As resistências à psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 235-247). (O. C. Muniz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925[1924]).

- Gaynes, B., Wisniewski, S.R., Rush, A.J., Spencer, D., Trivedi, M.H., & Fava, M. (2008). The STAR*D study: Treating depression in the real world. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 75(1), 57-66.
- Gilliéron, E. (1993). *Introdução às Psicoterapias Breves*. São Paulo: Martins Fontes.
- Gimenes, M. G. (1997). *A Mulher e o Câncer*. Campinas: Editorial Psy.
- Gomes, F. A., Panobianco, M. S., Ferreira, C. B., Kebbe, L. M., & Meirelles, M. C. C. C. (2003). Utilização de Grupos na Reabilitação de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Enfermagem UERJ*, 11(3), 292-295.
- Guirado, M. (1995). *Psicanálise e Análise do Discurso: Matrizes Institucionais do Sujeito Psíquico*. São Paulo: Summus.
- Hegenberg, M. (2013). *Psicoterapia Breve*. (4a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Johnson, J., & Lane, C. (1993). Role of Support Groups in Câncer Care. *Supportive Care in Cancer*, 1(1), 52-56.
- Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lane, S.T.M. (2012). O processo grupal. In: S.T.M. Lane & W.Codo (Org.), *Psicologia Social: o homem em movimento* (pp. 78-98). São Paulo: Brasiliense.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lawall, F. A. A., Trivellato, I. O., Shikasho, L., Filgueiras, M. S. T., Silva, N. C., & Almeida, T. R. (2012). Heranças familiares: entre os genes e os afetos. *Saúde e Sociedade*, 21, 458-464. doi:10.1590/S0104-12902012000200018
- Leite, L.P., & Peres, R.S. (2013). Grupos de Apoio a mulheres acometidas por câncer de mama: panorama atual. *Revista da SPAGEST – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 14(1), 55-67.
- Lotti, R. C., Barra, A. A., Dias, R. C., & Makluf, A. S. (2008). Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371.
- Lowenkron, T. S. (2000). É Possível Psicanálise Breve? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(4), 59-79.

- Minas Gerais. Governo do Estado. (2006). *Manual Administrativo-Financeiro Centros Viva Vida de Referência Secundária* (Projeto Estruturador Viva Vida). Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde.
- Minayo, M. C. S. (2008). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., & Sanchez, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 239-262. doi:10.1590/S0102-311X1993000300002
- Oliveira, L. M., Medeiros, M., Brasil, V. V., Oliveira, P. M., & Munari, D. B. (2008). Uso de Fatores Terapêuticos para Avaliação de Resultados em Grupos de Suporte. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 432-438.
- Orlandi, E. P. (2010). *Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos*. (9a ed.). Campinas, SP: Pontes.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do Impacto Psicossocial no Adoecer da Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.
- Perucchi, J. (2008). Uma contextualização histórica das diferentes perspectivas da Análise do Discurso: configurações teórico-metodológicas pertinentes à Psicologia Social. *Mnemosine*, 4(2), p. 38-67.
- Pietrukowicz, M. (2001). *Apoio Social e Religião: uma Forma de Enfrentamento dos Problemas de Saúde*. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Pinheiro, C. P., Silva, R. M., Mamede, M. V., & Fernandes, A. F. (2008). Participação em Grupo de Apoio: Experiência de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 733-738. doi:10.1590/S0104-11692008000400013
- Py, L. A., Castellar, C., & Rocha, L. (1987). Seleção de Pacientes para Grupoterapia. In L. A. Py, R. F. Gomes, M. Camara, L. F. Nobre, E. Mascarenhas, C. Castellar, & L. Rocha, *Grupo sobre Grupo* (pp. 21-35). Rio de Janeiro: Rocco.
- Rezende, V. L., & Botega, N. J. (1998). Grupo de Apoio Psicológico a Mulheres com Câncer de Mama: Principais Fantasias Inconscientes. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 39-48.
- Ribeiro, P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Rudge, A. M. (2009). *Trauma: Psicanálise passo-a-passo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Sales, C. A., Paiva, L., Scandiuizzi, D., & Anjos, A. C. (2001). Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-272.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, M. A., Prado, M. A. S., Panobianco, M. S., & Almeida, A. M. (2011). Grupo de Apoio a Mulheres Mastectomizadas: Cuidando das Dimensões Subjetivas do Adoecer. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 27-33.
- Schmidt, E., & Mata, G. F. (2008). Transferência e Iatrogenia na Relação Médico-Paciente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(1), 37-40.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de Mama e o Sofrimento Psicológico: Aspectos Relacionados ao Feminino. *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237. doi:10.1590/S1413-73722008000200005
- Tavares, J. S. C., & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e Significados do Câncer de Mama na Perspectiva de cinco Famílias Afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 426-435. doi:10.1590/S0102-311X2005000200009
- Tergolino, B. M., Faria, H. M. C., Brito, N. M., & Carvalho, S. M. (2013). De Peito Aberto: Programa de Prevenção e Acompanhamento Integrado no Câncer de Mama. In M. S. T. Filgueiras, G. G. Gonze, & R. A. N. D. Villela (Orgs), *Residência em Psicologia: Novos Contextos e Desafios para a Formação em Saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Tfouni, L. V., & Laureano, M. M. M. (2005). Entre a Análise do Discurso e a Psicanálise, a Verdade do Sujeito: Análise de Narrativas Orais. *Revista Investigações*, 18(2), 15p. Recuperado de http://www.revistainvestigacoes.com.br/Volumes/Vol.18.N.2_2005_ARTIGOSWEB/LedaTfouni-MarcellaMassolini_ENTRE-A-ANALISE-DO-DISCURSO-E-A-PSICANALISE_Vol18-N2_Art07.pdf
- Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Definição e Principais Características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Turato, E. R. (2005). Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, Diferenças e seus Objetos de Pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39, 507-514. doi:10.1590/S0034-89102005000300025
- Turato, E. R. (2008). Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde e Humanas. (3a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Venâncio, J. L. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Volich, R. M. (1995). O Eclipse do Seio na Teoria Freudiana. *Percurso*, 14(1), 55-64.
- Volich, R. M. (1998). Gene Real, Gene Imaginário: Uma Perspectiva Fantas(má)tica da Hereditariedade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(2), 137-150
- Volich, R. M. (2010). A Clínica das Desorganizações (pp. 335-372). In *Psicossomática Psicanalítica*. (7a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1980). *A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Winnicott, D. W. (1988a). *O Ambiente e os Processos de Maturação*. (2a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1988b). *Os Bebês e suas Mães*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Yarnoz, A. Z., Quinto, S. S., Castillo, P. D. S., & Prats, C. J. (2005). Grupos de Apoio al Paciente Oncológico: Revisión Sistemática. *Enfermería Clínica*, 15(1), 17-24.
- Zimerman, D. E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICES

Apêndice A. Entrevistas antes e depois da Intervenção de Grupo

ENTREVISTA 1 (antes da intervenção de grupo)

Data: ____/____/____ Número de Prontuário: _____

Primeiro encontro da entrevista 1

1. Dados de identificação:

- 1.1. Nome: _____
- 1.2. Telefone de contato: _____
- 1.3. Sexo: _____
- 1.4. Idade: _____
- 1.5. Estado civil: _____
- 1.6. Escolaridade: _____
- 1.7. Profissão/trabalho atual: _____
- 1.8. Com que raça/etnia você se identifica? Negro branco amarelo pardo índio outros
- 1.9. Renda Familiar: _____
- 1.10. Religião: _____

2. Composição e dinâmica familiar

2.1. Você tem filhos e netos? Quantos e qual a idade dos mesmos?

Nome	Sexo	Idade	Filho a)	Neto (a)

- 2.2. Com quem mora?
- 2.3. Como é o relacionamento entre as pessoas da família?
- 2.4. Você se sente apoiada pelas pessoas da sua família? Este apoio vem especialmente de alguém? Tem alguém de quem você esperaria apoio e não tem?
- 2.5. Você se sente apoiada pelas pessoas por pessoas do seu ambiente social? Este apoio vem especialmente de alguém? Tem alguém de quem você esperaria apoio e não tem?
- 2.6. De que forma esse apoio é oferecido e recebido?

3. Avaliação dos critérios de exclusão relacionados à saúde mental:

- 3.1. Faz ou já fez tratamento psiquiátrico e/ou psicológico? Qual(is)? Quando? Por quê?
- 3.2. Qual o resultado obtido com esse(s) tratamento(s)?
- 3.3. Faz uso de algum medicamento psiquiátrico? Qual (is)?
- 3.4. Você observou alguma melhora em seu estado emocional após o uso deste medicamento?
- 3.5. Quem receitou este medicamento?
- 3.6. Você recebe um acompanhamento médico deste tratamento? Com que frequência?
- 3.7. Participa ou já participou de algum Grupo de Suporte? Qual, onde e quando?

Observação: Os dados pertinentes para avaliar o comprometimento mental e/ou cognitivo graves serão captados apenas através da observação.

4. Sobre o câncer de mama:

- 4.1. Quando e como foi diagnosticado o câncer?
- 4.2. Qual (quais) o(s) tratamento(s) foram realizado(s) para o câncer desde a descoberta da doença? Quando estes tratamentos foram realizados?
- 4.3. Atualmente realiza algum tratamento para o câncer?
- 4.4. A doença resultou em alguma alteração em seu corpo?
- 4.5. Já teve câncer antes? Em que parte do corpo? Quais os tratamentos realizados? Atualmente, trata-se de retorno para controle ou de outra manifestação do câncer?
- 4.6. Possui história familiar de câncer? Qual o tipo de câncer e qual o grau de parentesco?

Segundo Encontro da Entrevista 1

5. Aspectos subjetivos relacionados ao câncer de mama:

- 5.1. Como se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer?
- 5.2. Como lida com isso hoje em dia?
- 5.3. Como tem se sentido desde o momento que descobriu a doença?
- 5.4. Que ideias e pensamentos sobre o câncer passam na sua cabeça? Algum tipo de pensamento ou medo lhe ocorre frequentemente?
- 5.5. Houve alguma mudança na sua vida a partir do diagnóstico de câncer de mama? Qual?
- 5.6. Como você se sente, atualmente, em relação ao seu corpo?
- 5.7. Como se sente em relação à sua sexualidade?

6. Sociabilidade:

- 6.1. Você realiza alguma atividade fora de casa como esportes, aulas, trabalho voluntário, ou qualquer outra?
- 6.2. Você tem algum grupo de relacionamento como amigos, igreja, artesanato, dentre outros?
- 6.3. Como se sente em ambientes sociais?
- 6.4. O que gosta de fazer nas horas de folga?
- 6.5. Nas horas de folga prefere estar sozinha ou com outras pessoas?
- 6.6. Frequenta os mesmos lugares que frequentava antes de ter o câncer de mama?
- 6.7. Você gosta do que faz no seu trabalho?
- 6.8. Como se relaciona com as outras pessoas no ambiente de trabalho?

7. Observações do profissional (impressões, postura, comentários e expressões da entrevistada):

ENTREVISTA 2 **(depois da intervenção de grupo)**

Data: ____/____/____ Número de Prontuário: _____

1. Dados de identificação:

- 1.1 Nome: _____
- 1.2 Checar e registrar apenas as mudanças ocorridas em relação aos dados de identificação da entrevista 1.

2. Composição e dinâmica e familiar

- 2.1 Como está o seu relacionamento com as pessoas da sua família?
- 2.2 Você tem se sentido apoiada pelas pessoas da sua família? Este apoio tem sido especialmente de alguém? Tem alguém de quem você esperaria apoio e não tem?
- 2.3 Você tem se sentido por pessoas do seu ambiente social? Este apoio tem sido especialmente de alguém? Tem alguém de quem você esperaria apoio e não tem?
- 2.4 De que forma esse apoio tem sido oferecido e recebido?

3. Sobre o câncer de mama:

- 3.1 Você iniciou algum tratamento para o câncer após a entrada no grupo?
- 3.2 Atualmente realiza algum tratamento para o câncer? Qual (is)?
- 3.3 Houve algum caso de câncer na família após o início do trabalho de grupo?
- 3.4 Qual o tipo de câncer e qual o grau de parentesco?

4. Aspectos subjetivos:

- 4.1 Hoje em dia, como se sente em relação ao câncer?
- 4.2 Que ideais e pensamentos sobre o câncer passam na sua cabeça? Algum tipo de pensamento ou medo lhe ocorre frequentemente?
- 4.3 Houve alguma mudança na sua vida a partir de sua participação no grupo? Qual (is)?
- 4.4 Atualmente, como você se sente em relação ao seu corpo?
- 4.5 Atualmente, como se sente em relação à sua sexualidade?

5. Sociabilidade:

- 5.1 Como tem se sentido em ambientes sociais?
- 5.2 Que atividades você tem fora de casa?
- 5.3 Você iniciou algum grupo de relacionamento como amigos, igreja, artesanato, dentre outros?
- 5.4 O que tem feito nas horas de folga?
- 5.5 Nas horas de folga prefere estar sozinho ou com outras pessoas?
- 5.6 Tem frequentado os mesmos lugares que frequentava antes de iniciar o Grupo de Suporte?
- 5.7 Como tem se relacionado no ambiente de trabalho?

6. Saúde mental

- 6.1 Durante o tempo que estava participando do Grupo você fez algum tratamento psiquiátrico e/ou psicológico? Qual? Quando iniciou? Por quanto tempo? Por quê?
- 6.2 Qual o resultado obtido com esse tratamento?
- 6.3 Está fazendo uso de algum medicamento psiquiátrico? Qual (is)? Esse medicamento psiquiátrico faz parte de um tratamento psiquiátrico ou foi prescrito por outro clínico?

7. Quais os aspectos do Grupo de Suporte você destacaria pela importância que teve sobre sua vida? (pontos positivos e negativos; informação, alívio da ansiedade e da angústia, sentimento de apoio)

8. Observações do profissional (impressões, postura, comentários e expressões da entrevistada):

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE DOM BOSCO – UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.

Pesquisador responsável: Hila Martins Campos Faria

Endereço: Rua Eugênio do Nascimento, s/n - Bairro Dom Bosco – Juiz de Fora – MG CEP: 36.038-330

Fone: (32) 4009-5368, (32) 4009-5337 ou (32) 9962-2347 – E-mail: hila.jf@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa “Impacto do Grupo de Suporte em mulheres acometidas por câncer de mama”. Nesse estudo pretendemos: 1) Avaliar o impacto do Grupo de Suporte sobre as repercussões emocionais e sociais do adoecimento de mulheres com câncer de mama; 2) Avaliar o Grupo de Suporte como promotor e fortalecedor dos recursos psíquicos das mulheres afetadas pelo câncer de mama; 3) Verificar o Grupo de Suporte como favorecedor de integração social.

O motivo que nos leva a estudar esse tema baseia-se no fato de que o Grupo de Suporte constitui um excelente recurso terapêutico para mulheres com diagnóstico de câncer de mama uma vez que dá atenção, além do corpo, à experiência subjetiva da enfermidade, ao contexto familiar e sociocultural de cada participante.

Para esse estudo, adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s) e pedimos sua autorização para realizar com você: entrevistas, grupo de suporte e gravações em áudio das entrevistas e dos encontros de grupo. Realizaremos as transcrições do material, mas estas informações são confidenciais. Em hipótese alguma você será identificado (a) em publicações ou apresentações científicas que possam resultar desse estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Para participar dessa pesquisa você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer ajuda financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar dele. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) e de forma alguma isso será anotado no seu prontuário ou comentado com qualquer outro profissional desta Instituição. Esse estudo apresenta risco mínimo, isso é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o nosso telefone e endereço, podendo fazer perguntas sobre alguma questão que não tenha entendido agora ou em qualquer momento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Ambulatório de Ginecologia - Hospital Universitário unidade Dom Bosco - Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Impacto do Grupo de Suporte em mulheres acometidas por câncer de mama”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de _____.

_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do participante	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/
UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora
Rua José Lourenco Kelmer S/N
Bairro São Pedro
CEP 36036-900
E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br
Tel: (32) 2102-3788

ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Grupo de Suporte com mulheres com diagnóstico de câncer de mama: considerações sobre sua eficácia

Pesquisador: Hila Martins Campos Faria

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06754512.8.0000.5147

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF (Hospital Universitário da

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 151.306

Data da Relatoria: 22/11/2012

Apresentação do Projeto:

A apresentação do Projeto esta clara e detalha o estudo de forma objetiva, o que permite compreender como será desenvolvida a pesquisa. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo proposto descreve as possibilidades de riscos e os benefícios esperados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo esta bem delineado e fundamentado, estando de acordo com os princípios éticos descritos na Res. 196/96 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão claros, em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, apresenta justificativa e objetivos, procedimentos, cita possibilidade de riscos e desconfortos, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventual danos decorrentes da pesquisa e garante sigilo e anonimato. Estando de acordo com o estabelecido na Res. 196/96 CNS

Recomendações:

Solicitamos aos pesquisadores que seja enviado este CEP o relatório final do estudo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 38.038-000

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios estabelecidos na Res. 196/96 CNS, segundo parecer deste relator, aguardando avaliação final do Colegiado do CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto.

JUIZ DE FORA, 22 de Novembro de 2012

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br