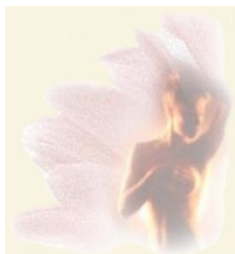


PSICOTERAPIA DE GRUPO COM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Trabalho de Licenciatura

(2004)



**Sandra Silva
Joana Loureiro
Gisela Sousa**

Licenciadas em Psicologia da Saúde pela Universidade Lusíada do Porto, Portugal

Contactos:
savasi@mail.pt

RESUMO

O cancro para quem o vivencia é uma espécie de limiar entre a vida e a morte. Quando falamos de cancro da mama, em particular nas situações em que terá de se recorrer a uma mastectomia, além dos aspectos biofísicos e psicossociais associados, é inevitável não focar a feminilidade e a conotação simbólica do seio da mulher.

O trabalho aqui apresentado proporciona uma visão multidisciplinar acerca desta problemática, sendo focado aspectos relativos à perspectiva biológica do cancro da mama, assim como o papel da psico-oncologia e do psico-oncologista em todo o processo (desde o diagnóstico à reabilitação da paciente). Em concordância com o título do trabalho, a psicoterapia de grupo mais precisamente os grupos de apoio face às mulheres mastectomizadas, recebem da nossa parte especial relevo. A pertinência dos grupos de apoio face a este caso específico (da mulher mastectomizada) é ressaltada, pois o desenvolvimento de uma rede de suporte de indivíduos que partilham as mesmas preocupações, permite uma comunicação aberta, a troca de experiências e o ressurgir de uma nova energia que facilite a reabilitação e que contribua para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: perspectiva biológica do cancro da mama, psico-oncologia, papel do psicólogo oncológico, psicoterapia de grupo (grupos de apoio)

INTRODUÇÃO

*“O diagnóstico chegou-me como uma surpresa devastadora
O mundo desabou
Fiquei prostrada, tiraram-me a terra debaixo dos pés
Fui o porto seguro de toda a família, e agora?”*

(Frases de mulheres a quem foi diagnosticado um cancro da mama)

O paciente portador de uma doença grave como o cancro, independentemente do nível de gravidade do seu caso, costuma passar a reflectir sobre a morte. Sendo um tema comum a todos nós, nele passa a ser um pensamento muito recorrente, dominando muita da sua energia vital...

Os seios são uma parte do corpo que representa a identidade feminina da mulher... mas perante o cancro e a necessidade de se proceder a uma mastectomia, a dor física e principalmente a psicológica tomam conta da mulher que vê perder uma parte de si e da sua identidade e essência enquanto mulher.

Enfrentar esta situação, é percorrer um caminho longo e muitas vezes doloroso, em que se tenta fazer emergir a auto-estima e a noção de que ser mulher vai para além de perder um seio...e no fim espera-se que a mulher transmita uma nova imagem de si mesma, que repleta de aprendizagens interiores a façam ver a vida de uma outra forma.

O trabalho que aqui apresentamos pretende assim, abordar a perspectiva biológica do cancro da mama, passando para a Psico-Oncologia e o papel que o psicólogo pode ter perante estes casos, terminando com a pertinência dos grupos de apoio que estas mulheres podem frequentar e que se baseiam na ajuda mútua.



PERSPECTIVA BIOLÓGICA DO CANCRO DA MAMA

O que é o cancro?

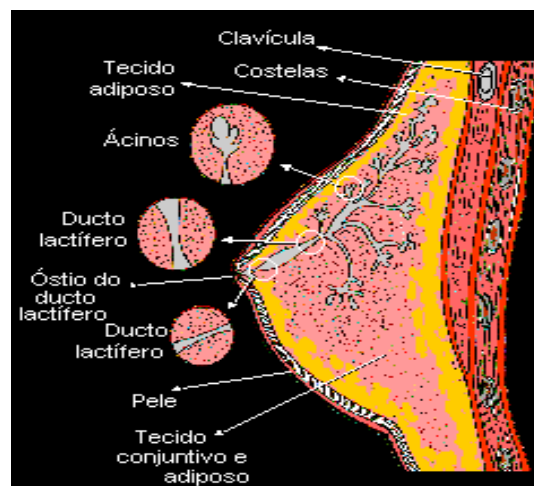
O cancro ocorre, quando as células de uma determinada parte do corpo, começam a crescer de uma forma descontrolada, ao contrário das células normais que crescem de uma forma ordenada e controlada. Apesar de haver vários tipos de cancro, a multiplicação descontrolada das células é uma característica comum a todos eles. Contudo, diferentes tipos de cancro, exigem diferentes tipos de tratamento e também diferem na forma como se desenvolvem.

Quando penetram nos vasos linfáticos ou sanguíneos, entrando na circulação, estas células podem-se alojar noutros órgãos do corpo humano, formando novos tumores, dando origem ao que se denomina por metástases (“ramificações” do tumor). Quando tal acontece, o tumor espalha-se pelo organismo, tornando o combate a esta doença mais complexo e difícil.

Mesmo que o cancro se espalhe a outras partes do corpo, este mantém o nome a partir da parte do corpo em que surgiu, ou seja, se o cancro da mama vai afectar os ossos, continua a ser denominado de cancro da mama.

O que é o cancro da mama?

Em primeiro lugar, será pertinente ter uma noção de como é constituída a mama da mulher, verificável então, na figura1:



Figural: Representação anatómica da mama.

As glândulas mamárias, tem como principal função a secreção do leite, e estão situadas na parede anterior do tórax e compõem-se de:

- Ácino - menor parte da glândula e responsável pela produção do leite durante a lactação;
- Lóbulo mamário - conjunto de ácinos;
- Lobo mamário - conjunto de lóbulos mamários que se liga à papila através de um ducto;
- Ductos mamários - em número de 15 a 20 canais, conduzem a secreção (leite) até a papila;
- Tecido glandular - conjunto de lobos e ductos;
- Papila - protuberância elástica onde desembocam os ductos mamários;
- Aréola - estrutura central da mama onde se projecta a papila;

- Tecido adiposo - todo o restante da mama é preenchido por tecido adiposo ou gorduroso, sendo que a quantidade varia de acordo com as características físicas, estado nutricional e idade da mulher.

Para compreendermos o que é o cancro da mama, temos de saber que há diferentes tipos deste cancro, nomeadamente:

Carcinoma *in situ*: Este termo serve para designar estados iniciais de cancro, ou seja, o tumor não é invasivo e é apenas confinado à parte onde começou. No cancro da mama significa que o cancro está confinado, aos ductos ou aos lóbulos, dependendo onde tenha começado.

Carcinoma ductal *in situ*: Este é o tipo de cancro não-invasivo mais comum, e está apenas confinado aos chamados ductos(não chegando por isso ao tecido adiposo), que são um género de canais. Este tipo de cancro é detectável através do mamograma.

Carcinoma lobular *in situ*: Esta condição começa nas glândulas mamárias, mas não se expande para lá das paredes dos lóbulos. Esta situação não é um cancro propriamente dito, mas as mulheres sob esta condição podem correr o risco de mais tarde vir a padecer desta doença.

Carcinoma ductal invasivo: Este tipo de cancro começa nos ductos, mas acaba por ultrapassar as suas paredes invadindo o tecido adiposo do seio. A partir daqui há um grande risco de se espalhar pelo corpo. Cerca de 80% dos casos de cancro invasivo, corresponde ao carcinoma ductal invasivo.

Carcinoma lobular invasivo: Este tipo de cancro começa nas glândulas produtoras de leite ou então nos lóbulos. Este tipo de cancro corresponde entre 10% - 15% dos casos de cancros invasivos.

Fases do cancro da mama:

Determinar em que fase se encontra o cancro é determinante para que se possa aplicar o tratamento mais adequado. A fase em que se encontra o cancro é baseada no resultado do exame físico, assim como da biópsia, e com base em outros testes que poderão ter sido efectuados.

O sistema mais comum para descrever os estádios do cancro da mama, denomina-se de **AJCC/TNM**. (**T** – tumor; **N** – ter em conta se o cancro chegou até aos **n**ódulos linfáticos; **M** – se eventualmente o cancro já se espalhou pelo corpo, dando origem a **metástases**).

Em cada estágio é considerada a informação descrita anteriormente:

Fase 0	corresponde a cancro não-invasivo, ou carcinoma in situ, sem metástases.
Fase I	refere-se a pequenos tumores invasivos, sem metástases
Fase II A	refere-se a pequenos tumores(2 cm ou menos) com metástases até aos gânglios linfáticos da região, e ainda a tumores maiores (2 a 5 cm) sem metástases.
Fase II B	refere-se a tumores grandes (mais de 5 cm) sem metástases
Fase III A	inclui tumores de qualquer tamanho associados a gânglios linfáticos adjacentes fixos e tumores grandes (mais de 5 cm) associados com metástases até gânglios adjacentes.
Fase III B	inclui tumores localmente avançados e os que se tenham desseminalado até aos gânglios linfáticos internos.
Fase IV	engloba todos os tumores com metástases distantes.

Quadro I: Indicação e descrição das fases do cancro da mama.

A doença benigna:

Existem determinadas modificações dinâmicas verificadas nos seios, ao longo da vida das mulheres. Daí que surja , o conceito de alterações funcionais benignas dos seios, que antigamente eram denominadas de doença fibrocística ou displasia mamária (conceitos estes que são sinónimos).

A nível clínico estes termos são aplicados quando se verificam alterações durante a apalpação, que podem ou não ser associadas à dor e à sensibilidade aumentada, ocorrendo principalmente na fase pré-menstrual.

São exemplos de alterações funcionais benignas dos seios:

O cisto mamário: É a manifestação clínica e ultra-sonográfica mais frequente encontrada no seio.

Fibroadenoma: São nódulos de tamanhos variados, firmes e bastante móveis, normalmente característicos das mulheres jovens. Estes nódulos tem um crescimento limitado e apenas local, sendo que o tratamento se resume à sua remoção.

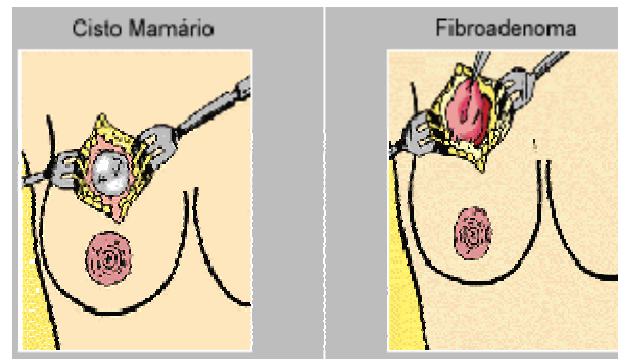


Figura 2 : Estas duas figuras mostram a diferença entre o cisto mamário e o fibroadenoma, sendo que este último como é possível verificar na figura, tem de ser removido.

O que causa o cancro da mama?

As causas do cancro da mama, não são exactamente conhecidas, apenas considera-se que existem determinados factores de risco, associados à doença. Os factores de risco referem-se à propensão de se padecer de determinada doença, como o cancro, contudo isto não implica que obrigatoriamente a pessoa vá padecer da doença.

Podemos dizer que existem factores de risco não modificáveis e modificáveis, sendo que estes estão associados ao estilo de vida:

● *Factores de risco não modificáveis:*

Género: Ser mulher é por si só um factor de risco para se padecer de cancro da mama, o que não significa que esta doença não atinja a população masculina. Mas esta doença é 100 vezes mais comum nas mulheres que nos homens.

Idade: Os riscos de ter cancro da mama aumentam, quanto mais idade a mulher tiver. Cerca de 8 em 10 casos de cancro da mama, são encontrados em mulheres a partir dos 50 anos.

Factores genéticos: Cerca de 5 a 10% dos cancros da mama, são devidos à mutação de genes. Ocorrem mutações genéticas, principalmente nos genes **BRCA1** (este gene está localizado no braço longo do cromossoma 17) e **BRCA2** (este gene está localizado no braço longo do cromossoma 13), pelo que as mulheres sob esta condição tem entre 50 a 85% de possibilidades de desenvolver cancro da mama, durante a sua vida.

História familiar: O risco de ter cancro aumenta para o dobro se por exemplo, a mãe, irmã, filha, padece de cancro da mama.

História pessoal de cancro da mama: Uma mulher com cancro num dos seios, tem grande possibilidade de vir a ter cancro numa outra parte do mesmo seio, sendo que isto não é o mesmo que ter uma recidiva.

Factores de ordem hormonal como a 1ª menstruação precoce (antes dos 12 anos) ou uma menopausa tardia (após os 55 anos), assim como o uso da terapia de substituição hormonal da menopausa, ou ainda o facto de não ter filhos ou de o 1º parto ter ocorrido tardiamente (a partir dos 35 anos), também podem ser considerados factores de risco, mas ainda exigem mais investigação.

■ *Factores de risco associados ao estilo de vida:*

Consumo de álcool: Mulheres que consumam 2 a 5 bebidas alcoólicas por dia, tem maior risco de vir a ter cancro da mama, do que aqueles que não consomem.

Alimentação: ter excesso de peso, principalmente na zona abdominal, pode aumentar o risco de cancro da mama; contudo testes efectuados no sentido de averiguar a relação alimentação-cancro da mama, mostrou resultados contraditórios. Mas uma vez que o excesso de peso está associado a doenças cardiovasculares, ter um peso adequado é sempre essencial.

Exercício físico: estudos concluíram que andar a pé entre 1h15m a 2h30m por dia diminui o risco de padecer da doença em 18%.

O cancro da mama pode ser prevenido?

Uma vez que ainda não se sabe o que verdadeiramente causa o cancro da mama (talvez este seja mesmo marcado por uma multicausalidade), a prevenção primária apresenta-se limitada. Desta forma, a prevenção deve ser centrada nos factores modificáveis, tais como adoptar estilos de vida saudáveis, como ter regularmente actividade física, adoptar uma alimentação saudável, e restringir o mais possível o consumo de álcool e de tabaco.

Fazer exames regularmente também é um gesto precioso, porque embora não previna, ajuda a que o cancro possa ser detectado precocemente, o que leva a que o tratamento possa ser melhor sucedido.

Uma vez que existem testes que permitem à mulher saber se tem genes modificados que possam causar o cancro da mama, é mais fácil dar passos no sentido de reduzir o risco. Procurar especialistas de genética é importante quando se pretende fazer estes testes, assim como quando se toma a decisão de proceder a medidas preventivas.

Como detectar o cancro da mama?

Ao contrário de outros órgãos, a mama é um órgão facilmente acessível, através da observação e/ou palpação, o que permite uma maior facilidade na detecção de lesões nela existentes. Contudo em caso de dúvida, há que recorrer a exames auxiliares, até porque estes permitem detectar tumores em fase sub-clínica, ou seja, ainda não palpáveis.

Sintomatologia: As mulheres devem estar atentas a estes sinais, que podem indicar que estão perante o cancro da mama:

- ✓ Qualquer alteração na forma, simetria ou contorno do seio
- ✓ Dor ou sensibilidade persistente
- ✓ Irritação na pele
- ✓ Dores no mamilo ou exsudação aquosa ou ensanguentada deste
- ✓ Vermelhidão e escamação da zona do mamilo
- ✓ Um género de massa informe na zona axilar
- ✓ Nódulo persistente ao longo de todo o ciclo menstrual
- ✓ É também importante referir que por vezes o cancro da mama não provoca qualquer dor, pelo que os **exames periódicos** são essenciais.

Os **exames periódicos** consistem em:

Auto –Exame da mama:

O auto-exame mamário como o próprio nome indica, é uma técnica através da qual a mulher examina os seus próprios seios. Recomenda-se que este processo ocorra mensalmente e após a menstruação. Para as mulheres que não menstruam, como as que já se encontram na menopausa, ou as que se submeteram a histerectomia (retirada do útero), devem escolher um dia do mês e proceder ao exame.

Este exame permite detectar nódulos que podem ser de origem benigna ou maligna, sendo que a mulher deve consultar o médico, para avaliação de qualquer alteração encontrada. O exame sistemático e periódico, permite uma detecção precoce de um possível tumor, e assim proceder a um tratamento adequado, emergindo um bom prognóstico.

O auto-exame da mama, é uma opção para mulheres na casa dos 20 anos, sendo que é essencial consultar o médico ou uma enfermeira para que estes possam informar o método adequado para efectuar este exame, o que vai permitir à mulher conhecer melhor os seus seios e assim , detectar com mais facilidade qualquer alteração.



Figura 3 : Nesta figura estão representadas as 3 situações em que se deve fazer o auto-exame.

Mamograma:

O mamograma é um raio-X (em que são usados níveis baixos de radiação) feito ao peito, principalmente em mulheres que aparentemente não tem problemas mamários, ou também em mulheres que tenham algum sintoma que se suspeite ser cancro da mama. Desta forma, a partir dos 40 anos, as mulheres devem fazer sempre um mamograma 1 vez por ano, uma vez que este pode detectar o cancro da mama.

Exame clínico mamário:

O exame clínico das mamas é realizado por um profissional de saúde treinado (deve ser hábil e experiente) para tal, e deve ser instituído como rotina nos exames físicos. Este exame apresenta as mesmas vantagens que o auto-exame, nomeadamente a ausência de efeitos colaterais, baixo custo e o facto de ser de fácil realização.

As mulheres entre os 20 e 30 anos, devem dirigir-se a um profissional de saúde especializado, a cada 3 anos no sentido de fazer o exame clínico mamário. A partir dos 40 anos as mulheres, devem efectuar este exame, uma vez por ano.

O que fazer quando há suspeita de cancro da mama?

Para se proceder a um diagnóstico de cancro da mama, existem **3 procedimentos básicos**, nomeadamente:

- o Auto-exame das mamas;
- o Exame clínico das mamas;
- o Mamografia.

Como **procedimentos auxiliares** no diagnóstico temos:

- o Ultra-sonografia;
- o Exame citológico (punção aspirativa com agulha fina e citologia da descarga papilar);
- o Exame histopatológico (biópsia).

Normalmente são os exames a **nível clínico**, como o auto-exame e o exame clínico mamário, que nos indicam alguma alteração, que necessite ser averiguada por outros exames, nomeadamente:

A nível radiológico:

Mamografia: É uma espécie de mamograma, mais precisamente designada como mamograma de diagnóstico, que nos permite averiguar se perante determinada alteração é necessário recorrer a uma biópsia.

É um exame de alta sensibilidade, mas esta está directamente relacionada à idade da mulher, sendo muito menor nas mulheres jovens, que apresentam uma alta densidade de tecido mamário. Devido a isto e ao facto de a radiação ionizante (utilizada na mamografia) ser considerada um

factor de risco para o cancro de mama, a mamografia não deve ser feita em mulheres muito jovens e nem praticada de forma indiscriminada.

Normalmente este exame, é proposto nos programas de rastreio, para mulheres a partir dos 50 anos, visto este exame ser bastante efectivo para tal faixa etária, favorecendo a relação custo/benefício.

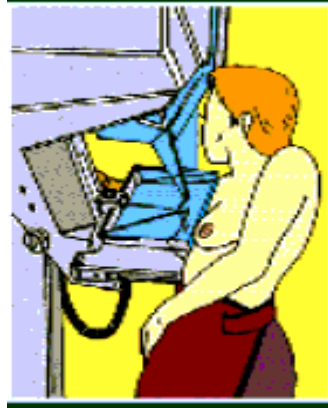


Figura 4: Nesta imagem está representada a forma como se faz uma mamografia.

Ultra-sonografia: A ultra-sonografia é um importante método auxiliar, que informa sobre o estado da pele e dos tecidos subcutâneos, fibroglandular, celular e muscular posterior, e ainda possibilita que se distinga entre os tumores sólidos e líquidos (cistos). Normalmente este exame, tem a sua melhor aplicação e melhores resultados quando feito em mamas com alta densidade. A ultra-sonografia pode ser ainda útil na avaliação de nódulos clinicamente palpáveis mas não evidenciáveis pela mamografia.

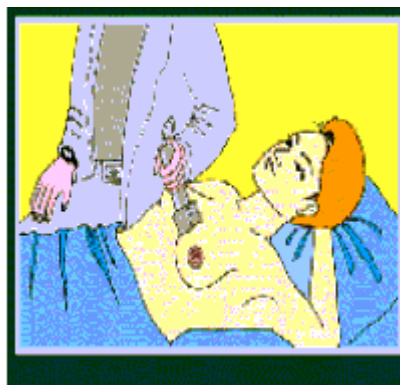


Figura 5 : Imagem representativa de uma ultra-sonografia.

A nível da patologia:

Exame Histopatológico: Este exame estuda os tecidos do organismo ao microscópio (em contexto laboratorial), permitindo afirmar com segurança a natureza da lesão existente.

Neste exame examina-se um fragmento da estrutura, possibilitando uma avaliação de toda a composição do tecido, o que se revela mais preciso em relação ao **exame citopatológico**, visto este estudar as células desprendidos dos seus locais de origem, ou seja, os tecidos.

A obtenção do material pode ser feita através de uma pequena cirurgia, que se denomina de biópsia. Esta é então realizada quando outros testes indicam que há a possibilidade de cancro da mama. Existem diversos tipos de biópsias:

Biópsia a céu aberto: Dependendo do caso, retira-se todo o nódulo ou tumor (quando este processo é necessário deve-se também retirar o tecido normal que se encontra à sua volta) , ou apenas uma parte , para que possa ser avaliado ao microscópio. Este procedimento clínico é então realizado numa unidade hospitalar, e é dada à paciente uma anestesia local.

Biópsia por agulha: Pode ser realizada por uma agulha fina, com o objectivo de tirar fluido da massa suspeita, sendo que o médico deverá usar ultra-sons para se guiar com a agulha. Se o fluido retirado for claro, então estamos perante um cisto benigno, se vier acompanhado de sangue , poderemos ou não estar perante um caso de cancro. Se a massa encontrada for então sólida, compacta, devemos retirar pequenas amostras de tecido, que vão ser avaliadas ao microscópio, para averiguar se estamos perante um caso de cancro. Se assim acontecer a biópsia permite-nos averiguar perante que tipo de cancro estamos, e se este é ou não invasivo, sendo estes aspectos importantes para a escolha de um tratamento mais adequado.

Se eventualmente a biópsia não fornecer uma resposta clara, deverá ser realizada uma segunda biópsia ou então proceder a outro tipo de biópsia.

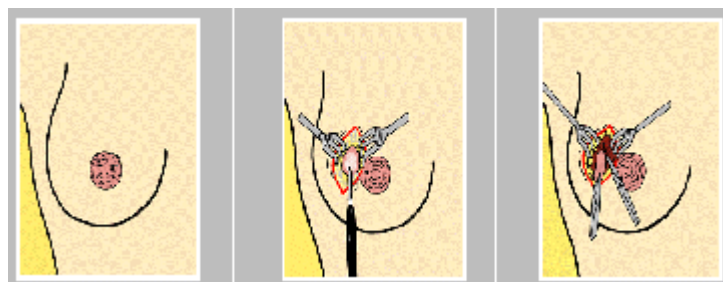


Figura 6: Representação do processo de uma biópsia.

Tratar o cancro da mama

Em conjunto com o médico, a paciente deverá reflectir sobre o tratamento mais adequado para si, e se for necessário poderá mesmo recorrer a um outro médico para obter uma segunda opinião, que pode providenciar mais informação e fazer com que a paciente se sinta mais segura face ao plano de tratamento que escolheu e que obviamente terá de ser adequado.

É importante que se tenha em conta que os diferentes tratamentos tem as suas vantagens e desvantagens, sendo que a idade, a saúde no geral, e o estágio em que se encontra o cancro, são aspectos a ter em conta quando se escolhe um determinado tratamento.

Tratamento local VS sistémico: O tratamento local e sistémico tem diferentes funções, ou seja, o tratamento local tem como objectivo tratar o tumor sem afectar o resto do corpo, sendo a cirurgia e a radioterapia, exemplos deste tipo de tratamento; por sua vez o tratamento sistémico é dirigido à corrente sanguínea, quando as células se espalharam para lá do seio. A quimioterapia, a terapia hormonal e a imunoterapia, são tratamentos sistémicos.

Muitas vezes o tratamento sistémico é uma terapia adjuvante à cirurgia, isto porque mesmo que a pessoa depois da cirurgia não tenha mais cancro, os médicos sabem que mesmo nos estádios iniciais da doença, as células podem “quebrar” e serem levadas pela corrente sanguínea, o que pode posteriormente originar novos tumores em outros órgãos, sendo o objectivo desta terapia adjuvante matar essas células.

Tipos de cirurgia usada no cancro da mama: O propósito da cirurgia é tentar remover o mais possível do cancro existente, e para isso há diversos tipos de cirurgia. Vejamos:

“Lumpectomia”: Também designada como terapia de conservação do peito, o seu objectivo consiste em remover apenas o tumor e algum do tecido normal que se encontra à volta deste. Após 6 semanas deste tipo de cirurgia, é administrada á paciente a radioterapia.

Mastectomia parcial: Este tipo de cirurgia envolve uma maior remoção de tecido mamário que a “lumpectomia”, sendo habitualmente seguida também por radioterapia.

Mastectomia total: Neste tipo de cirurgia, o seio é removido na sua totalidade, excepto os nódulos linfáticos a nível axilar, e os tecidos musculares por baixo do peito. Este tipo de mastectomia também é seguida de radioterapia.

Mastectomia radical modificada: Esta operação, além de envolver a remoção total do seio, remove alguns nódulos linfáticos que se encontram por baixo do braço.

Mastectomia radical: Como o próprio nome indica é um tipo de cirurgia radical, uma vez que remove, o seio na sua totalidade, assim como os nódulos linfáticos, e os músculos da parede do peito. Esta cirurgia é raramente realizada, uma vez que leva a uma total desfiguração do peito.

Mastectomia preventiva ou profiláctica: Consiste na remoção de uma mama para evitar o desenvolvimento de cancro. Este tipo de cirurgia só se pratica se uma mulher correr um risco muito elevado de cancro da mama, e estiver tão preocupada com as perspectivas futuras que não consiga levar uma vida normal.

Existem também outros tipos de intervenções ligadas ao cancro da mama, mas são sobretudo dirigidas aos nódulos linfáticos.

● *Quimioterapia*

A quimioterapia consiste no uso de drogas anticancerígenas, que são injectadas nas veias ou então são dadas em forma de comprimido. Estas drogas entram no sistema sanguíneo, circulando por todo o corpo, tendo como objectivo eliminar as células cancerígenas que eventualmente se tenham espalhado pelo corpo (no caso do cancro da mama , pode acontecer as células alojarem-se também na zona axilar). Contudo tem a desvantagem de também danificarem as células normais, o que pode levar a efeitos secundários.

A quimioterapia é feita por períodos cíclicos, sendo que entre estes se estabelecem intervalos. O curso total do tratamento consiste em 6 meses. Podem ser dadas várias drogas ou apenas um tipo de droga.

Os efeitos secundários da quimioterapia , dependem das drogas usadas, da quantidade dada, e da duração do tratamento, e podem consistir em:

- cansaço e fadiga
- náuseas e vómitos
- perda de apetite
- queda do cabelo (alopecia)
- feridas na boca
- alterações no ciclo menstrual (que podem ser permanentes)
- elevados riscos de infecção (devido a diminuição de glóbulos brancos)
- devido à diminuição de plaquetas, é mais comum a existência de “sangue pisado”

Maior parte dos efeitos secundários deixam de existir (o cabelo volta a crescer) após o termino da quimioterapia. Se eventualmente algum dos efeitos permanecer, ou se aparecerem outros não tão comuns, a visita ao médico é essencial.

● **Radioterapia:**

Método capaz de destruir as células tumorais pelo emprego de radiações ionizantes, a radioterapia actua a nível local ou regionalmente, podendo ser indicada de forma exclusiva ou associada a outros métodos terapêuticos. Pode também ser prescrita para tratar o cancro recorrente ou inoperável e aliviar a dor provocada por cancro em fase avançada.

Este tipo de tratamento começa mais ou menos 1 mês após a cirurgia, e é aplicado por um período de 5 dias por semana, num total de 6 semanas. Este tratamento dura apenas uns minutos.

Os efeitos secundários imediatos deste tipo de tratamento, incluem bolhas na pele e fadiga. Mais tarde, a pele exposta às radiações pode tornar-se mais escura e mais espessa e perder a sensibilidade de quaisquer terminações nervosas que tiverem sido atingidas. As alterações ocorridas na pele ou tecido do peito, normalmente desaparecem entre 6 a 12 meses. Este tipo de tratamento, não é aconselhado a mulheres grávidas, porque pode ter efeitos prejudiciais no bebé.

● **Terapia Hormonal:**

O estrogénio promove o crescimento de células cancerígenas em algumas mulheres, o que leva a que sejam usados métodos que levem ao bloqueamento do efeito do estrogénio ou que pelo menos baixe os seus níveis. Desta forma, o tamoxifeno, que bloqueia o estrogénio, é o tratamento de eleição.

Para reduzir o risco de o cancro aparecer de novo, o tamoxifeno é tomada pelas mulheres, depois de realizarem a cirurgia, por um período de 5 anos.

Embora tenha menos efeitos secundários que os medicamentos anticancerígenos, pode estar associados a este medicamento efeitos como afrontamentos e outros sintomas de menopausa em mulheres jovens.

● **Imunoterapia:**

Consiste no uso de substâncias que modificam a resposta do sistema imunológico do organismo.

A terapia hormonal e a imunoterapia são dois tipos de tratamentos usados em situações específicas e em que se preveja que estas podem beneficiar destes tratamentos.

Após o tratamento...

Follow-up: O follow-up tem como objectivo o seguimento do indivíduo, após concluído o tratamento, como forma de prevenção de recaídas, sendo que a mulher deve indicar qualquer sintomas ou efeitos secundários que a preocupam.

Num período inicial, estas consultas ocorrem de cada 4 ou 6 meses, sendo que após 5 anos, as consultas ocorrem 1 vez por ano.

Os sentimentos inerentes aos tratamentos e aos testes que a mulher tem de realizar, exigem particular atenção por parte dos profissionais. Por exemplo, uma mulher que foi sujeita a uma mastectomia, terá de enfrentar questões como a perda de auto-estima, do auto-conceito, problemas relacionais, entre outros, que vão exigir um acompanhamento psicológico, que poderá ser individual ou em grupo. Sendo que muitas vezes os seus parceiros, se mostram preocupados, perante a forma como devem expressar o seu amor quer a nível físico quer a nível emocional.

O nosso corpo é único, assim como as nossas necessidades emocionais e as circunstâncias pessoais, pelo que os nossos sentimentos não são certos ou errados, são apenas os nossos.

A singularidade de cada corpo, leva a que nem todas as pessoas respondam da mesma maneira aos tratamentos. Aspectos como ter um forte suporte familiar, assim como pensamentos positivos baseados numa profunda fé espiritual, tem um forte impacto na luta contra o cancro. Mas nem sempre estes aspectos estão presentes, pelo que será importante e positivo para a paciente, comunicar com um grupo de outras mulheres que se encontrem na mesma situação.

Recidiva: Se por algum motivo há suspeita de uma recaída, é necessário que se recorra ao médico (de preferencia o que tem seguido a paciente durante todo este processo) para que sejam feitos mais testes. Se se comprovar a recidiva do cancro , o tratamento poderá envolver a cirurgia, radioterapia, terapia hormonal ou quimioterapia.

Cirurgia reconstrutiva ou de implante: Este tipo de operações , tem como objectivo a reconstrução do seio de uma forma tão idêntica quanto possível, da forma como este era antes de a mastectomia ter sido efectuada. É importante que , quando as mulheres tomam a opção de recorrer a este tipo de cirurgia reconstrutiva, recorram a um cirurgião plástico, que lhes dará directrizes de quando a cirurgia deverá ser feita assim como o tipo de cirurgia mais adequada, e quais os eventuais efeitos secundários. Hoje em dia a cirurgia micro vascular surge como alternativa ao processo de reconstrução.

Durante muitos anos, devido à possibilidade de haver uma ligação entre os implantes que se fazem nos seios e determinadas doenças do sistema imunitário, levou a que muitas mulheres não escolhessem os implantes como método de reconstrução do peito.

Contudo, estudos recentes provaram que o recurso a implantes não leva a doenças do foro imunitário, nem leva ao aparecimento de novos cancros ou de eventuais recaídas.

Gravidez: Antigamente os médicos recomendavam que as sobreviventes ao cancro da mama, não ficassem grávidas nos 2 anos após o tratamento bem sucedido. Contudo estudos feitos indicaram que o facto da mulher ficar grávida durante esse período não aumenta o risco de padecer outra vez de cancro da mama. No caso de dúvidas face a esta situação, as mulheres devem consultar o seu médico.

Para finalizar...

A figura em baixo reflecte todos os passos, que estão presentes no processo da doença: começamos então pela importância da educação ao nível da saúde, que permite à mulher estar consciente de que é crucial fazer exames periódicos(pe, os centros de saúde podem disponibilizar uma equipa especializada, para que as utentes possam colocar as suas dúvidas a nível teórico e prático, referentes ao auto-exame) . Num desses exames periódicos, podem ser detectadas alterações, e perante estas surge a suspeita de um eventual cancro da mama. Perante isto são realizados exames, como por exemplo a mamografia e posteriormente uma biópsia, que vão ajudar a que se atribua um diagnóstico e a identificar em que estado poderá estar o cancro . Após o diagnóstico é essencial definir o tratamento adequado. Uma vez finalizado o tratamento, é necessário proceder á reabilitação da paciente, que poderá consistir numa mudança do seu estilo de vida. Novamente retornamos à fase de atenção primária, sendo que os exames periódicos deverão continuar a ser feitos, sendo que se tem de ter particular atenção aos casos de recidiva. Em todo este processo, o acompanhamento psicológico é muitíssimo importante, quer seja a nível individual ou então fomentado nos grupos de apoio. O acompanhamento psicológico faz sentido, na medida em que a vida da paciente sofre grandes mudanças e ela pode experienciar sentimentos, tais como: tristeza persistente durante todo o dia ;perda de interesse ou prazer em maior parte das actividades do dia a dia; perda ou ganho de peso significativos ;perda de energia e fadiga ;insónias; dificuldades em concentrar-se, recordar ou tomar decisões; pensamentos frequentes acerca da morte e do suicídio, que poderão dar origem a uma depressão clínica.

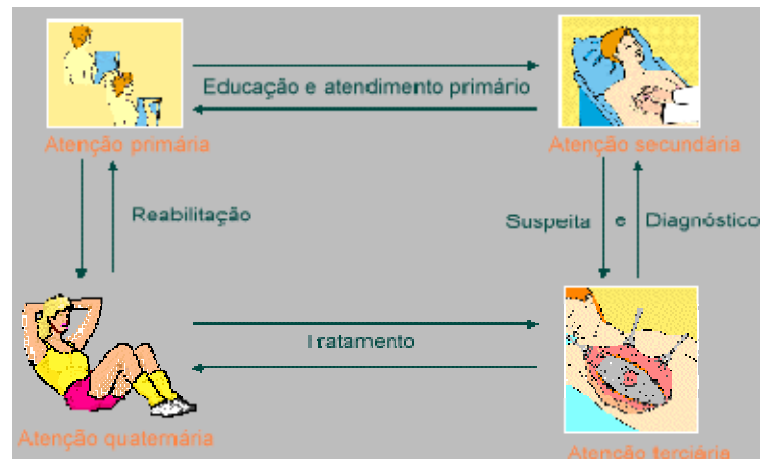


Figura 7: Representação da hierarquia dos serviços.

Psico –Oncologia:

psico (de psique = mente)
onco (do grego- "ogkos"= tumor)
logia (conhecimento, estudo)

A psico-oncologia é uma nova área de estudo e de actuação face às pessoas que sofrem de cancro, que visa a abordagem dos aspectos psicológicos inerentes ao adoecimento e tratamento, tendo em conta os contextos familiar e social, e a oferta de apoio a outros profissionais.

A pertinência do aparecimento da psico-oncologia, refere-se ao facto de que os factores psicológicos e sociais, e não só os biológicos, estão presentes no surgimento, na evolução e no resultado do tratamento do cancro.

Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, é o objectivo principal desta nova disciplina, sendo que para isso, o suporte psicológico, durante as intervenções como a cirurgia e/ou a quimio e radioterapia, não pode ser descurado, pois estas intervenções tem normalmente efeitos colaterais agressivos e/ou desconfortáveis.

A recolha de elementos, durante a intervenção psicológica, da forma de viver da pessoa, tais como atitudes e comportamentos que de alguma forma são prejudiciais à sua saúde , é importante para que a paciente possa ser conduzida a uma reorganização que torne a sua vida mais satisfatória.

São também objectivos da psico-oncologia, ajudar a pessoa a lidar com o diagnóstico e a participar activamente no seu tratamento, através de recursos internos existentes, de forma a aumentar as possibilidades de melhora ou cura.

O psico-oncologista, utiliza conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos, e intervém nas seguintes áreas:

Na **prevenção do cancro**, este visa:

- Consciencializar a população face aos hábitos alimentares, tema este que cada vez mais, invade as nossas vidas, face a problemas de anorexia, bulimia, obesidade...
- Educar as pessoas no sentido de lidarem melhor com o stress do dia-a-dia, para uma melhor qualidade de vida.
- Promover campanhas preventivas assim como fornecer informações sobre a doença, e consciencializar a pessoa face a esta.

Em relação ao **paciente oncológico**, tem como funções:

- Dar informações sobre a doença e dar suporte no momento em que o diagnóstico é divulgado.
- Esclarecer quanto aos tratamentos que possivelmente vai ter de se submeter, assim como dos efeitos colaterais e fornecer competências para lidar com estes.
- Indicar ao paciente a positividade que tem a sua participação activa no tratamento.
- Esclarecer quanto aos direitos do pacientes, assim como da família deste.

Em relação à **família**:

- Preparar a família para o possível surgimento de modificações comportamentais no paciente, incluindo dificuldades físicas, emocionais e sociais.
- Facilitar a comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde.
- Orientar quanto à doença, tratamento e emoções do paciente.
- Ajudar a família e o paciente a exprimirem os seus medos, expectativas e emoções, contribuindo para uma maior e melhor comunicação neste momento delicado.
- Prestar auxílio em todas as fases da doença, desde o diagnóstico até à resolução.

Em relação aos **profissionais de saúde**:

- ✓ Ajuda-los no sentido de compreenderem determinados comportamentos do doente, e ajuda-los a terem estratégias para lidar com estes.
- ✓ Apoiar sempre a equipa, para prevenir sentimentos de angústia, stress, depressão, ou quando estes já são existentes, o objectivo será intervir para a sua cessação.

- ✓ Trabalhar com os profissionais no sentido, de lidarem com a questão da morte e do “morrer”, para que não interfiram na saúde mental do profissional.

Concluindo, o psico-oncologista trabalha com o paciente e a sua família, quer seja a nível individual ou em grupo. Em termos de trabalho de grupo, encontram-se as seguintes vantagens:

- a) é um processo muito eficiente e enriquecedor porque estimula a troca de sentimentos e experiências vividas por quem passou ou está a passar pela mesma situação, de forma a que aprendam e ensinem maneiras de enfrentar a doença, são então os chamados grupos de apoio;
- b) ajuda na re-integração do paciente e da família no seu ambiente social.

IMPORTÂNCIA DAS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO TRATAMENTO DE MULHERES COM CANCRO DA MAMA

Apesar dos avanços da medicina no tratamento do cancro e do aumento de informações veiculadas pela imprensa, o cancro ainda equivale, muitas vezes, a uma "sentença de morte", normalmente associado a dor, sofrimento e degradação.

O diagnóstico de cancro e todo o processo da doença são vividos pelo paciente e pela sua família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade.

Além do rótulo de uma doença dolorosa e mortal, o paciente normalmente vivencia no tratamento, geralmente longo, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro.

Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes.

No cancro da mama, além das preocupações citadas acima, encontram-se presentes outras angústias ligadas à feminilidade, maternidade e sexualidade, já que o seio é um órgão repleto de simbolismo para a mulher. Sendo assim, o anúncio desse diagnóstico, seguido pelos tratamentos, pode ocasionar abalos significativos na vida da paciente.

Um importante factor que tem contribuído para o aumento da sobrevivência das mulheres com cancro de mama são os avanços da medicina, proporcionando tratamentos mais eficientes e técnicas que viabilizam a detecção precoce. Com esses progressos terapêuticos, o cancro vai deixando de ser uma doença frequentemente fatal para assumir características de uma doença crónica.

Considerando-se a alta incidência do cancro de mama, a possibilidade de uma longa vida e a desestruturação que o diagnóstico e tratamento do cancro de mama acarretam na vida da mulher, tem ocorrido uma maior procura para se investir na qualidade de vida da paciente.

Qualidade de vida é aqui definida como "um conceito multidimensional que é mensurado como uma avaliação subjectiva do status de saúde e do bem-estar em diferentes sectores da vida, incluindo componentes físicos e psíquicos".

Dessa forma, a actuação do psicólogo é fundamental ao longo do tratamento, já que a sua prática visa o bem-estar emocional da paciente, contribuindo assim para uma boa qualidade de vida.

IMPACTO NA VIDA DA MULHER COM CANCRO DA MAMA:

Consequências emocionais do diagnóstico e tratamento

O aparecimento do cancro de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria doença. A mulher depara-se com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, assim como o temor de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimentos e estigmas.

A partir do diagnóstico confirmado, a paciente vê a sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, já que o cancro pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer.

Dessa forma, acaba por trazer implicações no seu quotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social.

Sales et al. ao pesquisarem a qualidade de vida das mulheres tratadas do cancro da mama à luz do funcionamento social, evidenciam que as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais dessas mulheres são provocadas mais por problemas psicológicos do que físicos.

Essa realidade que impera faz com que a paciente e os seus familiares assumam papéis que não foram escolhidos e sim impostos pela fatalidade do adoecimento, interrompendo planos, ideais e perspectivas futuras. A constante adaptação às mudanças ocorridas devido ao adoecer, torna-se necessária.

Uma pesquisa realizada por Bergamasco e Ângelo mostra a necessidade das pacientes adaptarem-se à nova condição de portadora de cancro de mama, até mesmo para se conseguirem ajustar às mudanças ocorridas após o diagnóstico.

Por sua vez, saber que tem uma doença sem causa definida traz ainda mais angústia e culpa. Vislumbrar o futuro passa a ser muito doloroso, já que os tratamentos propostos implicam uma possível mutilação, náuseas, vômitos, alopecia (queda de cabelo), além de alterações sexuais e reprodutivas, como a menopausa precoce.

Pollin, descreve oito preocupações constantes na vida de pacientes que vivenciam doenças crónicas que ilustram claramente os maiores problemas trazidos também pelas mulheres com cancro de mama, que são: perda do controle sobre a vida, mudanças na auto-imagem, medo da dependência, estigmas, medo do abandono, raiva, isolamento e morte. O medo da progressão da doença e da recidiva são outras preocupações constantes.

Diversas pesquisas descrevem que ansiedade e depressão estão entre os problemas psicológicos mais frequentes entre as pacientes com cancro.

Raminerzet al., citado por Carroll, verificaram que 20% – 30% das pacientes com cancro de mama têm ansiedade, depressão e baixa auto-estima em algum momento após o diagnóstico. Por sua vez, Carroll reforça que essas comorbidades podem continuar após o conhecimento do diagnóstico e até mesmo depois do término do tratamento.

Epping-Jordan et al. apontam factores que podem estar associados com ansiedade e depressão durante o cancro de mama. Esses factores são: variáveis demográficas, idade, nível educacional, estágio da doença, temperamento (optimista ou pessimista), respostas ao stress e estratégias de confrontação com a doença.

O sentimento de culpa, vivenciado por muitas mulheres que têm diagnóstico de cancro de mama, é outro factor abordado por Glinder et al. que está associado ao aumento da depressão e da ansiedade.

Um estudo desenvolvido por Spiegel com mulheres com cancro de mama, mostra que o grau da depressão depende da malignidade do tumor. Dessa forma, só a suspeita de ter um cancro pode trazer abalos significativos na vida da mulher. Esse mesmo autor alerta que em diversos casos a depressão não é detectada, já que muitos dos seus sintomas, como falta de apetite e pouca energia, podem estar associados aos efeitos do tratamento ou às consequências do próprio cancro.

Baseado nos estudos de Simpson et al., outro problema psicológico muito comum entre os pacientes com cancro é o transtorno de ajustamento, atingindo 25% – 30% dos pacientes.

Ao estudar as consequências psicológicas causadas pelo cancro de mama é importante ressaltar que quanto maior a mutilação, mais traumático será o seu efeito.

Nesse caso, a mulher mastectomizada sofre sequelas maiores, já que vivencia alterações significativas na sua imagem corporal.

Um medo muito frequente entre as pacientes mastectomizadas é o de não ser mais atraente sexualmente. Dessa forma, a presença do companheiro na reestruturação da sua integridade é fundamental.

Porém, percebe-se que certas mulheres afastam-se dos seus parceiros nesse momento, passando até a evitar contactos sexuais. Em muitos casos, a mastectomia passa a ser um desafio para a relação homem-mulher.

É importante ressaltar que não são apenas as mulheres que realizam a mastectomia, que vivenciam a baixa da auto-estima. O próprio facto de estar com cancro, uma doença repleta de estigmas, já altera a percepção de si mesma, como mulher.

Corroborando essa ideia, numa pesquisa desenvolvida por Alagaratnam e Kung, citada por Moyer, afirma que há altos níveis de depressão e dificuldades sexuais tanto nas pacientes com cancro de mama tratadas com mastectomia quanto com as que fizeram cirurgias menos radicais. Esse estudo conclui que o diagnóstico de uma doença maligna é mais preocupante do que o desfiguramento da mastectomia.

Cabe mencionar que as reacções das pacientes face à doença, ao tratamento e à reabilitação dependem de características individuais, tais como: história de vida, contexto cultural e social, espiritualidade e opção sexual.

Essas individualidades irão influenciar a forma de avaliar a importância da doença e a forma de enfrentá-la.

Além das características individuais, diversas pesquisas evidenciam a ocorrência de diferentes reacções emocionais nas diversas etapas do tratamento, desde o diagnóstico à recidiva. Percebe-se que mesmo com bons resultados do tratamento, a vivência do cancro deixa frequentemente marcas na vida das mulheres.

Muitas delas passam a temer a ameaça do retorno da doença e a ter dificuldade em lidar com as sequelas deixadas pelos tratamentos.

Todos esses factores emocionais abordados, presentes na vida da mulher com cancro de mama, influenciam no sucesso do tratamento e da reabilitação, assim como na sua qualidade de vida.

ACTUAÇÃO DO PSICÓLOGO: DE QUE FORMA O PSICÓLOGO PODE AJUDAR NESTE MOMENTO?

Papel do psicólogo oncológico

O psicólogo actuante na área de psicologia oncológica visa manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os factores emocionais que intervêm na sua saúde. Outros objectivos do trabalho desse profissional consistem em prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo cancro e pelos seus tratamentos, levar o paciente a

compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando assim re-significações desse processo.

Na sua actuação, o psicólogo deve estar atento também aos distúrbios psicopatológicos, como depressão e ansiedade graves.

A sua prática é exercida em todas as etapas do tratamento, como foi dito anteriormente, habilitando o paciente a confrontar-se com o diagnóstico e com as dificuldades dos tratamentos decorrentes, ajudando-o a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações stressantes.

Os objectivos do trabalho do psicólogo oncológico serão alcançados na medida em que esse profissional vai compreendendo o que está envolvido na queixa do paciente, buscando sempre uma visão ampla do que está se está a passar naquele momento não escolhido da vida dele.

Num espaço de acolhimento e escuta, o terapeuta deve sempre trabalhar com a realidade. Quanto mais informado o paciente estiver da sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentar o adoecer e mais confiança terá na equipa. Pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento.

Dessa forma, o psicólogo deve preocupar-se em falar numa linguagem acessível ao paciente e verificar sempre se as informações e orientações dadas pela equipa foram efectivamente compreendidas.

Segundo Ferreira, os temas que mais preocupam os pacientes com cancro e que devem ser focados nas intervenções psicoterapêuticas são: sensação de falta de controlo sobre a própria existência, temor da solidão e da própria morte, sentimento de impotência e fracasso e temor dos efeitos adversos do tratamento oncológico.

A actuação do psicólogo não se restringe ao paciente oncológico. É imprescindível incluir a família no atendimento, já que são personagens fundamentais no auxílio aos pacientes para o confronto da doença.

Na medida em que tenha suporte, a família pode-se tornar aliada permanente não só do paciente, como também da própria equipa de saúde.

Uma pesquisa realizada por Bergamasco e Ângelo afirma que a família, com a sua ajuda material e emocional, é considerada pelas mulheres com cancro de mama como sendo um apoio fundamental para darem continuidade ao tratamento.

Para Simpson et al. o suporte social também é um factor importante na prevenção e alívio da depressão e ansiedade nos pacientes com cancro. Estes autores citam ainda uma pesquisa realizada com pacientes com cancro de mama que mostra que a ansiedade e a depressão, três meses após a cirurgia, estão relacionadas com o grau de suporte dos membros da família e do cirurgião.

Actuando junto à família, o psicólogo deve buscar reforçar os vínculos afectivos entre família e

paciente, facilitando um diálogo verdadeiro, capacitando-os a partilhar experiências e emoções. A participação dos familiares nas decisões, junto ao paciente, constitui outro factor que deve ser estimulado pelo psicólogo.

É importante mencionar que o psicólogo oncológico trabalha numa rede de contactos, ou seja, não trabalha sozinho e sim com a equipa de saúde. A interacção entre todos os profissionais envolvidos no tratamento do cancro de mama é fundamental para a conquista de um bom resultado, já que a actuação passa a ser global, envolvendo todos os aspectos implicados no adoecimento.

O psicólogo deve estar atento aos focos de conflitos dentro da equipa de saúde, impedindo ruídos que possam surgir nessa comunicação, pois é a partir da relação desses profissionais que todas as demais relações podem viabilizar-se ou se comprometerem.

Para que a actuação do psicólogo junto à equipa e ao paciente se desenvolva satisfatoriamente, é necessário que esse profissional tenha informações básicas sobre o cancro, além dos tratamentos e sintomas que resultam dos mesmos. É importante para o psicólogo saber distinguir sintomas emocionais dos sintomas decorrentes das questões orgânicas. O conhecimento básico das questões médicas referentes ao cancro de mama, como, por exemplo, os estágios da doença e prognósticos associados a esses, contribui para que o psicólogo possa definir a abordagem que irá utilizar com o paciente.

Possibilidades de actuação do psicólogo no tratamento de pacientes oncológicos

Algumas possíveis actividades do psicólogo que trabalha com pacientes oncológicos:

- 1- Atendimento a pacientes internados (cirurgia, etc.,)
- 2- Atendimento na sala de quimioterapia;
- 3- Atendimento de ambulatório (paciente de radioterapia e outros);
- 4- Atendimento de grupo (ex. pacientes mastectomizadas);
- 5- Atendimento à família;
- 6- Trabalho junto à equipa técnica.

O psicólogo oncológico trabalha tanto na instituição hospitalar quanto na sua própria clínica. O suporte teórico-técnico utilizado deve ser articulado conforme o local onde se desenvolve o trabalho, o diagnóstico do paciente, o tipo de intervenção e principalmente o objectivo que pretende ser alcançado.

O psicólogo que trabalha com pacientes portadores de doenças crónicas deve ter uma postura mais activa, com um foco no adoecimento e nas preocupações do momento, visando sempre um atendimento humanizado e global ao doente.

Para Penna, esse tipo de psicoterapia deve ter como objectivo "melhorar, modificar e atenuar aquilo que é disfuncional e que cause sofrimento ao paciente, que o impeça de utilizar formas adaptativas para lidar com a patologia orgânica, visando uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo".

Técnicas de relaxamento, como a auto-hipnose ou o relaxamento progressivo, são muito utilizadas com pacientes oncológicos, já que permitem que o mesmo consiga ter um maior controle sobre suas emoções e sintomas, como, por exemplo, saber controlar o pânico, a dor, náusea e vômitos.

O sentimento de impotência é muito presente entre os pacientes, já que nada pode ser feito para evitar um cancro, havendo também desconhecimento sobre como será o desenvolvimento da doença. Por isso, essa sensação de ter algum controle sobre os sintomas decorrentes da doença ou tratamento é muito positiva para o paciente, pois se vê capaz de fazer algo em seu próprio benefício.

O grupo é outro tipo de intervenção muito utilizado na prática da psicologia oncológica. A literatura especializada traz fortes evidências da eficácia da terapia de grupo com pacientes com câncer.

Melo Filho, citando Irvin Yalom, define algumas características exclusivas dos grupos psicoterapêuticos que contribuem para a sua eficácia: compartilhar informações, universalidade de conflitos, altruísmo, comportamento identificativo, aprendizagem interpessoal, coesão grupal e catarse.

Na prática existem diferentes abordagens grupais que diferem na sua finalidade, tais como: ensino-aprendizagem, comunitário, terapêutico, psicodramático, da teoria sistémica, cognitivo-comportamental e psicanalítico. A escolha de qual será a melhor abordagem a ser utilizada deve ter em conta o tipo de grupo (de ambulatório ou de enfermaria, homogéneo ou heterogéneo, aberto ou fechado), o objectivo (breve, de médio ou longo prazo) e outras variáveis (informativo, de preparação para a cirurgia ou para a terapia, etc.). Pesquisas evidenciam que para aumentar a eficácia dos grupos, eles devem ter metas, estrutura e métodos de intervenção feitos sob medida para as suas características específicas.

Segundo Mello Filho, nos grupos de pacientes somáticos, as interpretações psicanalíticas, ou seja, interpretações dirigidas a aspectos inconscientes, são contra-indicadas. Isso porque o paciente já se encontra sobrecarregado com a doença somática, com a auto-estima baixa, frágil, propenso a depressões, regressões e atitudes auto-agressivas. Neste caso, esse mesmo autor reforça que é mais indicado utilizar interpretações prévias como: clarificação, assinalamento e confrontação, estando sempre atento ao que o paciente possa tolerar.

Segundo Spiegel, o trabalho de grupo é uma forma de criar relações sociais, facto importante já que muitos pacientes tendem a se isolar e sentirem-se rejeitados.

Entre iguais, no grupo, os pacientes sentem-se aceites, proporcionando, assim, uma melhor integração entre os participantes.

Na literatura internacional verifica-se que grande parte das pesquisas utiliza a abordagem cognitivo-comportamental para as intervenções com os pacientes com cancro. Segundo Penna, nos países anglo-saxónicos essa é realmente a técnica mais utilizada.

As terapias expressivas buscam a compreensão do significado simbólico da doença e dos conflitos emocionais inconscientes ligados ao adoecimento, não dando muita ênfase na mobilização dos recursos cognitivos para se adequar melhor à situação.

Pesquisas mostram a dificuldade de determinar que tipo de método é mais apropriado para trabalhar com o paciente com cancro.

Entretanto, acredita-se que a abordagem teórico-técnica utilizada serve de lançamento para o desenvolvimento do trabalho e não como determinante da sua eficácia. O que todos devem ter em comum são os objectivos que deverão ser alcançados, utilizando a abordagem com a qual o psicólogo melhor se identifique.

É importante mencionar que antes de começar qualquer atendimento psicoterapêutico é preciso detectar se o paciente realmente precisa de uma intervenção especializada e se há uma causa para isso.

Consequências positivas da actuação do psicólogo

A literatura especializada mostra que pacientes submetidos ao acompanhamento psicológico durante o tratamento do cancro de mama obtêm ganhos significativos, tais como: melhora do estado geral de saúde; melhora da qualidade de vida, melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica (quimio/radioterapia e cirurgia) e melhor comunicação entre paciente, família e equipe.

Dessa forma, percebe-se que as intervenções psicológicas podem ter consequências positivas tanto no aspecto emocional (depressão e ansiedade) quanto nos sintomas físicos (náuseas, vômitos e fadiga).

Pesquisas mostram que as intervenções psicossociais influenciam positivamente o ajustamento emocional e funcional da paciente e aliviam os sintomas adversos decorrentes do cancro e do seu tratamento.

Outra consequência de um bom trabalho psicoterapêutico é a participação mais activa e positiva da paciente durante o tratamento, resultando numa melhor adesão, evitando assim, o abandono do mesmo. Estudos evidenciam que quando a paciente se encontra mais participativa

durante o tratamento, há menor probabilidade do surgimento de intercorrências clínicas e psicológicas no mesmo.

Além desses resultados que o psicólogo busca na sua actuação, poderão ocorrer efeitos adicionais como o aumento do tempo de vida da paciente.

Cohen e Lazarus, citados por Gimenez, propõem que a longevidade da paciente com cancro está relacionada com a capacidade de ajustamento do indivíduo à doença. Esta mesma autora enfatiza outros factores que influenciam a vida da paciente, tais como: expressão dos sentimentos, vontade de viver, reacção activa em relação ao tratamento e bom suporte social e afectivo. Factores estes incentivados no trabalho psicoterapêutico.

Diversas pesquisas com pacientes portadoras de cancro de mama demonstram que as pacientes que se submetem a intervenções psicológicas além dos tratamentos médicos habituais possuem um diferencial qualitativo e quantitativo na sua saúde comparativamente àquelas que não participam desse tipo de actividade, aumentando significativamente o seu tempo de vida.

Estudos recentes têm comprovado cada vez mais que as perturbações emocionais prejudicam o bom funcionamento do sistema imunológico causando alterações bioquímicas, constituindo assim um dos factores responsáveis pela origem e desenvolvimento das doenças.

Dessa forma, a paciente, não estando bem emocionalmente, estará mais vulnerável para adoecer.

Inúmeras pesquisas demonstram a associação de certos factores psicológicos à origem e prognóstico do cancro. Os factores mais recorrentes na literatura são: estados afectivos, especialmente depressão; eventos de vida stressantes, com destaque para as perdas; apoio social; personalidade e estilos de confronto das situações problemáticas.

Pesquisas sobre a influência das reacções psicológicas ao diagnóstico de cancro de mama na vida das pacientes demonstram uma significativa ligação entre o prognóstico e essas reacções. As pacientes que se enquadram no tipo de reacção denominada "espírito de luta", ou seja, determinadas a lutar activamente contra a doença, adoptando uma atitude optimista, tiveram maior esperança de vida do que aquelas que reagem com sentimentos de desesperança e desamparo.

A influência dos factores psicológicos sobre os aspectos biológicos é demonstrada através de estudos com um tipo de célula produzida pelo sistema imunológico, a célula natural killer (NK). Os estudos mostram uma associação entre algumas variáveis psicossociais e o funcionamento dessas células. Os mesmos trazem evidências de que um baixo nível de ajustamento ao cancro, falha no apoio social, alto nível de stress e presença de sintomas depressivos diminuem a produção e actividade da NK. Sendo essa célula responsável pela vigilância imunológica sobre o cancro, controlando a difusão das células malignas, a paciente tenderá a ter um pior prognóstico.

De acordo com esses dados, conclui-se que o sistema imunológico é fortemente afectado por factores emocionais e que determinadas atitudes psicológicas podem influenciar positivamente

no sistema de defesa, favorecendo uma maior e melhor vida. O resultado adicional da intervenção psicológica no aumento da esperança de vida da paciente também está associado tanto aos hábitos mais saudáveis, que a mesma incorpora em sua vida, como a sua adesão aos tratamentos. Isso ocorre porque a intervenção psicológica afetará positivamente o estado emocional da paciente motivando-a a adoptar esses comportamentos.

Existem autores que questionam a validade de certas pesquisas que analisam a eficácia das intervenções psicológicas sobre o aumento da esperança de vida e sobre o estado emocional nos pacientes com cancro, já que existem diversas variáveis difíceis de serem controladas.

Mesmo não dando crédito a certos dados científicos, Cunningham et al. afirmam perceber nas suas práticas que os pacientes envolvidos em tratamento psicológico vivem mais do que as expectativas médicas.

Não são apenas os pacientes e familiares que beneficiam com o atendimento psicológico. As instituições de saúde também lucram, já que a ampliação do âmbito da assistência resulta na diminuição do uso de serviços médicos em geral, reduzindo o tempo de hospitalização, consequentemente caindo os custos hospitalares.

Martins cita um importante estudo meta-analítico realizado por Mumford et al. que revela evidências na redução do custo do uso de serviços médicos após intervenções psicossociais. Os trabalhos analisados resultaram nas seguintes observações: redução no tempo do internamento, diminuição de 20% no uso de serviços médicos e queda nas solicitações de exames.

Verificou-se também que o custo de um tratamento psicoterapêutico era compensado pela economia que se obtém através da diminuição do uso de serviços médicos. Neste mesmo texto, Martins cita outro trabalho desenvolvido por Strain et al. que demonstra ter havido uma redução de custos hospitalares de até 160.000 dólares devido à diminuição do tempo de hospitalização após intervenções psicossociais.

Todos os avanços obtidos no âmbito da Psicologia Oncológica têm influenciado um maior reconhecimento por parte da comunidade científica do trabalho do psicólogo com pacientes oncológicos. A American Cancer Society, citada por Owen, conclui que:

"Como muitos estudos bem controlados indicam que grupos de apoio apropriadamente planeados e supervisionados melhoram a qualidade de vida dos pacientes com cancro, a American Cancer Society encoraja-os como um componente valioso e altamente compensador em serviços psicossociais no tratamento do cancro".

Mesmo com certos reconhecimentos e com todas as evidências descritas no campo científico e observadas na prática, face aos benefícios do atendimento psicológico ao paciente com cancro, esse serviço ainda não foi incorporado nas rotinas de assistência desse paciente.

Segundo Owen, para que isso aconteça será necessário, primeiro, convencer os outros profissionais da área de saúde que, além da melhoria na qualidade devida do paciente, há também benefícios financeiros com o atendimento psicológico.

A PSICOTERAPIA DE GRUPO... OS GRUPOS DE APOIO.

As terapias de grupo, constituem-se na actualidade, como uma enorme, talvez mesmo maioritária parte, das intervenções psicoterapêuticas.

A participação em grupos terapêuticos e psicoterapêuticos começou a ser valorizada como uma possibilidade de ganho maior e acrescido, que nenhuma psicoterapia individual, poderia permitir.

Outro eixo importante dos primórdios da conceptualização das teorias de grupo, tem haver com os chamados, e hoje muito divulgados, grupos de auto-ajuda.

Estes, começaram por se desenvolver nos Estados Unidos da América, por volta de 1935! Eram direccionados para uma problemática específica, o alcoolismo.

Nestes grupos, não existe um terapeuta ou líder formal. Neles há quase sempre a geração de um enorme sentimento de pertença, que é ainda mais acentuado, pelo facto de haver uma problemática comum e estigmatizante, e por consequência uma enorme coesão. Diz Liberman (1993):

“O alto nível de coesão, a semelhança percebida e a percepção de que os membros são diferentes dos outros situados fora do refúgio do grupo influenciam o relevo de ser um participante. O grupo assume as características de um grupo primário; ele se torna semelhante à família e serve de novo grupo referencial. Estas condições grupais dão aos membros um senso de apoio, aceitação e normalização de suas aflições percebidas”.

Estes grupos de auto-ajuda, têm em comum, habitualmente uma patologia ou um acontecimento de vida, por exemplo mulheres mastectomizadas, pais de crianças com uma doença (por exemplo leucemia), cuidadores de indivíduos com patologias incapacitantes ou degenerativas...

Nos contextos de saúde onde se utiliza este tipo de psicoterapia, pretende-se que as pessoas partilhem experiências comuns, habitualmente dolorosas e de consequências extensas, que possam perceber que não são as únicas e que outros indivíduos com problemas semelhantes encontram, ou estão em vias de encontrar, soluções ou formas mais ajustadas de lidar com a problemática (corrigindo ou reforçando estratégias de coping).

Lemperière e Féline (1977) assumiram que os objectivos das Psicoterapias de Apoio deveriam ser:

- ✓ Restabelecer rapidamente o equilíbrio psicológico do indivíduo
- ✓ Obter a máxima melhoria sintomática
- ✓ Reforçar as defesas
- ✓ Melhorar a adaptação ao meio.

Mais tarde, já em 1993, Cordioli, Wagner e Cechin, consideram que os objectivos das psicoterapias de apoio são essencialmente os de manter ou restabelecer o nível de funcionamento prévio do sujeito, mediante:

- ✓ O reforço dos mecanismos de defesa adaptativos
- ✓ O afastamento de pressões ambientais demasiado intensas
- ✓ A adopção de medidas que visam o alívio de sintomas.

Ora, em relação ao nosso tema específico, na mulher mastectomizada, os grupos terapêuticos, surgem como uma forma de reabilitação. E de facto a forma mais utilizada nesta modalidade de psicoterapia, é conhecida por “grupos de auto-ajuda”.

Neste grupo específico, os objectivos que se pretendem são:

- 1) Proporcionar um maior entendimento e aceitação por parte dos elementos do grupo pois partilham a mesma experiência.
- 2) Possibilitar que estas mulheres aceitem e assumam a sua deficiência, a sua doença, de uma forma menos conflituante e menos humilhante.
- 3) Possibilitar novos modelos de identificação com os seus pares.
- 4) Funcionar como um estímulo à socialização.
- 5) Exercer uma função de continente, onde os elementos poderão conter e absorver as angústias e dúvidas de cada uma e de todas estas mulheres.
- 6) Proporcionar um estímulo às capacidades positivas.

Neste sentido, num grupo de auto-ajuda a comunicação entre todos os membros do grupo è essencial! De facto a comunicação aqui, funciona como suporte de reabilitação nestas mulheres.

Estimulando a comunicação entre mulheres mastectomizadas, que frequentam um grupo de auto-ajuda, para assim, promover a elevação da auto-estima melhorando a qualidade de vida e a

harmonização pessoal, assim como para desencadear vivências grupais que proporcionem a troca de experiências e "desabafos".

Neste tipo de grupo proporciona-se:

- A partilha de sentimentos e necessidades;
- Mecanismos de solução para as dificuldades referidas pelas mulheres;
- Espaço educativo para enfrentar adequadamente esta problemática;
- Espaço interactivo que fomenta a oportunidade de amizades e troca de experiências.

Pode-se perceber que a comunicação é um forte mecanismo utilizado pelas mulheres mastectomizadas, para reforçar e elevar a própria auto-estima, melhorar a qualidade de vida e obter uma harmonização interior.

Sendo o cancro uma doença que causa graves mutilações físicas, por sua vez, irá acarretar vários traumas emocionais e sociais. A mulher mastectomizada, devido ao facto de ter sido submetida a uma cirurgia mutiladora, sente-se abalada na sua constituição física, psicológica e em particular na sua sexualidade.

Assim, com a finalidade de auxiliar estas mulheres mastectomizadas na resolução dos problemas decorrentes do cancro e da mastectomia, têm sido criados grupos de auto-ajuda, que de acordo com Zimerman & Osório (1997), são grupos terapêuticos e homogêneos, que visam congregar pessoas que passam por um sofrimento idêntico. São grupos também conhecidos como "self-help", fundamentam-se, em ajudar pessoas a resolver problemas relacionados com traumas decorrentes de distúrbios provocados por doenças de natureza aguda e, em especial crónicas.

A comunicação é uma das formas que os grupos de auto-ajuda utilizam para prestar assistência e cuidados aos participantes, visando uma elevação da auto-estima e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida.

Muitos autores acreditam que a comunicação, além de ser uma habilidade do ser humano, é uma necessidade vital, tal como, respirar, alimentar-se e até mesmo de sobreviver. De acordo com Cianciarullo (1996), a comunicação é um acto intrínseco do ser humano. A comunicação é o elemento mais singularmente humanizador da nossa cultura!

Segundo Penteadó (1972), o grande objectivo da comunicação é o entendimento entre os seres humanos. E para que exista entendimento, é necessário que os indivíduos envolvidos num relacionamento se compreendam mutuamente.

A comunicação nos grupos de auto-ajuda é um dos componentes coadjuvantes do processo de reabilitação da mulher mastectomizada, visto que pode ajudar à mulher na aceitação do cancro e das particularidades da sua condição.

Proporciona o partilhar de experiências de vida, relacionadas com a enfermidade, a partilha de sentimentos e dificuldades, e a busca colectiva de meios de soluções para os seus problemas.

Zuckerfield (1992), ao destacar o valor dos grupos de auto-ajuda, afirma que:

"O partilhar experiências comuns, proporciona aos seus integrantes, uma enorme energia que, pode ser carreada para as exigências da vida, para a ressocialização e para a recuperação".

É o que a comunicação propicia, portanto.

O que se faz nestes grupos de auto-ajuda?

São desenvolvidas várias actividades, desde a discussão de um tema, a exercícios corporais (de descontração e relaxamento) ...

▶ Em grupo poderá ser ensinado a estas mulheres **técnicas de relaxamento** (além de diminuírem a tensão muscular, são também uma ajuda nos momentos de mais stress) como as técnicas de Jacobson e o método de Schultz.

Estes exercícios implicam a intervenção do terapeuta, para demonstrar como se fazem cada um dos exercícios, devendo este verificar o estado de descontração que cada doente experiencia. Poderá ser pedido que estas mulheres os pratiquem em casa, para que depois, (por exemplo no início da sessão) o façam já sem ajuda, e para que possam relatar as melhorias que sentem, ou as dificuldades.

▶ Poderá também ser feita uma intervenção de **aconselhamento sobre a imagem do corpo**. Assim, a qualidade de vida dos doentes com cancro, poderá ser melhorada através do aconselhamento dirigido à imagem corporal que está alterada, em particular após a perda de um seio. A imagem corporal é muito valorizada pela nossa cultura, muito mais a imagem de uma mulher... A mulher com cancro da mama, além de sofrer de uma doença com uma carga tão ansiogénica e mesmo dolorosa, perde um dos maiores símbolos da sua identidade feminina (o peito). Neste sentido é perfeitamente compreensível o grande sofrimento pelo que estas mulheres passam, mesmo após uma cirurgia com sucesso. É um reaprender a gostar do seu corpo, a tocá-lo, a deixar ser tocada...

Pode ser aqui ser pedido que em casa se toquem, se observem ao espelho, que no fundo se voltam a conhecer, que façam o "luto" daquela perda de uma parte do seu corpo.

▶ Também a **relaxação mental** é aqui muito usada, como a indução de imagens mentais positivas. Tem por objectivo desenvolver a crença na capacidade de recuperar, diminuir a tensão, o sofrimento e os medos. A meditação, entre outras técnicas que feitas em grupo (mais tarde feitas por cada um isoladamente) poderão relaxar as pessoas, e serem usadas em situações em que se encontrem mais sensibilizadas.

▶ Criam-se **oficinas educativas** abordando temas de interesse das mulheres, apontando as experiências vivenciadas por elas. Discutindo os vários problemas por que estão a passar, ou porque passaram. È aqui que se poderá corrigir ou reforçar as estratégias de coping usadas por estas mulheres. Por exemplo uma mulher que relata a sua experiência de que desde que fez a cirurgia nunca mais deixou o marido tocar-lhe (provocando-lhe obviamente um grande mal estar psicológico). Outras mulheres poderão intervir dizendo a esta, que è uma forma errada de lidar com o problema, uma vez que estas com o apoio dos conjugues se sentiram muito melhor. Caso ninguém tome a iniciativa de contra-argumentar a posição da senhora, caberá ao terapeuta, organizar um debate perante aquilo que foi acabado de ser dito, até mesmo causando uma pequena polémica (“o que acham desta forma de agir?”; “Mas porque não tenta agir de outra forma, e depois nos conta como correu? Temos a certeza de que se irá sentir muito melhor”...).

Este espaço terapêutico permite que estas mulheres possam proceder ao levantamento de dados para pesquisas, informando-se mais acerca da sua doença, acerca de aspectos que lhes possam interessar e que depois podem ser comentados em grupo. De acordo com Ayers (1997), as mulheres que têm mais sucesso na recuperação do seu cancro de mama procuram informações, em modo particular sobre seu problema, o que parece estar relacionado com a resistência à doença física.

Como conclusão podemos dizer que num grupo de apoio, desenvolve-se uma rede de suporte de indivíduos que comungam das mesmas preocupações, o que facilita a comunicação aberta, a troca de experiências e elementos de comparação. Também neste espaço os elementos do grupo, poderão receber conselhos e sugestões sobre a melhor forma de lidar com problemas específicos.

Fica assim contextualizado que, a interacção entre mulheres que passaram ou estão a passar pelas mesmas experiências, é de grande importância para que elas encontrem as suas próprias soluções, visto que esse contacto é percebido como um elemento facilitador da aceitação da sua condição de ser mastectomizada e da compreensão dos problemas existentes, conforme já foi destacado por Mamede (1991).

A formação destes grupos...

A formação dos grupos terapêuticos terá que obedecer a regras, com a finalidade de a intervenção pretendida ser uma intervenção com sucesso.

Neste sentido estes grupos deverão ser formados tendo alguns cuidados, tais como:

- Serem constituídos por grupos homogêneos, ou seja, pacientes que tenham alguma identificação entre si (Mello Filho refere que reunir pacientes com a mesma patologia num grupo só traz vantagens, já que permite ao paciente perceber melhor os seus problemas, vendo esses nos outros, aprendendo a tolerar o que repudiam em si, melhorando assim a resolução da doença).
- Fazer uma correcta avaliação do nível de depressão dos membros (se for muito elevada não deverá ser permitida a sua entrada, deverá ser reencaminhada para outro tipo de terapia primeiro, uma psicoterapia individual por exemplo).
- O tamanho do grupo não deverá exceder as 10/12 pessoas.
- Ter em atenção (na primeira entrevista) se não haverá factores que condicionem a presença da pessoa no grupo (como estar previsto que esta mude de cidade em breve, que o seu horário de trabalho se altere e que seja incompatível com o horário das sessões, etc.).
- Aquando do recrutamento ter o cuidado de escolher apenas indivíduos que estejam confiantes no sucesso, que estejam motivados para este tipo de tratamento.
- Estas mulheres deverão também não mostrar reticências em partilhar sentimentos que sejam mais íntimos (uma vez que se houver muitas barreiras no sentido de revelar algo que lhe seja mais íntimo, poderá constituir-se como uma desvantagem).
- Deverão ser excluídas mulheres que não tolerem a proximidade emocional, tendo quase como um medo de serem contagiadas emocionalmente.
- Ter atenção á escolha do *setting*.

Factores como estes deverão de facto ser considerados no momento de recrutamento dos membros constituintes de um grupo terapêutico.

Avaliando a eficácia...

Vantagens da terapia de grupo:

- Muitas vezes o facto de se estar em grupo é um facilitador de mudança, uma vez que as pessoas se sentem seguras, sentem uma coesão tão grande que lhes permite relatar todo o seu sofrimento, dúvidas, medos...

- Habeet al. ressaltam que além de ser uma prática terapêutica que traz ótimos resultados, a terapia de grupo permite um tratamento mais viável economicamente, se comparada aos custos da terapia individual. Isto porque trata várias pessoas ao mesmo tempo (- tempo, - dinheiro).

- Segundo Spiegel, o trabalho de grupo é uma forma de criar relações sociais, facto importante, já que muitos pacientes tendem a isolar-se e a sentirem-se rejeitados. Ainda mais nesta problemática do cancro da mama, a mulher muitas vezes tende a isolar-se, com vergonha, com medo do que as outras pessoas possam dizer ou pensar (aumentando as consequências psicológicas negativas, como a depressão, angústia, ansiedade excessiva...). Mas uma vez inseridas nestes grupos, irão progressivamente sentir-se aceites por vários elementos e acabarão por conseguir generalizar ao resto da sua rede social.

- Vários estudos da Psicologia da saúde referem que há uma melhoria no sistema imunológico e neuroendócrino (isto devido ao benefício sobre os estados emocionais) interferindo na recuperação do cancro.

Porém, também esta forma de psicoterapia, aponta algumas **desvantagens**. Tais como:

- Nem sempre a comparação pessoal com terceiros è benéfica se por exemplo o doente se encontre numa situação mais desfavorável da maioria das pessoas. Tendo logicamente um efeito contraproducente, a situação actuará mais como um factor stressante, aumentando ainda mais a ansiedade (nota-se aqui, a grande importância da formação homogénea dos grupos, para este tipo de casos).

- Também o contacto directo com outros elementos pode inibir a utilização de determinados mecanismos de defesa - um caso paradigmático será a situação do doente que se assume como curado, e que pode ficar muito perturbado, ao contactar com outros doentes com recidivas.

- Por outro lado, a atitude de comparação do interlocutor é um determinante crítico do valor da interacção, dado que, a aprendizagem dum coping estabilizador e adaptativo dependerá do coping reflectido pelos diversos componentes do grupo de apoio.

Ora podemos mesmo afirmar que perante estas 3 críticas apresentadas, temos uma solução... E a solução está na atenção que deverá ser merecida na formação dos grupos terapêuticos...

Evidências teóricas:

Entre os vários trabalhos referentes a este tema, destaca-se a pesquisa desenvolvida por Spiegel, sobre o efeito da participação de pacientes com cancro de mama, inseridos numa psicoterapia de grupo.

As sessões realizadas tinham como objectivo incentivar a expressão dos sentimentos sobre a doença, estimular o desenvolvimento de fortes vínculos entre as participantes.

Os resultados do seu estudo mostram uma redução significativa nos transtornos de humor, além de obter efeitos positivos em relação a postura com a doença, e com uma maior aceitação de seguir o seu tratamento.

Baseado nessa mesma pesquisa, Spiegel constatou que além do efeito benéfico sobre o humor e o vigor das pacientes alcançados com a intervenção psicoterapêutica, as pacientes tiveram um aumento significativo na sua vida, comparando-se com o grupo de controlo.

Sundberge e Tyler (1962) referem que a psicoterapia de grupo, fornece motivação, baixa tensão emocional pela catarse, liberta o potencial de crescimento, muda hábitos, modifica estruturas cognitivas, dá auto-conhecimento e facilita as relações inter-pessoais.

De acordo com Feather e Wainstock (1989), a convivência entre as mulheres (nos grupos de auto-ajuda) que vivenciaram a situação de ter um cancro de mama, parece ser um ponto-chave na reabilitação das mastectomizadas, além de diminuir o estigma e o isolamento social associados à doença.

Segundo Fawzy e Fawzy (1994) há evidências que sugerem que o apoio social dado pelos grupos de suporte, está associado a visíveis melhorias psicossociais no ajustamento da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A comunicação é um dos instrumentos utilizados em grupos de auto-ajuda na tentativa de oferecer uma melhoria na qualidade de vida aos seus integrantes, podendo proporcionar um maior conhecimento de si mesmo e do próximo, tal como estabelecer relacionamentos significativos, examinar e estimular mudanças de atitudes e comportamentos.

As mulheres (de acordo com vários estudos) relatam que através da comunicação puderam aliviar as tensões, trocar experiências com outras mulheres que se submeteram ao mesmo

tratamento, manter-se informadas e esclarecidas sobre factos relacionados com o cancro e outros assuntos do interesse delas.

Um exemplo ilustrativo da vantagem desta psicoterapia...

Uma mulher que depois de ter realizado a cirurgia, isola-se, sente-se feia, não quer que ninguém a veja, lhe toque, nem se quer tocar... Ela tem a certeza que mais ninguém a pode entender, de que todos ficariam horrorizados se mostrasse o seu corpo agora... sentimentos de culpa... lágrimas... muito sofrimento no escuro...

Porém, todos estes sentimentos são guardados para si mesma, inclusive o seu esposo não sabe de nada. Sente-se cada vez mais, e mais triste...

Ora está a utilizar claramente um coping passivo, que a conduz à depressão, e ao isolamento social.

O Médico que a segue, apercebe-se do caso, e recomenda-a a fazer parte de um grupo de auto-ajuda, como um tratamento suplementar a sua reabilitação. Depois de muito hesitar, a paciente decide experimentar...

Depois de algumas sessões, ela volta a ter esperança... Entende que todas as pessoas do grupo, passam pelo mesmo... que todas elas a entendem, que é capaz de ajudar alguém, e principalmente que é aceite por toda agente, que continua viva!!! Através desta experiência, ela irá conseguir aceitar-se e aceitar que os outros (sem ser do seu grupo terapêutico) a irão aceitar de igual forma...

Passados uns meses, ela usa um estilo de coping activo, falando sobre o que lhe aconteceu, sobre a sua experiência, sobre como a terapia a ajudou, proporcionando uma ajuda a novas mulheres que estão, hoje, a passar por aquilo que ela um dia passou. Ela sente que realmente pode ajudar outras pessoas, porque foi capaz de se ajudar a si e de permitir ser ajudada!

A oportunidade de partilhar sentimentos e necessidades no grupo de auto-ajuda, é uma ajuda enorme para estas mulheres, como se pode verificar nas seguintes afirmações:

“ [...] é muito importante... Nós partilhamos tudo, é uma forma de apoio, temos mesmo a necessidade de ouvir as outras.”

“É muito importante, venho para cá, sinto-me bem, a amizade”...

“Eu gosto, das actividades que se desenvolvem no grupo. É muito mau termos esta doença e vivermos isoladas. Às vezes estamos cheias de problemas em casa... mas chegamos aqui e passa tudo! É incrível mesmo! Na semana que não posso vir, fica tudo mais chato.”

A terapia promovida através de grupos de auto-ajuda, com base na utilização de uma linguagem única e familiar, da receptividade, do estímulo e do apoio dos organizadores, contribui para o crescimento pessoal dos integrantes do grupo.

O grupo é um espaço onde o participante pode e deve ser valorizado como pessoa humana, e as suas potencialidades devem ser ressaltadas e energizadas, a fim de ajudá-lo a superar as suas limitações perante as lutas que tem de travar, reacções para o enfrentamento de situações difíceis, etc.

CONCLUSÃO:

Estas mulheres não se deixaram vencer e hoje dizem:

“O caminho foi longo e cheio de surpresas

*O apoio dos que nos cercam é mais
que um bálsamo de ternura...*

é o remédio que não nos permite entrar em depressão

*Com amor tudo é ultrapassado. São necessárias, também, muita
força de vontade e esperança*

*Receber suporte emocional, aprender com a experiência
positiva dos outros e pôr de parte pensamentos negativos foram
os pilares que suportaram aquilo “*

Tudo indica que, se para um paciente regular do consultório o tema é a vida, a melhoria da sua vida, o viver melhor, a superação dos problemas que impedem o surgimento de uma vida mais harmoniosa e feliz, para o paciente oncológico essa visão de uma vida melhor, de viver, de superação de problemas... tudo isto, ganha uma reavaliação interna, uma revisão de valores pois a sua força para a vida esbarra numa realidade muito forte que é a possibilidade de morrer e sua impotência diante da morte.

De facto a terapia de grupo, a constituição dos grupos de auto-ajuda, têm uma importância vital para a recuperação destas mulheres... Estas além de terem uma doença grave, uma doença oncológica, perdem uma parte do seu corpo... uma parte da sua feminilidade... um seio.

Espera-se que a terapia de grupo nestas doentes contribua para uma modificação do funcionamento do sistema nervoso central, o que permitirá a estas um equilíbrio emocional mais estável e, portanto, uma melhoria substancial no estado geral de saúde e no ritmo de recuperação destas pessoas em tratamento.

Esta ajuda psicoterapêutica torna-se mais eficaz quando se dá a oportunidade de a doente possuir um maior conhecimento acerca de tudo que se passa com a sua doença, e logicamente consigo mesma. A partir daí poderá mobilizar as suas próprias forças e utilizá-las no seu processo de recuperação.

BIBLIOGRAFIA:

American Cancer Society. (2005). Can Breast Cancer Be Prevented?. Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_Can_breast_cancer_be_prevented_5.asp?sitearea=

American Cancer Society. (2005). How Is Breast Cancer Diagnosed?. Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_How_is_breast_cancer_diagnosed_5.asp?sitearea=

American Cancer Society. (2005). Surgical Procedures for Breast Cancer. Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_4X_Surgery_5.asp?sitearea=

American Cancer Society. (2005). What Are the Risk Factors for Breast Cancer?. Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp?sitearea=

American Cancer Society. (2005). What Happens After Treatment for Breast Cancer?. Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_5X_What_happens_after_treatment_5.asp?sitearea=

American Cancer Society. (2005). What Is Breast Cancer?. Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_is_breast_cancer_5.asp?sitearea=

American Cancer Society. (2005). What Is Cancer?.Retirado Maio 20, 2005 de American Cancer Society online:

http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1x_What_Is_Cancer.asp?sitearea=

A. Reis Marques et al. ; *Reacções Emocionais à doença grave: como lidar...*; Edição de Psiquiatria Clinica, Coimbra, Dezembro; 1999, 1ª Edição.

Câncer da mama. (n.d.).A doença benigna. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da mama
Online: <http://www.cancerdemama.org.br/benigna.htm>

Câncer de mama. (n.d.). A estrutura das mamas. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da
mama Online: <http://www.cancerdemama.org.br/estrutura.htm>

Câncer da mama. (n.d.).Auto-exame da mama (AEM). Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da
mama Online: <http://www.cancerdemama.org.br/aem.htm>

Câncer da mama. (n.d.).Diagnóstico do câncer da mama. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer
da mama Online: <http://www.cancerdemama.org.br/diagno2.htm>

Câncer da mama. (n.d.).Encaminhamento e Acompanhamento. Retirado Maio 21, 2005 de
Câncer da mama Online: <http://www.cancerdemama.org.br/encaminhamentos.htm>

Câncer da mama. (n.d.).Exame Histopatológico. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da
mama Online: http://www.cancerdemama.org.br/ex_histo.htm

Câncer da mama. (n.d.).Mamografia. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da mama Online:
<http://www.cancerdemama.org.br/mamog1.htm>

Câncer da mama. (n.d.).Outros tratamentos. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da mama
Online: <http://www.cancerdemama.org.br/tratamento2.htm>

Câncer da mama. (n.d.).Ultra-sonografia. Retirado Maio 21, 2005 de Câncer da mama
Online: <http://www.cancerdemama.org.br/ultra.htm>

Cordioli, A.V.; *Psicoterapia Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998,
2ª edição

Santos, Z. Et al. (1993), “Psicopatologia e efeitos secundários associados à quimioterapia
em doentes com carcinoma da mama”. *Psiquiatria clinica*. (pp.33-40)

Visalli, G. et al. (1999) . Tratamentos Médicos & Alternativos. In The reader’s Digest
Edição Portuguesa (ed.) , *Cancro da Mama* (pp. 302-303). Lisboa: Selecções do
Reader’s Digest.