



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DEIZE LIMA GONÇALVES

Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio

Campina Grande – PB
2013

DEIZE LIMA GONÇALVES

Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito para obtenção do grau de Formação e Licenciatura em Psicologia

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Railda Fernandes Alves

**Campina Grande – PB
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

G635o Gonçalves, Deize Lima.
 Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres
 mastectomizadas e assistidas em casa de apoio [manuscrito]. /
 Deize Lima Gonçalves. – 2013.
 72 f. il.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) –
 Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
 da Saúde, 2013.

 “Orientação: Profa. Dra. Railda Fernandes Alves,
 Departamento de Psicologia”.

 1. Câncer de mama. 2. Mastectomia. 3. Promoção à saúde.
 4. Casas de apoio. I. Título.

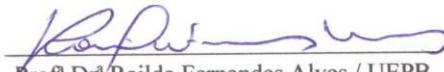
 21. ed. CDD 613

DEIZE LIMA GONÇALVES

Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito para obtenção para obtenção do grau de Formação e Licenciatura em Psicologia

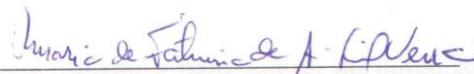
Aprovada em 06 / 09 / 2013.



Profª Drª Railda Fernandes Alves / UEPB
Orientadora



Profª Drª Maria do Carmo Eulálio/UEPB
Examinador interno



Profª Drª Maria de Fátima de Araújo Silveira/UEPB
Examinador externo

Dedico este trabalho a Deus, por ter me iluminado e me dado força para continuar, mesmo com todas as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me escolhido como sua filha e ter me mostrado os Seus caminhos. Tudo vem dEle, para Ele e por Ele.

A meus pais Joaquim Gonçalves e Elenilce Lima Gonçalves pelo apoio e amor incondicional, pela força nas horas de lágrimas, pelos abraços nas partidas e chegadas, por serem colo para ficar e asas para voar.

A minhas irmãs Weldeciele Lima e Gabriela Lima por me mostrarem que esse sonho era possível e por me impulsionarem a ir sempre além.

Ao meu bem Rafael Muniz por todo amor que me dedica e pela paz e segurança que me proporciona. Além-distância, “enquanto houver você do outro lado aqui do outro eu consigo me orientar”.

Aos meus amigos de infância, especialmente Luênea Leite e Samuel Mariano por permanecerem ao meu lado não importando o tempo nem a distância.

A minha família em Cristo, LDVs, por serem face de Deus na minha vida.

A minhas amigas do ap 202 por todos os ensinamentos e as histórias que vivemos juntas.

As minhas amigas Waléria Frazão, Rossana Costa, Valéria Bezerra e Jéssica Oliveira por todo o carinho e compreensão dedicados.

A professora Railda Fernandes por fazer parte dessa história, sempre me mostrando o que significa o fazer em Psicologia, pautado pela ética e dedicação que nossa profissão exige.

Aos meus amigos da linha de pesquisa Processos Psicossociais e Saúde do Grupo Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, especialmente a Elizabeth Cristina, por terem estado comigo nessa trajetória acadêmica e pela grande ajuda na realização das oficinas.

A Elaine Barros e a Adalberto Pinheiro (Beto) por ter nos acolhido na Associação e aceitado a proposta das oficinas terapêuticas.

As participantes da pesquisa pela colaboração, comprometimento e troca de experiências ao longo deste trabalho.

A Banca Examinadora, mais precisamente as professoras doutoras Maria do Carmo Eulálio (Carmita) e Maria de Fátima de Araújo Silveira, pela participação e contribuição neste momento.

A todos que passaram por mim nesse ciclo que agora se fecha. Obrigada pelos silêncios, toques, sorrisos, abraços, conselhos, puxões de orelha... Sendo eu fruto de todas minhas vivências, tudo que trago hoje tem um pedacinho de muitos mundos.

Gratidão!

**Nesse nosso desbravar
Emanemo-nos amor
Até quando suceder
De silenciar
O que nos trouxe até aqui
(Teatro Mágico)**

RESUMO

Considerado como um problema de saúde pública, o câncer é definido como um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer é a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil para o ano de 2013, sendo o câncer de mama o tipo mais frequente de neoplasia e a principal causa de morte por câncer em mulheres de todo o mundo. Mesmo que necessária, a cirurgia de retirada da mama sempre acarreta sofrimento para as mulheres que se submetem. Este estudo se propôs a evidenciar o cuidado e a escuta a um grupo de mulheres mastectomizadas, buscando a promoção de saúde e a ressignificação de suas vivências e dificuldades pós-diagnóstico de câncer de mama, através de efetuação de quatro oficinas terapêuticas. A amostra foi composta por 18 mulheres mastectomizadas frequentadoras de uma casa de apoio a pacientes neoplásicos em Campina Grande. Os resultados apontam para o uso da fé e do apoio como suportes para o enfrentamento da doença. A resiliência também foi demonstrada como aspecto de superação das dificuldades relacionadas ao tratamento. No que diz respeito à retirada da mama observou-se que as mulheres mais velhas enfrentaram a mutilação com menos sofrimento. Algumas mulheres ressignificaram a vivência do câncer e o sofrimento causado por ele. As conclusões apontam para a importância do uso das oficinas enquanto método que proporciona a coletivização de experiências e a promoção de saúde.

Palavras-chave: Oficinas, câncer de mama, mastectomia, promoção de saúde.

ABSTRACT

Considered a public health problem, cancer is defined as a set of more than a hundred diseases that have in common the uncontrolled growth of cells that invade the tissues and organs. The estimate of the National Cancer Institute is the occurrence of 518 510 new cases of cancer in Brazil for the year 2013, with breast cancer as the most common type of cancer and the leading cause of cancer death in women worldwide. Even if necessary, the surgery to remove breast always brings suffering to women. This study aimed to show the care and listen to a group of women who had mastectomies, seeking to promote health and reframe their experiences and difficulties post-diagnosis of breast cancer, through effecting four therapeutic workshops. The sample consisted of 18 women attending a home mastectomy patient support neoplastic in Campina Grande. The results point to the use of faith and support as supports for coping with the disease. Resilience has also been demonstrated as an aspect of overcoming the difficulties related to treatment. Other fact is that older women faced the mutilation with less pain. Some women find out a new meaning to life through the experience of cancer and suffering caused by it. The findings point to the importance of the use of workshops as a method that provides the collectivization of experiences and health promotion.

Keywords: Workshops, breast cancer, mastectomy, health promotion.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Perfil sócio-demográfico, ocupacional e educacional das participantes do estudo.....	28
QUADRO 2	Perfil clínico das participantes do estudo.....	30

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Apoio.....	39
FIGURA 2	Fé.....	41
FIGURA 3	Resiliência.....	43
FIGURA 4	Retirada da mama.....	45
FIGURA 5	Sentidos atribuídos ao câncer.....	48

LISTA DE SIGLAS

AEV	Associação Esperança e Vida
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	JUSTIFICATIVA	16
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1.	Câncer.....	17
3.2.	Oncologia.....	17
3.3.	Câncer de mama.....	18
3.4.	Mastectomia.....	19
4.	METODOLOGIA	20
4.1.	Método de abordagem.....	20
4.2.	Campo de investigação.....	20
4.3.	Composição da amostra.....	21
4.4.	Critérios de inclusão.....	21
4.5.	Instrumento de coleta de dados.....	21
4.5.1.	Questionário misto.....	21
4.5.2.	Oficinas terapêuticas.....	22
4.5.3.	Observação participante.....	24
4.6.	Análise de dados.	24
4.7.	Procedimentos da pesquisa.....	24
4.8.	Posicionamento ético.....	25
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
5.1.	Perfil sócio-demográfico, ocupacional e educacional das participantes da amostra.....	26
5.2.	Perfil clínico das participantes.....	30
5.3.	Descrição das oficinas.....	34
5.3.1.	Primeira Oficina.....	34
5.3.2.	Segunda Oficina.....	35
5.3.3.	Terceira Oficina.....	36
5.3.4.	Quarta Oficina.....	37
5.4.	Análise do conteúdo das oficinas.....	39
6.	CONCLUSÃO	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE.....	61
	ANEXO.....	70

1. Introdução

Considerado como um problema de saúde pública devido às informações do surgimento dos novos casos, dos casos existentes e dos óbitos, o câncer não é uma doença deste milênio. Há mais de 300 anos a.C Hipócrates, o pai da medicina, já havia utilizado a palavra Karkinos, câncer em latim, para nomear um determinado tipo de tumor de mama que produzia projeções e vasos sanguíneos no seu entorno (LANDSKRON, 2008).

Atualmente, o câncer é definido como um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Ao se dividirem rapidamente, essas células provocam a formação de tumores malignos e podem se espalhar para outras partes do corpo, através de um processo conhecido como metástase. (INCA, 2012).

Segundo dados da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) /OMS de 2008, o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos e estimou-se que só no ano de 2008 ocorreria cerca de 12 milhões de casos novos e 7 milhões de óbitos, com uma tendência a aumentar nos anos seguintes.

A estimativa do Instituto Nacional do Câncer é a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil para o ano de 2013. E em 20 anos, estima-se que, se mantidas as mesmas condições, haverá 20 milhões de casos novos de câncer e 13 milhões de óbitos, grande parte nos países em desenvolvimento.

Este cenário ilustra a necessidade de investimento em ações de prevenção, promoção e educação em saúde tanto para os casos existentes quanto para os novos casos estimados. Nesse viés, se situa o trabalho do psicólogo. A ele, junto com uma equipe multidisciplinar, então, compete promover a qualidade de vida de pacientes e familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Nesse sentido, os profissionais da Psicologia trabalham, buscando manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde (VENÂNCIO, 2004).

A proposta desse trabalho foi evidenciar o cuidado e a escuta a um grupo de mulheres mastectomizadas e assistidas em casas de apoio, buscando a promoção de saúde e a reabilitação social, através de atividades que favoreceram, de forma horizontal, o compartilhamento de saberes e emoções e o fortalecimento de autoestima e de confiança entre elas.

Para Mello Filho (2000) reunir pacientes com a mesma patologia em um grupo só traz vantagens, já que permite ao paciente perceber melhor seus problemas, vendo esses nos outros, melhorando assim a resolução da doença. Além disso, a participação em um grupo possibilita uma melhoria na qualidade de vida do paciente e uma participação ativa em seu tratamento.

Desse modo, a prática das oficinas é um instrumento eficaz tanto no sentido de possibilitar o alívio do sofrimento e a ressignificação da vida dos pacientes quanto na evidência e estudo de novas práticas na área de Psicologia oncológica.

2. Justificativa

Vislumbrado como um acontecimento catastrófico por quem o vivencia, o câncer é gerador de enorme sofrimento psicológico. Segundo Alves *et al* (2012), apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer e do aumento de informações veiculadas pela mídia, o câncer ainda equivale, muitas vezes, a uma "sentença de morte", frequentemente associada à dor, sofrimento e degradação.

A realidade enfrentada por pessoas que possuem algum tipo de neoplasia evidencia a necessidade do trabalho do psicólogo a fim de possibilitar a minimização desse sofrimento e a ressignificação da vida destes pacientes. Nesse sentido, as oficinas com pacientes neoplásicos se fazem importantes porque possibilitam a criação de laços sociais e a visualização de que seu sofrimento é compartilhado por outras pessoas, o que torna menos árdua a difícil tarefa de enfrentar uma doença vislumbrada como sem cura.

Como instrumento de coleta de dados e de construção do conhecimento, as oficinas possibilitam a evidenciação e o estudo de novas técnicas de promoção de saúde e qualidade de vida no trato com pacientes neoplásicos. Além disso, as oficinas possibilitam que os atores da pesquisa possam também tirar proveitos do conhecimento que é produzido na academia, através do desenvolvimento da pesquisa, e, quem sabe, modificar suas condições de vida.

Assim, essa pesquisa se justifica porque busca proporcionar, à medida que coleta dados, momentos de bem-estar e compartilhamento de vivências e dores aos sujeitos envolvidos, mais especificamente as mulheres que convivem com o câncer e a perda de uma parte do corpo. Sendo um espaço de confluência de teoria e prática, as oficinas proporcionam um espaço de construção coletiva de um saber que, na maioria das vezes, é transformador.

3. Fundamentação Teórica

3.1. Câncer

O câncer é um termo genérico para um conjunto de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Também conhecido como neoplasia, o câncer começa em uma célula normal que se transforma em uma célula de tumor ocorrendo multietapas que, geralmente, envolve a progressão de uma lesão pré-cancerosa de um tumor maligno. Essas alterações são o resultado da interação entre fatores genéticos do paciente e agentes externos (OMS, 2013).

As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2013).

Os principais tipos de câncer são: pulmão (1,37 milhão de mortes); estômago (736 000 mortes); fígado (695 000 mortes); colorretal (608 000 mortes); mama (458 000 mortes); cervical (275 000 mortes). Mais de 70% das mortes por câncer ocorreu em países de renda baixa e média (OMS, 2013).

Cerca de 7,6 milhões de mortes por câncer ocorreram em todo o mundo em 2008. As estatísticas esperadas para 2012/2013 no Brasil, segundo dados do INCA (2011), informam que o câncer mais comum para o sexo feminino será o de mama com 52.680 casos. Ao câncer de mama seguem-se o câncer do colo do útero com 17.540 casos e o câncer de cólon e reto com 15.960 casos. Para o sexo masculino o câncer de próstata será o mais incidente com 60.180 casos. A segunda maior localização de câncer para os homens será o câncer de traqueia, brônquios e pulmões com 17.210 casos e em terceiro lugar o câncer de colón e reto com 14.180 casos (INCA, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) prevê-se que o número de mortes por câncer continuará a aumentar em todo o mundo e excederá 13,1 milhões em 2030.

3.2. Oncologia

A Oncologia é a especialidade médica que estuda os cânceres ou neoplasias (tumores malignos) e a forma de como essas doenças desenvolvem-se no organismo, buscando seu tratamento. Esta área específica da Medicina tornou-se uma

disciplina complexa e hoje conta com o auxílio de outras áreas como Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, entre outras. A importância do tratamento multidisciplinar decorre do fato de que hoje a saúde não é definida somente como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

No que diz respeito à interface entre a Medicina e a Psicologia, Campos (2010) aponta uma área relativamente nova chamada Psico-oncologia. A essa área cabe o cuidado com os aspectos de natureza psicológica desencadeados pela doença e seus tratamentos.

Nesse sentido, o papel do psicólogo visa manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde. Segundo Venâncio (2004), além disso, é necessário prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, levando o paciente a compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando assim ressignificações desse processo.

3.3. Câncer de mama

O câncer de mama pertence a um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas (INCA, 2010).

O sintoma mais comum de câncer de mama segundo o INCA (2010) é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila.

De acordo com Guerra, Gallo e Mendonça (2005) esta doença encontra-se relacionada ao processo de industrialização, com risco de adoecimento associado ao status socioeconômico que modifica as condições de vida da população, além de outros fatores de risco clássicos, tais como predisposição genética, baixa paridade, idade precoce da menarca e tardia da menopausa, obesidade, altura e consumo de álcool.

Este é tipo mais frequente de neoplasia e a principal causa de morte por câncer em mulheres de todo o mundo. Acomete, preferencialmente, mulheres por volta dos 50 anos de idade, sendo raro antes dos 30 anos. Todavia, nas últimas décadas tem sido observado a nível

mundial um aumento da incidência dessa neoplasia inclusive em faixas etárias mais jovens (SOARES e SANTOS JÚNIOR, 2012).

Estimou-se que esse câncer foi responsável por cerca de 23% (1,4 milhões) de casos novos e 14% (458 mil) dos óbitos por câncer para o ano de 2008, em todo o mundo. Cerca de metade dos casos de câncer de mama e 60% das mortes ocorreram em países em desenvolvimento. Em 2012, esperam-se, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011).

3.4. Mastectomia

A mastectomia é a cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila.

Segundo Barros, Barbosa e Gebrim (2001) o tratamento cirúrgico do câncer de mama pode ser dividido em cirurgias conservadoras e radicais. A mastectomia simples ou conservadora consiste na retirada apenas da mama, com extensão variável de pele que a recobre, incluindo sempre o complexo aréolo-papilar. Já as mastectomias radicais retiram também algum dos músculos peitorais (maior e menor), ou os dois, ou ainda realiza-se o esvaziamento axilar. E são indicadas para tumores infiltrantes, nos quais o volume ou a multicentricidade não permite a cirurgia conservadora.

Simple ou radical, a cirurgia de retirada da mama deixa marcas na vida da mulher que se submete a este procedimento. A mutilação, inevitavelmente, acarreta questões relativas à autoestima e da imagem corporal, demonstrando a necessidade de suporte social e de autocuidado (BIFFI, 2003).

A este respeito Tavares e Trad (2005) vem dizer que a perda da mama traz consequências tanto para autoimagem da mulher quanto para as relações afetivo-sexuais do casal, uma vez que as mulheres sentem-se inibidas após a cirurgia.

Diante de uma doença causadora de extremo sofrimento físico e mental se faz intrinsecamente necessário a atuação de uma equipe de saúde. O papel do psicólogo nesse contexto deverá visar o amparo emocional, incentivando o resgate de autoestima e a resignificação da vida das mulheres mastectomizadas.

4. Metodologia

4.1. Método de abordagem

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa. Neste tipo de pesquisa preocupa-se principalmente com o processo social, buscando visualizar o contexto e, se possível, ter uma integração empática com o objeto de estudo que implique melhor compreensão do fenômeno (NEVES, 1996).

De acordo com essa perspectiva, Demo (1995) lembra que uma metodologia não se sobrepõe à outra, já que todas têm a sua importância metodológica. Tal abordagem possibilita “ir além do julgamento da aparência do fenômeno avaliado e permite aprofundar a compreensão sobre o que se avalia” (TANAKA e MELO, 2004, p. 129).

4.2. Campo de investigação

O campo escolhido para a pesquisa e intervenção foi a Associação Esperança e Vida (AEV), uma instituição de direito privado, para fins não lucrativos, sobrevivendo apenas de doações. Localizada em Campina Grande, à rua Antonio Campos no bairro do Alto Branco, esta tem como finalidade a promoção da Assistência Social visando lutar, zelar e primar pelo estabelecimento e desempenho da política assistencial e filantrópica ligada a pessoa com câncer em geral e sua família.

Fundada em 2008, a associação tem como público-alvo pessoas carentes acometidas por algum tipo de neoplasia maligna, sem distinção de idade e de baixa renda, pertencentes ao Estado da Paraíba. Desde sua fundação já foram atendidos 124 usuários, onde destes temos atualmente 76 atendidos com algum tipo de benefício e/o serviço oferecido pela entidade.

A AEV presta assistência aos usuários e seus familiares diariamente através de profissionais voluntários das áreas de Assistência Social, Psicologia, Advocacia, Fisioterapia, Operadoras de Telemarketing e pessoas da própria comunidade.

Seus objetivos são: proporcionar apoio humano/emocional/material; suprir as necessidades básicas com: lanches, suplementos nutricionais, exames, medicamentos, entre outros; criar mecanismos para melhoria e qualidade de vida envolvendo palestras, cursos, e terapias complementares; orientar sobre os recursos existentes na comunidade e seus direitos; oferecer orientação jurídica e integrar os usuários à sociedade e ao exercício da cidadania.

Há cinco anos a Instituição presta atendimento aos seus usuários e suas ações refletem-se diretamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas em tratamento de câncer e na reestruturação familiar.

4.3. Composição da amostra

A amostra foi composta 18 mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama e fizeram a cirurgia de mastectomia, sendo assistidas pela casa de apoio Associação Esperança e Vida. A fim de garantir-lhes o anonimato elas serão apresentadas com nomes de flores neste trabalho.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

As mulheres, de qualquer idade, que retiraram total ou parcialmente uma das mamas, independente do tempo de realização de cirurgia de retirada da mama, e forem frequentadoras assíduas da casa de apoio Esperança e Vida foram incluídas na pesquisa.

Excluídas da pesquisa foram as mulheres que tiveram câncer em partes do corpo que não forem as mamas.

4.5. Instrumentos de coleta de dados

4.5.1. Questionário misto

Um questionário misto foi utilizado, combinando perguntas de múltipla escolha ou abertas referentes ao perfil sócio-demográfico e questões abertas referentes ao diagnóstico do câncer e o tratamento.

4.5.2. Oficinas terapêuticas

As oficinas atuam no âmbito social e contribuem como possibilidade de transformação da realidade, no que diz respeito a toda concepção do processo saúde-doença. Sua proposta é a expressão da singularidade e subjetividade, num espaço de convivência, criação e reinvenção do cotidiano (MENDONÇA, 2005). Nesta proposta de atuação, coordenador e participantes desempenham papéis que se interconectam. A relação entre eles é horizontal, evidenciando que, na construção do conhecimento, cada um tem papel fundamental e não há quem saiba mais.

Para Afonso (2010), a oficina é um trabalho estruturado com bases na teoria dos grupos em um contexto sociocultural. Ela pode ser útil nas áreas de saúde, educação e ações comunitárias. Distingue-se de um projeto apenas pedagógico, porque trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido. E, embora deslanche um processo de elaboração da experiência que envolve emoções e revivências, a oficina também se diferencia de um grupo de terapia, uma vez que se limita a um foco e não pretende a análise psíquica profunda de seus participantes.

Utilizando técnicas e dinâmicas de grupo, a oficina é caracterizada como uma prática de intervenção psicossocial (AFONSO, 2010). Ainda para esta autora, o uso de técnicas favorece a sensibilização, a expressão e a comunicação, a reorganização das narrativas no campo grupal, a possibilidade de sistematização e comparação dos pontos de vista, o trabalho com conflitos e diferenças. Entretanto, para que a técnica tenha utilidade deve desempenhar, para o grupo, um valor de metáfora articulada com a experiência dos participantes.

Além de ser um ato de cuidado, as oficinas terapêuticas constituem também espaços de transformação. Transformação essa arquitetada por todos os sujeitos, que são ativos e donos do saber.

Nesse sentido, Afonso (2010) vem dizer que a oficina tem uma dimensão terapêutica ou potencialidade terapêutica, na medida em que facilita o insight e a elaboração sobre questões subjetivas, interpessoais e sociais. Tem também uma dimensão pedagógica, na medida em que deslança um processo de aprendizagem, a partir da reflexão sobre a experiência. Possibilita uma elaboração do conhecimento desenvolvido sobre o mundo e do sujeito no mundo, portanto, sobre si mesmo.

Como instrumento de intervenção psicossocial, a oficina precisa estar ligada a uma demanda do grupo, ou seja, da existência de uma situação que envolve elementos sociais, culturais e subjetivos e que precisa ser trabalhada em um dado grupo social.

A partir das diretrizes desse instrumento, foram desenvolvidas quatro oficinas que discutiram os seguintes temas: “descobrimo-se uma mulher que tem câncer”, evidenciando o diagnóstico; “querendo livrar-se da doença”, que tratou da aceitação do diagnóstico e a busca pelo tratamento e a realização da cirurgia de mastectomia; “sendo ajudada para não desistir” tratou do apoio recebido ao longo do tratamento e, por fim, a oficina denominada “tentando adaptar-se à nova realidade”, que buscou trazer à reflexão a importância de dar outros sentidos e significados à vivência do câncer e à mastectomia.

É importante dizer que cada tema pensado possui relação com o cotidiano das participantes do grupo e foram apresentados com uma linguagem que favoreceu o entendimento do grupo. Além disso, embora cada oficina possuísse um tema, o planejamento de cada encontro foi flexível, pois o coordenador mesmo se preparando para a ação, precisa acompanhar o grupo e estar ciente das modificações que cada encontro pode sofrer (AFONSO, 2010). Nesse sentido, aqui se encaixa alertar que as oficinas precisam ser flexíveis de um modo geral, adaptando-se ao contexto.

As oficinas foram pensadas no sentido de que cada temática obedecesse a uma sequência lógica de acordo com a vivência do câncer, ou seja, primeiro há a descoberta, depois a busca pelo tratamento e, no caso das mulheres mastectomizadas, a cirurgia. Nesse ínterim há a busca pelo apoio e, por fim, há a tentativa de adaptação à realidade de ser uma mulher com câncer e mastectomizada.

Em todas as oficinas a sala esteve enfeitada com balões, fitas e figuras e, ao final de todas elas, foi oferecido lanche para todas as participantes. A partir da segunda oficina a decoração da sala contou com um mural colorido de cartolina chamado Memória do Grupo. Neste recurso eram coladas as fotos da oficina imediatamente anterior juntamente com falas mais significativas de algumas participantes. O objetivo deste mural era valorizar a produção do grupo, possibilitando o resgate do processo vivido.

Além disso, cada oficina com seu roteiro pré-definido obedeceu a fases flexíveis, que foram desde relaxamento a avaliação do material discutido. Todo material foi gravado e transcrito com consentimento das participantes.

Após a efetuação de todas as oficinas, foi preciso trabalhar o fim dos encontros. De acordo com Afonso (2010) isto deve ser feito para que a produtividade da oficina possa ser sentida como positiva pelo grupo e como algo que os participantes podem levar para outras

instâncias de seu cotidiano. Além disso, os vínculos e elos que haviam se formado entre as participantes e as facilitadoras deixariam, a priori, de existir, em função do distanciamento e retomada de suas atividades habituais.

4.5.3. Observação participante

Observar significa aplicar atentamente os sentidos a um objeto e a partir dele adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação torna-se uma técnica científica quando passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade.

Segundo Richardson (1999) a observação constitui elemento fundamental para a pesquisa, principalmente com enfoque qualitativo, porque está presente desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, ou seja, ela desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa.

No que se refere às oficinas, é importante dizer que a observação participante é parte inerente deste instrumento de coleta de dados. O pesquisador à medida que coordena também participa. Participantes e coordenadores têm papéis que se interconectam e as oficinas são produtos do conhecimento de ambos.

4.6. Análise dos dados

O perfil sócio-demográfico e clínico das participantes da pesquisa foi traçado e demonstrado através de tabelas. E o conteúdo discursivo das oficinas foi gravado e submetido à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977). E sua demonstração foi feita através das árvores de associação de sentidos de Spink e Lima (1999). As árvores, segundo essas autoras, permitem visualizar o fluxo da associação de ideias, possibilitando entender as singularidades da produção de sentidos, presas tanto à história de cada pessoa quanto à dialogia intrínseca do processo de entrevista.

4.7. Procedimentos da pesquisa

Inicialmente foi efetuado um contato com a Associação, no qual foi apresentada a proposta das oficinas. Mediante a aceitação da responsável pela Casa de apoio foram

entregues à pesquisadora os telefones e os endereços das mulheres mastectomizadas assistidas pela Associação. De posse desses telefones, o segundo passo dado para a realização das oficinas foi o contato prévio, informando a proposta da realização das oficinas. Após aceitação, a pesquisadora visitou as casas das mulheres que realizaram cirurgia de mastectomia, sendo estas localizadas em Campina Grande. Em um total de 18 mulheres, foram visitadas 11 casas. O encontro com as outras sete se deu na própria instituição, devido a algumas dificuldades referentes à própria ida a suas casas.

Nesses encontros, foram explicados os objetivos do trabalho e reforçado o convite para participar das oficinas. A maioria se animou bastante. Após estas explicações era aplicado o questionário misto contendo questões referentes ao perfil sócio-demográfico e ao perfil clínico de cada uma. Efetuado isto, um mini convite era deixado com as pesquisadas contendo as datas das oficinas, o tema, as facilitadoras e os telefones para contato.

Nos dias acordados, as participantes se fizeram presentes na Associação, localizada em Campina Grande, para a realização das oficinas terapêuticas.

4.8. Posicionamento ético

A orientação ética da pesquisa está regulada pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelecida em outubro de 1996.

Para isso, o presente trabalho está aportado nos princípios éticos através da utilização do termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, para formalizar o consentimento dado pelo pesquisado à pesquisadora, tomando-se desta forma uma postura legal onde não houve nenhum tipo de limitação a influenciar a vontade e a decisão dos sujeitos da pesquisa. Com isso o TCLE foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito participante da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador (Resolução 196/96; item IV.2.d).

Tais princípios éticos esclarecem o direito dos participantes desistirem da pesquisa na hora que desejarem, garantindo-lhe confidencial identidade, privacidade e proteção de imagem.

5. Resultados e discussões

5.1. Perfil sócio-demográfico, ocupacional e educacional das participantes da amostra

Das 18 participantes da pesquisa somente duas não residem na cidade de Campina Grande, residindo em Queimadas e Lagoa Seca. A amostra é composta por 18 mulheres com em média 56,3 anos de idade.

Embora a etiologia do câncer de mama seja multifatorial, a idade, segundo dados do INCA (2011), é um dos principais fatores de risco para o aparecimento da doença. As taxas de incidência aumentam após os 50 anos de idade. Nesse sentido, é importante observar que 77,8% de nossa amostra (14 mulheres) possuem idade acima de 50 anos, confirmando os dados apresentados pelas pesquisas do Instituto Nacional do Câncer.

Das mulheres participantes da pesquisa, 50% possuem o ensino fundamental incompleto. Os outros 50% se dividem em: uma sem escolaridade, duas com ensino fundamental completo, duas com ensino médio completo e quatro mulheres com ensino médio incompleto.

Segundo Kligerman (1999), embora o câncer seja uma doença celular, ele se ilustra como um indicador social e econômico direto do processo de desenvolvimento de uma sociedade. Sendo o grau de escolaridade um indicador socioeconômico, as variáveis que com ele se relacionem assim também o serão. Assim, para este autor existe uma relação diretamente proporcional entre o grau de alcance escolar e fatores de risco de doenças: quanto menor o grau escolar, maior a prevalência do risco. Isto acontece porque o câncer se desenvolve diferentemente entre os grupos sociais, porque eles têm diferentes expectativas de vida e apresentam ou se submetem a diferentes fatores de risco de adoecimentos e morte.

No que diz respeito à renda de cada mulher, pode-se dizer que: 61,1% da amostra possuem renda de até um salário mínimo, no total, 11 mulheres; 22,2% vivem com renda entre um e dois salários mínimos (quatro mulheres) e três mulheres (16,7%) vivem com menos de um salário mínimo. Estas sobrevivem com R\$70,00 de um Programa do governo e com as doações de cesta básica que a Associação fornece todo mês. É importante dizer que exames e custos relacionados ao tratamento são, em sua maioria, conseguidos através de donativos da sociedade civil à Associação. Esta, de acordo com a necessidade de cada um, repassa às usuárias as doações.

Uma pesquisa realizada por Bim *et al* (2010) apurou que os exames preventivos do câncer de mama são realizados com menor frequência pelas mulheres, tendo sido realizado por 24% de sua amostra, composta por 885 mulheres. Nesse sentido, esses autores apuraram que o nível sócio-econômico, mais precisamente a renda e a escolaridade, parece ser o principal determinante de acesso à consulta ginecológica e, conseqüentemente, às demais condutas na prevenção secundária do câncer de mama.

Anjos, Alayala e Höfelmann (2012), também apontam que pesquisas epidemiológicas indicam que a incidência do câncer de mama é influenciada por fatores socioeconômicos, devido aos distintos padrões culturais entre diferentes classes sociais, e às contínuas mudanças no tempo e espaço de estilos de vida e exposições de risco para câncer entre classes sociais. Isso significa dizer que as condições socioeconômicas influenciam diretamente no estilo de vida e conseqüentemente na exposição a fatores de risco facilitando o desenvolvimento de doenças como o câncer. Nesse sentido, possuindo baixa escolaridade e baixa renda, as participantes de nossa pesquisa só confirmam os dados anteriormente trazidos.

Em relação ao trabalho, 88,9% das mulheres não trabalham atualmente, ou seja, 16 mulheres. Dessas 16 mulheres, seis deixaram de trabalhar após o diagnóstico. A fim de suprir as suas necessidades e as da casa, duas mulheres (11,1%) continuaram trabalhando, mesmo que em atividades consideradas por elas como leves, por exemplo: fazendo doces e costurando. Além disso, também foi possível observar o afastamento parcial das mulheres pesquisadas de suas atividades domésticas, sendo parte do cuidado da casa em sua maioria realizado por filhos e/ou parentes.

Apurando sobre a influência do tratamento do câncer de mama sobre o trabalho Maieski e Sarquis (2007) também obtiveram resultados semelhantes ao encontrar que quase 95% de sua amostra deixaram de trabalhar após o tratamento, gerando prejuízos pessoais em suas vidas. O afastamento deveu-se, em ambas as pesquisas, à dor relacionada não só ao pós-operatório, mas, também resultaram de síndromes neuropáticas que podem se desenvolver, seja pela cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

Martins *et al* (2009) também observaram em seu estudo o afastamento de quase a metade das pacientes de suas atividades laborais. Segundos esses autores, o prejuízo não é somente para a mulher que se afasta, mas também para suas famílias e para o país, considerando que essas mulheres não só deixaram de contribuir com a renda familiar, como também representaram um custo socioeconômico significativo para o país. O quadro a seguir justifica a afirmação desses autores.

Quadro 1 – Perfil sócio-demográfico, ocupacional e educacional das participantes

Nome ¹	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Religião	Escolaridade ²	Ocupação	Renda*
Acácia	52	Casada	5	Católica	Fundamental incompleto (8º ano)	Não trabalha	Menos de um salário
Açucena	68	Separada	16	Católica	Ensino Fundamental Incompleto (3º ano)	Não trabalha	Até um salário
Alfazema	44	Casada	2	Evangélica	Fundamental Completo (9º ano)	Não trabalha	Entre um e dois salários
Angélica	67	Casada	5	Católica	Sem escolaridade	Não trabalha	Até um salário
Begônia	54	Viúva	3	Evangélica	Fundamental Incompleto (2º ano)	Não trabalha	Até um salário
Cravo	60	Casada	3	Católica	Ensino Médio Incompleto (1º ano)	Trabalha	Entre um e dois salários
Gardênia	54	Solteira	1	Católica	Ensino Médio incompleto (3º ano)	Não trabalha	Até um salário
Gerânio	65	Convivendo com outra pessoa	Não possui	Católica	Fundamental incompleto (2º ano)	Não trabalha	Até um salário
Gérbera	58	Viúva	2	Católica	Fundamental Incompleto (2º ano)	Não trabalha	Entre um e dois salários
Girassol	56	Casada	6	Católica	Ensino Médio em andamento (EJA)	Não trabalha	Menos de um salário
Hibisco	80	Separada	4	Católica	Fundamental Incompleto (3º ano)	Não trabalha	Menos de um salário
Hortênsia	41	Casada	3	Evangélica	Ensino Médio Completo	Não trabalha	Entre um e dois salários
Jasmim	60	Separada	2	Crê em Deus	Fundamental Incompleto (4º ano)	Não trabalha	Até um salário
Lírio	43	Solteira	1	Católica	Fundamental Incompleto (4º ano)	Trabalha	Até um salário
Margarida	73	Separada	9	Católica	Fundamental Incompleto (2º ano)	Não trabalha	Até um salário
Orquídea	36	Convivendo com outra pessoa	2	Católica	Fundamental Incompleto (2º ano)	Não trabalha	Até um salário
Rosa	54	Convivendo	5	Católica	Ensino Médio	Não trabalha	Até um

¹ Para garantir o anonimato das mulheres entrevistadas, optou-se por atribuir-lhes nomes de flores.

² De acordo com a Lei de diretrizes e bases da educação nacional, art. 21, (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm) a nomenclatura para os níveis escolares passa a ser Ensino básico, compreendendo educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; e ensino superior, compreendendo a graduação e pós-graduação.

		com outra pessoa			incompleto (2º ano) Ensino Médio Completo		salário
Tulipa	60	Separada	1	Católica		Não trabalha	Até um salário

Fonte: dados da pesquisa/ * O presente trabalho considera o salário mínimo recebido pelos participantes, no ano de 2013 o salário mínimo equivale a R\$ 678,00.

Em relação ao estado civil, 33,3% da amostra é casada, correspondendo a seis mulheres. Separadas ou divorciadas são 27,8 da amostra, ou seja, cinco mulheres. Convivendo com outra pessoa são três mulheres (16,7%). Por fim, as participantes viúvas e solteiras correspondem a 11,1% cada. Em média cada uma delas possuem 3,8 filhos. Em relação à moradia, de toda a amostra 88,9% mora com a família, ou seja, 16 mulheres. Sendo que desse total somente 50% moram com o marido e filhos. As outras configurações de moradia variam entre nora e netos (uma participante), genro e filha (uma participante), filhos e netos (duas participantes), com a neta (uma participante), com a irmã (duas participantes) e com filha e bisneta (uma participante). Os outros 11,1%, duas mulheres, moram sozinhas.

Fazendo uma ponte entre qualidade de vida e estado civil, Makluf, Dias e Barra (2006) apontam que mulheres casadas ou que têm uma relação conjugal estável apresentam melhores escores de qualidade de vida global do que mulheres solteiras. Além disso, observando as configurações de moradia é possível visualizar a gama de familiares que as participantes convivem diariamente, demonstrando assim de onde vem o apoio que elas recebem. O apoio será mais demonstrado posteriormente em uma categoria de discussão.

Por fim, no que se refere à religião, 14 participantes se declararam católicas, ou seja, 77,8%. Evangélicas correspondem a 16,7% da amostra, ou seja, três mulheres. Uma delas (5,5%) declarou crer em Deus, independente de religião. Embora com religiões diferentes, todas declararam que possuem fé, afirmando o aumento desta após a descoberta do câncer.

Embora fé seja discutida com mais clareza posteriormente neste trabalho, de imediato é importante dizer que a fé e a crença no divino são de fundamental importância para o enfrentamento do câncer. Segundo Costa (2010), o envolvimento religioso e espiritual tem sido associado de forma positiva para o enfrentamento do paciente à doença crônica, à medida, que propicia menos sintomas depressivos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estresse e maior qualidade de vida. Nesse sentido, Pinto e Pais-Ribeiro (2010) dizem que o câncer é uma das doenças que ameaça o sentido de integridade da pessoa e, mesmo quando os sintomas físicos se tornam menos preocupantes, as questões espirituais que surgiram no processo da doença permanecem.

5.2. Perfil clínico das participantes

O quadro abaixo identifica o perfil clínico das participantes do estudo. De toda a amostra, 44,4% retiraram a mama total direita, ou seja, 8 mulheres; 38,9% (sete mulheres) retiraram a mama total esquerda; 11,1% (duas mulheres) retiraram um quadrante da mama esquerda e 5,6% ou seja, uma mulher retirou um quadrante da mama direita.

Quadro 2 – Perfil clínico das participantes do estudo

Identificação	Ano da cirurgia	Retirada da mama	Procedimentos	Medicação
Acácia	2008	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso
Açucena	1990	Total esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso
Alfazema	2010	Total esquerda	Quimioterapia	Faz uso
Angélica	2008	Parcial direita	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Begônia	2011	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Cravo	2009	Parcial esquerda	Radioterapia	Faz uso
Gardênia	2008	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso
Gerânio	2008	Total esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Gérbera	2005	Total esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Girassol	1993	Total direita	Não fez	Não faz uso
Hibisco	2006	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso
Hortênsia	2007	Total esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso
Jasmim	2006	Parcial esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Já fez uso
Lírio	2008	Total esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Margarida	2008	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Orquídea	2006	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Não faz uso
Rosa	2011	Total direita	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso
Tulipa	2009	Total esquerda	Quimioterapia e radioterapia	Faz uso

Fonte: dados da pesquisa

Todas as participantes da pesquisa que retiraram a mama total utilizam algum tipo de prótese. Nove delas utilizam uma prótese com silicone dentro de uma capa, sendo esta colocada dentro do sutiã. Essas próteses foram feitas artesanalmente e conseguidas através de doações à Associação. Quatro das participantes confeccionaram suas próprias próteses com tecidos ou fralda. Uma delas fez a reconstrução da mama e a outra colocou uma prótese de silicone em uma cirurgia.

As próteses de tecido ou silicone embutidas no sutiã são utilizadas a fim de recuperar os contornos do corpo. Sem o seu uso, as participantes afirmam que ficariam “tortas”. O uso destas serve também como forma de elevar a autoestima dessas mulheres que se veem incompletas depois da realização da cirurgia. Prado (2002), em sua pesquisa de mestrado, verificou que as mulheres mastectomizadas, também utilizavam um enchimento embutido feito e cedido pela associação de doentes de câncer que elas participavam, por considerar que este se amolda melhor ao volume e o formato dos seios.

Em relação à reconstrução mamária, de acordo com Prado (2002), ela pode ser realizada logo após a cirurgia ou em outro momento, de acordo com a indicação médica. Pode ser um implante artificial de silicone, solução salina ou reconstituição com retalhos dos músculos abdominal ou grande dorsal. Para Munhoz e Aldrighi (2004), o objetivo maior da cirurgia reconstrutora é a reabilitação estética, retirando-se da paciente o estigma do câncer e da mutilação, sendo o retorno à condição física pré-câncer fundamental neste processo.

No que diz respeito à reconstrução da mama com o uso de prótese, Frassom *et al* (2008) apontam que este procedimento é feito com a inserção da prótese de silicone sob o músculo grande peitoral com o objetivo de dar volume que projete a parede torácica e imite a presença de uma mama. Todas as mulheres que recebem implantes de silicone são aconselhadas a realizar ressonância magnética cerca de três anos após a cirurgia, para se certificarem de que o dispositivo não se rompeu ou vazou.

Os anos em que a cirurgia de retirada da mama foi realizada, na maior parte da amostra, são relativamente recentes. Seis mulheres (33,3%) realizaram a cirurgia em 2008; três (16,7%) em 2006; duas mulheres em 2009 (11%) e duas em 2011 (11%); e uma mulher (5,6%) em cada ano de 2005, 2007 e 2010. Somente duas mulheres realizaram a mastectomia há vinte e três e vinte anos atrás, ou seja, uma em 1990 (5,6%) e uma em 1993 (5,6%).

Com esses dados de tempo de cirurgia e de descoberta do câncer há mais de duas décadas podemos apontar para sobreviventes do câncer. Embora o câncer seja visto como uma doença fatal, o número de sobreviventes de câncer nos Estados Unidos da América (EUA), de acordo com Muniz, Zago e Schwartz (2009), triplicou, sendo quase 10 milhões nos últimos 30 anos, devido aos avanços das novas tecnologias para o tratamento. Para essas autoras ser sobrevivente significa viver com o câncer e apesar dele, e também viver com os efeitos colaterais e sequelas decorrentes das terapêuticas utilizadas para o seu controle.

Complementando essa discussão Pinto e Pais-Ribeiro (2007) observam que a utilização da terminologia “sobrevivente de câncer” está associada à mudança de prognóstico da doença oncológica, que até meados do século passado era vista quase inevitavelmente

como uma doença fatal. Segundo esses autores, hoje, passou-se de “vítima de câncer” a “sobrevivente de câncer”.

Ainda sobre este assunto Pinto e Pais-Ribeiro (2007) citando Mullan (1985) descrevem as fases do sobrevivente do câncer. A fase aguda inicia-se com o diagnóstico e continua até o fim do tratamento. Nesta fase a pessoa passa para o papel de “doente”, sendo a sobrevivida física a sua preocupação principal. A fase intermédia começa com o fim do tratamento, em que a pessoa se move através de uma tênue linha entre o “estar doente”, para o “estar bem”, entrando-se na fase denominada remissão da doença. A fase permanente engloba a duração de vida do sobrevivente, quando o risco de recorrência é pequeno, podendo considerar equivalente a uma cura. Grosso modo, podemos então dizer que as duas mulheres de nossa amostra que descobriram câncer há mais de vinte anos estão nesta última fase.

Além da cirurgia, o tratamento contra a neoplasia, dependendo do caso, envolve quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. A quimioterapia antineoplásica consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas (INCA, 2008). Essas substâncias podem ser administradas continuamente ou a intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos e devem ser ajustada para cada doente de acordo com sua superfície corporal (BRASIL, 2010). Ainda sobre quimioterapia, Crisanto (2012) pondera que ela pode ser a melhor forma de tratamento, pois atuando em todo o corpo pode destruir algumas células tumorais que se desprendem do tumor primário e migram para outros órgãos. Já a radioterapia objetiva alcançar um índice terapêutico favorável, levando as células malignas a perderem a sua clonogenicidade, ou seja, a capacidade de se regenerar e, ao mesmo tempo, preservando os tecidos normais (INCA, 2008). E a hormonioterapia permite o controle dos tumores hormonodependentes. Com efeito, a sua utilização previne não só recidivas locais, mas também um segundo tumor na mama contralateral, reduzindo este risco em cerca de 50% (AMORIM, 2007).

De acordo com o INCA (2008) a radioterapia pode ser curativa ou paliativa. Sendo curativa ela pode ser classificada em: curativa adjuvante quando a radioterapia é realizada depois da cirurgia e curativa neo-adjuvante quando o paciente é submetido primeiro a radioterapia para diminuir o tamanho do tumor e melhorar as condições cirúrgicas a seguir. Já a radioterapia paliativa é um tratamento que busca a remissão de sintomas para diminuir o sangramento, aliviar a dor, obstruções e compressão neurológica, levando a uma melhora da qualidade de vida do paciente.

No que concerne à quimioterapia, segundo Crisanto (2012) ela pode ser classificada em: curativa - quando é utilizada com o objetivo de se conseguir a eliminação completa do

tumor. Adjuvante - quando se realiza após a cirurgia, tendo o objetivo de destruir células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases. Neoadjuvante – sendo realizada antes do tratamento cirúrgico e indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia. Paliativa – quando não tem finalidade curativa, é utilizada apenas com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente e aumentar a sobrevivência do mesmo. Para isso, visa reduzir a massa tumoral e os sintomas relacionados.

De acordo com as formas de tratamento apresentadas anteriormente nossa amostra apresenta 15 mulheres (83,2%) que fizeram quimioterapia e radioterapia, uma mulher (5,6%) que só fez quimioterapia, um mulher (5,6%) que só fez radioterapia e uma (5,6%) que não fez nenhum dos dois procedimentos. Das 15 que fizeram quimioterapia e radioterapia, em 12 o procedimento foi realizado depois da cirurgia. Nas outras três, a quimioterapia foi realizada antes da cirurgia. Quanto à radioterapia, em duas delas o procedimento aconteceu depois da cirurgia e a outra realizou este procedimento antes da cirurgia. As participantes que só fizeram quimioterapia ou radioterapia realizaram cada um destes procedimentos depois da cirurgia. Nesse sentido, observando as finalidades da quimioterapia e radioterapia, podemos dizer que: das 16 mulheres de nossa amostra que se submeteram a radioterapia, 15 delas, 93,75% realizaram a radioterapia curativa adjuvante e uma mulher (6,25%) realizou a radioterapia curativa neo-adjuvante. E, das 16 mulheres que se submeteram à quimioterapia, 81,25%, isto é, 13 mulheres realizaram a quimioterapia adjuvante e 18,75%, três mulheres realizaram a quimioterapia neo-adjuvante.

Já no que diz respeito à hormonoterapia ou ainda ao uso de medicamentos via oral 50% (nove mulheres) da amostra faz uso, 44,4% (oito mulheres) não faz uso ou nunca fez, 5,6% já fez uso e parou. O medicamento mais utilizado é o tamoxifeno, sendo consumido por 60% da amostra. E em segundo lugar encontra-se o anastrozol, utilizado por 40% das mulheres pesquisadas.

O tamoxifeno reduz a incidência de câncer de mama contralateral nas mulheres com história de câncer de mama e é efetivo no tratamento deste tipo de câncer, como terapia adjuvante, sendo o uso indicado durante cinco anos (CHIEPPE, 2002). De acordo com Damiani e Damiani (2007), o anastrozol é um inibidor da aromatase e atua reduzindo os níveis de estrogênio circulante, privando o tumor do estímulo de crescer.

5.3. Descrição das oficinas

5.3.1. Primeira oficina

A primeira oficina terapêutica aconteceu no dia 08 de julho de 2013 na Associação Esperança e Vida, das 14h às 16h, e foi facilitada por Deize Lima e Elizabeth Cristina (colaboradora da pesquisa). Ela teve como tema: descobrindo-se uma mulher com câncer. A proposta desta foi observar como as participantes reagiram quando receberam o diagnóstico de câncer, fazendo um levantamento sobre como foi o início desse processo.

Inicialmente os objetivos da pesquisa e das oficinas foram apresentados. Em seguida, o contrato informal referente ao uso de celular, uso de gravador, horários e sigilo foi feito. Onze mulheres estiveram presentes.

Por ser a primeira oficina se fez interessante e necessário uma dinâmica de apresentação. Nesse sentido, foram distribuídos pares de cartões coloridos para todas, inclusive para as facilitadoras. A intenção era que umas apresentassem as outras. Assim, quem pegasse, por exemplo, o cartão amarelo apresentaria a colega que havia pegado a mesma cor. E assim aconteceu. No caso, uma facilitadora apresentou a outra, a fim de que também elas pudessem nos conhecer. Além disso, a apresentação das facilitadoras foi importante no sentido de que as oficinas não comportam expectadores, sendo, portanto, cada participante também atuante no processo. Todas as apresentações se seguiram com muitos elogios e declarações de afeto, o que demonstrou que todas elas se querem muito bem, principalmente pelo fato de estarem juntas na luta contra o câncer.

Posteriormente, a abordagem inicial da temática foi feita através da leitura de um texto, elaborado por uma das facilitadoras, que contava a história de uma moça alegre chamada Tereza. Ela havia descoberto um problema nos olhos e decidiu ir ao médico. Com esse estímulo inicial, chamado de história inacabada, foi pedido para que elas dessem continuidade à história de Tereza. À medida que iam falando, elas traziam questões referentes à própria história de vida e à descoberta do câncer. Direta ou indiretamente, elas falaram de si e de suas dificuldades.

Ao final, foi feita uma breve síntese do material trabalhado na oficina, articulando o dito e o não-dito de cada vivência individual partilhada. Após esse fechamento, com uma música baixinha, foi oferecido um lanche a todas as participantes e foram feitas fotos.

5.3.2. Segunda oficina

A segunda oficina terapêutica aconteceu no dia 15 de julho de 2013, das 14h às 16h, na Associação Esperança e Vida. Foi facilitada por Deize Lima e Elizabeth Cristina. O tema desta oficina foi “Querendo livrar-se da doença” e referia-se à aceitação e à busca pelo tratamento e a realização da cirurgia. Doze mulheres estiveram presentes, dentre elas uma não fazia parte da amostra. Como na Associação não havia atividade nesse dia e ela havia pedido permissão para participar, foi consentido.

Em um primeiro momento, as facilitadoras novamente se apresentaram, pois algumas mulheres estavam presentes no grupo pela primeira vez. Nesse sentido, o contrato foi novamente refeito.

Essa oficina contou com um recurso chamado Memória do Grupo, que era um cartaz colorido que continha fotos e falas da oficina imediatamente anterior. O objetivo deste era fazer com que elas se percebessem enquanto imagem (foto) e linguagem (falas ditas por elas). Na leitura do mural a maioria soube dizer de quem eram as falas destacadas.

A proposta inicial dessa oficina foi realizar um relaxamento para que elas focassem em si mesmas e se esvaziassem de tudo que havia ficado lá fora. Nesse momento então foi colocada uma música instrumental calma e pedido para que elas ficassem em uma posição confortável e fechassem os olhos. Depois imaginassem que estavam em um lugar bem bonito, onde elas se sentiam muito bem. À medida que a música ia tocando, as facilitadoras instigavam para que elas percebessem em que lugar elas estavam, como era esse lugar, se estavam com alguém ou sozinhas, etc.

Findado oito minutos aproximadamente, foi pedido que elas abrissem lentamente os olhos e compartilhassem a vivência de cada relaxamento. Uma a uma, elas foram falando. Um mencionaram lugares que nunca haviam ido antes, já outras mencionaram lugares já conhecidos. Nos lugares visitados em imaginação, boa parte estava acompanhada de pessoas da própria família e até das próprias colegas da instituição. Uma delas chegou a chorar, pois, segundo ela, não queria se despedir daquele lugar. Após esse compartilhamento foi feito um breve fechamento a fim de passar para o próximo passo da oficina.

Em seguida, foi realizada a técnica do desenho livre. A todas elas foi pedido para que desenhassem ou recortassem de revistas uma pessoa. A escolha da pessoa ficaria a critério de cada uma delas. Distribuído o material, a maioria decidiu desenhar. Feito isso foi pedido que cada uma apresentasse seu desenho, dizendo como a pessoa era e estava se sentindo e se a pessoa do desenho gostaria de mudar em si mesma alguma coisa ou não. Algumas

desenharam ou recortaram entes da família, outras desenharam a si mesmas quando eram mais jovens e quando não tinham o câncer.

Após todas terem falado, foi feito um fechamento sobre toda a oficina, elencando os pontos importantes de toda a vivência. Em seguida, vieram o lanche e as fotos.

5.3.3. Terceira oficina

A terceira oficina teve como tema “Sendo ajudada para não desistir” e destacava o apoio que elas tiveram ou não desde o início do tratamento. Esta oficina aconteceu no dia 22 de julho de 2013, das 14h às 16h, sob a facilitação de Deize Lima e Elizabeth Cristina. Estiveram presentes doze mulheres.

Como na oficina anterior, inicialmente se deu a observação da memória do grupo e a recordação das oficinas anteriores.

A proposta inicial desta oficina foi pedir a todas as participantes que ficassem em pé e se apoiassem em um pé só. Após esse passo inicial as instruções seguintes eram: dar um pulo para frente sem colocar o outro pé no chão, um pulo para a direita, outro para esquerda, abaixar etc. Ao som de uma música animada, elas seguiram as instruções. Ainda em pé foi pedido para que elas segurassem umas nos ombros das outras e fizessem os mesmos movimentos anteriores de quando estavam sem o apoio da colega.

A partir deste estímulo foi puxada a primeira discussão. No momento da própria dinâmica mesmo, elas destacaram que foi mais fácil a segunda parte em que elas estavam apoiadas na colega. Com isso, elas foram trazendo questões referentes à própria vida e ao apoio que existia ou não na vida de cada uma.

Em seguida foi lida uma fábula de dois amigos que se depararam com um urso pronto para atacar em um bosque. Um deles subiu em uma árvore e deixou o outro sozinho no chão, abandonando-o em um momento de necessidade. Após a leitura foi pedido que elas comentassem a fábula. E pouco a pouco elas foram elencando situações de abandono e/ou apoio que vivenciaram, demonstrando, ora tristeza, ora aversão, a atitudes parecidas com a que um dos amigos teve.

Após as questões trazidas referentes à vivência de cada uma foi anunciado o moral da história. Com isso, foi feito o fechamento da oficina e em seguida teve o lanche e as fotos.

5.3.4. Quarta oficina

A quarta oficina aconteceu no dia 29 de julho de 2013, das 14h às 16h, e foi facilitada por Deize Lima e Elizabeth Cristina. Teve como tema “Tentando adaptar-se à nova realidade”. Esta buscava tratar da ressignificação do sofrimento e da autoestima. Estiveram presentes 15 mulheres, dentre elas duas que não faziam parte da amostra, uma voluntária da Associação e uma mulher que tinha câncer de estômago. Como não havia outra atividade na casa, elas pediram para participar e foi consentido. Uma das características da oficina é esta: ela deve se adaptar ao meio e, principalmente, ao inesperado.

Inicialmente, o mural foi observado bem como foram lidas as frases destacadas nele. As oficinas anteriores foram lembradas como forma de destacar o vivido e o aprendizado apreendido.

Nessa oficina foi feita a dinâmica do espelho. Nessa dinâmica um espelho era colocado escondido dentro de uma caixa. E a elas era pedido para que uma a uma levantasse e olhasse para dentro da caixa. Antes disso, era dito que dentro da caixa havia uma pessoa muito importante, uma pessoa linda, que merecia todo cuidado. Havia um som ambiente para que elas refletissem sobre a própria importância. À medida que elas olhavam no espelho e sentavam, uma das facilitadoras saía da sala e fingia trocar a suposta imagem que estava dentro da caixa, a fim de que elas imaginassem que haviam visto pessoas diferentes. Nesse sentido, o objetivo desta dinâmica foi produzir um momento de encontro de cada participante consigo, buscando o aumento da autoestima das mesmas.

Após todas terem participado deste momento foi aberta uma discussão sobre o que foi visto na caixa. O envolvimento na discussão foi muito proveitoso, embora algumas mulheres já tivessem participado da dinâmica em outro momento e já soubessem o seu significado, Uma a uma elas foram falando que viram pessoas maravilhosas, felizes e que merecem todo amor do mundo. As mulheres que nunca haviam participando da dinâmica afirmaram ter achado que dentro da caixa havia a foto de Jesus Cristo, de ‘Priscila’ (nome fictício atribuído à assistente social responsável pela casa de apoio) ou minha e da outra facilitadora, o que denuncia, evidentemente, a importância atribuída por elas a outras pessoas que não a si mesmas.

Após um breve fechamento da dinâmica e dos assuntos tratados a partir dela, foi lido um texto explicando como as pérolas são formadas dentro da ostra. Sendo enunciada em seguida a seguinte frase de Rubem Alves: “Uma ostra que não foi ferida não produz pérolas.” Com o exemplo da ostra esse texto buscou evidenciar que coisas boas ou pontos positivos

podem existir após o sofrimento, pois para produzir a pérola é necessário que a ostra seja invadida por areia ou parasitas. Para se defender, as células da ostra, então, cobrem o grão de areia ou o parasita com camadas de uma substância lustrosa, própria da ostra, chamada nácar. Como resultado, uma pérola se forma.

Após ouvirem atentamente a história elas foram falando dos pontos positivos adquiridos a partir da descoberta do câncer, chegando a se nomearem como “pérolas feridas”. O que significa dizer que, mesmo com todo sofrimento, algumas conseguiram enxergar o lado positivo de tudo que já haviam vivenciado após o diagnóstico.

Em seguida, a fim de trabalhar o término das oficinas, foi lida uma história criada por uma das facilitadoras. A história falava sobre duas irmãs muito alegres e dispostas a ajudar o próximo. Como o trabalho de seu pai exigia que elas mudassem constantemente de estado, elas também mudavam. E mudando de estado mudavam também de escola. Na mudança elas foram estudar em uma escola chamada “A felicidade reina”, encontrando lá muitas amigas. Nesse momento, as amigas das irmãs que representavam cada uma das participantes da oficina foram descritas, sem que seus nomes fossem ditos. À medida que cada descrição era lida as participantes apontavam umas as outras, evidenciando que haviam reconhecido cada personagem.

Após cada descrição, o texto enunciava que as irmãs teriam que mudar de Estado novamente. Mesmo tristes porque iam sentir saudade, suas amigas ficaram felizes porque tiveram a oportunidade de conhecê-las e o que havia sido aprendido e vivenciado com elas ficaria guardado.

Finalizada a leitura, todas as participantes bateram palmas e pediram que fosse lida novamente as descrições. E assim, elas foram dizendo, contentes, quem era cada uma das personagens. Também foi apontado quem eram as duas irmãs.

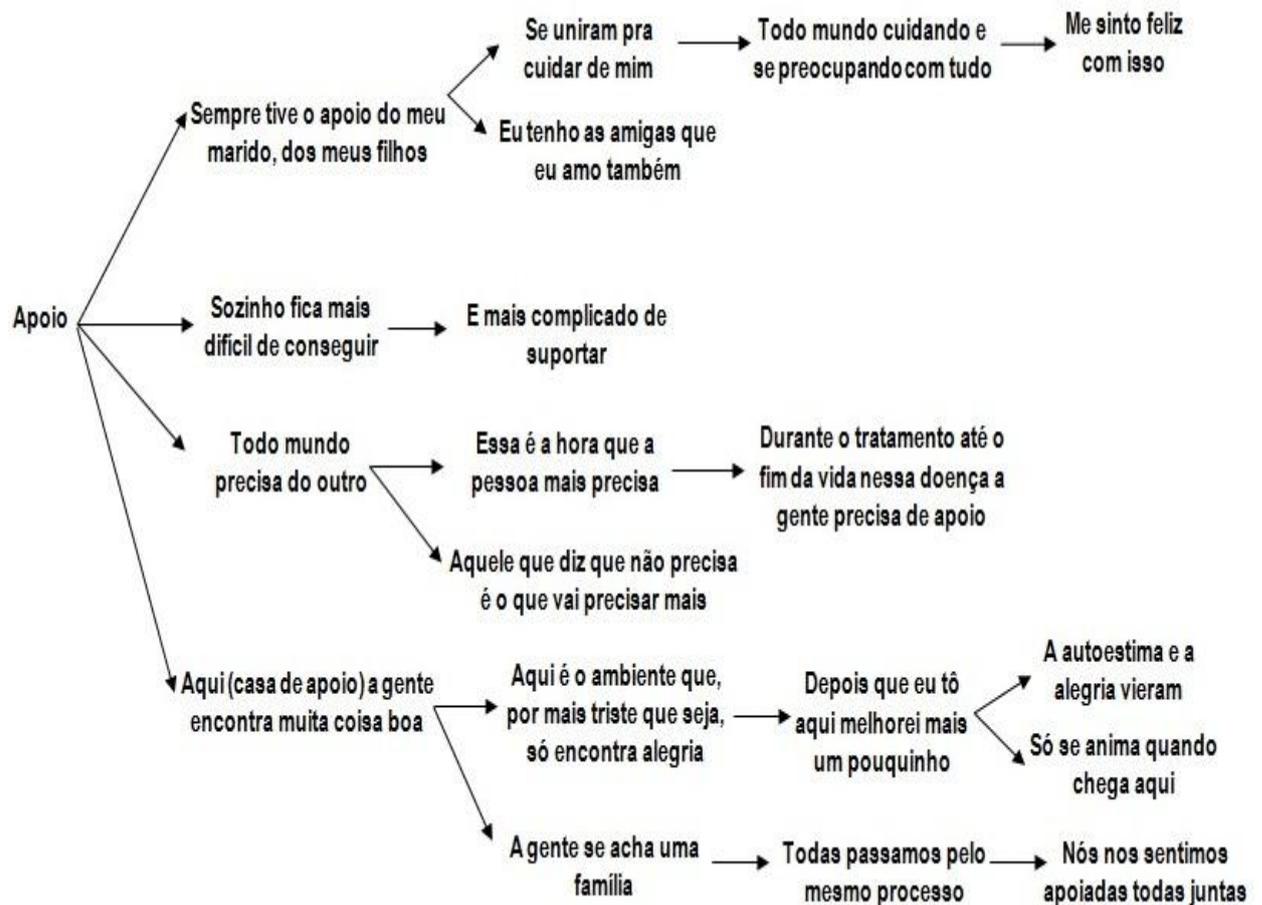
Findada a história e os apontamentos, as participantes anunciaram que iam sentir saudade das facilitadoras e das oficinas. Pedindo, inclusive, que delas não fosse esquecido. Em seguida, as facilitadoras fizeram um fechamento de todas as oficinas, enunciando que a forma de vivenciar o sofrimento é única, não havendo, portanto certo e errado nessa trajetória. Daí a importância de elas estarem juntas, a fim de apoiar e serem apoiadas. Elas eram, portanto, muito mais do que uma mama perdida.

Por fim, as facilitadoras agradeceram a participação de todas e entregaram fotos das oficinas anteriores como lembrança. Novas fotos foram tiradas e o lanche foi trazido. Em seguida, houve as despedidas.

5.4. Análise do conteúdo das oficinas

Após a análise e categorização dos discursos de acordo com Bardin (1977) chegou-se a cinco categorias de discussão: apoio, fé, resiliência, retirada da mama e sentidos atribuídos ao câncer. Os discursos de cada categoria são demonstrados através de árvores de associação de sentidos de Spink e Lima (1999). As árvores, é importante explicar, representam o discurso de todo o grupo estudado.

APOIO (figura 1)



A figura 1 refere-se ao apoio que as mulheres receberam ou recebem desde a descoberta do diagnóstico de câncer. Em sua maioria, as mulheres pesquisadas afirmaram ter apoio de seus familiares. A família é uma das mais importantes fontes de suporte para vários agravos à saúde, principalmente no caso do câncer de mama, patologia que traz o estigma de morte (BIFI, 2003).

Os familiares se envolvem para oferecer cuidados e atenção à mulher mastectomizada, estreitando seus laços e, muitas vezes, modificando sua rotina a fim de ajudá-la no tratamento. Uma pesquisa realizada por Melo, Silva e Fernandes (2005) corrobora esses resultados ao constatar a união da família em prol do ente doente, fornecendo-lhe suporte físico e emocional.

O suporte dado pelos amigos e vizinhança também foi destacado pelas participantes da pesquisa. Para além da família e amigos, a casa de apoio se constitui para as pesquisadas como outra fonte de suporte. Além do auxílio financeiro, ela oferece a possibilidade de unir pessoas com as mesmas dificuldades relacionadas à doença, tornando a vivência desta menos dolorosa. A importância de unir pessoas da mesma patologia em um grupo possibilita a troca de experiências, de vivências e estratégias de sobrevivência bem como favorece a aquisição de laços sociais. Tudo isso funciona como promoção de saúde, proporcionando ao doente melhores formas de lidar com a patologia e os desdobramentos do tratamento.

Para Alegrance, Souza e Mazzei (2010) o suporte social é uma estratégia que traz benefícios para a saúde física e emocional dos pacientes, estando diretamente relacionado com a adaptação psicossocial e à qualidade de vida, como também é capaz de proteger dos efeitos danosos da doença.

O apoio é percebido por elas como indispensável ao enfrentamento não só da doença, mas, também de momentos difíceis na vida. Sendo o homem um ser social, o apoio se faz importante na medida em que, não sendo autossuficiente, o homem não vive sozinho. As formas de demonstrar esse apoio são diversas como: dar auxílio, dizer palavras de estímulo e força, estar junto, dar conselhos etc.

Segundo Almeida (2006), o câncer de mama e a subsequente mastectomia, muitas vezes, podem representar um fator articulador na dinâmica familiar, integrando os membros entre si, mobilizando toda a família em torno do problema. Entretanto, não está descartada a hipótese de uma desagregação familiar.

Em relação à desagregação, apenas uma participante relatou que não teve apoio. A falta de apoio foi demonstrada através de nojo evidenciado por algumas pessoas próximas, a saber, o marido. A falta de suporte, evidenciada principalmente pelo distanciamento entre corpos dificultou a retomada de sua vida e atividades. Quando da morte desse companheiro, ocasionada por câncer, essa participante teve prejuízo na procura e vivência por relacionamentos conjugais com medo de sofrer as mesmas dificuldades e preconceito.

Assim, para todas as participantes o apoio até o último dia de suas vidas, enquanto portadoras de neoplasia, se faz necessário. Para elas, o apoio funciona tanto como mola

impulsionadora da busca e continuação do tratamento, como também favorece o aumento da autoestima e alegria, conforme visto na figura 1. Nesse sentido, Bergamasco e Angelo (2001) afirmam que durante todo o processo da doença, o significado do suporte social para a mulher com câncer de mama se reveste de importância, pois ela se vê sendo ajudada para não desistir.

FÉ (figura 2)



Na figura 2 podemos visualizar os discursos indicativos de fé das participantes da pesquisa. A fé é utilizada por elas como suporte ao enfrentamento da doença. Mesmo as participantes que apontam confiança na Medicina, a fé é colocada um primeiro lugar, pois para elas, os médicos seriam guiados por Deus. Segundo Costa e Leite (2009), a fé constitui um modo de pensar construtivo. Um sentimento de confiança de que acontecerá o que se deseja.

Estando fé ligada à espiritualidade, Saad, Masiero e Battistella (2001), definem espiritualidade como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Cabe aqui uma definição de religiosidade, já que espiritualidade e religiosidade não são sinônimas. Para Socci (2006) religiosidade pode ser considerada como crenças associadas a alguma seita ou instituição religiosa, caracterizada pela prática de alguns rituais religiosos

públicos que são compartilhados com pessoas que possuem as mesmas crenças religiosas. Espiritualidade estaria, então, mais ligada a vivências intrínsecas ao indivíduo, enquanto que o termo religiosidade expressaria vivências mais extrínsecas a ele.

Religião seria então uma expressão da espiritualidade. Nesse sentido, podemos verificar que na nesta pesquisa todas as participantes declararam a vivência da espiritualidade através do Cristianismo.

O envolvimento religioso e espiritual tem sido associado de forma positiva ao enfrentamento do paciente à doença crônica, à medida, que propicia menos sintomas depressivos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estresse e maior qualidade de vida (COSTA, 2010).

A espiritualidade pode surgir na doença como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho no reestabelecimento, a não-avoidância de sentimentos dolorosos, o contato e o aproveitamento da ajuda de outras pessoas e até a própria reabilitação (MARQUES, 2003).

A melhora ou aumento da saúde foi, então, mencionado pelas participantes mastectomizadas. Os discursos apontam também para a ideia de que Deus dando a vida, também pode tirá-la.

Teixeira e Lefreve (2008) encontraram resultados semelhantes ao constatar que a fé e o tratamento aparecem como parceiros íntimos e a sinergia é positiva para o enfrentamento da doença. Hoffmann, Muller e Frasson (2006) também encontraram os mesmos resultados em uma pesquisa com mulheres com câncer de mama. Esses autores perceberam que a religião é procurada de maneira a complementar o apoio recebido, o que vem reforçar a importância desse aspecto para as pacientes.

Assim, é importante notar que a busca pela espiritualidade e Divino contribui intrinsecamente para melhor vivência pós-diagnóstico e busca da cura. Um estudo com adultos porto-alegrenses realizado por Marques (2003) comprovou a associação significativa entre espiritualidade e saúde.

Deste modo, a religiosidade e a espiritualidade aparecem como importantes aliadas para as pessoas que padecem de alguma enfermidade, constituindo uma importante estratégia de enfrentamento diante de situações consideradas difíceis ou que trazem o estigma da morte, como é o caso do diagnóstico do câncer que produz um grande impacto na vida do indivíduo e cujo tratamento é permeado de eventos estressores.

RESILIÊNCIA (figura 3)



A figura 3 mostra os discursos referentes à resiliência das pesquisadas. Em suas falas, elas mostram que nunca desanimaram ou se renderam ao sofrimento. No primeiro quadro da figura, é possível verificar o sofrimento explicado através de uma metáfora *Passei por debaixo da ponte*. Alves *et al* (2012) também encontraram resiliência em seus estudos com pacientes com câncer em uma casa de apoio de Campina Grande.

Resiliência, segundo Pinheiro (2004), é definida como a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar e conseguir superar as adversidades. Ainda segundo esta autora a resiliência não é uma qualidade que nasce com o indivíduo e, ainda, é muito mais do que uma simples combinação de condições felizes. É preciso levar em conta as qualidades do próprio indivíduo, o ambiente familiar favorável e também as interações positivas entre esses dois elementos.

Ainda definindo resiliência, Laranjeira (2007) vem dizer que a resiliência é um fenômeno, um funcionamento, ou ainda, por vezes, uma arte de se adaptar às situações

adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapésicos) e externos (ambiente social e afetivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social.

As adversidades constituem como fatores de risco para o indivíduo. Para Rutter (1987), os fatores de risco são aqueles que, estando presentes, aumentam a probabilidade do indivíduo de, na vivência de adversidades significativas, ter seu desenvolvimento comprometido. Como exemplo de fatores de risco podemos citar as perdas precoces significativas, as doenças, as guerras, o desemprego, os desastres ambientais entre outros.

No caso das pesquisadas, a situação adversa se constitui como sendo o câncer e os tratamentos aos quais se submeteram, incluindo, inclusive, a retirada da mama. Para Araújo (2010), além de ser vítima do impacto do diagnóstico a mulher portadora de câncer de mama, sofre também com as alterações físicas que o tratamento pode causar. A possibilidade de sofrer mutilação da mama e a queda dos cabelos configura alteração da imagem corporal. Além da necessidade de encontrar recursos de enfrentamento da realidade, a mulher com câncer de mama necessita adaptar-se diante da sua nova condição.

No entanto, ser resiliente não significa que os eventos estressores se acabam, é, pois, um constante movimento. Os discursos das participantes mostram claramente isto ao demonstrarem que a batalha permanece. Com isto, Yunes (2003) citando Zimmerman e Arunkumar (1994) resiliência consiste na “habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso”. No caso da neoplasia, afirmar que os portadores de neoplasia entrevistados possuem resiliência não implica necessariamente na cura do câncer, mas a forma como a pessoa lida com a doença e o tratamento em diferentes momentos deste processo.

Nos discursos da figura também podemos perceber autoestima, coragem, força. Esses tipos de comportamento frente às adversidades juntamente com senso de humor, otimismo, autonomia equivalem ao que Pinheiro (2004) chamou de fatores de proteção. Segundo Pinto e Muniz (2011), estes podem ser entendidos como capazes de promover a saúde ou minimizar impactos negativos decorrentes de traumas, podendo ser desde características individuais até o meio em que o sujeito está inserido dentro da sociedade.

Os fatores de proteção podem resguardar o ser humano, atenuando ou neutralizando os efeitos negativos dos riscos e viabilizando a construção da resiliência (SILVA, ELSEN e LACHARITÉ, 2003).

O desânimo e o choro são apontados pelo discurso apresentado na árvore como desnecessários, pois, segundo as entrevistas, nada irá resolver, o *peito* já foi retirado. Com

isto, é possível perceber a ideia de que a tristeza não pode mudar os fatos, não trazendo, portanto, o peito de volta. Entre a alegria e a tristeza, a entrevistada escolheu a alegria.

Apenas um discurso foi elencado como sinal de pouca ou nenhuma resiliência, a saber: *Eu tenho muito medo, quero fazer outro exame não*. Sendo a resiliência um construto ou capacidade que leva em consideração o indivíduo e o meio em que ele está inserido, podemos dizer que, possivelmente a história de abandono e preconceito que esta participante sofreu pelo ex-marido está refletindo na forma como ela vivencia o câncer. O medo de fazer outro exame e descobrir uma possível recidiva do câncer a paralisa. Assim, é possível dizer que a forma como a pessoa lida com as dificuldades, principalmente no caso de doenças, está relacionada diretamente com a busca pelo tratamento e à cura.

RETIRADA DA MAMA (figura 4)



A árvore 4 é indicativa dos discursos referentes a retirada da mama. De acordo com estes podemos perceber que para algumas delas a mastectomia foi um episódio necessário à manutenção da saúde. Mesmo evidenciando que tudo vivido foi uma tragédia, este primeiro grupo de mulheres percebem o sofrimento de forma notadamente positiva. Não acarretando,

inclusive, nenhum tipo de dificuldades. Em uma das falas, fica evidente a relativa irrelevância da perda da mama, pois há outras partes do corpo humano feminino mais importantes como: a vagina. Nesse sentido, nas entrelinhas está imbricada a noção de que a sexualidade deste primeiro grupo pouco ou de nenhuma forma foi prejudicada, pois o órgão principal, para a participante estaria preservado. Além-cirurgia e mutilação, o mais importante seria a vida e a saúde.

Esta demonstração de não-preocupação com a perda da mama talvez tenha acontecido porque segundo Kenny *et al* (2000) as prioridades individuais variam com a idade e os diferentes momentos da vida e verificaram que mulheres mais velhas apresentam melhor escore de qualidade de vida porque valorizam menos a mama e a feminilidade. Sendo nossa amostra relativamente idosa, com média de idade 56,3 anos, fica evidente a comprovação dos estudos desses autores.

O discurso anteriormente apontado e discutido difere dos discursos encontrados na literatura acerca do significado da perda da mama para as mulheres. A mama e o seio representariam então um órgão importante para a feminilidade e sexualidade. Segundo Silva, Rodrigues e Gurgel (2000) o seio é o órgão do corpo feminino que está associado ao prazer e à vida. É ele que fornece leite após a gestação, sendo fonte de alimento para seu bebê. Normalmente, é um símbolo de valor, sendo insubstituível nos casos em que ocorrem perdas. Além disso, a perda da mama está relacionada à ideia de um vazio que nem o enchimento será capaz de suprir. Para Braz (2001) seria um vazio notadamente de cunho existencial ou perda do sentido da vida. Nesse sentido, o segundo grupo vê com tristeza e angústia a retirada da mama, representando essa perda como a coisa mais trágica que existe na terra.

Zecchin (2004) destacou que as pacientes com câncer de mama apresentam uma angústia muito grande. A perda da mama e o diagnóstico do câncer são algo que fazem a paciente experimentar sentimentos como: angústia, dor, luto e desprazer.

Pós-cirurgia algumas das participantes de nossa pesquisa mencionaram que não são mais a mesmas, chegando a não sair de casa e mudando totalmente o jeito de ser, ocasionando assim um comportamento de esquiva e isolamento social. Além disso, elencaram mudanças na ordem da rotina diária. Com o diagnóstico a mulher passa por alterações significativas em diversas esferas da vida como o trabalho, a família e o lazer, o que traz implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas de seu contexto social (VENÂNCIO, 2004).

Sendo o trabalho um importante estruturador da vida humana, na nossa pesquisa a impossibilidade de executá-lo é vista como angustiante. Em um trabalho com pacientes oncológicos Siqueira, Barbosa e Boemer (2007) obtiveram resultados semelhantes. De acordo

com esses autores, dentre as mudanças vivenciadas pelos pacientes com câncer, a impossibilidade de trabalhar destacou-se como algo que intimida e marginaliza. O trabalho é uma das maneiras pela qual o ser humano se expressa, se identifica e se realiza enquanto ser no mundo. A incapacidade física para o desenvolvimento das atividades cotidianas de trabalho provoca sentimentos que deprimem a qualidade do seu existir. Diante das mudanças ocasionadas pós-diagnóstico e cirurgia é trazida então a contestação de que não haveria mais vida.

Uma das consequências mais evidentes da mudança de rotina e estilo de vida seria a depressão. Um pesquisa realizada por Amaral *et al* (2009) constataram a presença de depressão em mulheres que se submeteram a cirurgia de mastectomia.

A nova escolha por roupas mais compostas e a vergonha de mostrar a mama a outras pessoas ou ao próprio cônjuge foi também evidenciada pelas mulheres interferindo, nesse segundo grupo, em dificuldades referentes à vivência da sexualidade. De acordo com Almeida (2006) a perda da mama resulta na alteração negativa da imagem corporal. A retirada desse órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa. Nesse sentido, a mulher pode, então, vir a manifestar sentimentos de vergonha, timidez, ter dificuldade de se relacionar com o marido, podendo, inclusive, evitar contatos sexuais.

Embora com todo sofrimento referente à perda da mama, a maioria das participantes da pesquisa evidenciou o não-desejo de realizar implante de mama. Segundo Prado (2002) a reconstrução da mama pode representar a preservação da autoimagem da mulher, melhor qualidade de vida, e, portanto, um processo de reabilitação menos traumático.

Com o discurso religioso elas trazem a ideia de que a retirada foi necessária porque assim Deus quis, não havendo, portanto, necessidade de contrariar a vontade de Deus. Mesmo as que desejariam colocar implante não o fazem por medo de serem castigadas por Deus, pois a realização desta cirurgia seria considerada como vaidade.

SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO CÂNCER (figura 5)



A figura 5 mostra os discursos referentes aos significados atribuídos pelas participantes ao câncer após o diagnóstico e vivência da neoplasia.

Após o diagnóstico e o tratamento algumas das mulheres demonstraram perceber aspectos positivos em suas vivências desde o descobrimento da doença. Segundo elas, elas produziram força e valorização pessoal. Sendo o câncer a pior problemática enfrentada por algumas delas, elas acabaram por desenvolver força para enfrentar quaisquer dificuldades que aparecessem posteriormente. A valorização própria foi elencada no sentido de amor e cuidado próprio. Com todo sofrimento vivenciado, o cuidar de si a partir de então seria uma de suas prioridades.

Nesse sentido, Rzeznik e Dall’Agnol (2000) salientam que, ao se vivenciar uma doença grave, as pessoas são induzidas a buscar o autoconhecimento, a avaliar as suas posturas frente a determinadas situações que a vida lhes apresenta, a resgatar alguns valores e princípios que, por muitas vezes, ao longo de suas caminhadas neste mundo, mantiveram-se esquecidos em função de interesses materialistas que nortearam as suas trajetórias de maneira acentuada.

Também contribuindo com esta temática Veit, Chwartzmann e Barros (1998) a esse respeito vem dizer que, mesmo em situações de cura, diante do conhecimento do risco e da proximidade da morte inexorável ocorre um repensar sobre a sua vida.

Em um estudo parecido com mulheres com câncer Molina (2005) obteve resultados semelhantes ao perceber que as mulheres começam a valorizar as pequenas coisas do cotidiano que até então eram triviais em suas vidas, passando a acreditar que essas inovações fizeram com que se tornassem pessoas melhores. Passaram, então, a enxergar a vida com um outro olhar.

Além disso, com o tratamento lhes foi possível fazer novos laços de amizade. No dizer delas, um outro ponto positivo foi conhecer outras pessoas que não teriam conhecido se não tivessem passado por esse processo. E com isto ajudar a quem estiver necessitando, ou seja, mesmo com toda dor essas mulheres ainda encontram lugar para se doar e amparar as outras pessoas.

Isso acontece porque de acordo com Remen (1993) muitas pessoas ao vivenciarem um processo de enfermidade passam a modificar o enfoque de suas vidas, passando a valorizar a preocupação com os outros. Elas sentem então necessidade de ajudar os outros, de compartilhar as suas forças, de não utilizarem a experiência apenas em benefício próprio, mas também de vivê-la de uma forma que enriqueça a qualidade de vida daqueles que a rodeiam.

Um outro significado dado a vivência do câncer é o conformismo. De acordo com Pelegrini, Cerqueira e Peres (2008), o conformismo e a resignação levam a doença a ser concebida como uma fatalidade ou obra do destino. Esse conformismo estaria ligado à ideia de que este é um processo necessário à vida delas, como se fosse uma expressão da vontade divina, cabendo, portanto, somente a aceitação passiva.

Em sua pesquisa com mulheres de baixa renda com câncer de mama, Santos e Peres (2007) e Santos (2011) encontraram também a noção de destino ou de vontade divina para justificar o aparecimento do câncer.

A partir disso, Menezes, Schulz e Peres (2012) apreendem que esta forma de lidar com a doença, com o conformismo ou passividade, é utilizada a fim de afastar de sentimentos negativos como o medo e a tristeza.

Para Peres e Santos (2007) esse tipo de significação dada ao câncer, adotada como atitude de resignação, muitas vezes se afigura como um modo de sufocar emoções potencialmente desestruturantes, dentre as quais a indignação, a revolta e a raiva por se ver ameaçada por uma doença que pode ceifar sua vida. Essa necessidade se torna compreensível tendo-se em vista que a confirmação do diagnóstico de câncer de mama pode representar um

trauma psicológico na vida de muitas mulheres. Ainda de acordo com esses autores, o conformismo pode contribuir para a redução temporária do estresse da paciente acometida por câncer de mama, porém, tende a dificultar o ajustamento psicossocial a longo prazo.

Ainda na figura 5 podemos observar o uso da ciência como outro sentido associado à vivência do câncer. O câncer é, então, justificado como uma propensão que algumas pessoas possuem e outras não. Dependendo do estilo de vida de cada um o desenvolvimento do câncer se torna possível ou não.

Em uma pesquisa com familiares de pacientes com câncer Tavares e Trad (2005) também encontraram resultados semelhantes. Os participantes de sua pesquisa se apropriaram do discurso médico, da literatura especializada e de propagandas veiculadas pelos meios de comunicação a fim de atribuir significados ao câncer adquirido pelo ente querido.

Em um estudo com mulheres mastectomizadas Andrade e Duarte (2003) encontraram também a busca por informações e orientações sobre as causas do câncer de mama, aspectos relacionados à prevenção do câncer e suas implicações para a vida da mulher.

Outro significado dado à vivência do câncer foi feito através do questionamento “*O que eu fiz na minha vida?*” Esse questionamento surge advém dos sentimentos de raiva e frustração diante de um diagnóstico que, muitas vezes, equivale a uma sentença de morte. De acordo com Ferreira, Almeida e Raserá (2008), esses sentimentos atualizam, mais uma vez, a associação do câncer a uma doença carregada de negatividade que, momentaneamente, parece afastar qualquer sentimento de esperança para a continuidade da vida.

Além disso, a revolta em relação ao câncer pode ser compreendida como se ela fosse uma doença própria das pessoas ruins. Ferreira, Almeida e Raserá (2008) apud Sant’anna (1997) apuraram que a associação entre câncer e maldade pode ser compreendida pela história do câncer. Inicialmente, acreditava-se ser uma doença adquirida por pessoas sujas física e moralmente. Isto significa dizer que as pessoas ruins estavam condenadas à doença. Sendo assim, pessoas bondosas não poderiam desenvolver câncer. Neste sentido, o desenvolvimento do câncer seria visto como uma injustiça, pois, segundo o discurso apresentado quem é bom não merece sofrer.

Deste modo, podemos apreender que, conforme as pesquisadas, ao câncer são atribuídos diversos significados: positivos, de acordo com os ganhos posteriores; conformismo; explicação científica e doença como sendo própria de pessoas ruins. Estes variam de acordo com as vivências e as interpretações individuais.

6. Conclusão

De acordo com os achados da pesquisa foi possível constatar a importância do trabalho com oficinas, mais precisamente com grupos, na investigação de temas em saúde. Os grupos proporcionam a coletivização das experiências, possibilitando a reabilitação social e a ressignificação de vivências. Sendo proferidos em forma de desabafo, os discursos nas oficinas proporcionaram a construção de uma fala sobre si mesmas. Diretamente ou através das técnicas de facilitação utilizadas, as mulheres puderam se escutar e escutar umas as outras. Este falar e escutar se caracterizam como diferentes em outros contextos que não os das oficinas, pois nelas há a possibilidade de compartilhar um sofrimento já partilhado, e por que não dizer, já vivido. Isto significa dizer que elas puderam perceber que suas dores, mesmo que sentidas de formas diferentes, não são somente individuais, ou seja, elas não estão sozinhas em seu sofrimento.

A pesquisa aponta principalmente para a importância da fé e do apoio para o tratamento. A fé aumentou após o diagnóstico e trouxe benefícios para todas as participantes. A crença em Deus e na cura foi determinante para o próprio enfrentamento da doença.

Foi possível também observar nas participantes a presença da resiliência definida como a capacidade de superar as adversidades. A resiliência foi então demonstrada como uma luta ativa em busca da cura. É indispensável notar que a importância dessa capacidade advém do fato de que a crença de que é possível vencer favorece a busca pelo tratamento.

A importância do apoio aponta para a fragilidade produzida a partir de uma doença vista como sem cura, sendo determinante para o enfrentamento de todos os processos desde a descoberta da doença passando pelo tratamento e o controle. Fornecido por familiares e amigos, ou ainda mais precisamente o marido, o apoio torna as mulheres mastectomizadas mais fortes a fim de enfrentarem o próprio estigma da mutilação de uma parte vista como importante para a feminilidade. Sendo também material, o apoio denota a importância das ajudas fornecidas a estas mulheres que, além de serem de baixa renda, perderam espaço no mercado de trabalho com a impossibilidade de trabalhar após o diagnóstico.

Além disso, a Associação se constitui como fonte fundamental de apoio às mulheres. Sendo um espaço de convivência de portadores de algum tipo de neoplasia, este espaço favorece a formação e o estreitamento de laços de amizade. Laços esses assinalados por elas como impossíveis de acontecer se não vivessem em tais condições de saúde.

A ressignificação da vida e de valores importantes percebida após a vivência do câncer constituiu-se um dos pontos mais importantes desta pesquisa. Tal ressignificação foi demonstrada pela visualização de algumas participantes das mudanças positivas que a doença trouxe, apesar do sofrimento vivido. A redefinição dos sentidos de vida e a valorização de coisas antes negligenciadas como a própria vida, estiveram muito presentes nos discursos. A solidariedade foi também acionada, tendo as mulheres, em meio a tanta dor, encontrado espaço para ajudar o outro. Com a modificação do sentido da vida alguns aspectos foram então repensados dando lugar a novas formas de ser e agir. Esta forma de significar a vivência foi apresentada, principalmente, pelas mulheres que veem a retirada da mama como necessária à sua saúde, demonstrando pouco ou nenhum sofrimento em relação à mutilação. Já para as mulheres que veem com desgosto a perda da mama os significados dados referem-se à perda como uma injustiça ou ainda um castigo divino.

Outros significados dados ao câncer assinalam o conformismo e a aceitação de algumas participantes que, inicialmente podem ser inibidores de sentimentos ruins, mas que posteriormente podem dificultar o ajustamento social destas mulheres. A busca de informações acerca do tratamento e da própria doença também foi demonstrada, evidenciando o uso do saber enquanto instrumento de explicação para o porquê de ter adquirido o câncer. O uso do conhecimento se torna importante nesse processo porque permite que a mulher possa participar mais ativamente do seu tratamento, conhecendo-o e escolhendo os meios mais apropriados para conduzi-lo.

Assim, as oficinas se fizeram muito apropriadas para este estudo porque levantaram aspectos importantes para se compreender uma pessoa com câncer, ou mais precisamente uma mulher mastectomizada. A fé, o apoio e a resiliência devem ser considerados então pelo profissional de saúde que irá lidar com casos de doenças consideradas como fatais. É importante dizer, por fim, que as oficinas são somente um dos meios de trabalho em grupo e a utilização deste meio é relevante porque sendo um homem um ser social, ele se constrói e se reinventa a partir da sua vivência com o outro.

Referências:

AFONSO, Maria Lúcia M. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. 3. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

ALEGRANCE, Fabia C.; SOUZA, Camila B.; MAZZEI, Ricardo L. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem Linfedema pós-Câncer de Mama. **Revista brasileira cancerologia**; 56(3): 341-351, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/07_artigo_qualidade_vida_estrategias_enfrentamento_mulheres_linfedema_pos_cancer_mama.pdf> Acesso em: 14 jul. 2013.

ALMEIDA, Raquel A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582006000200007&lng=pt&nrm=iso> acesso em 19 ago. 2013.

ALVES, Railda Fernandes; MELO, Myriam de Oliveira; ANDRADE, Samkya Fernandes de Oliveira; FERNANDES, Thiago Silva; GONÇALVES, Deize Lima; FREIRE, Adriano Araújo. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. **Revista Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p.39-54, maio/dez. 2012.

AMARAL, Adriana Viana; MENDONÇA, Rosinete Maria de Melo; SANTOS, Niraldo de Oliveira; LÔBO, Rosa Carla de M. M.; Gláucia BENUTE, Rosana Guerra; LUCIA, Mara Cristina Souza de. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 7, n. 2, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092009000200004&lng=pt&nrm=iso> acesso em 18 ago. 2013.

AMORIM, Cidália M. B. F. **Doença Oncológica da Mama: Vivências de Mulheres Mastectomizadas**. (doutorado). 365 p. Universidade do Porto: Porto, 2007.

ANJOS, Juliana Cristine dos; ALAYALA Arlene; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil: estudo caso-controle. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (3): 341-50

AQUINO, Verônica Vrbán; ZAGO, Márcia M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf> acesso em 21 de ago. 2013.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico de câncer para os entrevistados. **Pesquisa Research – Investigación**, v. 12, n. 4, p. 664 – 671, dez. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. *et al.* **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2001.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista brasileira cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 277-282. 2001.

BIFFI, R. G. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2003. 179p. Tese doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

BIM, Cíntia Raquel *et al.* Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 26 de ago. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - sistema de informações ambulatoriais**. Distrito Federal, 2010. 100 p.

BRAZ, M. M. **Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais de Fisioterapia** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

CAMPOS, E. M. P. A Psico-Oncologia. Boletim - **Academia Paulista de Psicologia**, v. 30, p. 440-449, 2010.

CHIEPPE, Alexandre O. Tamoxifeno – benefícios e desvantagens associadas ao seu uso em pacientes com câncer de mama. In: **MedCenter**. 2002. Disponível em:<<http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=247&langtype=1046>> Acesso em 15 ago. 2013.

COSTA, Priscila; LEITE, Rita de Cássia B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista brasileira de cancerologia**, 2009; 55(4): 355-64. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/355_artigo5.pdf> Acesso em 9 ago. de 2012.

COSTA, Dágliã S. Espiritualidade: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico. In: **congresso brasileiro de psico-oncologia**, 11, 2010, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro, 2010.

CRISANTO, Marcus Luciano Lopes de Paiva. Princípios de Quimioterapia. In: VIEIRA, Sabas Carlos *et al.* **Oncologia Básica**. 1. ed. Piauí: Fundação Quixote, 2012.

DAMIANI, Durval; DAMIANI, Daniel. Manejo farmacológico da baixa estatura: o papel dos inibidores da aromatase. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 83, n. 5, supl. Nov. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Ago. 2013.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estud. psicol.**

(Natal), Natal, v. 8, n. 1, Apr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2003000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Ago. 2013.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. Vol.11, n.3, pp. 299-304. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 30 jul de 2013.

FERREIRA, Cintia B.; ALMEIDA, Ana M.; RASERA, Emerson F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400015&lng=en&nrm=iso> acesso em 21 de ago. de 2013.

FRASSOM, Antonio. Câncer de mama. In: SCHNEIDER; Rodolfo H.; SCHWANKE, Carla H. A. (Orgs.) **Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica a prática clínica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p.163-174, 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v, 51, n. 3, p. 227-234, jul./set. 2005.

HOFFMANN, Fernanda S.; MULLER, Marisa C.; FRASSON, Antônio L. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 7, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086200600020007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20 ago. 2013.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

_____. **Estimativa 2012: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. **Magnitude do Câncer no Brasil: Incidência, Mortalidade e Tendência**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. **O que é o câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> acesso em 16 jul. 2013.

_____. **Bases do tratamento**. São Paulo, 2008. 187 p.

KENNY P.; KING M.; SHEILL A.; SEYMOUR J.; HALL J.; LANGLANDS A. *et al.* **Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy**. *Breast*. 2000; 9(1):37-44.

KLIGERMAN, Jacob. O Câncer como um Indicador de Saúde no Brasil. [Editorial]. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 45, n. 3, Jul./Ago./Set., 1999.

LANDSKRON, L. M. F. Psico-oncologia: As descobertas sobre o câncer ao longo da história. In: HART, C.F.M. **Câncer uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008.

LARANJEIRA, Carlos Antônio Sampaio de Jesus. Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jul-Set 2007, v. 23 n. 3, p. 327-332.

LOBIONDO-WOOD G.; Haber J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2001.

MAIESKI, Valéria M.; SARQUIS, Leila M. M. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influência sobre o trabalho. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, 12(3): 346-52. Jul./Set., 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/10031/6890>> Acesso em 12 ago. 2013.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A. de A. Quality of life assessment in women with breast cancer. **Revista Brasileira Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52 , n.1, p. 49-58, 2006.

MARQUES, Luciana F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 2, jun. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000200009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 19 ago. 2013.

MARTINS, L. C.; FERREIRA FILHO, C. ; DEL GIGLIO, A ; MUNHOES, D. A.; TREVIZAN, L. L. B. ; HERBST, L. G. ; VIEIRA, M. C. ; TARANTO, P. ; PACHON, S. C. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 55(2), p. 158-162, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/19.pdf>> Acesso em 10 Ago. 2013.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51 (3), 219-225, 2005.

MELLO FILHO, J. **Grupo e corpo**: Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MENDONCA, Teresa C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932005000400011&lng=en&nrm=iso> Acesso em 28 ago. 2013.

MENEZES, Natália N. T.; SCHULZ, Vera L.; PERES, Rodrigo S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 2, agosto de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2012000200006&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 ago. 2013.

MOLINA, Maria A. S. **Enfrentando o câncer em família**. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2005.

MOLINA, Maria A. S. Percepção de portadores de câncer sobre o apoio recebido dos familiares após o diagnóstico. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, supl., p. 185-186, 2003.

MUNHOZ, Alexandre M.; ALDRIGHI, José M. Reconstrução mamária pós-câncer de mama: há como reduzir a morbidade? **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2004, vol.50, n.3, pp. 234-234. ISSN 0104-4230.

MUNIZ, Rosani M.; ZAGO, Márcia M. F.; SCHWARTZ, Eda. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.18, n.1, Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a03.pdf>> Acesso em 30 jul. 2013.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996. Atual – Revista de Gestão da USP. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pes/>>. Acesso em 13 abr. 2013.

PAIVA, V. L. M. O. Reflexões sobre ética na pesquisa. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**. Belo Horizonte. Vo. 5, n.1. p.43-61, 2005. Disponível em<<http://www.veramenezes.com/etica.htm>> Acesso em 12 abr. 2013.

PELEGRINI, Lívia G.; CERQUEIRA, Juliana A.; PERES, Rodrigo S. Morbidade psicológica em mulheres mastectomizadas: influências das reações emocionais ao câncer de mama. In: **XII Seminário de Iniciação Científica**, 2008, Minas Gerais. Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia, 2008. Disponível em: <<https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/IC2008-0333.PDF>> Acesso 15 ago. 2013.

PERES, Rodrigo S.; SANTOS, Manoel A. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, outubro 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000700012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 ago. 2013.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, p. 67-75, 2004.

PINTO, Cândida A. S.; PAIS-RIBEIRO, José L. Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000100018&lng=en&nrm=iso> Acesso em 26 ago. 2013

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 28, n. 1, 2010. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2013.

PINTO, Bruna Knob; MUNIZ, Rosani Manfrin. Resiliência psicológica frente ao câncer: uma revisão integrativa. In: Encontro de Pós-Graduação UFPEL, 13, 2011, Pelotas. Anais.... Pelotas, 2011.

PRADO, J. A. F. A. **Supervivência**: novos sentidos na vida após a mastectomia [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0076.pdf>> Acesso em 18 ago. 2013.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, M. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem, UERJ** 2007; 15(2):276-283.

REA, I. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de pesquisa**: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 57, n. 3, p. 316 – 331. 1987.

RZEZNIK, Cristiane; DALL'AGNOL, Clarice M. (Re) descobrindo a vida apesar do câncer. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.21, n.esp., p.84-100, 2000. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4329>> Acesso em 19 Ago. 2013.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, Vozes, 1998.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, 8(3), 107-112. (2001).

SANTOS, Ana P. A. L. **Psico-Oncologia**: um estudo com pacientes após o término do tratamento oncológico. [dissertação]. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20042012-163817/pt-br.php>> Acesso em 20 ago. 2013.

SILVA, A. L. Feminino pós-moderno e a pesquisa: implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enf.**, v.6, n. 1, p. 66-83, 1997.

SILVA, L. M. B. **Oficinas terapêuticas, para quê?** Da subjetividade à reabilitação psicossocial. Porto alegre, s.d. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/0/8/080Oficinas_Terap%EAuticas.pdf> Acesso em 20 jun. 2013.

SILVA, Mara Regina Santos da; ELSÉN, Ingrid; LACHARITE, Carl. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 26, Dec. 2003. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Jul. 2013.

SILVA, R. M.; RODRIGUES D. P., GURGEL. A. H., FARIAS, L. M. Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. **Rev RENE**. 2000: 1(1):9-13.

SIQUEIRA, Karina M.; BARBOSA, Maria A.; BOEMER, Magali R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, agosto 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000400013&lng=en&nrm=iso> Acesso em 21 ago. 2013

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. P. 93-122.

SOARES, L. F. M.; SANTOS JÚNIOR, J. C. Câncer de mama. In: VIEIRA *et al.* **Oncologia básica**. Teresina: Editora Dom Quixote, 2012. p.41-60.

SOCCI, V. Religiosidade e o adulto idoso. In: Witter. G. P. (org). **Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas**. Campinas: Ed. Alínea. 2006.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, p. 121-136. RJ: Vozes, 2004.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 426-435. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200009&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 Ago. 2013

TEIXEIRA, Jorge J. V.; LEFEVRE, Fernando. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 Ago. 2012.

VEIT, M. T.; BARROS, M. C. M.; CHWARTZMANN, F. Serviços de Psico-oncologia em hospitais. In: CARVALHO, M. M. M. J. et al. **Psico-Oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998.

VENÂNCIO, J. L. A Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 50 (1), p 55-63, 2004.

VINAGRADOV, S.; YALOM, I. D. **Manual de Psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. **Definition of Palliative Care**. Geneva WHO, 2002. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>> Acesso em 18 jul.

2013.

_____. **Cancer**. Geneva, WHO, 2013. Disponível em: <
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>> Acesso em 19 jul. 2013.

_____. **World Cancer Report**, 2008. International Agency for Research on Cancer, Lyon. 2009.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. especial, p. 75-84. 2003.

ZECCHIN, R. N. **A perda do seio**: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

APÊNDICE

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pelo presente termo de compromisso livre e esclarecido, eu, _____, RG _____ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio”, que está sendo desenvolvida por Deize Lima Gonçalves do Curso de Psicologia, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob a orientação da Prof^a. Dra. Railda Fernandes Alves.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada que:

1. A pesquisa tem como objetivo evidenciar o cuidado e a escuta a um grupo de mulheres mastectomizadas e assistidas em casas de apoio, buscando a promoção de saúde e a reabilitação social;
 2. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de penalização;
 3. Será garantido meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
 4. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora;
 5. A pesquisa não apresenta nenhum risco para o participante, mas beneficiará no sentido de promover o conhecimento sobre a temática abordada.
 6. Autorizo a pesquisadora a apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica.
- Campina Grande, _____ de _____ 2013.

Participante

Pesquisadora/estudante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
OFICINAS TERAPÊUTICAS DE CUIDADO E ESCUTA A MULHERES
MASTECTOMIZADAS E ASSISTIDAS EM CASA DE APOIO

QUESTIONÁRIO MISTO

Nº _____

Data de Nascimento:		Idade:	
Naturalidade:			
Você possui alguma religião?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?
Você se considera uma pessoa de fé?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Você considera que sua fé aumentou depois do diagnóstico?			
Qual a sua profissão/ocupação?			
Após o diagnóstico, você continuou trabalhando?			
Possui filhos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quantos?
Qual a renda familiar aproximada?			
<input type="checkbox"/> Até um salário mínimo		<input type="checkbox"/> Entre três e quatro salários mínimos	
<input type="checkbox"/> Entre um e dois salários mínimos		<input type="checkbox"/> Acima de cinco salários mínimos	

01. Com quem vive?

- Sozinho
- Com a família
- Com os filhos
- Com uma/um companheira (o)
- Outros _____

02. Estado civil:

- Solteiro
- Solteiro com companheira (o)
- Casado
- Viúvo

- Separado/divorciado
 Convivendo com outra pessoa
 União estável

03. Escolaridade

- Sem escolaridade
 Ensino Fundamental completo
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo

04. Quando recebeu o diagnóstico de câncer?

05. Há quanto tempo faz tratamento?

06. Há quanto tempo fez a cirurgia?

07. A retirada da mama foi radical ou parcial?

08. Fez ou faz quimioterapia e/ou radioterapia?

09. Você se sente apoiada? Que tipo de apoio você recebe? Quem lhe apoia?

ROTEIRO DAS OFICINAS

PRIMEIRA OFICINA:

TEMA: Descobrimo-se uma mulher com câncer

1. Apresentação das facilitadoras
2. Apresentação do objetivo da pesquisa
3. Contrato com o grupo: horário, uso de celular, sigilo
4. Dinâmica de apresentação:

Distribuir cartões de diversas cores para as participantes. Terá 2 cartões de cada cor e elas formarão duplas. Quem pegar o cartão da mesma cor da colega vai apresentá-la.

4. Abordagem inicial da temática: Leitura do texto Tereza

Tereza é uma moça sonhadora. Vive por aí cantando e se comunicando com as pessoas. Adora rir, estudar e ajudar as pessoas. Um dia, Tereza sentiu muita dor nos olhos e não sabia explicar o porquê. Então ela decidiu ir ao médico.

A partir daqui pedir para que elas continuem a história.

5. Discussão sobre o material produzido
6. Breve síntese do que foi discutido
7. Lanche e fotos

SEGUNDA OFICINA:

TEMA: Querendo livrar-se da doença (refere-se à aceitação e busca pelo tratamento e a realização da cirurgia)

1. Apresentação das facilitadoras
2. Apresentação da temática
3. Contrato com o grupo: horário, uso de celular, sigilo
4. Relaxamento (para esvaziamento de tudo que está lá fora)

Pedir pra elas ficarem numa posição confortável e fechar os olhos. Imaginar que estão num lugar bem bonito, onde elas se sentem muito bem. Imaginar que é um lugar que traz alegria, em que só há felicidade. Indagá-las ainda de olhos fechados: Como é esse lugar? Vocês estão sozinhas? Quem está com vocês? O que vocês estão fazendo?

5. Desenho livre

Pedir que cada uma desenhe uma pessoa. Depois solicitar que elas falem sobre essa pessoa, como ela é, como ela está, como se sente, e se há algo que ela gostaria de mudar em si. Atentar para que elas não se preocupem com a estética do desenho.

6. Discussão sobre o material produzido
7. Breve síntese do que foi discutido
8. Lanche e fotos

TERCEIRA OFICINA:

TEMA: Sendo ajudada para não desistir (importância do apoio)

1. Observação do mural
2. Relembrando oficinas passadas
3. Contrato com o grupo: horário, uso de celular, sigilo
4. Dinâmica do apoio

Nessa dinâmica, pede-se a todos os participantes que se apoiem em um pé só e sigam as instruções. Deem um pulo para frente sem colocar o outro pé no chão, um pulo para a direita outro para esquerda, deem uma rodadinha, abaixem-se etc.

É uma dinâmica simples, mas que mostrará a importância de se apoiar nos outros e de apoiá-los também quando necessário. Com esta dinâmica é possível trazer uma discussão sobre o apoio para os pacientes com câncer.

5. Leitura da fábula de dois amigos

Há milhares de anos, em um dia de outono, dois amigos viajavam a pé por um caminho que atravessa um belo bosque. De repente surgiu diante deles um urso faminto, ameaçador, pronto para atacar.

Sem pensar por um só instante, um dos viajantes subiu rapidamente em um dos galhos mais elevados da árvore próxima. O outro, sozinho diante da fera e ameaçado pelo sentimento de pânico, lembrou-se de algo decisivo. Tempos atrás, tinha ouvido que um urso não se alimenta de cadáveres. Atirou-se então imediatamente ao solo e fingiu-se de morto. O urso chegou até ele e colou o focinho ao corpo aparentemente sem vida. Durante alguns segundos, cheirou o rosto e as orelhas, enquanto o homem continha a respiração. Sacudindo a cabeça, aparentemente decepcionado, o urso desistiu e afastou-se. O perigo havia passado.

O homem ergue-se lentamente do chão, sentindo uma perfeita calma. Seu colega desceu da árvore, aproximou-se com ar curioso e perguntou: “Quando você estava deitado, o que foi que o urso disse ao seu ouvido?” “Na verdade, ele me deu um conselho”, foi a resposta. “Na linguagem dos ursos, ele me disse com um jeito amável: ‘Jamais debes viajar em companhia de amigos como esse aí da árvore, que te abandonam a toda velocidade quando estás em perigo.’”

Parar aqui e pedir que comentem a fábula, o que acharam, se já vivenciaram algo parecido ou não...

Moral da história: A fábula acima ilustra o fato de que as adversidades são úteis para testar a sinceridade dos nossos amigos. As derrotas e situações de perigo podem ser desagradáveis, mas pelo menos, elas nos permitem conhecer a verdadeira solidez dos nossos laços de afeto.

“Amigos na dificuldade, amigos de verdade”, diz um antigo ditado inglês. Diante disso, podemos estender esta fábula ao apoio necessário que as pessoas com câncer necessitam.

6. Discussão sobre o material produzido
7. Breve síntese do que foi discutido
8. Lanche e fotos

QUARTA OFICINA:

TEMA: Tentando adaptar-se à nova realidade. (ressignificação do sofrimento, da vivência do câncer, autoestima)

1. Observação do mural
2. Relembrando oficinas passadas
3. Dinâmica do espelho

Colocar um espelho dentro de uma caixa e pedir que cada uma olhe. Dizer antecipadamente que dentro daquela caixa há uma pessoa muito importante, a mais importante que existe, que é uma pessoa linda.... Uma pessoa muito importante para você, a quem gostaria de dedicar a maior atenção em todos os momentos, alguém que você ama de verdade... com quem estabeleceu íntima comunhão... que merece todo cuidado, com quem está sintonizado permanentemente... Pedir para que a participante entre em contato com esta pessoa, com os motivos que a tornam tão amada por você, que fazem dela o grande sentido da sua vida... Deve ser criado um ambiente que propicie momentos individuais de reflexão, inclusive com o auxílio de alguma música de meditação. Após estes momentos de reflexão, o coordenador deve continuar: "...Agora vocês vão encontrar-se aqui, frente a frente com esta pessoa que é o grande significado de sua vida". Em seguida, o coordenador orienta para que os integrantes se dirijam ao local onde está a caixa (um por vez). Todos devem olhar o conteúdo e voltar silenciosamente para seu lugar, continuando a reflexão sem se comunicar com os demais. Finalmente é aberto o debate para que todos partilhem seus sentimentos, suas reflexões e conclusões sobre esta pessoa tão especial.

4. Leitura do texto das ostras

Na parte interna da concha é encontrada uma substância lustrosa chamada nácar. Quando um grão de areia ou parasita a penetra, as células do nácar começam a trabalhar e cobrem o grão de areia com camadas e mais camadas, para proteger o corpo indefeso da ostra. Como resultado, uma pérola vai se formando. Após essa explicação citar a frase de Rubem Alves "Uma ostra que não foi ferida não produz pérolas..."

5. Texto

Era uma vez duas irmãs muito alegres e dispostas a ajudar as pessoas. Gostavam de conversar e ouvir as pessoas. Certo dia, elas tiveram que mudar de Estado, pois o emprego de seu pai exigia que ele se mudasse frequentemente. Mudando de Estado sempre, elas tinham também que mudar de escola. Nessa nova mudança, elas foram para uma escola chamada A FELICIDADE REINA. Lá encontraram muitas amigas...

Uma de suas amigas era comunicativa e vivia a orar (Hortênsia). A outra era mais caladinha, mas sempre alegre (Cravo). Outra colega morava em outra cidade, mas ia sempre à escola (Orquídea). Outra amiga era namoradeira e faltava às vezes a escola (Gérbera). Outra amiga das irmãs era comunicativa e fazia sempre as tarefas (Rosa). Outra delas era muito sorridente e vivia saindo de casa para passear (Angélica). Outra às vezes ficava triste em casa, mas sempre ia encontrar as amigas para se alegrar (Begônia). A outra amiga era a mais velha de todas, mas sempre tinha muita disposição para encontrá-las (Hibisco). Calada e observadora era a outra amiga das irmãs (Jasmin). A outra amiga era alegre e às vezes sempre

chegava atrasada na aula (Margarida). A outra amiga era a que chegava mais cedo na aula e fazia todas as atividades (Gerânio). Uma das amigas era muito comunicativa e brincalhona (Acácia). Outra delas era muito animada (Girassol). Tinha também uma amiga muito tímida (Lírio). Outra amiga às vezes faltava à escola e era mais séria (Tulipa). Uma delas era muito fervorosa e feliz e nunca faltou a uma aula (Açucena). Outra amiga também tinha muita fé e amava os seus filhos (Alfazema). Por fim, a última colega da sala era mais calada e havia entrado na escola um tempinho depois (Gardênia).

Passado um mês nessa escola, seu pai, ao chegar do trabalho, disse que eles teriam que mudar de Estado novamente. Tristes, porém animadas com a novidade de mudar, as duas meninas contaram no dia seguinte as suas amigas que se afastariam. Todas ficaram tristes porque iam sentir saudade da alegria e da atenção das irmãs. Mas também ficaram felizes porque tiveram a oportunidade de conhecê-las e sabiam que onde quer que elas estivessem estariam levando carinho e cuidado as outras pessoas. O que havia sido plantado no coração ficaria pra sempre...

6. Entrega de lembrancinhas com fotos das oficinas anteriores
7. Fechamento final
8. Lanche
9. Agradecimentos

ANEXO

ASSOCIAÇÃO ESPERANÇA E VIDA**CNPJ 09.426.528/0001****Rua: Antonio Campos n° 382 Alto Branco, Campina Grande - PB****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio” desenvolvida pela aluna Deize Lima Gonçalves do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Railda Fernandes Alves.

Campina Grande, 27 de junho de 2013.

Assinatura e carimbo do responsável institucional



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (04)
CAAE PLATAFORMA BRASIL: 19257813.4.0000.5187
Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 16/07/2013.
Pesquisador(a) Responsável: Railda Fernandes Alves

Apresentação do Projeto:

“O Projeto é intitulado “Oficinas terapêuticas de cuidado e escuta a mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio”. O estudo é para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral: Evidenciar o cuidado e as escuta a um grupo de mulheres mastectomizadas e assistidas em casa de apoio, buscando a promoção de saúde e a ressignificação de suas vivências e dificuldades pós-diagnóstico de câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizado um estudo descritivo – analítico, com abordagem qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos encontram-se devidamente anexados.

Recomendações: Recomenda-se acrescentar os critérios de exclusão da amostra e, ainda, no questionário a retirada do local de identificação pelo nome do sujeito a ser pesquisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do parecer: Aprovado