



UTILIZAÇÃO DE GRUPOS DE SALA DE ESPERA COMO ESTRATÉGIA DE APOIO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES ONCO-MASTOLÓGICOS

Letícia Bortolotto Flores¹
Alberto Manuel Quintana²

RESUMO: O presente artigo objetiva retratar um pouco sobre a experiência com a aplicação de grupo de sala de espera como alternativa de escuta e apoio psicológico à pacientes de um ambulatório de oncomastologia. O seio é um órgão marcado por características singulares na vida da mulher adulta, e a sua perda mexe com questões intimamente ligadas a identidade feminina (ZECCHIN, 2004). As experiências emocionais vividas particularmente influenciam em todo este processo da doença: desde a aceitação, até o tratamento, bem como na qualidade e intensidade da dor. O grupo de sala de espera é pensado como um espaço para que se possa compartilhar vivências, pensamentos, sentimentos e percepções dessas pacientes, promovendo uma maneira diferenciada de abordar questões relacionadas ao câncer, propiciando troca de experiências entre os participantes e identificação com a dificuldade do outro.

Palavras-chave: Câncer de mama; Psico-Oncologia; Sala de Espera.

ABSTRACT: This article aims to report the application experience of a reception group as an alternative of psychological listening and support to oncomastological patients. The breast organ is marked by unique characteristics of a woman lives, and the loss of it stirs issues to female identity (ZECCHIN, 2004). The emotional experiences influence particularly in this whole process of the disease: from the acceptance to the treatment, and the quality and intensity of pain. The reception group has been thought as a space so that you can share experiences, thoughts, feelings and perceptions of these patients, promoting a different way to address issues related to cancer, promoting exchange of experiences between participants and identification with the others difficulty.

Keywords: Breast Cancer; Reception Group; Psycho-oncology.

¹ Psicóloga. Leh_flores@hotmail.com.

² Orientador. Professor do Curso de Psicologia – UFSM. albertom.quintana@gmail.com

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O câncer de mama é uma questão da saúde pública de grande relevância dentro da área da Saúde da Mulher, visto que é o segundo tipo de câncer mais frequente do mundo e o primeiro entre a população feminina (BRASIL, 2003). Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde, com base na Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2003), a neoplasia mamária está entre as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (World Health Organization, 2012). Atinge mulheres que se encontram, principalmente, entre as faixas etárias dos 40 aos 69 anos, sendo a enfermidade que mais leva as mulheres à morte, tendo elevado as suas taxas de incidência nas últimas décadas (BRASIL, 2003).

As mamas são o símbolo da feminilidade, a perda delas provoca um sentimento de terror e ameaça, acarretando uma mudança de imagem corporal que determina a percepção de corpo e deste em relação aos outros. A ideia de morte e mutilação traz consigo uma ameaça para a imagem corporal e a sua estrutura familiar que, em resumo, formam a base do universo de significações da vida do sujeito (QUINTANA, 1999).

Tendo em vista essa nova realidade, os sentidos atribuídos tanto ao passado quanto ao futuro passam a ser questionados, obrigando a paciente a atribuir novos sentidos, de forma a reconstruir seu universo simbólico de maneira em que a possibilidade de morte esteja presente (QUINTANA, 1999). Este é então o grande desafio do sujeito, poder incluir o câncer em sua vida e achar uma nova significação onde ela agora possa incluir sua doença, entrando num processo de reconhecimento da doença e da angústia que ela gera, para que se possa assim, representá-la (QUINTANA, 1999).

Sob o olhar do humano, viver sem um sentido para vida é pior do que a morte (QUINTANA, 1999). Assim, quando as pacientes não conseguem reconstruir seu universo simbólico, as fantasias e tentativas de aniquilamento se potencializam, situação que pode ser observada de forma direta por meio das falas de desvalorização da vida, por exemplo, ou de forma indireta por meio da

negação da doença, gerando a não aceitação do tratamento fazendo com que a doença avance livremente e, assim, obtendo o mesmo resultado: a morte (QUINTANA, 1999).

Dessa maneira, para que exista a possibilidade de reconstrução simbólica, é preciso que se reconheça a doença e a angústia que ela gera, para, então, representá-la. Contudo, o cuidado oferecido pelo médico só é capaz de direcionar a doença enquanto presente no corpo biológico, não dando conta dos demais impactos representados no corpo psíquico da paciente (QUINTANA, 1999). É nesse momento que o trabalho do psicólogo se constitui. Diante de uma situação traumática, em que há um excesso de angústia e, em contrapartida, falta de representantes psíquicos (QUINTANA, 1999). Dessa forma, busca-se um diálogo sobre a doença, havendo a possibilidade de criar elementos que possam dar significação a esta vivência.

O grupo de sala de espera surge como no intuito de aprimorar o trabalho de acompanhamento psicológico a mulheres com câncer de mama, formando-se de forma espontânea pelas pacientes que se encontram aguardando pela consulta médica. Sendo também permitida a participação de familiares e acompanhantes nas atividades. É pensado como um espaço para que se possa compartilhar vivências, pensamentos, sentimentos e percepções dessas pacientes, buscando a promoção de estratégias para que estas possam melhor lidar com as adversidades proporcionadas pela doença, movimentando possíveis impressões que possam ter sido incorporadas pela enfermidade em seu cotidiano e, podendo assim, facilitar o período de tratamento.

Ressalta-se que, hoje, nem sempre é possível disponibilizar atendimento psicológico a todas as pacientes que necessitam, uma vez que algumas são de outras cidades, o que exige que tenham horário para retornar, dificultando a permanência no ambulatório após a consulta médica. Neste sentido, a sala de espera serve como um importante espaço de intervenção com vistas a trabalhar questões essenciais, como a diminuição da ansiedade e a adesão ao tratamento médico.

1. APOIO EMOCIONAL E ADOECIMENTO

Em meio a situação de crise vivenciada por essas mulheres, o apoio emocional surge com a função de estimular a expressão dos sentimentos e emoções, aumentando a autoestima e a autoconfiança da mulher (ROSSI; SANTOS, 2003).

Observa-se que, de acordo com a literatura vigente, existem muitos sentimentos relacionados ao câncer de mama que são de ordem universal, sendo comuns a diversas mulheres, independente da idade e do estado civil. Apesar disso, é evidente que para cada situação devem ser consideradas as peculiaridades, levando em conta toda a vivência acometida pela mulher e considerando o momento no qual esta se encontra.

Tendo em vista que os enfrentamentos emocionais no período ocorrido entre o momento do diagnóstico e o tratamento afetam de forma brusca a condição emocional da mulher portadora de câncer de mama, considera-se de máxima importância, dentre as relações sociais oferecidas à mulher, o sentimento de amparo, para que ela se sinta fortalecida emocionalmente e possa enfrentar tais dificuldades propiciadas em meio a um diagnóstico de câncer (ROSSI; SANTOS, 2003).

A realização de grupos com pacientes e acompanhantes em sala de espera, surge como uma nova maneira de abordarmos essa questão, na troca de experiências entre os participantes e identificação com a dificuldade do outro. Para Maldonado (1981), o grupo de sala de espera é uma diversificação de grupo aberto, grupo que tem dia e hora fixa, porém com participantes variáveis. É um grupo que inicia e acaba no mesmo dia, um grupo de só um encontro estruturado de maneira a aproveitar o tempo anterior à consulta médica. Segundo Graça e Burd (2000), sala de espera é um espaço fundamental, a qual pode ser transformada em um espaço de reflexão sobre o processo saúde-doença. O grupo propicia aos pacientes e familiares, um espaço terapêutico para que estes possam falar das dificuldades e limitações que esta enfermidade causa, desde a instalação até o seu desenvolvimento, incluindo os tratamentos e procedimentos medicamentosos pelos quais passam, além de verificar como se

sentem no aqui - agora, visando também compartilhar vivências, pensamentos, sentimentos e percepções, bem como promover estratégias positivas utilizadas no manejo da doença, incorporando-as ao seu cotidiano.

1.1 Câncer de mama: Um olhar psicanalítico

O campo psicanalítico foi sendo constituído a partir de mudanças e rupturas teóricas no longo de um percurso marcado por articulações conceituais. Sofrendo com influências do seu momento histórico-político, assim como de movimentos filosóficos, com a arte e literatura, mas, ainda sim, foi a medicina que se tornou o berço da psicanálise devido a formação de Freud. Uma reflexão a cerca do corpo, especificamente, foi um dos principais motivos pelos quais estas rupturas teóricas e as criações de novos conceitos aconteceram, uma vez que este corpo, sendo basicamente objeto da medicina, também pertencia ao campo da cena histórica. Foi a partir da escuta daquilo que se deixava de falar no corpo da histórica que Freud iniciou a construção da psicanálise e iniciou seu afastamento da medicina (ZECCHIN, 2004).

A dualidade orgânico-psíquico, pensamento que há muitos séculos foi pontuada pelo filósofo Reneé Descartes, que em seus estudos pontuava a divisão entre corpo e mente como coisas distintas sem correlação direta, ainda se mostra um assunto bastante confrontado nas vias de estudo. Tendo em vista a nossa experiência tratada a partir do trabalho realizado no setor de Mastologia do Hospital Universitário de Santa Maria, observamos que a doença não pode ser considerada como uma via de mão única que vai do orgânico ao psíquico. Percebemos que determinadas características psicológicas também acarretam forte influência no corpo orgânico. O diagnóstico de câncer de mama se constitui numa ameaça à preservação do corpo físico, porém também coloca em questão o psiquismo do sujeito, já que implica a ameaça de perda de objetos que para o sujeito fazem ligação direta com sua identidade e que são indispensáveis para manutenção da sua vida psíquica (QUINTANA, 1999). O seio, uma vez que representa o símbolo da feminilidade, faz com que sua perda pareça algo ameaçador, acarretando uma mudança de imagem corporal que determina a percepção de corpo e deste em relação aos outros (ZECCHIN, 2004).

A perda do seio por causa de um câncer é um dado de realidade que vem se impondo às mulheres em número cada vez maior (ZECCHIN, 2004). O seio é um órgão marcado por características singulares na vida da mulher adulta em relação a sua sexualidade, sua sensualidade, na maternidade, no todo da identidade feminina. É um órgão sexual, objeto de intenso investimento erógeno, além de ser uma característica identificatória para a menina (ZECCHIN, 2004). Os aspectos mais importantes associados ao seio são tanto seu caráter sexual, quanto uma zona especialmente sensível às carícias amorosas e ao prazer da amamentação (ZECCHIN, 2004).

Dessa forma, as pacientes com câncer de mama vivenciam experiências de dor física e psicológica durante diferentes estágios da doença, porém, não é possível afirmar que todas sintam as mesmas dores, já que este é um conceito subjetivo. As experiências emocionais vividas particularmente influenciam em todo este processo da doença: desde a aceitação, até o tratamento, bem como na qualidade e intensidade da dor.

Assim como temos um corpo orgânico, fisiológico e biológico, também carregamos no corpo uma história singular. Ressalta-se a importância que deve ser dada, não apenas aos fatos em si, mas a possibilidade de abrirmos um espaço de escuta para o que é desta ordem do psicológico, possibilitando algum caminho em direção à simbolização, ainda que saibamos que esta jamais ocorrerá de forma total e que sempre sobrar um resto (ZECCHIN, 2004). Escutar o corpo é escutar o desamparo ao qual as pacientes estão submetidas (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Portanto, o câncer de mama precisa ser pensado em toda essa amplitude. A mulher acometida por essa doença não tem apenas o seu corpo modificado, mas também a sua imagem corporal e diferentes aspectos da sua vida social e afetiva.

1.2 Câncer de mama: Falando sobre dados

Câncer é o termo utilizado para se referir a doenças nas quais células que sofreram alterações genéticas, chamadas então de neoplásicas ou

cancerígenas, se dividem sem controle, podendo invadir tecidos do organismo por meio da circulação sanguínea e do sistema linfático. A maioria dos cânceres é nomeada de acordo com o órgão atingido ou tipo de célula onde se inicia (BRASIL, 2008). O crescimento desordenado de células é considerado como maligno, podendo invadir os tecidos e órgãos, espalhando-se (Metástase) para outras regiões do corpo. Por outro lado, existem tumores benignos que são massas localizadas de células que se multiplicam vagarosamente, semelhantes ao tecido original e, raramente, representam riscos para a vida (BRASIL, 2002).

É visto como uma doença degenerativa, resultante de uma mutação genética em que as células doentes manifestam uma tendência agressiva e incontrolável, dividindo-se mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta e formando tumores pelo acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas (NUCCI, 2003). No caso do câncer de mama, se pontua alterações genéticas nas células mamárias, que sofrem com um crescimento anormal.

No Brasil, o câncer de mama é mais frequente em mulheres, sendo a maior causa de incidência de mortalidade por câncer no sexo feminino. Apesar de serem diagnosticados em poucos casos, os homens também devem ficar alertas a possíveis sintomas da doença. O risco de aparecimento do câncer aumenta a partir dos 25 anos, sendo mais comum a partir dos 45. Dos casos de câncer diagnosticados, 20% são de câncer de mama, representando 15% das mortes causadas por câncer. É mais comum em mulheres de classe social elevada e entre aquelas que vivem nas grandes cidades do que naquelas que vivem no campo (BRASIL, 2002).

O tratamento de câncer pode envolver: a) cirurgia para diagnóstico (biópsia), para estadiamento, de intenção curativa ou radical, de intenção paliativa ou preventiva; b) radioterapia com fins curativos ou paliativos; c) quimioterapia adjuvante; prévia, para controle temporário da doença; paliativa; curativa; regional; de altas doses; d) hormonioterapia ablativa e medicamentosa; e) imunoterapia ativa e passiva. Essas terapias podem ser indicadas isoladamente ou em combinação entre si (NUCCI, 2003). Importante pontuar que, se diagnosticado precocemente e tratado oportunamente, o prognóstico vai ser positivo e a chance de cura é alta.

1.3 Atuação do psicólogo em um ambulatório hospitalar

O ambulatório de um hospital difere daquele vinculado a um centro ou posto de saúde, visto que não se destina a atenção primária, mas sim aos casos mais complexos, que necessitam de intervenções envolvendo maior tecnologia, elucidação e acompanhamento, atendendo, portando, uma população muito maior e heterogênea (ROMANO, 1999).

Unidades ambulatoriais integradas a hospitais são comuns a universidades ou hospitais-escola, situações em que se prevalece mostrar ao estudante possibilidades de ações e intervenções, contando com a grande vantagem de se poder acompanhar o ciclo do doente – diagnóstico, tratamento (com ou sem internação), recuperação e reabilitação, tendo em mãos registros e segmentos de todas as intervenções realizadas (ROMANO, 1999). Desta forma, é possível ter acompanhamento do começo, meio e fim do ciclo.

Do ponto de vista dos aspectos emocionais, a necessidade do paciente difere em cada situação e a atenção psicológica dispensada será diferente, dependendo do momento no curso da doença e do motivo pelo qual o paciente está vinculado ao ambulatório (ROMANO, 1999). Ressalta-se que, ao psicólogo que atua em ambulatório hospitalar, seja proposto acompanhamento àqueles pacientes cujo problema emocional principal guarde estreita ligação com a sua patologia orgânica, abrindo espaço para uma reflexão a cerca do componente emocional coadjuvante ao orgânico (ROMANO, 1999).

Uma intervenção psicológica realizada em ambulatório hospitalar deve ser uma ferramenta que tenha sua necessidade compreendida pela equipe, e que a equipe veja a intervenção como efetiva. A compreensão e o comprometimento se fazem necessários, pois, facilita o encaminhamento do paciente, afinal é da equipe que virá o maior número de indicações para acompanhamento psicológico, porque, apesar de ser possível a procura espontânea, o paciente de ambulatório raramente o faz (ROMANO, 1999).

2. VIVENDO A SALA DE ESPERA

Ao descobrir algo de errado em seu corpo, seja intencionalmente ou por acaso, inicia-se um processo de questionamentos e dúvidas, momento que é marcado pela necessidade de adaptar-se a uma situação nova e amedrontante (SALCI; MARCON, 2009). Esse momento é vivenciado de modo muito singular pelas mulheres, pois em cada caso, surge um fator de preocupação e força que guia a busca por tratamento e expectativa pelo possível diagnóstico. Trata-se de uma etapa importante, pois, para diversos tipos de câncer, a atitude tomada nesta ocasião determinará em grande parte, o sucesso do tratamento. Tendo a maioria dos tipos de câncer uma característica silenciosa, quanto antes a doença for detectada e diagnosticada, maiores as chances de um tratamento bem-sucedido (SALCI; MARCON, 2009). Algumas mulheres, neste momento de descoberta, relatam a dificuldade em se perceber com a doença, pelo fato de não sentir dores e demais sintomas que remetem a pessoa ao estar doente, dizendo “só lembrar que está com câncer quando se vê no ambulatório tendo que consultar”.

Nos grupos orientados, foi observado que tanto o medo quanto sentimentos relativos à negação da doença e/ou descrença são sentimentos muito frequentes nas mulheres antes da confirmação do diagnóstico, situação marcada por falas do tipo: “A gente nunca acha que é alguma coisa, sempre espera que seja só um cisto”.

Assim, quando se observa a fala de participantes que estavam em um momento após a descoberta do diagnóstico de câncer, eram percebidos principalmente sentimentos de desespero, medo e profunda tristeza, normalmente demonstrados por consternação e choro. Algumas participantes pontuam o recebimento do diagnóstico como a pior parte de todo tratamento. Deitos e Gaspar (1997) apontaram que diante do diagnóstico do câncer de mama, a mulher se depara com sentimentos diversos, como: angústia, dor, sofrimento, culpa. Sendo esses sentimentos constantes na mulher desde o diagnóstico da doença até o seu processo de cura.

Almeida et. al. (2001) trazem a representação do corpo como fator de importante papel na construção da autoimagem e na consciência de corpo subjetivo, mostrando a relação com o próprio corpo como sendo um elemento

constitutivo e essencial da individualidade. Desse modo, considerando a simbolização social e individual da mama, podemos compreender o câncer de mama, e a eventual retirada da mesma, como uma ruptura na identidade feminina, o que pode justificar o sentimento de desespero como uma forma encontrada para extravasar emoções e decepções geradas por essa quebra simbólica.

Ainda, a respeito dos sentimentos de desespero, tristeza e choro anteriormente mencionados por algumas participantes, houve também quem demonstrasse uma atitude positiva de enfrentamento da doença, fato que se mostra muito impressionante pras demais participantes que se encontravam em momentos diferentes da doença, vivendo sentimentos de tristeza e angústia. Diante desta situação, abre-se espaço para o questionamento a cerca da singularidade de cada caso, e novamente a confirmação de que a doença se dá de forma diferente para cada mulher, as experiências emocionais vividas influenciam nesse processo de adoecimento (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007), podendo o apoio familiar, a construção da autoimagem e a autoestima influenciarem muito a forma como a doença será significada pela paciente.

Pontua-se, ainda, questões trazidas em grupo por algumas participantes referentes ao recebimento do diagnóstico. A relação com a caracterização do nódulo como “benigno” ou “maligno” foi uma preocupação muito presente nesse momento de descoberta da doença, sendo discutido em praticamente todos os encontros, contando com raras exceções. O recebimento da notícia de um nódulo “maligno” tornou a palavra, para algumas mulheres, mais ameaçador e temível do que a própria palavra “câncer” em si. Nessa situação, fez-se necessária a orientação a cerca da nomenclatura que era relacionada ao tumor, e a discussão com a equipe médica sobre a frequência dessas dúvidas no grupo.

Propondo a discussão sobre a incidência do câncer, uma grande maioria de mulheres participantes, em grande parte dos encontros, relatou a não ocorrência de câncer de mama na família, fato que chamou atenção, pois, embora o número de mulheres acompanhadas pelo grupo seja de porcentagem insignificante dentro da população de pacientes portadores de câncer de mama, a ocorrência de fatores genéticos também é um fator apontado por dados do

INCA (BRASIL, 2002) como um marcador de risco para o desenvolvimento da doença.

Sobre a rede de apoio, destacam-se nas falas que são diversas as motivações para o enfrentamento, muitas buscam a força na família, marido, filhos, amigos próximos e pessoas queridas ressaltando a importância de uma rede de apoio forte para a recuperação. De acordo com Silva e Mamede (1998), a família é vista pelas mulheres como ponto de partida para "...o sustentáculo emocional, físico e financeiro. Com esse suporte, possivelmente a mulher ganhe estímulo e força para garantir um ajustamento saudável à nova condição de saúde", sendo um dos papéis da família nesse momento acolher e reconhecer o papel da paciente com câncer dentro do núcleo familiar, constituindo assim, um componente essencial à sua recuperação.

Entretanto, contrapondo o papel da rede de apoio como algo positivo para o enfrentamento da doença, as pacientes relatam também situações de angústia proveniente do preconceito com a doença e de "pessoas que falam o que não sabem só pra te colocar pra baixo". O estigma do câncer de mama leva a paciente a conviver com o preconceito e com sentimentos negativos que, muitas vezes, são por ela mesma nutridos, atrapalhando o tratamento (FERREIRA; MAMEDE, 2003). Diante das vivências em grupo, foi comum as pacientes trazerem situações em que o câncer era compreendido como algo "contagioso", trazendo relatos de pessoas que se afastaram e/ou evitaram o contato com elas após o diagnóstico ter sido confirmado, fatos que demonstram a falta de conhecimento e o preconceito que ainda se encontra presente no convívio social.

Almeida et. al. (2000) apontaram que condições graves como o câncer carregam consigo uma série de associações simbólicas, que podem afetar profundamente a maneira como as pessoas percebem essa doença e o comportamento de outros em relação às mesmas. A representação do câncer, como um mal, exprime um sentimento de desvalorização social, colocando a doença não apenas um desvio biológico, mas também um desvio social, onde o doente se vê como um ser socialmente desvalorizado. Caetano, Gradim, & Santos (2009) colocaram que o estigma do câncer de mama leva a paciente a

conviver com o preconceito e com sentimentos negativos, algumas vezes por ela mesma nutridos.

O fator deslocamento também foi um tópico bastante presente nos encontros. Visto que o hospital no qual o grupo é realizado atende também uma grande demanda de cidades da região, é comum que alguns acompanhamentos sejam direcionados para o hospital, onde as pacientes possam encontrar mais recursos e acesso à tratamento. A grande maioria dos participantes relatam a vinda de outra cidade, situação que envolve uma preparação prévia e horas de viagem, podendo, juntamente com demais situações, como a espera por atendimento e angústia pelo possível diagnóstico, se tornar um fator bastante estressor, provocando sentimento de desamparo, que pode ser acentuado em situações que a paciente vem sem um acompanhante.

Sobre a busca de força para enfrentamento da doença, além da rede de apoio, muitas participantes trouxeram a busca na fé e religião uma alternativa para superação. Mesmo nas pacientes que citam o avanço da medicina como um apoio na esperança da cura, a espiritualidade aparece. A busca divina é uma opção alternativa, culturalmente marcada nas vidas de pacientes oncológicos (AQUINO; ZAGO, 2007). Segundo alguns relatos, a fé em Deus se mostrou tão importante que, em uma situação em que o tumor se mostrou de menor tamanho na ultrasonografia do que quando foi medido no exame de toque, foi referido o acontecimento de “um milagre”.

Ainda Aquino e Zago (2007) acreditaram que a fé ou crença religiosa proporciona às mulheres com câncer de mama sentimento de paz na sua condição, para, assim, viver com maior otimismo, podendo também pensar na doença como “processo de aprendizado”. A experiência de enfrentar o câncer resulta num processo de desafios para o doente e, para tanto, ele busca algo com que possa enfrentar esses desafios. A busca da força se mostra presente em falas como: “Deus só dá o fardo pra quem possa carregá-lo”, frase que foi citada por duas pacientes em grupos distintos, mostrando a doença como um obstáculo que ‘é dado’ àqueles que carregam a capacidade de superá-lo. Assim, a religião é vista como estratégia valorizada na cultura ocidental para lidar com a doença e suas terapêuticas.

Vale ressaltar que a doença se dá de forma diferente para cada mulher, as experiências emocionais vividas influenciam nesse processo de adoecimento, desde a aceitação do diagnóstico e da doença, até a efetivação do tratamento oncológico. Mulheres acometidas pelo câncer de mama vivenciam experiências de dores físicas e também psicológicas, mas não é possível afirmar que todas essas mulheres sintam a mesma dor (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). As reações da mulher com câncer de mama frente à mutilação relacionam-se à sua subjetividade, sendo determinadas pela maneira como ela vive e convive com o seu corpo desde a infância e o processo de elaboração frente à doença e à perda da mama, é semelhante ao processo de elaboração de luto (ALMEIDA et al, 2001).

Ainda sim, sendo o câncer de mama marcado pelas taxas de incidência prioritariamente femininas, fazendo serem problematizadas marcas orgânicas e psicológicas deixadas pelo mesmo em mulheres, vale pontuar que houve a participação de homens portadores da doença no grupo, o que nos mostra também sobre a necessidade de se existir uma orientação voltada também para a ocorrência do câncer de mama masculino, sendo esta, uma problemática presente em nosso estudo. O câncer de mama em homens é uma patologia relativamente incomum. Atinge 1 homem para cada 1.000 mulheres (ARAÚJO et al, 2003) sendo responsável por 0,1% da mortalidade por câncer no sexo masculino (RAVANDI, 1998). Apesar desses números, alguns estudos indicam que a incidência desse tumor vem aumentando. A prevalência da patologia no homem aumenta com a idade, sendo mais incidente com homens na faixa etária dos 60 anos (DIAS; FONSECA; AZARO, 1994). Em negros se verifica uma incidência maior (SAVI; HAAS, 2002). No Brasil, não se verificou redução nas taxas de mortalidade por câncer de mama masculino nos últimos anos e a maior incidência desta neoplasia foi encontrada nos estados do sul do país, destacando-se o Rio Grande do Sul (SAVI; HAAS, 2002). Como nas mulheres, o subtipo mais comum é a variedade ductal infiltrativa e raramente se verifica o tipo lobular (SAVI; HAAS, 2002). Devido à pouca incidência da doença no sexo masculino, muitas das atuais modalidades de tratamento são baseadas na experiência com câncer de mama feminino (DONEGAN; REDLICH, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o trabalho desenvolvido pela psicologia no ambulatório de mastologia, que disponibiliza apoio às pacientes tanto pós consulta médica, quando o diagnóstico de câncer de mama é revelado, quanto durante os procedimentos médicos como a quimioterapia e a mastectomia, percebe-se a grande importância deste espaço promovido pela sala de espera para externalizar sentimentos vividos por elas. Assim, dúvidas, angústias, medos, fantasias e informações distorcidas podem ser esclarecidas, possibilitando as estas mulheres um olhar reflexivo e realista sobre o momento que estão vivenciando.

Segundo Nassif (2006), a medicina tem promovido avanços na área oncológica, principalmente no câncer de mama, considerando as ações preventivas e também o tratamento disponível. Entretanto a incidência da patologia tem aumentado e a atualização de estudos na área são importantes. A presença do psicólogo em meio às equipes de saúde que trabalham com o atendimento de pacientes com cancer de mama se mostra de extrema importância, abrindo a possibilidade de se trabalhar junto às necessidades emocionais decorrentes do adoecimento, auxiliando na manutenção do bem-estar psicológico ao longo do tratamento, bem como a melhor adesão a este (FIOREZE; PINHEIRO, 2008).

A realização de grupos com pacientes e acompanhantes em sala de espera, possibilita uma nova maneira de abordarmos essa questão do adoecimento, promovendo troca de experiências entre os participantes e identificação com a dificuldade do outro. Dessa forma, considera-se que o apoio emocional seja um assunto que mereça maior atenção, visando aprimorar o entendimento deste momento na vida das mulheres e, conseqüentemente, os trabalhos desenvolvidos nesta área.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ana Maria de et al .Construindo o Significado da Recorrência da Doença: A Experiência de Mulheres Com Câncer de Mama. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 9, n. 5, p. 63-69, Sept. 2001.
- AQUINO, Verônica Vrban; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 15, n. 1, p. 42-47, Feb. 2007 .
- ARAÚJO, Rossano R. Fernandes; FILHO, Antônio S.S.Figueira; COSTA, Laura O.; SANTOS, Ana L. Guerra; GALVÃO, Elísio B.; SIMPLÍCIO, Libelina M. Câncer de mama em homens: estudo de 13 casos / Male breast cancer: a study of 13 cases. *Revista Brasileira de Mastologia*, v.13, n.3, p.115-121. 2003.
- BRASIL. Definição de Câncer. Associação Brasileira do Câncer, 2008.
- BRASIL. Falando Sobre Câncer de Mama. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev) – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.
- BRASIL. Falando Sobre o Câncer de Mama. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2003.
- CAETANO, Edilaine A.; GRADIM, Clícia V. Cortês; SANTOS, Lana E. S. Santos. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 17, n.2, p.257-261. 2009.
- DEITOS, Terezinha F. Hassan; GASPARY, João F. Pollo. Efeitos biopsicossociais e psiconeurológicos do câncer sobre pacientes e familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 43, n.2 , p.117-126. 1997.
- DIAS, E. N.; FONSECA, M. C. A.; AZARO, M. G. A. Câncer de mama no homem. *Mastologia atual*. Rio de Janeiro: Revinter. v.36, p.343-349. 1994.
- DONEGAN, W. L.; REDLICH, P. N. Breastcancer in men. *Surgical Clinics of North America*. v.76, p.343-358. 1996.
- FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 11, n. 3, p. 299-304, June 2003 .
- FIGUEIREDO, Dulce A. Schwaab; PINHEIRO, Sílvia D. Câncer de mama e apoio emocional. (Graduação em Psicologia) - Faculdades Integradas de Taquara, RS. 2008.
- GRAÇA, L.A; BURD, Miriam. *Grupos com Diabéticos*. Porto Alegre : Grupo e Corpo, Artes Médicas Sul, 2000.
- MALDONADO, M. T.; HALLAL, R. C. Grupos de sala de espera. *Femina*, v. 9, n. 1, p. 378-381, 1981.

NASSIF, Maria R. Galante. Vínculos afetivos e respostas ao estresse em pacientes com câncer de mama. 2006. (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NUCCI, Nelly A. Guernelli. *Qualidade de vida e câncer: O estudo compreensivo*. 2003. (Doutorado em filosofia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

QUINTANA, Alberto. M. Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama. *Temas em Psicologia*. V.7, n.2 , p.107-118. 1999.

RAVANDI, Kashani F.; HAYES, T. G. Male breast cancer: a review of the literature. *European Journal of Cancer*, v.34, n.9, p.1341–1347. 1998.

ROMANO, B. Wilma. *Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.23, n.4, p.32-41. 2003.

SALCI, Maria A.; MARCON, Sonia S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.13, n.3, p.558-566. 2009.

SAVI, L.A; HAAS, P. Ocorrência de câncer de mama em pacientes masculinos no Brasil. In: *Anais 36º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial*, São Paulo, SP. 2002.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. *Conviver com a mastectomia*. Fortaleza: Editora UFC, 1998

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 41, n. 2, p. 311-316, June 2007 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Agency for Research on Cancer* .Globocan, 2012.

ZECCHIN, R. Nascimento. *A Perda do Seio: Um Trabalho Psicanalítico Institucional com Mulheres com Câncer de Mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.