



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ERGONOMIA

APRENDENDO COM O CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÕES E
EMOÇÕES DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA

MELISSA MEDEIROS BRAZ

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA, COMO REQUISITO PARCIAL
À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE
EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.

ORIENTADOR: PROF. Dr. FRANCISCO A. P. FIALHO

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

JUNHO DE 2001

**APRENDENDO COM O CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÕES E
EMOÇÕES DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA**

MELISSA MEDEIROS BRAZ

Esta dissertação foi julgada para obtenção do título de:

MESTRE EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Área de concentração em Ergonomia e aprovada em sua forma final pelo Curso de Pós-
Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

PROF. RICARDO MIRANDA BARCIA, Ph.D.

Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:

PROF. FRANCISCO A. P. FIALHO, Dr.

Orientador

PROF. GLAYCON MICHELLS, Dr.

PROF. ROBERTO MORAES CRUZ, Dr.

Instantes

*Se eu pudesse viver minha vida novamente,
 A próxima trataria de cometer mais erros.
 Não tentaria ser tão perfeito: relaxaria mais,
 Seria mais tolo do que tenho sido e, de saída
 Levaria mais a sério pouquíssimas coisas. Seria menos higiênico.
 Correria mais riscos, faria mais viagens,
 Contemplaria mais entardeceres,
 Subiria mais montanhas, nadaria em rios,
 Iria a lugares onde nunca estive antes,
 Comeria mais doces e menos verduras,
 Teria mais problemas reais
 E menos problemas imaginários...
 Eu fui uma dessas pessoas que viveu Sensata e Prolificamente cada minuto de
 minha vida
 E, é claro, em meio disso,
 Tive certos momentos de alegria.
 Mas, se eu pudesse voltar atrás,
 Trataria de ter somente bons momentos.
 Pois, se não sabes, é disso que a vida é feita
 Momentos.....
 E não perca por favor, nunca o aqui e o agora.
 Eu era um desses que não iam a nenhuma parte,
 Sem um termômetro, uma bolsa de água quente,
 Um guarda-chuvas e um pára-quedas.
 Se eu pudesse voltar a viver, viajaria mais leve.
 Se eu pudesse voltar a viver,
 Começaria por andar descalço desde o início da primavera
 E seguiria assim até terminar o outono.
 Daria mais voltas pelas pequenas ruas,
 Contemplaria mais amanheceres
 E brincaria com mais crianças,
 Se eu tivesse outra vez a vida pela frente.*

Mas perceba... tenho oitenta e cinco anos... e sei que estou morrendo.

Jorge Luis Borges (1899-1988)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao Universo pela rica oportunidade de crescimento e aprendizado em todos os momentos.

Agradeço à minha família, base segura que me apoia, por todo o amor e paciência.

Ao meu namorado Edson Luiz Foletto, que me incentivou a seguir meus sonhos até o fim, pelo amor e pela paciência.

Ao meu orientador Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho, pela orientação, confiança e pela liberdade de trabalho que me proporcionou.

Aos amigos que me apoiaram, pela compreensão e carinho, em especial às amigas Michele Nadir de Oliveira, Bianca Eastwood Gruginsky e Kelly Cristine Schmidt.

Às pessoas especiais que conheci durante a trajetória do Mestrado, com quem tive muitas trocas e muito bons momentos, em especial aos amigos Giovana Aparecida Farias, Iraci de Andrade Maia e Marco Aurélio Zimmermann.

À equipe de Fisioterapia do Estágio em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra, composta pela Prof^a Cilene Volkmer e pelos alunos da 7^a fase do curso de Fisioterapia, pelo constante aprendizado e crescimento.

Às pacientes atendidas no Ambulatório de Fisioterapia da Maternidade Carmela Dutra, que constantemente me lembravam do valor do trabalho do profissional de saúde, pelas lágrimas e sorrisos, tesouros compartilhados que tornaram mais rica a minha vida.

SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	vii
Lista de Quadros.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Introdução.....	1
1.2. Justificativa.....	3
1.3. Objetivos.....	5
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2.1 - A doença.....	6
2.1.1 - Como e mente afeta o corpo.....	15
2.2 - Corpo e alma.....	22
2.3 - História da medicina mente-corpo.....	25
2.4 - Modelos de doença.....	29
2.5 - Câncer.....	33
2.6 - Câncer de mama.....	40
2.7 - Tratamento.....	43
2.8 - Relação equipe-paciente e paradigmas de saúde.....	44
2.8.1 - Situação atual da saúde.....	44
2.8.2 - Ideal de saúde.....	47
2.9 - A equipe.....	49
2.10 - Paradigmas de saúde.....	53
2.11 - Saúde.....	55
CAPÍTULO 3 – MÉTODO.....	60
3.1 - Tipo de estudo.....	60
3.2 - Dos rigores éticos.....	61
3.3 - Os atores sociais.....	61
3.4 - Coleta, registro e análise de dados.....	61
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS.....	63

4.1 - O serviço de Fisioterapia.....	63
4.1.1 - Estrutura de atendimento de Fisioterapia para pacientes com câncer de mama na Maternidade Carmela Dutra.....	63
4.2 - Relação equipe-pacientes.....	66
4.3 - As pacientes.....	74
4.3.1 - História de Vida.....	74
4.3.2 - A descoberta do câncer....	76
4.3.3 - Relação médico-paciente.....	78
4.3.4 - Estigma.....	80
4.3.5 - Reconstrução mamária.....	81
4.3.6 - A família.....	82
4.3.7 - Busca de ajuda.....	84
4.3.7.1 - Ajuda de Deus.....	84
4.3.7.2 - Ajuda das amigas.....	84
4.3.8 - Objetivos.....	85
4.3.9 - Mudanças.....	85
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	99

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 2

Figura 1 - Modelo corpo/mente de desenvolvimento do câncer. (SIMONTON <i>et al.</i> , 1987).....	37
Figura 2 - Modelo corpo/mente de recuperação do câncer. (SIMONTON <i>et al.</i> , 1987).....	39

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO 2

Quadro 1 - Paradigmas de Saúde. (FERGUSON, 1980).....	54
--	----

RESUMO

Este trabalho pretende lançar um novo olhar sobre o relacionamento entre a equipe de saúde e pacientes com câncer de mama. O trabalho com pacientes oncológicos geralmente contém uma carga mental para os trabalhadores, que têm que lidar diariamente com questões existenciais, como a dor, o sofrimento e a morte, e questões profissionais, como os sentimentos de frustração e impotência diante da doença. Os pacientes com câncer também carregam uma carga psíquica, já que o câncer é uma doença que apresenta um simbolismo culturalmente considerado como depreciativo. Por outro lado, a doença pode ser vista como uma oportunidade de crescimento pessoal. Assim, este trabalho teve como objetivo investigar as percepções e emoções da equipe de Fisioterapia e de pacientes com câncer de mama, a fim de promover o máximo de crescimento e trocas na relação profissional-paciente, resgatando o trabalho como fonte de equilíbrio, satisfação e prazer, que conduz à realização pessoal e resgatando a doença como ponto de partida para o crescimento das pacientes. Para isto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando-se de entrevista, questionário e observação junto aos profissionais e às pacientes, que propiciou a observação e sugestão de medidas que podem contribuir para a qualidade de trabalho e de vida de profissionais e pacientes.

ABSTRACT

This study intends to launch a new view on the relationship between health staff and patients with cancer. The work with oncologic patients generally have a mental load to workers, who have to deal daily with existential questions such as pain, suffering and death; and professional subjects, like frustration feelings and impotence in the presence of disease. Patients with cancer also carry a psychic load, since cancer is a disease that presents a culturally scornful symbolism. On the other hand, the disease can be seen as an opportunity of personal growth. Thus, this study was conducted to investigate the perceptions and emotions of the physiotherapy staff and breast cancer patients; in order to promote the maximum development and changes in the professional-patient relationship, rescuing the work as a source of balance, satisfaction and pleasure, which drives to the personal accomplishment, and rescuing the disease as a starting point for the patients' growth. A qualitative research was accomplished, using interview, questionnaire and observation with professionals and patients, which made the observation possible and consequently the suggestion of measurements that can contribute to the quality of work and life of professionals and patients.

RESUMO

Este trabalho pretendeu lançar um novo olhar sobre o relacionamento entre a equipe de saúde e pacientes com câncer de mama. O trabalho com pacientes oncológicos geralmente contém uma carga mental muito pesada para os trabalhadores, que têm que lidar diariamente com questões existenciais, como a dor, o sofrimento e a morte, e questões profissionais, como os sentimentos de frustração e impotência diante da doença. Os pacientes com câncer também carregam uma carga emocional negativa, já que o câncer é uma doença que apresenta um simbolismo muito forte. Por outro lado, a doença pode ser vista como uma oportunidade de oportunidade e crescimento pessoal. Assim, este trabalho teve como objetivo investigar as percepções e emoções da equipe de Fisioterapia e de pacientes com câncer de mama, a fim de promover o máximo de crescimento e trocas na relação profissional-paciente, resgatando o trabalho como fonte de equilíbrio, satisfação e prazer, que conduz à realização pessoal e resgatando a doença como ponto de partida para o crescimento das pacientes. Para isto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando-se de entrevista, questionário e observação junto aos profissionais e às pacientes, que propiciou a observação e sugestão de medidas que podem contribuir para a qualidade de trabalho e de vida de profissionais e pacientes.

Palavras-Chave: câncer de mama, Fisioterapia, Ergonomia

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Introdução

O câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública no Brasil. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres nas regiões Sul e Sudeste, além de ser o tipo de maior mortalidade no Brasil, exceto na região Norte. (Kligerman, 2000)

Lopes *et al.* (1996) afirmam que vem sendo observado um aumento constante na incidência do câncer de mama, que pode estar associado às mudanças de hábitos de vida como o sedentarismo, alimentação, estresse e fatores hormonais.

O paradigma einsteiniano nas ciências médicas ressalta a indissolubilidade entre corpo e mente, ou soma e psique, que se influenciam mutuamente. Assim, as emoções vão desencadear uma série de reações endócrinas, causando efeitos fisiológicos sobre o corpo. Estresse e emoções reprimidas podem causar desequilíbrios sobre o corpo, pois vão transmitir padrões de informações que se expressam no corpo físico. (Dethlefsen & Dahlke, 1983)

A doença passa, então, a ser vista como um desequilíbrio do Ser e não somente do corpo, cuja função é levar à consciência aspectos rejeitados pelo homem, que permanecem dissociados da consciência e vão ser armazenadas na memória do corpo. (Schulz, 1998)

Tatar (2001) afirma que a doença é o caminho necessário para atingir a cura ou a saúde; através dela pode-se entrar em contato com a essência de Ser, refletir sobre o momento e qualidade de vida. A partir desta reflexão e contato maior com o próprio "eu", tem-se a possibilidade de transformar, transmutar e transcender a um novo patamar ou padrão energético, o chamado "Salto Quântico".

Esta nova visão de doença exige uma nova visão sobre os cuidados. De um modo geral, a formação da equipe ainda baseia-se em uma ótica newtoniana, onde o paciente é visto como uma máquina avariada e os profissionais como detentores do poder. Os profissionais que trabalham com pacientes oncológicos estão expostos diariamente a situações ansiogênicas, que geram conflitos e podem interferir nas relações interpessoais, como o frequente contato com a morte; as pressões impostas pelo modelo médico tradicional, que impõe a cura e a longevidade; e o trabalho constante com pacientes graves e com a tristeza dos familiares. (Carvalho, 1994; Ferreira, 1996)

Assim, o presente trabalho pretende investigar as percepções e as emoções da equipe de Fisioterapia e pacientes mastectomizadas, procurando contribuir para um novo olhar sobre o trabalho com pacientes oncológicos, a fim de resgata-lo como fonte de prazer e equilíbrio.

1.2. Justificativa

Como fisioterapeuta, sempre achei que a minha função - reabilitar o corpo - era uma opção limitada dentro de um amplo universo de atuação, porque o corpo estava dentro de um contexto muito maior, apenas uma parte da totalidade que é o ser humano. Não que eu o menosprezasse, pelo contrário - foi por enxergá-lo como um "holograma" que eu sabia de sua importância como **mestre**... Um corpo não deveria apenas ser curado, já que era **o Ser** e não o corpo que estava em desequilíbrio... O corpo deveria ser utilizado como um instrumento de autoconhecimento, de crescimento em direção à plenitude... não apenas tratado quando doente, mas valorizado como um forte aliado no crescimento pessoal, por fazer a ligação entre o mundo das possibilidades, onde mora toda a energia e o mundo do material, do concreto, onde materializamos nossas criações.

Por outro lado, percebia que esta minha visão não era compartilhada por meus colegas de trabalho, que muitas vezes se limitavam a tratar "o problema físico" do paciente, muitas vezes em uma postura onipotente. Este reducionismo parecia, por um lado, limitar as possibilidades de atuação e, por outro, conferir uma carga psíquica ao trabalho do fisioterapeuta, já que este se via como o único responsável pela recuperação dos movimentos do paciente. Isto, algumas vezes, gerava estresse e insatisfação com o trabalho.

Na minha prática profissional como Supervisora de Estágio de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Carmela Dutra tenho me deparado frequentemente com o discurso de mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia (retirada da mama), que tem algo de muito semelhante: "**Agora eu quero cuidar de mim...sempre coloquei meu marido e filhos em primeiro lugar, mas agora é minha vez**". São tantas vozes, tantas histórias que parecem convergir para este mesmo ponto, para este mesmo desafio - o resgate da sabedoria interior, da feminilidade esquecida pelas tarefas do dia e que agora se cumpre urgente... E eu, como profissional de saúde, fico me perguntando como

poderia ajudá-las nesta jornada, o retorno ao encontro de si. E como o trabalho com pacientes com câncer de mama pode ser resgatado, pelos profissionais, como uma fonte de prazer e realização pessoal.

Segundo a ABERGO (Associação Brasileira de Ergonomia), Ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho às características fisiológicas e psicológicas do ser humano.

No entanto, a Ergonomia não é apenas o estudo da adaptação do trabalho ao homem, mas antes o resgate desse trabalho como fonte de prazer e realização e, principalmente, da questão central do papel de protagonistas dos trabalhadores no processo de produção do conhecimento e transformação da realidade. Assim, a Ergonomia visa resgatar a satisfação e realização no trabalho. Visa resgatar o trabalho "ergon", que designa a criação e a obra de arte, e não o trabalho "ponos", que se refere ao esforço e à penalidade. (Fialho e Santos, 1997)

A Ergonomia Cognitiva refere-se ao estudo das questões cognitivas do trabalho, almejando avaliar e considerar a carga mental exigida para o desempenho de uma determinada atividade e o grau de sofrimento psíquico a que se submete o ser humano no trabalho.

Assim, este trabalho pretende contribuir para o estudo das percepções e emoções de pacientes mastectomizadas e profissionais de Fisioterapia, contribuindo para a qualidade de trabalho e vida de profissionais e pacientes e resgatando o trabalho do fisioterapeuta em sua forma "ergon", do trabalho-arte, onde o trabalho é fonte de crescimento e prazer.

1.3. Objetivos

Analisar as percepções e as emoções da equipe de Fisioterapia envolvida no cuidado de pacientes submetidas à mastectomia e o paradigma de saúde dominante, a fim de promover o máximo de crescimento e trocas na relação profissional-paciente.

Investigar as percepções e as emoções de pacientes com câncer de mama submetidas à mastectomia, a fim de conduzir uma reflexão sobre o processo de vida que desencadeou o câncer.

Compreender como a doença pode ser um ponto de partida para o autodesenvolvimento, uma oportunidade de crescimento, aprendizado e contato com a essência do Ser, despertando a capacidade de ser, estar, criar, sonhar e realizar.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A doença

"Todas as doenças, de uma maneira ou de outra, correspondem a uma perda, ou distorção, do amor ou da fé." Mateus, 9:5, 22

"A crise é o momento em que percebemos que caímos em nossa própria armadilha."

Torkon Saraydarian

Silva (1998) afirma que a doença é um meio de que o indivíduo inconscientemente lança mão para externar e amenizar seu conflito interior. Assim, as doenças vêm atender a uma necessidade interior do indivíduo. Podem surgir para preencher um vazio, constituindo-se na forma escolhida pelo indivíduo para dizer ao mundo que se sofre.

Silva (1998) explica, ainda, que a doença surge como uma necessidade, podendo ter várias razões: a primeira explica a doença como uma válvula de escape de conflitos intrapsíquicos e emocionais. A segunda é a incapacidade de exprimir de forma adequada (inclusive verbalmente) as emoções, fazendo-o pela linguagem dos órgãos. Outro motivo é o desejo de autopunição, em pessoas que, a nível inconsciente, se sentem culpadas e merecedoras de castigo. Uma última razão são os ganhos secundários, já que, ao adoecer, a pessoa volta a uma situação infantil, suprimindo suas necessidades de dependência. Além disso, existem outras vantagens de ordem prática, como a isenção dos papéis sociais.

Tatar (2001) afirma que a doença é o caminho necessário para atingir a cura ou a saúde; através dela pode-se entrar em contato com a essência de Ser, refletir sobre o momento e qualidade de vida. A partir desta reflexão e contato maior com o próprio "eu", tem-se a

possibilidade de transformar, transmutar e transcender a um novo patamar ou padrão energético, o chamado “Salto Quântico.”

Sousa e Villares (1994) afirmam que a crise proporcionada por uma doença serve para que se passe a compreender velhos problemas de maneira mais ampla e esclarecedora, e que deve-se perceber nela oportunidades de conhecer-se e viver melhor. A crise pode resultar em mais sabedoria e amor, transformando o ser de inconsciente da sua própria existência a co-criador consciente do Universo.

A crise é sintoma de que algo deve ser reciclado, revitalizado, reajustado, para que a vida continue a evoluir. É sinal de que algo deve mudar. Assim, a doença vem para mostrar algo que nem sempre se consegue compreender e ser agente de transformação e crescimento. (Sousa & Villares, 1994)

Dethlefsen e Dahlke (1983) afirmam que a doença e a saúde se referem a estados do ser, e não de partes do corpo, já que o corpo não pode ser separado da consciência (alma) e vida (espírito). A consciência corresponde a um padrão de informações que vão se manifestar no corpo, tornando-se visíveis. Tudo o que acontece com um ser vivo é a expressão de um padrão correspondente de informação, cuja origem é a consciência, que é imaterial e auto-suficiente, independente do corpo. A doença, então, significa uma perda relativa da harmonia, que acontece na consciência e manifesta-se no corpo sob a forma de sintomas, que são sinais e transmissores de informação. Assim que um sintoma se manifesta no corpo, chama a atenção e interrompe a continuidade do caminho de vida vigente. O ser humano sente-se perturbado e começa a luta contra o sintoma. No entanto, é preciso desviar o olhar do sintoma, que somente é um sinal de advertência de que algo não está em ordem, para examinar com mais profundidade em direção ao que aponta o sintoma. A cura implica na transmutação da doença através da expansão da consciência e não na luta contra ela e na vitória contra os sintomas. Pressupõe a compreensão de que o ser humano tornou-se mais sadio, mais completo, mais perfeito e que sua consciência aproximou-se da totalidade.

Dethlefsen e Dahlke (1983) afirmam que como microcosmo, o ser humano é reflexo do Universo e contém em sua consciência a soma de todos os princípios de vida. O seu caminho através do mundo das polaridades o obriga a manifestar estes princípios latentes, de tal forma que com a ajuda destes possa tornar-se progressivamente mais consciente de si mesmo. A polaridade com que trabalha a consciência humana obriga o indivíduo a escolhas e à tomada de decisões, que divide a realidade em dois pólos, um que é aceito e um que é rejeitado. O aspecto aceito da polaridade é expresso no comportamento e integrado na consciência. O pólo abandonado é expulso para a sombra, que é a soma dos âmbitos rejeitados da realidade que o homem não quer ver em si nem nos outros, permanecendo inconscientes, e continua exigindo atenção. A doença é um típico exemplo no qual a sombra se precipita e é somatizada na forma de sintomas. Por meio do corpo, todo sintoma força o ser humano a manifestar o princípio que não queria viver, restabelecendo o equilíbrio e a totalidade, já que um pólo não pode ser separado do outro, tornando visível o que foi reprimido na consciência. O caminho para a unidade começa ao olhar para o que não se quer enxergar. O mero fato de observar modifica a qualidade do que está sendo observado, pois o traz à luz da consciência. A ferramenta essencial para unir os opostos chama-se amor, que implica na receptividade e abertura, na aceitação incondicional e na transmutação.

Johnson (1996) define a sombra como "a parte de um Ser que ele não vê nem conhece". As características rejeitadas e inaceitáveis vão se acumulando nos cantos escuros da personalidade, com um potencial energético muito forte, tendendo a irromper para a consciência. O fenômeno de formação da sombra ocorre a todos no processo de civilização e é, em parte, culturalmente determinado. No entanto, ao longo de sua trajetória, o Ser deve restaurar sua integridade, juntar seu mundo rachado e resgatar sua totalidade. Possuir a própria sombra é alcançar um lugar sagrado, um propósito de vida. É um estado alcançado quando se transcende a contradição (polaridade) e se compreende o paradoxo (unidade, totalidade).

Dethlefsen e Dahlke (1983) afirmam que antes que um problema se manifeste no corpo como sintomas, se apresenta na psique na forma de idéias, desejos ou fantasias. Quanto mais receptiva estiver a pessoa a seus impulsos inconscientes, mais saúde terá em sua vida. A tentativa de fechar-se para o lado psicológico leva a distúrbios funcionais, na forma de sintomas, que podem evoluir para inflamações agudas, podendo tornar-se crônicas. Estes processos crônicos podem acarretar em mudanças físicas irreversíveis, que passam a se denominar doenças incuráveis e podem levar à morte. O que não foi entendido na hora da morte é levado à reencarnação seguinte, na forma de doenças congênitas e deficiências.

Shealy e Myss (1993) afirmam que a maioria das doenças físicas resultam de uma sobrecarga de crises emocionais, psicológicas e espirituais. Descreve os oito padrões identificados em pessoas doentes: no primeiro há tensão emocional, psicológica ou espiritual não resolvida ou profundamente desgastante, que pode vir da infância ou de algum acontecimento recente, como a morte de um cônjuge. O segundo padrão se relaciona ao efeito do pensamento negativo na criação da realidade da pessoa, já que as crenças influenciam a resposta emocional. O terceiro padrão é a incapacidade de dar e/ou receber amor. O quarto padrão consiste na falta de humor e na incapacidade de diferenciar assuntos sérios de assuntos de menor importância. O quinto padrão diz respeito a quanto a pessoa exercita seu poder de escolha sobre sua própria vida, já que a incapacidade de exercitá-lo leva a respostas emocionais que podem acarretar no desenvolvimento de doenças. O sexto padrão se relaciona com o quanto a pessoa atende às necessidades de seu corpo físico, como a alimentação, atividade física e hábitos saudáveis, além da genética. O sétimo padrão se relaciona ao sofrimento causado pelo sentimento de vazio existencial ou perda do sentido da vida. O último padrão é a tendência à negação, que gera tensão pelo bloqueio da intuição para possibilitar que certas situações continuem a existir, sem atentar para os problemas mais profundos.

Siegel (1989) afirma que o estado de espírito altera o estado físico por meio do sistema nervoso central, do sistema endócrino e do sistema imunológico.

Schulz (1998) afirma que as lembranças agradáveis geralmente são codificadas no lobo temporal do cérebro, por intermédio do hipocampo, que auxilia o registro da memória verbal. Quando uma experiência é dolorosa ou traumatizante, o hipocampo é incapaz de codificá-la, porque é reprimido pelos hormônios de estresse liberados pelo cérebro e pelo corpo. Então a amígdala, outra área do lobo temporal codifica a experiência como uma lembrança não-verbal, sendo armazenada na memória do corpo através do sistema nervoso autônomo, que conecta as emoções às funções orgânicas. É dissociada da memória consciente e as consequências disto são experimentadas no estado emocional e físico e na relativa saúde ou doença dos órgãos.

Silva (1998) afirma que a doença pode ser entendida como uma perturbação não resolvida no equilíbrio interior do ser vivo e em sua interação com o ambiente que o cerca. A perturbação de equilíbrio pode vir tanto do meio interno quanto do meio externo. Em qualquer um dos casos, a primeira reação do organismo é tentar restabelecer o equilíbrio, seja eliminando o que o perturba ou adaptando-se à situação. Como causas internas de perturbação do equilíbrio pode-se citar a carga genética, a personalidade e o psiquismo, associados ao estágio de desenvolvimento que o indivíduo estiver na vida. As causas externas incluem as condições ambientais, como clima, alimentação e condições sanitárias. A doença ocorre de forma pluricausal, em decorrência de vários fatores. No entanto, um fator que está sempre presente é o sofrimento emocional, que tem por base um estado de desassossego, insatisfação interior e desamor a si próprio. O doente não pode ser entendido como um conjunto de órgãos doentes, mas como "um ser que não conseguiu adaptar-se à realização do seu existir".

Miranda e Miranda (1996) afirmam que este estado de vazio e desamor geralmente tem início na infância, quando as pessoas significativas da vida do sujeito apresentam a ele um amor condicional, em vez de amá-lo por ser quem era, mas esperando que ele fizesse o

que esperavam dele. Este estado pode ser revelado através de crises e doenças e revertido na vida adulta, através das relações estabelecidas, do processo de ajuda e do autoconhecimento.

O principal fator causador das doenças é o psiquismo, que modula o comportamento da pessoa e tem o poder de aumentar a vulnerabilidade biológica do corpo, abrindo as portas para as manifestações orgânicas das doenças. (Silva, 1998) A não aceitação de si mesmo e a dificuldade de se desapegar de determinados padrões de vida faz com que o indivíduo continue a repetir atitudes que, de certa forma, contribuem para o desenvolvimento das doenças. (Tatar, 2001)

Silva (1998) apresenta as reações de ataque e fuga como as duas tendências naturais do homem frente a um problema. Propõe que, se uma destas duas tendências básicas é por alguma razão bloqueada, ocorre um desequilíbrio do sistema neurovegetativo. Indivíduos com tendência exacerbada à tensão, rivalidade e competição e que tentam bloquear a expressão física destes estados causam desequilíbrio no sistema simpático. A repetição destes bloqueios ou sua cronificação, com o consequente e repetido desequilíbrio neurovegetativo, predispõe à ocorrência de doenças como a hipertensão, enxaqueca, hipertireoidismo, artrite, síncope e doenças cardiovasculares. Há pessoas que, por outro lado, se sentem fracas e desamparadas diante do mundo, dependentes e numa relação infantil. Este estado ativa o sistema parassimpático. O bloqueio da exteriorização destes sentimentos também desequilibra o sistema parassimpático, podendo levar a situações como asma, colite, diarreia, constipação e úlcera.

Um novo campo das ciências da saúde é a psicoimunologia. Adler *apud* Silva (1998) afirmou que "uma doença infecciosa não é produto apenas de uma bactéria ou um vírus, mas decorrência da participação do indivíduo em sua totalidade, do corpo e da mente, na aceitação ou rejeição ao vírus ou bactéria." A resistência às doenças está, portanto, ligada às defesas psicológicas do indivíduo diante de uma situação de estresse e sofrimento. As explicações para a vinculação entre o estado psicológico e a baixa nas defesas do organismo baseiam-se

nas alterações orgânicas que as situações de estresse provocam: a maior produção de cortisona pelas supra-renais leva a uma maior destruição de alguns tipos de linfócitos, células de defesa do organismo.

Silva (1998) afirma que a doença tem, em regra, um destinatário. Devemos, então, descobrir qual o propósito do doente ao adoecer, a quem se dirige ou procura atingir, o que poderá ser de grande utilidade na superação do conflito que levou à doença.

Silva (1998) discorre sobre o local de manifestação da doença: no organismo, existem locais de menor resistência, que variam individualmente de acordo com a genética e a constituição e que podem ser focos de doença caso o organismo esteja sob muita tensão. O valor simbólico do órgão e sua relação com o conflito psíquico da pessoa também devem ser levados em consideração. Alexander *apud* Siegel (1989) afirma:

"São muitos os indícios segundo os quais, tal como certos microorganismos patológicos têm uma afinidade específica por certos órgãos; também certos conflitos emocionais guardam especificidades e, conseqüentemente, tendem a assediar certos órgãos internos."

Siegel (1989) afirma que o principal problema da maioria dos pacientes é a incapacidade de se amar, já que não foram amados durante algum período decisivo de suas vidas. Em geral este desamor ocorre na infância e, na vida adulta, passa-se a repetir esta situação.

O tipo da doença e a época da vida em que adoece tem muita relação com a história de vida do indivíduo, as perdas e frustrações que sofreu e a capacidade de lidar com elas. Diante de perdas e frustrações, um ego enfraquecido pode reagir com sentimentos de carência e desesperança, abrindo caminho para as doenças orgânicas.

Sousa e Villares (1994) afirmam que a primeira reação diante da doença é o questionamento: "Por que comigo? Por que agora? Por que?" O sujeito não se vê como parte do processo que deu origem à doença e tende a responsabilizar a Deus e às circunstâncias

externas a ele. Neste primeiro momento, o que ocorre é uma natural rejeição ao que causou a dor, somado a um sentimento de medo. O crescente destas emoções se transforma numa grande raiva, que tem a função de transformar a tristeza em ação, em uma energia de coragem e determinação para enfrentar o desafio da crise.

Depois dos porquês revoltados e da resistência em aceitar a transição, chega a hora de render-se à crise, de desapegar-se de padrões obsoletos e aceitar o convite ao crescimento, permitindo que a doença cumpra sua função de conduzir a um estágio superior de consciência, de maturidade, de harmonia interna e de bem-estar. Nesta etapa de entrega, deve-se ouvir os pedidos da alma para que se torne a crise uma oportunidade de crescimento, de aprendizado. É necessária a compreensão de que o sofrimento pode estar apontando para um caminho de transformação; é a oportunidade de sentir o que não serve mais, que deve ser mudado e transformado. O melhor a se fazer nesta hora é render-se aos próprios sentimentos. A transformação vem do aprendizado profundo, que se faz através das indagações. As indagações desvelam horizontes antes inexplorados e novas oportunidades. Schulz (1998) afirma que as perguntas de "por que" podem ser respondidas através da intuição. Deve-se aprender a linguagem do corpo e o que ele procura dizer através de lembranças e emoções armazenadas nos órgãos no curso da existência.

O empenho em perguntar e permitir-se ouvir respostas conduz ao auto-conhecimento e à questão essencial: "Quem sou eu?" O empenho em responder a esta pergunta expande o ser e seu mundo, o passado é revisto de maneira completamente nova. A capacidade de auto-apreciação e de apreciação do mundo se amplia, ampliando também a percepção para a beleza e a alegria de cada experiência. Há uma transcendência, passa-se a se conhecer melhor, entendendo e aceitando a vida em suas polaridades. Isso confere força e poder sobre si e para lidar com tudo o que acontece. A sabedoria adquirida habilita a realizar a dança com luzes e sombras que todo o universo vivo está dançando, além de proporcionar a consciência de que também se é criador desta coreografia. A superação da crise proporcionada pela doença traz a

oportunidade de uma atuação mais consciente na vida, uma atitude de participação efetiva no processo criador. A questão que se coloca agora é "Por que estou neste aqui e agora?", que leva à descoberta do seu propósito, à função básica da existência. O sentimento básico neste instante é o amor.

"O fato de sermos co-criadores de nosso próprio destino e do destino comum, conscientes de que fazemos parte de um sistema integrado e inteligente que é a vida em sua totalidade, nos permite dividir responsabilidades em nossa relação interdependente com as outras pessoas. Assim como dividimos o amor e a magia divina. A partir de novas habilidades estaremos no mais profundo contato com a sabedoria cósmica. Ao alinharmos nossa consciência com nossa essência, estaremos, igualmente, em unidade com a Alma Universal." (Sousa & Villares, 1994)

Chopra (1989) ressalta o poder dos pensamentos sobre os processos fisiológicos - um pensamento é capaz de produzir uma série de reações orgânicas, liberando substâncias químicas específicas - os neurotransmissores - de acordo com cada tipo de pensamento emitido. A liberação de neurotransmissores causa uma série de reações orgânicas e as emoções, que são disposições físicas. Para mudar as disposições e manifestações físicas, devemos agir no nível dos pensamentos, onde a energia se transforma em matéria. Isso pode ser feito através da meditação, que ocorre no nível quântico e, a partir daí, transformar toda a realidade física. As ondas quânticas produzidas pela consciência alteram a história. O mundo da energia é infinito em possibilidades. A realidade manifesta é apenas uma entre estas múltiplas possibilidades, que o observador torna real - a partir de suas crenças, vontades, emoções e padrões de comportamentos. Para obter resultados diferentes, é preciso agir de modo diferente.

Maturana (1999) ressalta a importância das emoções - afirma que todos os atos são baseados em emoções, que vão influenciar a visão de realidade. Afirma que a emoção mais importante e criadora é o amor, que deve ser estimulado em todas as relações.

O sintoma, a doença, é a busca daquilo que o espírito sente falta na consciência. Por isso cada sintoma tem seu significado e interpretação específica no desequilíbrio de cada ser humano. (Tatar, 2001).

Segundo Hay (1995), as crenças do indivíduo determinam sua experiência de vida. Alguns modelos mentais causam males ao corpo, como a crítica, raiva, ressentimento e culpa. Por exemplo, com o passar dos anos, o hábito de criticar tudo resultará em doenças como a artrite. A raiva se traduz em erupções e infecções. O ressentimento guardado por muito tempo arruina e destrói o Eu interior e acaba por dar origem ao câncer. A culpa sempre procura castigo e leva ao sofrimento. No entanto, não importa há quanto tempo se cultivam padrões mentais negativos de pensamento, pode-se começar a mudar imediatamente. Os pensamentos formulados e as palavras empregadas constantemente criaram as experiências adquiridas até o momento presente. O que se escolhe pensar e dizer hoje, neste exato momento, criará o amanhã. O ponto do poder está sempre no momento presente e é nele que devem começar as mudanças.

Curar-se é abrir o canal de comunicação e entrar em contato com a própria essência; é despertar para a capacidade de ser, estar, criar, sonhar e realizar. Essa auto-descoberta é o caminho da auto-cura, que nada mais é do que resgatar o amor próprio. (Oliveira, 2000a)

2.1.1. Como a mente afeta o corpo

Siegel (1989) afirma que, em parte, o efeito que a mente exerce no corpo é direto e consciente. O grau de amor-próprio do indivíduo determina se ele se alimentará corretamente, se dormirá o suficiente ou adotará hábitos de vida saudáveis.

Siegel (1989) afirma que cada tecido e cada órgão é influenciado por uma complexa interação entre os hormônios, substâncias químicas que circulam na corrente sanguínea e que

obedecem à hipófise e ao hipotálamo. O hipotálamo regula a maior parte dos processos da vida inconsciente do organismo, como os batimentos cardíacos, a respiração, a pressão arterial, entre outros. As fibras nervosas penetram o hipotálamo vindas de quase todas as regiões do cérebro, de modo que os processos intelectuais e emocionais que passam por todo o cérebro afetam o corpo. Por isso, as emoções, o pensamento e a imaginação podem ser utilizados para alterar o estado físico. Domar e Dreher (1997) acrescentam que o hipotálamo é responsável pela regulação dos hormônios sexuais femininos. Assim, o estresse poderia desempenhar um papel fundamental nos distúrbios femininos, como na menopausa, irregularidades menstruais, infertilidade e câncer de mama e colo de útero, entre outros.

Siegel (1989) descreve o sistema imunológico como vários tipos de glóbulos brancos (leucócitos), encontrados no baço, timo, gânglios linfáticos e circulantes na corrente sanguínea, que são comandados pelo cérebro e pelos hormônios, de forma indireta, e de forma direta pelos nervos e neuroquímicos.

Varela *in* Goleman (1999) descreve o sistema imunológico como um "segundo cérebro", pois ambos regulam a si mesmos, controlam as reações do corpo em relação ao ambiente e têm capacidade de aprender e se adaptar fisiologicamente. Através do sistema imunológico, manifesta-se a memória e o aprendizado do corpo.

A supressão do sistema imunológico, através da síndrome da tensão crônica, permite o aparecimento de doenças.

Segundo Júnior *et al.* (2001), a síndrome da tensão crônica foi descrita pela primeira vez por Selye, em 1936 e está associada à constante exposição a situações de estresse, que vão causar efeitos físicos adversos pela liberação hormonal.

O estresse é uma reação bioquímica e comportamental que tem sua origem na reação de lutar-ou-fugir, uma expressão do instinto de conservação. Ao confrontar-se com uma situação de perigo, nossos antepassados de neandertal reagiam instantaneamente. Para sobreviver, tinham que responder lutando contra o perigo ou fugindo dele. Esta reação era

mediada pela ativação do sistema nervoso autônomo e liberação hormonal, que preparavam o organismo para a ação. Logo após a retirada do estímulo, os efeitos fisiológicos cessavam. Como a vida atual apresenta muitos desafios, tensões e fatores estressantes, tanto física quanto psicologicamente, esta reação tende a se repetir com frequência, desencadeando a síndrome da tensão crônica. (Schott, 1994)

Os principais sinais fisiológicos das emoções são decorrentes da estimulação do sistema nervoso simpático, que recebe estimulação mediante fatores estressores. Esta ativação prepara o organismo para a luta ou a fuga. A composição dos hormônios liberados em situações de estresse (reação lutar-ou-fugir) suprime o sistema imunológico, além de causar efeitos sobre o organismo como a constrição dos vasos periféricos, o aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, com conseqüente irrigação dos músculos e do cérebro em detrimento da irrigação das vísceras, dilatação dos bronquíolos, a inibição do fluxo de saliva, inibição da contração da bexiga e dilatação pupilar. Há um aumento da atividade celular tanto a nível físico como mental para suprir o organismo de uma maior quantidade de energia. (Brandão, 1995)

Normalmente, é o estresse físico que ativa o sistema nervoso simpático provocando essas reações, às quais deu-se o nome de reação simpática ao estresse. No entanto, estados emocionais também podem ativar o sistema nervoso simpático, como por exemplo, situações de raiva, que podem desencadear descarga simpática maciça e que recebem o nome de reação simpática de alarme.

No caso de estresse físico, a função mais importante se dá a nível de restauração tecidual e no caso de estresse emocional se dá a nível de formação de novas sinapses e reestruturação de antigas no sentido de se compreender a nova situação. No entanto, essa compreensão não depende somente de estruturas cerebrais, mas inclui a subjetividade do indivíduo. A significação afetiva da situação tem grande influência na reação do organismo

diante de um agente estressor. Nesse sentido, as áreas límbicas participam da criação desse significado e possibilitam formular soluções e respostas que sejam adequadas ao momento.

O sistema nervoso simpático ativa a medula supra-renal, que libera glicocorticóides pela ação do hormônio adenocorticotrófico. A excessiva secreção hormonal, principalmente de corticosteróides, pode gerar e agravar doenças como úlceras, hipertensão, doenças cardíacas etc. Segundo Selye (1959), danos no coração, fígado, vasos sanguíneos, ossos e pele podem ocorrer por excessiva secreção de hormônios supra-renais e podem ser intensificados em situações de estresse. A medula da supra renal, em resposta à descarga simpática, secreta catecolaminas, noradrenalina, adrenalina e outras, que são liberadas em situações emergenciais e de estresse e que prolongam os efeitos simpáticos através de sua ação no plasma sanguíneo. (Júnior *et al.*, 2001; Brandão, 1995)

A descarga de corticosteróides é estimulada por um outro hormônio, o adrenocorticotrófico (ACTH), descarregado pela hipófise que ativa o córtex adrenal, que secreta corticosteróides, sendo o mais importante deles os glicocorticóides. O cortisol é o componente mais importante dos glicocorticóides e seu efeito principal é aumentar a taxa de glicose sanguínea através de vários mecanismos, como a lise do glicogênio, dos lípidos e das proteínas, provocando hiperglicemia, diabetes por tornar a insulina inativa, osteoporose por destruir a matriz óssea etc. O cortisol também desencadeia processo anti-inflamatório, evitando formação de cápsulas fibrosas em torno de agentes agressores, propiciando maior vulnerabilidade ao organismo. O aumento de secreção de cortisol devido ao estresse também diminui a produção de linfócitos e atrofia o tecido linfóide.

O hipotálamo é o centro controlador da descarga do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na corrente sanguínea, sendo este inibido pelo aumento de cortisol plasmático numa ação de feedback negativo. O sistema límbico, no entanto, controla ou instrui o hipotálamo na descarga de ACTH, e parece ser ativado pela dor ou outras formas de estresse biológico, permitindo ao indivíduo viver estressado com altos níveis de cortisol, daí um grande desgaste.

Estas atividades límbicas são mais provocadas por situações que envolvem novidades, imprevisibilidade e frustração do comportamento adequado.

A Síndrome de Adaptação Geral (SAG) constitui um conjunto de reações não específicas desencadeadas quando o organismo é exposto a um estímulo ameaçador à manutenção da homeostase. Segundo Selye (1959), essa manifestação constituiu-se de três fases:

1 - Fase de Alarme: durante esta fase, que corresponde ao estresse agudo, a medula da supra renal secreta hormônios na corrente sanguínea, adrenalina e noradrenalina, em consequência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-supra renal, liberando ACTH, que se for muito intensa estimula a secreção de glicocorticóides pelo córtex da supra renal. Entretanto, antes que isto ocorra pode haver tendências ao equilíbrio pela ação de feedback negativo do ACTH no hipotálamo. Há também estimulação do sistema autônomo simpático, podendo exaurir as catecolaminas e levar à fadiga em caso crônico.

2 - Fase de Resistência: essa fase corresponde ao estresse crônico e o principal gerador de respostas é a glândula adrenal, que secreta permanentemente os glicocorticóides. Há aumento da atividade do córtex da supra renal, com tendências de atrofia do baço, de estruturas linfáticas, leucocitose, diminuição de eosinófilos e ulcerações. Nessa fase a produção de respostas é mais localizada, ocorrendo reações às agressões, como perda de encapsulamento e inflamações. Caso o agente estressor permaneça, a fase também permanece, embora modificada, e o mecanismo de defesa pode falhar levando o indivíduo a entrar numa terceira fase.

3 - Fase de Exaustão: praticamente há um retorno à fase de alarme e as reações disseminam-se novamente, sendo que seu caráter inicial protetor pode ir além das necessidades causando efeitos indesejáveis, como doenças e até a morte. A reação psicossomática ao estresse pode ser considerada uma falha na defesa e o alerta é traduzido em sistemas somáticos provocando alterações nos tecidos do corpo.

Domar e Dreher (1997) e Goleman e Gurin (1998) definem como reação de relaxamento o ato de equilíbrio da natureza contra o excesso de reações lutar-ou-fugir, constituindo-se de uma série de mudanças internas que ocorrem quando a mente e o corpo se tranquilizam. Algumas técnicas podem ser utilizadas para evocar este potencial, como o relaxamento, a respiração profunda, meditação, yoga, orações repetitivas ou mantras, visualização de imagens, entre outras.

Domar e Dreher (1997) acrescentam que a resistência às situações de estresse estão relacionadas ao compromisso, controle e desafio, o que deve ser considerado no tratamento das doenças.

O desequilíbrio emocional está aumentando e as pessoas não percebem e, se percebem não sabem o que fazer. Segundo Goleman (1995), "o objetivo é o equilíbrio e não a supressão das emoções: cada sentimento tem o seu objetivo e significado."

Faz-se necessário o desenvolvimento de uma "Inteligência Emocional" para que as pessoas tenham mais autocontrole, melhorando a qualidade de vida. Cabe aos médicos, psicólogos e profissionais afins, auxiliar na busca de meios que permitam aos homens uma melhor qualidade de vida, com alimentação básica adequada, sono tranquilo, atividades de lazer e trabalho condizentes com suas afinidades, entre outros.

A meditação e a oração são práticas que podem ajudar no processo de cura. Como também podem ser úteis os trabalhos energéticos, as visualizações e os relaxamentos. Tais práticas e técnicas abrem o caminho para uma outra relação com a doença. (Oliveira, 2000a)

Regan e Shapiro (1997) afirmam que a cura é uma força amorosa que promove a libertação das causas da doença.

A cura espiritual vem sendo estudada sob um prisma científico, à luz dos conhecimentos atuais, que identificam um ponto de encontro entre a ciência e a realidade da alma, através do pensamento. A cura quântica é, essencialmente, a cura espiritual, realizada pelo pensamento que é um atributo da alma. (Oliveira, 2001b)

Existem razões para se admitir que no campo da atomologia deve centrar-se a causa e a cura das doenças, e que o pensamento tem o duplo poder de deslocar ou de reajustar os elétrons em suas órbitas.

O pensamento, sendo uma forma de energia emitida pela alma, quando impregnado de emoções negativas como as do medo, do ódio, da inveja, da maldade, do ciúme, pode causar o deslocamento dos elétrons de suas órbitas atômicas, causando o sofrimento, as doenças, o fracasso. Já o pensamento impregnado de emoções positivas, sob a motivação da vontade e da determinação, através do querer, da prece e da fé, centrado na ação curativa a realizar-se no processo mórbido, produz o reajustamento dos elétrons no alinhamento de maior potencial de suas órbitas atômicas, promovendo a saúde, o bem-estar, o sucesso, a cura quântica ou cura espiritual. (Oliveira, 2001a)

Em outras palavras, podemos dizer que: pensamentos negativos descompensam energeticamente os átomos, promovendo o deslocamento dos elétrons de suas órbitas atômicas, desencadeando a desarmonia energética na estrutura das células e conseqüente ejeção dos elétrons das órbitas dos átomos que as constituem.

Pensamentos positivos harmonizam a estrutura dinâmica dos átomos, com a recondução dos elétrons às suas respectivas órbitas, produzindo a harmonização do sistema energético das células e a conseqüente recondução do seu estado normal.

A energia causadora de ambos os processos é a mesma. O que diferencia o pensamento negativo do positivo, é a informação associada ao mesmo.

Todo processo patológico tem, na sua origem, um desequilíbrio bioenergético que ocorre no interior das moléculas que constituem a célula. As ações iniciais que podem ocorrer antes mesmo do aparecimento das primeiras manifestações de doença realizam-se nas células, por alterações energéticas causadas por pensamentos negativos e que alcançam os átomos, levando ao deslocamento de elétrons de suas órbitas.

Em decorrência do conceito da cura quântica, pode-se deduzir que o magnetismo, humano ou espiritual, é responsável por diferentes modalidades de cura, compreendendo-se, igualmente, que o poder de curar é variável de pessoa para pessoa e é decorrente do fluido magnético emanado pelo pensamento, sob a ação da vontade.

2.2. Corpo e alma

A noção de haver, em todo ser humano, algo mais que o corpo é provavelmente tão antiga quanto a história da humanidade. A idéia de que houvesse uma alma ou uma força externa ao corpo, que lhe desse vida e influísse sobre ele, evoluiu ao longo do tempo, estando ligada às religiões, à Filosofia e à medicina.

As expressões soma e psique, ou corpo e alma, foram utilizadas pela primeira vez por Anaxágoras (500-428 a.C.), que as considerou como distintas, numa visão dualista do ser humano. Esta visão dualista foi defendida também por Platão e predominou por dois milênios, sob a ótica religiosa de São Tomás de Aquino e a filosófica do pensamento cartesiano. Somente no fim do século XIX as influências do materialismo, positivismo e neopositivismo chamaram a tenção sobre a unidade do homem. (Silva, 1998)

Gaiarsa (1994) define como soma a parte do homem que pode ser vista e tocada e à qual podemos ver e tocar nas outras pessoas; e como psique a parte invisível e intocável, que engloba tudo o que pensamos, sentimos, desejamos e sonhamos.

Silva (1998) fala sobre o inconsciente: é o fundo de toda a vida psíquica, segundo Freud, e contém tudo o que é mantido fora da consciência por bloqueios internos, associados a forte emoção ou sentimentos de culpa.

Segundo Silva (1998) a definição de emoção engloba, ao mesmo tempo, o sentir e a expressão, física e involuntária, deste sentimento. Passa, portanto, pelo corpo e pela mente,

residindo sua essência na expressão física. Gaiarsa (1994) afirma que toda emoção é uma onda de preparação do corpo para a ação.

São três as emoções básicas: a ira, o medo e o amor. A ira dá origem ao ódio, a vingança, ao ciúme, à inveja e ao desprezo. O medo origina o espanto, a ansiedade, a aflição, o pesar, o sobressalto e a inquietude. O amor está relacionado à piedade, tristeza, afeição, alegria, entusiasmo e excitação sexual.

A cada uma destas emoções corresponde um determinado tipo de resposta corporal, mediada pelo sistema nervoso autônomo e independente da vontade. O desencadear dos processos emocionais é visto pelo corpo como uma situação de desequilíbrio ou estresse. Verifica-se, então, uma agitação interna e o preparo do corpo para a sua descarga, que depende do sistema nervoso autônomo e do sistema endócrino. Se esta preparação não resultar na contração dos músculos voluntários, resultará na contração dos músculos involuntários, como os vasos sanguíneos, coração, estômago e intestinos, entre outros. A contração muscular voluntária, como a que vai dar origem ao choro ou riso, provoca uma descarga muscular que vai dar vazão à tensão corporal. (Silva, 1998; Sabbatini, 2001)

A relação mente-corpo passou a ser melhor estudada a partir da década de 30 quando se descobriu a função de uma parte do sistema nervoso que controla os órgãos internos e diversas funções involuntárias, o sistema nervoso autônomo. Um pesquisador norte-americano, Walter Cannon, ao estudar os fenômenos fisiológicos que acompanham as emoções em seres humanos, observou que, ao enfrentar uma situação de perigo, o organismo passa por uma profunda alteração interna. Tudo isso tem uma função biológica, que é a de preparar o organismo para a luta, para a defesa ou para a fuga, e dura alguns minutos, pois é uma reação de emergência (Júnior *et al.*, 2001).

No caso de uma situação crônica de distúrbio emocional ou psicológico, essa reação se perpetua, causando numerosas disfunções e até danos orgânicos permanentes, como entupimento das coronárias, úlceras estomacais e duodenais, etc. O médico e pesquisador

canadense Selye, em 1950, batizou essa reação de estresse. Ele descobriu que existe uma enorme ativação do eixo hipófise-adrenal. Estas glândulas secretam hormônios importantíssimos, que controlam muitas de nossas funções metabólicas e fisiológicas internas. O estado de saúde dos tecidos, do sistema imunológico, etc., é profundamente alterado por alguns desses hormônios, como os corticoesteróides. As emoções negativas e o estresse crônico, então, têm a capacidade de afetar a resistência às doenças, e pessoas sujeitas a eles podem ficar doentes, surgindo as enfermidades psicossomáticas.

A repressão das emoções é, portanto, altamente maléfica e deve ser a todo custo evitada. Tomados de uma onda emocional, podemos aceitá-la e manifestá-la, comunicando e realizando o que ela pretende, ou reprimi-la. A repressão exige a absorção da energia liberada pela emoção (que é mobilizada na preparação para a ação) e sua utilização em contrações musculares estáticas, que determinam a repressão emocional. Essas contrações musculares estáticas, junto às contrações involuntárias, vão afetar órgãos internos, sendo causadoras dos mais diversos sintomas. (Silva, 1998)

O problema é que a educação voltada para a repressão das emoções é um traço marcante da nossa época. O processo sadio do controle emocional, para evitar seu desencadeamento intenso, frequente e desordenado consiste na inibição do componente psíquico da emoção, e não do componente físico.

Outra forma de expressão das emoções são as palavras. Neste ponto também, nossa cultura e civilização não ajudam. Somos condicionados a não dizer ao outro o que sentimos, principalmente se este sentimento for percebido como algo que nos inferioriza. A incapacidade de comunicar emoções com palavras também faz com que essa pessoa se comunique com a "linguagem dos órgãos", ou seja, adoecer determinado órgão é a forma inconsciente de expressar seu sofrimento, por não consegui-lo fazer de outra forma. (Silva, 1998)

2.3. História da medicina mente-corpo

Segundo Le Shan (1992), desde a época dos gregos, a medicina ocidental se divide em dois pontos de vista: o primeiro (a visão alopática) afirma que o médico deve ser alguém que trabalha ativamente contra a doença e que intervém eficazmente com as ferramentas disponíveis. O segundo (a visão naturopática) afirma que o médico deve apenas colaborar com os poderes naturais de cura do corpo e, fortalecendo-os e apoiando-os, ajuda o paciente a tornar-se saudável.

Durante o período medieval, prevaleceu a visão naturopática, que enfatizava a importância dos poderes de autocura do corpo, manifesta através da teoria dos humores, que pregava que a doença surgia a partir do desequilíbrio dos quatro humores do corpo e que o corpo tendia ao equilíbrio natural. Ao médico cabia ativar as habilidades de autocura.

No início do século XVIII, a opinião médica voltou-se para a intervenção ativa, na luta contra a doença. Neste período a história da medicina sofreu um grande avanço, com a teoria dos micróbios e a aliança à química, que originaram a cirurgia, indolor e asséptica, localizando a doença e o desequilíbrio apenas no corpo e extirpando a parte doente.

Silva (1998) fala que a formação médica é extremamente organicista e cartesiana, valendo o que pode ser pesado, medido, provado e quantificado, o que não pode ser feito com as emoções. Acrescenta que a educação médica ensina a não valorizar dados ou queixas que não sejam fisicamente autenticáveis.

Esta abordagem mecanicista funcionava muito bem para algumas patologias; no entanto, as doenças degenerativas eram um desafio para esta teoria. Então, surge pela primeira vez uma tentativa de integração entre as duas abordagens, através da medicina holística. (Le Shan, 1992)

A medicina holística está sustentada por quatro axiomas básicos:

1. O ser humano existe em muitos níveis, e todos são igualmente reais e importantes.

Os níveis físico, psicológico e espiritual são válidos para descrever a pessoa, e nenhum deles pode ser considerado menos importante do que os outros. Para sermos bem-sucedidos na busca pela saúde, todos eles devem ser tratados. Se desejamos cultivar a saúde, devemos cuidar e cultivar cada um deles.

O nível espiritual não deve ser reduzido ao psicológico, nem este o deve ser em função do físico. No nível físico, temos procedimentos como a nutrição, a medicina, a cirurgia, os programas de exercícios e atividades. No nível psicológico, o psicoterapeuta trabalha os sentimentos e reações ao eu, aos outros e ao mundo físico do qual fazemos parte. O nível espiritual abrange a ação meditativa, com as práticas de meditação e de oração; e o "estar-no-mundo", que demonstra o interesse pelo contexto geral em que o paciente está inserido, a preocupação pelo outro, que deve ser precedido pelo interesse por si mesmo, depois de aprender-se a "cantar a própria canção".

2. Cada pessoa é única. Um programa de tratamento válido, quer focalize principalmente a nutrição, a meditação, medicamentos ou os exercícios, deve ser individualizado para cada ser. De acordo com este conceito, a abordagem padronizada não é válida.

Cada pessoa deve ser tratada como um indivíduo único e determinar a melhor abordagem para ela. A educação médica tradicional, que determina uma causa específica para determinada doença, precisa ser repensada. Conhecer as diferenças entre os pacientes é crucial para o sucesso do tratamento.

3. O paciente deve fazer parte da equipe de decisões. Proporciona-se conhecimento e autoridade a toda pessoa que faz parte de um programa de saúde holístico, se ele o aceitar.

O paciente deve tomar seu destino pelas mãos e responsabilizar-se pelo planejamento de um programa único e individual, o mais adequado para si, nos múltiplos níveis de seu ser.

As sensações dos pacientes devem ser valorizadas no julgamento quanto à eficácia do tratamento. Os resultados médicos tendem a ser muito superiores quando os pacientes estão envolvidos nas decisões da equipe.

4. A pessoa possui habilidades de autocura. Seguir os três primeiros axiomas é uma forma de ajudar a mobilizar essas habilidades, fazendo com que auxiliem o programa médico tradicional.

A abordagem holística não garante a cura do câncer, mas é capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida, por mobilizar a capacidade de autocura do paciente e restabelecer o contato do paciente consigo mesmo, com os seus sentimentos e com sua sabedoria interior.

Silva (1998) afirma que a medicina psicossomática se apoia na premissa de que o ser humano é uma unidade indivisível.

Durante séculos, até o advento da psicanálise, a gênese de todas as doenças, exceto os males congênitos e hereditários, era atribuída a agentes externos. O advento e a aceitação da psicanálise de Freud introduziram o conceito de que algumas doenças tinham como causa agentes internos. (Silva, 1998)

A concepção das doenças psicossomáticas leva em conta a influência dos distúrbios físicos no estado psicológico e o papel do meio externo, particularmente o meio social. Com relação à influência dos distúrbios físicos no estado psicológico, passou-se a falar em doença somatopsíquica, invertendo a direção do fluxo de influência. (Cerchiari, 2000) Na verdade, o fluxo de influências é bidirecional: corpo e mente se influenciam mutuamente mas, segundo Silva (1998) o fator psíquico prepondera, constituindo a gênese de quase todas, senão todas, as doenças.

A interação com o meio social e as relações também são de fundamental importância para o bem estar físico, mental e para a saúde do ser humano. Deste modo, a concepção mais atual não fala em doença psicossomática ou somatopsíquica, mas sim de doença sócio-

psicossomática, isto é, a doença seria resultado da conjugação de fatores originados do corpo, da mente e da interação de ambos entre si e com o ambiente e o meio social.

A Medicina praticada atualmente baseia-se no modelo newtoniano da realidade. Este modelo é essencialmente um ponto de vista que considera o mundo como sendo um mecanismo complexo. Os médicos vêem o corpo como uma espécie de grandiosa máquina, controlada pelo cérebro e pelo sistema nervoso autônomo: o supremo computador biológico. Mas seriam os seres humanos realmente máquinas glorificadas? Não seriam eles complexos sistemas biológicos em interação dinâmica com uma série de campos interpenetrantes de energia vital ... a assim chamada "Alma da Máquina"? Uma nova modalidade de tratamento, baseada no paradigma einsteniano, é chamado de Medicina Vibracional. Busca através de terapias complementares uma forma de auxiliar o paciente a conviver, conhecer a doença, reformular seu caráter, seus hábitos, fortalecer suas esperanças, estabilizar seu sistema emocional, vibratório e imunológico, levando-o ao estado de mutação biológica, quando o próprio organismo passa a criar elementos naturais intrínsecos, próprios para a cura espontânea, donde advém o termo "milagre". (Gerber, 1988)

O paradigma einsteniano, quando aplicado à medicina vibracional, vê os seres humanos como redes de complexos campos de energia em contato com os sistemas físico e celular. A medicina vibracional utiliza formas específicas de energia para atuar de forma positiva sobre os sistemas energéticos, que possam estar desequilibrados devido às doenças. Ao reequilibrar os campos de energia que ajudam a regular a fisiologia celular, os terapeutas vibracionais procuram restaurar a ordem a partir de um nível mais elevado do funcionamento humano. A energia e a matéria são duas manifestações diferentes da mesma substância universal. Essa substância universal é a energia ou vibração básica, da qual todos somos constituídos. Assim, a tentativa de se curar o corpo através da manipulação desse nível básico energético ou vibracional da substância é chamada de Medicina Vibracional. A prática plena da Medicina Vibracional procura tratar os doentes, transformando a consciência humana,

atuando sobre os padrões energéticos que dirigem a expressão física da vida. Conclui-se que a própria consciência é uma espécie de energia, que está integralmente relacionada com a expressão celular do corpo físico. Assim, a consciência participa da contínua criação da saúde ou da doença. Por isso a conduta do pensamento, a constituição organizacional do comportamento, a expansão da consciência é que acabam determinando porque algumas pessoas permanecem sadias, enquanto outras estão sempre doentes. Entende-se por prática da Medicina Vibracional a aplicação de terapias coordenadas e conjuntas com análises profundas das crenças, valores, referenciais, paradigmas e todas as questões que envolvem o Ser com as Leis Naturais, e procura sempre levar o paciente em direção a Deus, que é o fundamento de tudo. (Gerber, 1988)

2.4. Modelos de doença

Ramos (1994) discorre sobre o desenvolvimento da compreensão dos processos de doença e cura ao longo da história:

O homem primitivo vivia numa relação de unicidade como fonte da vida e da consciência; um espírito de totalidade integrava todos os elementos da natureza. Isto levou ao desenvolvimento de uma medicina em que o respeito pelo espiritual e pela busca de um significado maior com relação à saúde e doença era básico. O xamã (curador) era um mediador entre as forças cósmicas e o doente, a cura era atribuída ao contato com as forças espirituais através do estado de êxtase. A doença era sempre a consequência de uma violação de um tabu ou de uma ofensa aos deuses. A cura consistia no arrependimento e sacrifício do homem, que restabelecia sua ligação com o divino. Eram utilizados rituais e oferendas para aplacar a ira divina. O curador primitivo também era conhecedor profundo das propriedades das ervas medicinais, da música e da terapia verbal. Preenchia as necessidades físicas e espirituais do paciente, conservando a harmonia entre a psique e a natureza. A crença da

ligação entre doença, cura e crença espiritual era percebida também nas civilizações hindu, egípcia, chinesa, babilônica, caldeia, persa e grega antiga.

Os gregos foram os primeiros a separar a categoria material da espiritual e desenvolver a abordagem científica tal como é utilizada hoje. Era comum no mundo antigo o uso da música e de palavras de encantamento no processo de cura. Todos reconheciam o poder curador das palavras e as usavam para expelir os "daimons", espíritos malévolos das doenças. A harmonia interna podia ser obtida pela música, dieta, compreensão dos sonhos e meditação, que levavam à estabilidade e união do corpo e alma. Platão afirma que a cura deve dirigir-se à alma:

"...assim como não é possível tentar a cura dos olhos sem a da cabeça, nem a da cabeça sem a do corpo, do mesmo modo não é possível tratar do corpo sem cuidar da alma... É da alma que saem todos os males e todos os bens do corpo e do homem em geral, influenciando ela sobre o corpo como a cabeça sobre os olhos..." (Cármides *apud* Ramos, 1994)

Hipócrates deu início à medicina moderna, com o empirismo, a atitude racional e a terapia orientada pela causalidade. A escola grega elaborou a concepção de que inúmeros fatores do ambiente físico poderiam ser capazes de produzir a doença. A ciência grega deu início, portanto, aos métodos que se tornariam os procedimentos padrões na medicina e psicologia até a nossa era. (Scliar, 1987)

Durante a Idade Média, a igreja teve uma enorme influência sobre as concepções de saúde-doença vigentes. Tais concepções eram impregnadas de crenças religiosas que, entre outras coisas, enfatizavam o poder de influências demoníacas sobre a saúde. A doença passou a ser compreendida como uma punição divina, o que contribuiu para que a igreja assumisse o controle da prática médica. (Carvalho, 1994)

No século XVII, René Descartes passa a dividir o conhecimento em compartimentos, separando religião, filosofia e ciência uma das outras. A matéria e a mente (espírito) são consideradas distintas e o corpo é comparado a uma máquina:

"Suponho que o corpo não seja nada além de uma estátua ou máquina feita de terra, a qual Deus criou." (Descartes *apud* Ramos, 1994)

Descartes não descreve uma ruptura do corpo com a mente, mas sim uma interação que expõe as bases somáticas profundas dos estados afetivos e perceptivos. Afirma que a glândula pineal é a conexão entre corpo e mente, embora o corpo, como máquina, funcionasse sem intervenção direta da alma. A experiência de sentimento é a consequência, e não a causa, de uma ação material, somática.

O final do século XVIII, com o racionalismo, deu ainda maior ênfase à razão, sendo o conhecimento verificado através do intelecto. Houve uma tendência ainda mais acentuada de separar religião e ciência, misticismo e crenças do conhecimento objetivo. Após a Revolução Francesa, aparece a concepção da origem social das doenças, ou seja, das relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento de doenças. (Scliar, 1987)

A prática médica, ainda durante a primeira metade do século XIX, seguiu um modelo romântico, onde a saúde era atribuída à interação de diferentes fatores. A fonte principal de conhecimento era a observação clínica dos pacientes. O ser humano era pensado como um campo unitário, global, que não poderia ser abordado como um agregado de partículas. A doença era considerada um desequilíbrio não-natural, causado pela interação de fatores biológicos, morais, psicológicos e espirituais. Acreditava-se que, mesmo quando a doença atinge um órgão específico, o organismo reagia como um todo, sob a forma de ressonâncias e compensações. Acreditava-se que a doença corporal poderia exprimir-se por perturbações no nível da consciência, assim como as doenças psicológicas pertenceriam ao campo orgânico. Os sintomas seriam ligados por relações de correspondência e reversibilidade. O homem doente era considerado na sua relação com o consigo, com os outros e com o mundo.

Nesta época surgiu o termo "psicossomática". O tratamento para determinada doença variava de acordo com o paciente. Eram prescritos regimes que incluíam medicamentos,

dietas, modificações de comportamento e moradia e que implicavam um conhecimento profundo da intimidade do paciente.

Durante os séculos XVIII e XIX o conhecimento médico e científico foi crescendo devido ao desenvolvimento do microscópio e a utilização de técnicas de dissecação e autópsia, que contribuíram para a compreensão do funcionamento do corpo humano. (Carvalho, 1994)

Assim, começou-se a criticar o modelo romântico, por este ser predominantemente empírico e não permitir generalizações. Aos poucos, o modelo biomédico, baseado em pesquisas em fisiologia experimental, foi obtendo maior sucesso. O modelo biomédico sugere que todas as doenças ou desordens físicas podem ser explicadas por distúrbios em processos fisiológicos, que podem surgir através de desequilíbrios bioquímicos, infecções viróticas ou bacterianas e outros semelhantes. (Carvalho, 1994; Ramos, 1994)

A doença passou a ser definida como um desequilíbrio normal e não mais holisticamente, como um desequilíbrio não-natural. A pesquisa experimental passou a ser a principal fonte de conhecimento científico, deixando-se de lado a observação clínica. A ênfase sobre os sistemas corporais como um todo foi substituída pela tendência de reduzir os sistemas a partes menores, com cada sistema considerado separado do outro. A doença era uma entidade separada do indivíduo, marcada pelo desvio de normas fixas e fisiológicas. Procurava-se uma única causa específica para determinada doença. Este reducionismo era particularmente importante à experimentação em laboratório, que exigia um sistema controlado por uma ou poucas variáveis. A ênfase era dada aos aspectos das doenças que eram universais, desprezando-se características sociais, morais e psicológicas do paciente.

A entrada no século XX apresenta uma visão fragmentada de homem, estudando-se a doença com ênfase na compartimentalização, objetividade, concretude e padronização.

Os estudos de Freud a respeito da histeria de conversão, em que pacientes apresentavam sintomas físicos sem causa orgânica, veio chamar a atenção de médicos e pesquisadores para a interação entre os processos emocionais e os processos corporais. A

partir de então, começa a emergir o reconhecimento de que as características peculiares de cada paciente, como sua história, suas relações sociais, seu estilo de vida, processos mentais, personalidade e processos biológicos precisam ser incluídos para se atingir uma conceitualização de saúde e doença. A noção da multicausalidade das doenças passa dominar o meio médico. (Carvalho, 1994) Assim se desenvolve a Medicina Psicossomática, que oferece subsídios para a compreensão da relação mente-corpo. Mello Filho (1992) divide a história da psicossomática em três fases: a primeira, denominada fase inicial ou psicanalítica, teve seu interesse voltado para o estudo da origem inconsciente das doenças. A segunda, também chamada de fase intermediária, valorizou a pesquisa em homens e animais, deixando grande legado ao estudo do estresse. A terceira fase, denominada de atual ou multidisciplinar, valoriza o social e a interação entre os profissionais das várias áreas da saúde.

2.5. Câncer

Segundo Robbins (1996), câncer é o termo comum para todos os tumores malignos. O termo câncer provavelmente veio do latim e poderia ser traduzido como “caranguejo”, porque “se adere a qualquer local que acomete, de forma obstinada como um caranguejo”. O câncer ou neoplasia (“crescimento novo”) pode ser descrito como “uma massa anormal de tecido, cujo crescimento ultrapassa e se mostra descoordenado com aquele dos tecidos normais e persiste da mesma maneira excessiva após a cessação dos estímulos que produziram a mudança”. Cabe acrescentar que esta massa anormal não apresenta nenhum propósito e consome o hospedeiro – já que o crescimento neoplásico compete com as células de tecidos normais pelos suprimentos de energia.

Simonton *et al.* (1987) afirmam que o câncer começa com uma célula que contém informações genéticas incorretas, de modo que se torna incapaz de cumprir as funções para as quais foi designada. No caso de células malignas, mudanças celulares suficientes acontecem

para que elas possam reproduzir-se rapidamente e comecem a se introduzir no tecido adjacente. Enquanto no caso das células normais há uma espécie de comunicação entre elas para evitar que se reproduzam de maneira excessiva, as células malignas são desorganizadas o bastante e não reagem à comunicação das células vizinhas. O tumor pode bloquear o bom funcionamento dos órgãos do corpo, ou por aumentar a ponto de exercer pressão física sobre outros órgãos ou, ainda, por haver substituído um número de células saudáveis em um órgão, impedindo-o assim de funcionar. Nas formas mais graves de câncer, as células malignas são transportadas para outras partes do corpo, onde começam a se reproduzir e formar novos tumores. Este processo é chamado de metastização.

Harrison (1994) afirma que o câncer pode ser bem definido por quatro características que descrevem o modo pelo qual as células cancerosas atuam de modo diferente das normais:

1. Clonalidade – O câncer se origina de alterações genéticas numa única célula, que prolifera para formar o clone de células malignas.
2. Autonomia – O crescimento não é adequadamente regulado pelas influências bioquímicas e físicas normais do ambiente.
3. Anaplasia – Ausência de diferenciação normal e coordenada das células.
4. Metástases – As células cancerosas desenvolvem a capacidade de crescimento descontínuo e disseminação para outras áreas do corpo.

Ainda não está comprovado o que exatamente causa esta proliferação celular descontrolada, mas sabe-se que alguns agentes estão envolvidos no processo: algumas substâncias químicas são carcinógenos comprovados; a irradiação pode causar câncer, alguns vírus, fatores genéticos, psicológicos, reprodutivos, ambientais, hábitos de vida e nutricionais, entre outros fatores. (Potter, 1999; Arán *et al.*, 1996) Deitos *et al.* (1997) ressaltam que os fatores da personalidade, como defesas psicológicas mal sucedidas, angústia psíquica, perda de um relacionamento e inabilidade de expressar emoções e sentimentos hostis têm sido ligadas ao aparecimento e à rápida disseminação do câncer.

Siegel (1989) afirma que as pessoas que desenvolvem câncer são aquelas que contêm suas emoções, principalmente as agressivas, durante toda a vida. Afirma que os pacientes com câncer devem descobrir como as necessidades dos outros, encaradas como as únicas que realmente contam, servem para esconder as suas próprias necessidades.

Para Le Shan (1992), o contexto de desenvolvimento do câncer é precedido por uma total falta de esperança na vida, que não poderia oferecer uma satisfação real e profunda. Esta perda da esperança pode estar associada à impossibilidade de relacionar-se e expressar-se.

Há a perda de esperança de encontrar, através da maneira individual de expressão e de relacionamentos, a profunda satisfação que tanto se anseia. Este padrão de desesperança na vida aparece em 70 a 80 % dos pacientes investigados por Le Shan.

Segundo Le Shan (1992), até 1900 a relação entre câncer e fatores psicológicos era comumente aceita entre os círculos médicos. Naquela época, dava-se muita ênfase aos relatos dos pacientes. Como ainda não existiam os sofisticados instrumentos de exame atuais, o médico tinha que escutar o seu paciente contando suas histórias e revelando seus sentimentos. Os fatores emocionais ligados a grandes perdas e à desesperança, que ocorriam antes dos primeiros sinais da doença, eram tão repetitivos e frequentes que não podiam ser ignorados. O começo do século XX foi marcado por grandes inovações na medicina e a cirurgia desenvolvera-se como a melhor maneira, indolor e asséptica, de tratamento do câncer. A cirurgia, então, passa a focalizar o câncer como uma patologia restrita ao corpo e não como um aspecto de funcionamento do ser como um todo.

Silva (1998) afirma que há aproximadamente 50 anos os médicos tornaram a comentar "a importância do estado psíquico das pessoas na eclosão das neoplasias (câncer), tornando-as receptivas às transformações malignas."

Carvalho (1994) e Moreira (1998) explicam a relação existente entre o estresse e o câncer: o estresse pode aumentar a exposição do indivíduo a carcinógenos, permitir a expressão de um potencial genético latente por meio da mudança hormonal e bloquear as

células imunológicas. Assim, torna-se necessário o reconhecimento do estresse e a educação para o desenvolvimento de estratégias para lidar com situações de estresse.

A maioria dos médicos aceita a "teoria de vigilância imunológica" para explicar o desenvolvimento do câncer. Segundo essa teoria, o organismo de todas as pessoas produz células anormais no corpo, de tempos em tempos, seja devido a fatores externos, seja por uma reprodução celular incorreta. Ao sistema imunológico cabe a tarefa de vigiar o aparecimento dessas células e destruí-las. Assim, a inibição do sistema imunológico pelo estresse pode resultar no desenvolvimento de câncer. (Siegel, 1989)

Simonton *et al.* (1987) desenvolveram um modelo corpo-mente para mostrar de que maneira os estados psicológicos podem interferir no aparecimento do câncer. É comprovado que o estresse predispõe ao aparecimento de doenças, entre elas o câncer. (Caetano *et al.*, 1999) A maneira como se reage ao estresse também aumenta a susceptibilidade à doença - a depressão, desespero, sensação de abandono e falta de esperança têm sido relacionados com o câncer. (Caetano *et al.*, 1999; Le Shan, 1992; Simonton *et al.*, 1987) O sistema límbico vai registrar estes sentimentos e enviá-los ao hipotálamo, que participa do controle do sistema imunológico e regula a atividade da glândula pituitária que, por sua vez, regula todo o sistema endócrino. O estresse tende à supressão do sistema imunológico e a um desequilíbrio hormonal, o que pode levar à produção aumentada de células anormais e à incapacidade do sistema imunológico em combatê-las, levando ao surgimento do câncer.

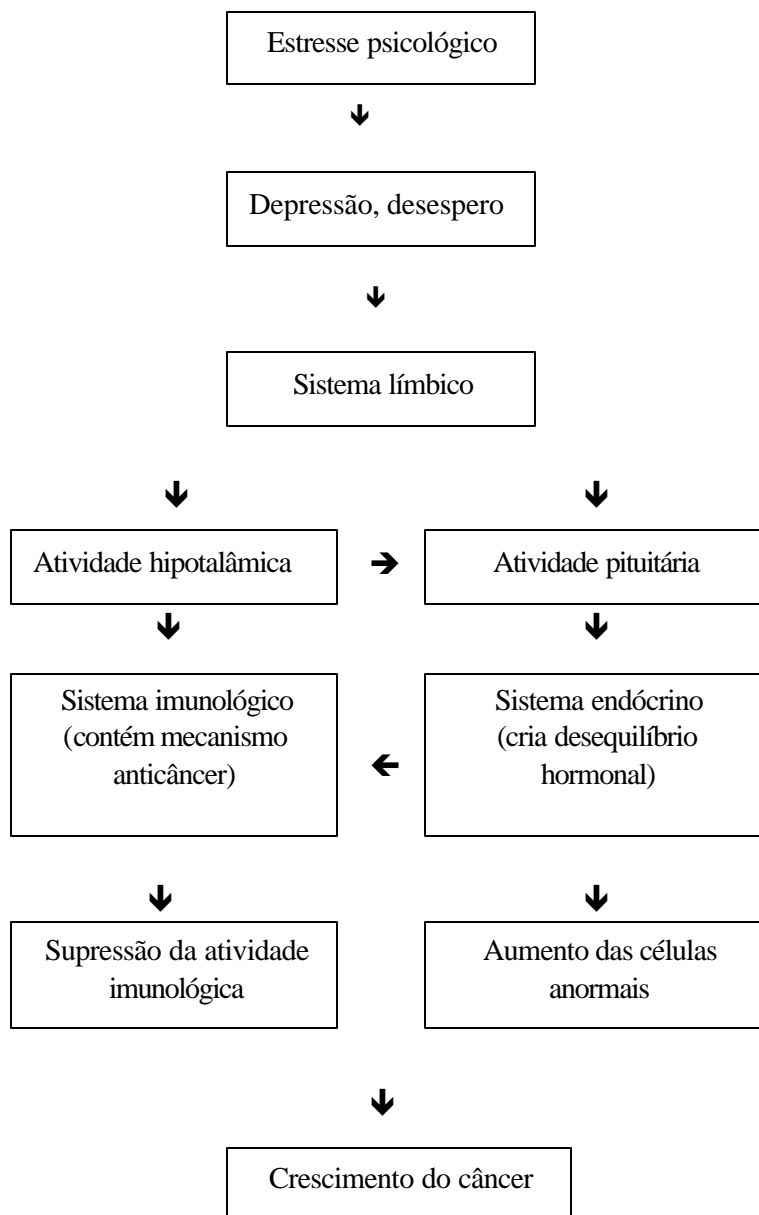


Figura 1 - Modelo corpo/mente de desenvolvimento do câncer. (Simonton *et al.*, 1987)

Por outro lado, este círculo desenvolvido pelo câncer pode ser invertido. Os caminhos usados pelos sentimentos para se expressarem e que podem conduzir ao aparecimento do câncer também podem ser utilizados para restabelecer a saúde.

O primeiro passo é ajudar os pacientes com câncer a fortalecer suas convicções de que o tratamento é eficiente e as defesas de seu corpo são poderosas. Em seguida, os pacientes

poderão aprender a lidar com o estresse de maneira mais eficiente na vida cotidiana. O resultado das crenças dos pacientes em relação às suas possibilidades de recuperação, adicionado a uma "redecisão" quanto aos problemas que enfrentam, é uma abordagem de vida que inclui a esperança e a expectativa. Os sentimentos de esperança e expectativa ficam registrados no sistema límbico, enviando mensagens de equilíbrio ao hipotálamo e à glândula pituitária, que influencia o sistema endócrino a restabelecer o equilíbrio emocional. Com o equilíbrio emocional restabelecido, o corpo para de produzir grandes quantidades de células anormais. As células anormais que restam podem ser destruídas pelo sistema imunológico. (Simonton *et al.*, 1987)

Potter (1999) ressalta a importância de o paciente obter informações sobre o câncer e seu quadro, pois conhecer a doença é um processo fundamental à tomada de decisões. É fundamental que o paciente participe de todo o processo de tomada de decisões durante o seu tratamento. A mudança de hábitos é outro fator primordial à recuperação.

Siegel (1989) relata que os pacientes considerados difíceis e não cooperadores têm maior probabilidade de melhorar, já que tendem a mobilizar mais o sistema imunológico que os pacientes dóceis. Exigem dignidade, personalidade e controle no seu tratamento.

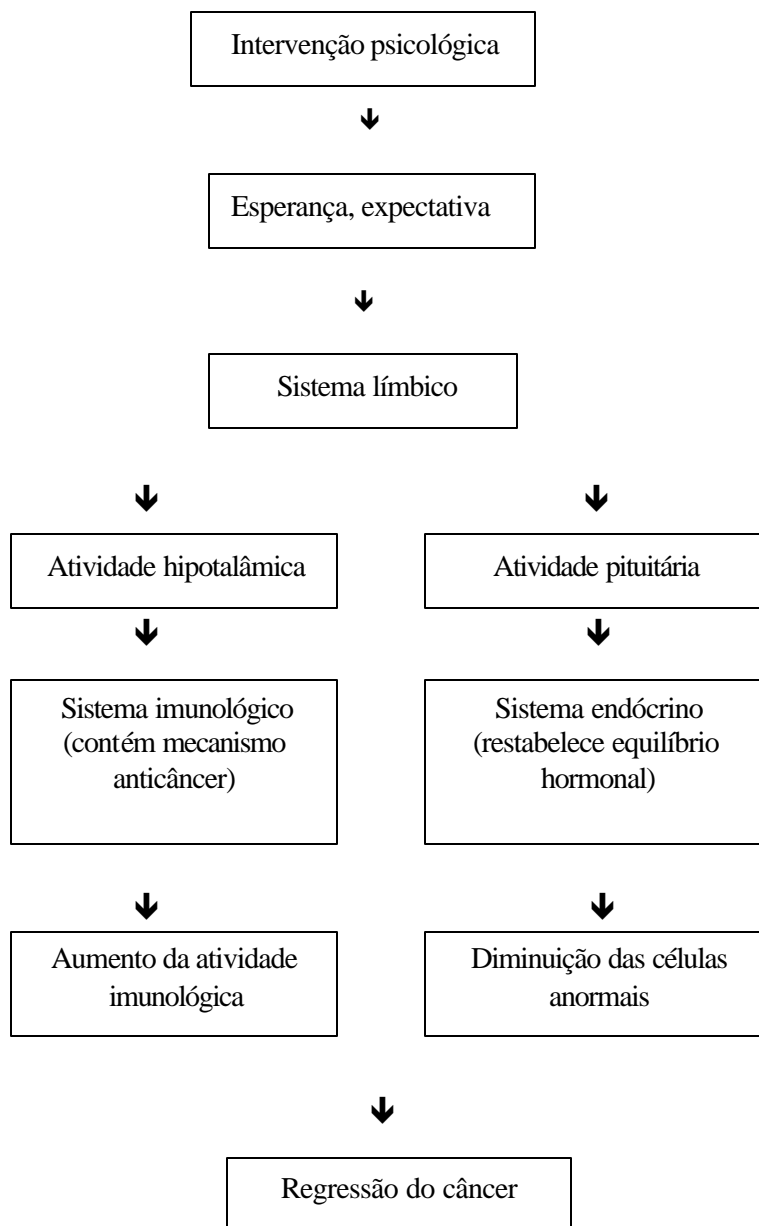


Figura 2 - Modelo corpo/mente de recuperação do câncer. (Simonton *et al.*, 1987)

Deitos *et al.* (1997) afirmam que problemas de saúde crônica levam a alterações gerais da personalidade e a experiências emocionais, incluindo o auto-afeto negativo, o que tem sido relacionado com o aumento de queixas subjetivas em avaliações sobre a qualidade de vida em estudos oncológicos. A forte associação entre afeto negativo e aumento do relato dos sintomas

é devida a peculiaridades perceptivas e cognitivas. Esses pacientes têm uma tendência de interpretar qualquer sensação corporal como um sintoma.

Deitos *et al.* (1997) acrescentam que dificilmente existe outra patologia que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios quanto o câncer: o choque do diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da radio e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna.

2.6. Câncer de mama

Caliri *et al.* (1998) afirmam que o diagnóstico do câncer de mama ainda tem sido quase acidental e na maioria dos casos tem sido identificado em fases avançadas da doença.

Assim, a principal terapêutica para o câncer de mama é a mastectomia ou amputação da mama, o que remete à mutilação do corpo feminino, visto a mama representar feminilidade, sexualidade e maternidade. Nos anos recentes, o tratamento foi complementado com várias formas de terapias sistematizadas de acordo com o estágio da doença, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. O câncer de mama e seu tratamento constituem-se em traumas psicológicos para a maioria das mulheres. A danificação da mama, símbolo do corpo carregado de sensualidade, altera a auto-imagem feminina, gerando sentimentos de inferioridade e rejeição. Muitas mulheres sentem-se envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas, o que interfere em sua vida afetiva e sexual. Além disso, os tratamentos complementares como a radioterapia e a quimioterapia também provocam distúrbios na identidade feminina, pois podem acarretar em aumento de peso e calvície, entre outros sintomas. (Carvalho, 1994; Quintana *et al.*, 1999)

Hay (1999) relata que o câncer de mama ocorre geralmente em mulheres que têm dificuldade de dizer não, que priorizam a vida e os problemas de seus entes queridos e se colocam em último lugar, sempre tentando agradar. As mamas representam a alimentação, e

um câncer de mama significa que estas mulheres parecem alimentar todos em seus mundos, menos elas próprias. Têm dificuldades de dizer não, estão sempre atendendo os pedidos dos que a cercam, mesmo sem vontade - elas deixam de ouvir suas vontades, sabedoria interior e se desconectam de si, deixando de alimentar-se. É comum que tenham sido educadas por pais dominadores, que usavam de culpa e manipulação para impor disciplina. Não que o passado tenha tanto poder sobre o destino destas mulheres; o poder para a mudança está no tempo presente. Mas a aprendizagem e a manutenção deste padrão de comportamento é que causa a doença. Tende-se a tomar decisões considerando apenas um ponto de vista, particular e específico, da situação - mas este ponto de vista pode ser mudado, a situação pode ser enxergada de outra maneira, de acordo com o conhecimento que adquire-se e com os pensamentos que se cultiva. Reformular a situação e definir novos rumos - e o principal deles é entrar em contato com a sabedoria interior, ouvir a intuição e os sinais apresentados, trabalhar novos pensamentos e emoções e, a partir daí, criar uma nova realidade - vai modificar o padrão de comportamento, criar consciência e permitir que a crise se torne uma oportunidade de crescimento pessoal.

Siegel (1989) afirma que as mulheres que são infelizes no amor ou cujos filhos morrem cedo tornam-se muito vulneráveis ao câncer de mama ou do colo uterino.

Schulz (1998) relata que estudos demonstram que a maioria das mulheres destrás têm câncer na mama esquerda nos anos pré-menopausa. Depois da menopausa, elas têm câncer na mama direita. No grupo pré-menopausa, encontra-se um padrão de martírio e doação irrestrita, ligados a um desequilíbrio do lado esquerdo do corpo, o lado "feminino". Após a menopausa, o câncer incide mais no lado direito pelo fato de muitas mulheres, com a chegada de menopausa, tentarem se lançar ao mundo e realizar tudo o que foram obrigadas a deixar de lado durante os anos em que criavam os filhos. O ato de lançar-se ao mundo exterior de forma desequilibrada ou exagerada pode gerar conflitos, que se manifestam no lado direito do corpo.

Quintana *et al.* (1999) afirmam que é muito comum às mulheres com câncer de mama negarem a doença e as modificações corporais que ela acarreta, pela impossibilidade de se lidar com a angústia que o diagnóstico desperta. Esta negação vai desde a paciente que rejeita totalmente a existência da doença e, conseqüentemente, seu tratamento; até aqueles casos em que a paciente lança mão da recusa, no qual sabe que tem câncer, mas continua acreditando que se trata de outro tipo de patologia. Algumas vezes, a paciente desloca sua preocupação para outro fato, como os problemas familiares. Acrescenta que a estreita ligação entre o câncer de mama e a mastectomia como forma de tratamento é um dos principais responsáveis pelo retardo na procura de atendimento médico após a detecção de algum nódulo. Outro fator é a representação do câncer como uma sentença de morte. Ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama, a paciente se defronta com o sentimento de portar uma doença identificada como incurável e cujo tratamento passa pela mutilação de uma parte do corpo fundamental para sua identidade feminina, obrigando-a a constatar sua fragilidade e seu desamparo, o que constitui-se numa situação traumática.

Arán *et al.* (1996) afirmam que as pacientes submetidas a mastectomia apresentam maior índice de depressão em relação à população normal, o que é atribuído à alteração física decorrente da cirurgia. São comuns também a raiva com relação à doença, angústia, mecanismos de negação, medo e fantasias de morte.

Para Deitos *et al.* (1997), a reabilitação da paciente com câncer de mama envolve todos os aspectos de cuidados do paciente, expandindo o máximo possível o seu potencial (mental, social e econômico), enquanto as restrições devem ser minimizadas.

Fialho e Silva (1993) referem que a ausência de orientação sobre o real estado de saúde, procedimentos terapêuticos e finalidades do tratamento agravam as preocupações e dificultam a aceitação das mudanças ocorridas.

Rodrigues *et al.* (1998) ressaltam a importância do apoio da família para a recuperação da mulher, que ajuda a criar um sentimento de controle e esperança, já que, junto com a

família, a mulher pode mapear o futuro, preparando estratégias para enfrentar os possíveis acontecimentos. Acrescenta que o processo de reabilitação da mulher mastectomizada é positivamente influenciado pela qualidade do relacionamento conjugal e a participação do marido nas etapas do tratamento.

Rodrigues *et al.* (1998) afirmam que as mulheres mastectomizadas necessitam compartilhar suas experiências comuns, o que abre possibilidades de reflexão sobre fatos semelhantes vivenciados. Este fato é simbolizado através de comparações, que propiciam ajuda para o autoconhecimento. O contato com pessoas que vivenciaram a mesma situação é um elemento facilitador da aceitação da condição de mastectomizada e na compreensão dos problemas existentes.

Em sua pesquisa com um grupo de mulheres com câncer de mama, Caliri *et al.* (1998) afirmam que o câncer trouxe profundas modificações na vida e na maneira de ver o mundo destas mulheres. A espiritualidade costuma assumir uma dimensão mais ampla.

2.7. Tratamento

Para a maioria dos pacientes oncológicos, não são os avanços científicos, mas o manejo diário da doença e o seu impacto nas suas atividades que determinam se elas podem viver em condições dignas. Por isso, os profissionais que lidam com o paciente devem estar preocupados com o impacto de seus manejos sobre a qualidade de vida do paciente. (Deitos *et al.*, 1997) Podem ser utilizadas várias ferramentas de ajuda, algumas delas preconizadas pelo oncologista Carl Simonton e pela psicóloga Stephanie Matthews, que foram os primeiros, no mundo ocidental, a utilizar técnicas ideativas contra o câncer.

Sugerem um programa que direciona os estados mental e emocional à saúde. O primeiro passo consiste em ajudar o paciente a identificar a maneira como participa no aparecimento da doença, através da reflexão sobre o período anterior à doença, atitudes,

crenças e situações de estresse. A consciência das situações de estresse libera as energias para a luta contra a doença e uma vida plena, tornando possível identificar crenças ou comportamentos que podem ser mudados. Assim, o paciente passa a aceitar a responsabilidade pela sua saúde. (Simonton *et al.*, 1987)

O próximo passo é identificar os "benefícios" trazidos pela doença, como a auto-permissão para pedir ajuda, amor ou expressar tristeza. Na sociedade atual, onde as pessoas são desencorajadas a expressar suas emoções, principalmente a tristeza, o luto e a raiva, a doença aparece com a função de tornar as emoções antes reprimidas aceitas pela sociedade.

Técnicas de relaxamento, visualização e afirmações são ferramentas muito importantes para criar e reforçar as convicções da pessoa nas suas habilidades de cura do câncer.

Simonton *et al.* (1987) acrescentam que os pacientes com câncer têm, em geral, ressentimentos e outras ligações com o passado. Assim, é essencial superar o ressentimento, perdoar e libertar-se do passado, a fim de libertar-se de uma situação de constante estresse e liberar energia para a cura.

É extremamente importante o estabelecimento de objetivos, que mantêm um alto nível de qualidade de vida e fortalecem a vontade de viver, permitindo ao paciente dar-se prazer e sentido à vida.

Os exercícios físicos também são de grande importância, por liberar tensões, estresse e mudar o estado de espírito do paciente. (Simonton *et al.*, 1987; Potter, 1999).

2.8. Relação equipe-paciente e paradigmas de saúde

2.8.1. Situação atual da saúde

Le Shan (1992) afirma que a formação médica atual é orientada por uma ótica newtoniana, que considera o paciente como uma máquina avariada, e não como uma pessoa. O ambiente hospitalar tende a separar os pacientes de acordo com a doença ou o problema que apresentam e os procedimentos hospitalares visam manter a conveniência da equipe hospitalar, e não o conforto do paciente. A equipe hospitalar é orientada a lutar contra a doença e não a favor do paciente, muitas vezes adotando condutas que não são autorizadas, nem mesmo entendidas, pelos pacientes. Maior parte da equipe que se responsabiliza pelo paciente, no entanto, não está realmente preocupada com o paciente como indivíduo, mas com a extirpação da doença e com a manutenção do status da instituição hospitalar que, por estar inserida num contexto capitalista, visa o lucro.

Silva (1998) comenta a inadequação e a falência do sistema de saúde brasileiro. Os pacientes são clientes de uma instituição e não do médico. Os médicos, insatisfeitos com a própria remuneração, correm de um emprego para outro. Geralmente estão frustrados em suas expectativas e infelizes com o que fazem, estabelecendo relações inadequadas, superficiais e impessoais com o paciente.

Na era da tecnologia, os equipamentos médicos tendem a ser reverenciados, enquanto as pessoas são consideradas um transtorno acidental. É dado mais ênfase aos resultados de exames sofisticados que às queixas dos pacientes. Muitos exames e procedimentos, por vezes invasivos, são realizados sem necessidade, pela extrema valorização da tecnologia e pelo lucro que proporcionam ao hospital.

Por outro lado, o médico também não é educado para ouvir o paciente, mas para limitar seu discurso a dados que permitam seu raciocínio clínico. Muitos médicos se vêm irritados e desinteressados quando o discurso toma outro rumo que desvie o propósito da investigação médica.

A divisão médica em especialidades tende a dividir o paciente, levando o enfoque ao órgão doente e não à pessoa como um todo. Passa a ser mais importante conhecer a doença

que a pessoa que está com determinada doença. A especialização faz com que a mesma pessoa seja tratada por vários médicos - um cardiologista, um gastroenterologista, ad infinitum, o que tende a diminuir a responsabilidade médica e o vínculo, fragmentando a relação médico-paciente.

Olivieri (1985) afirma que o incremento da especialização nos cuidados tem sido associado com o aumento do custo, a centralização onde existem facilidades especializadas e o grande isolamento dos profissionais e da comunidade.

A imagem do médico está associada, inconscientemente, à de representante de Deus na Terra, ele possui o poder sobre a vida e a morte de qualquer ser existente na face deste planeta. Frente a essa situação, o paciente adota uma postura bastante passiva e não participativa no seu processo de cura; ele delega ao médico toda a responsabilidade para restabelecer sua saúde. (Tatar, 2001)

A rotina hospitalar tende a transformar o paciente num indivíduo infantil, dependente, passivo e sem questionamentos. A autoridade é transferida para a equipe médica, que determina quando o paciente vai comer, tomar banho, levantar-se ou dormir. Esta autoridade condiciona bons cuidados ao "bom paciente", aquele que faz o que a equipe manda, sem questionar. Com frequência, este processo de infantilização do paciente é defendido pelos médicos, que alegam ser necessário ao bom funcionamento da instituição. No entanto, este mesmo processo de infantilização é extremamente prejudicial à recuperação do paciente, enquanto o tratamento dos pacientes enquanto indivíduos adultos, com vontades, desejos e com participação ativa no tratamento, mobiliza as atividades de autocura, já que o paciente é parte integrante e responsável na luta por sua recuperação. (Le Shan, 1992; Siegel, 1989)

Silva (1998) ressalta o sentimento de onipotência médica no exercício da profissão, como se este detivesse o monopólio do saber e os pacientes tivessem que cumprir todas as ordens, sem discutir. Se o paciente ousa questionar, é comum que o médico se sinta desafiado e irritado. O doente é infantilizado, como se perdesse sua identidade, sua inteligência e poder

de decisão e "passasse a pertencer à medicina". Por um lado, o componente de regressão acompanha todo adoecer e faz o paciente procurar uma relação de sujeição ao médico; por outro lado, também faz rejeitá-lo por representar o veículo de seu sofrimento, a evidência de que não está bem.

Esta sensação de onipotência também faz com que os médicos rejeitem os doentes que não melhoram, já que estes reafirmam a limitação da medicina.

Assim, o médico passa a ser visto como um conhecedor de doenças, "receitador" de remédios e "consertador" de órgãos quebrados. Vive-se uma situação de anomia: o paciente deixa de ter um nome para ser o leito número tal ou aquele "daquela doença". O médico também passa a ser anônimo: o paciente não é mais atendido por um médico, mas por toda uma equipe, o que despersionaliza o atendimento. (Le Shan, 1992)

A despersionalização do paciente abala a integridade do indivíduo que já se vê desarticulado de suas experiências conhecidas.

Os valores cultivados na sociedade atual, na era do individualismo, também permeiam as relações médico-paciente. É dada ênfase ao poder, prestígio, ao dinheiro e ao ter, sendo as ligações pessoais e a solidariedade desestimuladas. O médico, assim, tende a afastar-se do caráter humanitário e compassivo que é a essência de sua profissão.

A formação humanística do médico é muito pobre. É valorizada a total dedicação à carreira em detrimento da cultura clássica e humanística, levando à alienação "de si e do mundo" e ao desprezo às artes, manifestações do sentimento humano, o que contribui para o afastamento do médico da sensibilidade ao sofrimento e às misérias humanas.

2.8.2. Ideal de saúde

A medicina holística traz os conceitos de auto-renovação e autodefesa. Assim, um ambiente positivo - social, emocional, nutricional, espiritual - pode contribuir com a capacidade de autocura, mobilizando-a.

A função básica de qualquer terapeuta não é somente curar, mas sim educar, espelhar, apontar ao indivíduo o que está acontecendo, qual significado daquela doença, daquele sinal ou sintoma, ajudando-o a tomar consciência de seu processo de vida e da responsabilidade dele para consigo mesmo. (Tatar, 2001)

Siegel (1989) relata que o objetivo principal da medicina é ensinar a viver. Assim, deve-se ajudar o paciente a solucionar seus conflitos e liberar a energia da consciência de sua razão de viver. Os médicos devem instruir os pacientes e aprender com eles, ajudando-os a alcançar paz de espírito. O importante é aprender a viver sem medo, estar em paz com a vida e, em última análise, com a morte, caso o paciente decida que é hora de morrer.

Silva (1998) afirma que, muitas vezes, importa menos o remédio ou a técnica que são adotados e mais o amor, a estima e o interesse que o médico transmite ao paciente. Balint apud Silva afirma que "o remédio mais utilizado em medicina é o próprio médico". Assim, a relação médico-paciente não deve ser despersonalizada e o hospital não deve ser transformado em um sistema de produção em série, o que poderia comprometer o sucesso do tratamento. A mobilização das forças curativas do paciente deve ser incentivada pelo médico, através do estabelecimento de uma relação positiva, de afeto, confiança e amor, o que conferirá mais eficácia ao tratamento proposto. A fé que o enfermo deposita no tratamento e no médico muitas vezes responde pela sua cura. Frank apud Siegel (1989) verificou, em uma pesquisa com 98 pacientes, que aqueles que confiavam em seus médicos se curavam mais depressa de cirurgias. Normalmente, o prognóstico médico quanto à sobrevivência de pacientes torna-se uma profecia auto-realizável. Por isso, os médicos não devem permitir que as estatísticas determinem suas crenças. Para criar uma boa ligação com o paciente, certas qualidades são

exigidas: compaixão, boa acolhida, disponibilidade e presteza para dar informações. Somente a empatia é capaz de estabelecer o vínculo indispensável à cura.

A importância do médico é ainda maior em casos de doentes graves e terminais. O médico pode atuar como promotor das forças interiores do paciente, incentivando a esperança e o desejo de viver. Siegel (1989) afirma que recusar a esperança equivale à decisão de morrer. Não que se deva mentir para o paciente ou esconder a gravidade da situação, mas deve-se questionar as estatísticas sobre determinada doença e permitir que o paciente tenha esperanças e lute por sua vida. Siegel (1989) acrescenta que a esperança não é estatística, é fisiológica.

Cabe ao médico não só evitar a morte, mas permitir uma morte digna e com o mínimo de sofrimento. É comum que a equipe médica tenha dificuldades em lidar com a morte do paciente, pela dificuldade em aceitar sua própria morte e pela dificuldade em conviver com a sensação de impotência quando da perda do paciente. (Silva, 1998) Como os médicos tendem a considerar sua missão a de salvar vidas, não querem despende de tempo, energia, dedicação e afeto com os casos julgados "perdidos". As visitas médicas passam a ser mera formalidade, rápidas e com pouca conversa.

Siegel (1989) afirma que a abertura de espírito tem que ser a característica de todos os médicos interessados em ajudar os pacientes.

Siegel (1989) ressalta a importância de ouvir o paciente, perguntando a ele o que ele julga ter sido a causa da doença, o que ela representa para ele e como, na opinião dele, o mal deveria ser tratado, para que este participe do processo de tomada de decisões no seu tratamento.

2.9. A equipe

Carvalho (1994) afirma que o contato diário com o câncer e com a morte é uma tarefa altamente ansiogênica, que tende a criar comportamentos defensivos e gerar tensão entre a equipe. O comportamento defensivo pode levar a uma atitude onipotente e à deficiência na comunicação.

A mesma autora enfatiza a importância de reuniões de grupo com os elementos da equipe de saúde para avaliar o que a doença e a morte representam para eles, discutir ansiedades, angústias e reações que o paciente oncológico desperta.

Le Shan (1992) afirma que o envolvimento emocional da equipe pode levar a um desgaste e à exaustão emocional, que dificulta no processo de ajuda aos pacientes. Para evitar este desgaste emocional, é preciso que o profissional se empenhe em conservar suas reservas emocionais, prestando atenção às suas próprias necessidades, refletindo e cuidando de si mesmo. Cuidar-se, tornar-se consciente de seus próprios sentimentos e necessidades tornam possível lidar de modo mais saudável com os pacientes. Para evitar o desgaste, os profissionais devem ter o mesmo cuidado com todos os aspectos de sua pessoa - o físico, o mental, o emocional e o espiritual, atentando para qual aspecto necessita maior cuidado naquele momento. O luto e a tristeza dos profissionais por pacientes que morrem, a ansiedade por evitar mais dor e perda, a necessidade de enfrentar a própria mortalidade e de estar ativamente preocupado com questões da existência e significado da vida humana levam a um grande desgaste, enfatizando a importância de um auto-questionamento e auto-exame. Os profissionais envolvidos no cuidado de pessoas com câncer não devem praticar a profissão por tempo integral, mas dedicar-se a outros interesses, nos quais estejam emocionalmente envolvidos.

Olivieri (1985) ressalta a importância do cultivo, pelo profissional de saúde, da capacidade de relacionamento inter-subjetivo, entre ele e o paciente. Só desta maneira é possível interpretar o Ser-doente e influenciá-lo.

Miranda e Miranda (1996) colocam como qualidade essencial ao cuidador a auto-estima, já que este é o ensinamento básico a ser transmitido ao ajudado: amar-se.

Silva (1998) ressalta a importância de ouvir o paciente e do contato físico, que são veículos nas trocas afetivas que enriquecem as relações interpessoais. Também defende o estímulo à independência do paciente, a importância de estímulos positivos e da esperança e a importância em manter atividades não relacionadas à profissão.

Montagu (1988), Regan e Shapiro (1997) ressaltam a importância de tocar o paciente, já que o toque estimula o sistema imunológico, libera a tensão, provoca sensação de segurança e confiança, pode estimular o crescimento e restaurar o fluxo de energia. O contato físico também pode propiciar a libertação emocional e mental de traumas do passado.

Um Modelo de Ajuda de Robert R. Carkhuff *apud* Miranda e Miranda (1996) demonstra as habilidades interpessoais necessárias ao ajudador:

1. Sintonizar - entrar em sintonia com o ajudado, comunicando-lhe disponibilidade e interesse de forma não-verbal.
2. Responder - comunicar, corporal e verbalmente, compreensão pelo ajudado.
3. Personalizar - mostrar ao ajudado sua parcela de responsabilidade no problema que está vivendo.
4. Orientar - avaliar, com o ajudado, alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas.

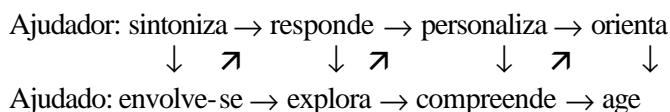
O ajudado passa por fases no processo de ajuda, de acordo com passos do ajudador:

1. Envolver-se - é a capacidade de se entregar ao processo de ajuda, iniciando a expressão corporal e verbal dos seus problemas.
2. Explorar - é a capacidade de avaliar a situação em que se encontra no momento do processo de ajuda - seus problemas e insatisfações - e definir onde está.

3. Compreender - é estabelecer ligações de causa e efeito entre os diversos elementos presentes em sua vida, de modo a perceber sua responsabilidade na situação em que está vivendo e definir sua meta.

4. Agir - movimentar-se do ponto onde está para onde quer chegar, escolhendo, para isso, o melhor caminho ou plano de ação.

Estas inter-relações podem ser apresentadas da seguinte maneira:



O final do processo ocorre quando o ajudado torna-se seu próprio ajudador, sendo capaz de sintonizar-se consigo mesmo, responder-se, personalizar sua experiência e orientar-se. Os efeitos da relação de ajuda sobre o ajudado são:

- Mudança nos construtos pessoais, transformando crenças e valores;
- Proximidade da experiência, a habilidade de desenvolver o autoconhecimento através de um contato maior com sua própria experiência;
- Entrega ao relacionamento, numa relação de confiança;
- Mudança na expressão do problema, expressando cada vez mais conteúdo interno e menos externo.

Rodrigues *et al.* (1998) afirmam que a equipe de saúde deve possibilitar à paciente com câncer de mama a retomada de sua maneira de pensar, falar, elaborar e tomar decisões conscientes no sentido de viver dignamente sua nova realidade. Os componentes da equipe de saúde têm uma grande influência na mudança de comportamento da paciente.

Arán *et al.* (1996) sugerem que a equipe de saúde nas casos de câncer de mama deve humanizar o atendimento, propiciando todas as informações necessárias; oferecer um espaço

para a elaboração da perda da mama e redefinição da auto-imagem; institucionalizar um espaço de reflexão do atendimento oferecido, o que implica a discussão das dificuldades encontradas na relação equipe/paciente e a implementação de um programa de reabilitação após a alta hospitalar.

2.10. Paradigmas de saúde

A palavra paradigma é definida no dicionário como padrão. Ramos (2001) afirma que um novo paradigma, muito mais que um novo padrão, é um ponto zero, onde tudo se inicia novamente, obrigando o indivíduo a abandonar o seu antigo modelo de conhecimento, comportamento e antiga visão para começar tudo de novo e, assim, aderir a um novo padrão. Assim, um novo paradigma traz um começar de novo e esta seria a causa da dificuldade presente nas pessoas para aderirem a um novo paradigma.

Pensar em um novo paradigma obriga, à equipe e ao paciente, a um trabalho interno, dentro de cada um, pois significa reformular valores pessoais, anular padrões antigos, suportar a ignorância, ir ao ponto zero, o que é muito complexo. (Ramos, 2001)

Olivieri (1985) afirma que instituir uma medicina humanística, dentro da realidade social contemporânea, implica mudanças de estruturas mentais e técnicas de trabalho.

Ferguson (1980) afirma que o novo paradigma de saúde, um modelo holístico, amplia a estruturas dos avanços antigos e brilhantes da tecnologia, ao mesmo tempo que restaura e dá validade às intuições sobre a mente e os relacionamentos.

Apesar da determinação emocional das doenças ter sido quase completamente esquecida, em prol de um mecanismo onde o indivíduo não mais era visto de forma sistêmica, mas dissecado, repartido, como se as partes funcionassem de forma independente do todo, a

tendência atual da medicina é se tornar toda um estudo Psicossomático, onde a variável seria o grau de determinação psíquica ou orgânica envolvida em cada quadro patológico.

Uma comparação entre o velho e o novo paradigma de saúde é apresentada no Quadro

1.

Quadro 1 - Paradigmas de Saúde. (Ferguson, 1980)

VELHO PARADIGMA DE SAÚDE	NOVO PARADIGMA DE SAÚDE
Tratamento dos sintomas	Busca de modelos e causas, mais tratamento dos sintomas
Especializada	Integrada, preocupada com o paciente como um todo
Ênfase na eficiência. Profissionais devem ser emocionalmente neutros	Ênfase nos valores humanos. Os cuidados profissionais são um dos componentes de cura
Dor e doença são completamente negativas	Dor e doença são informações sobre conflitos e desarmonias
Intervenções principalmente com medicamentos e tecnologias	Intervenções mínimas com a tecnologia apropriada
O corpo é visto como uma máquina em bom ou mau estado de manutenção	O corpo é visto como um sistema dinâmico, um contexto, um campo de energia dentro de outros campos
A doença ou incapacidade é vista como uma coisa, uma entidade	A doença ou incapacidade é vista como um processo
Ênfase na eliminação dos sintomas, da doença	Ênfase na obtenção máxima de saúde, "saúde-meta"
O paciente é dependente	O paciente é autônomo
O profissional é a autoridade	O profissional é um parceiro terapêutico
Corpo e mente são separados; os males psicossomáticos são mentais e devem ser entregues ao psiquiatra	Perspectiva corpo-mente; os males psicossomáticos estão dentro do alcance de todos os profissionais de saúde
A mente é um fator secundário na doença orgânica	A mente é o fator primário ou de igual valor em todas as doenças
Efeitos do placebo mostram o poder da sugestão	Efeitos do placebo mostram o papel da mente na doença e na cura
Confiar principalmente em informações quantitativas	Confiar principalmente em informações qualitativas, inclusive relatos subjetivos; as informações quantitativas são complementares
"Prevenção" ambiental: vitaminas, repouso, exercícios, imunização, não fumar	"Prevenção" como sinônimo de integridade: trabalho, relacionamentos, objetivos, corpo-

2.11. Saúde

De uma maneira geral, a saúde é encarada como se fosse um estado de não-doença, de não mal-estar ou dor, quando o indivíduo pode continuar a levar a sua vida sem grandes alterações ou questionamentos. (Oliveira, 2001b)

Para a Organização Mundial da Saúde, a saúde é mais que a ausência de doença ou enfermidade, é o estado de perfeito bem-estar físico, mental e social. Chopra (1987) inclui o bem-estar espiritual, uma condição na qual a pessoa experimenta a sensação de plenitude e a consciência de estar em harmonia com o Universo.

Angelo (1994) associa saúde à plena expressão da alma, o que resulta em harmonia, saúde e bem-estar. Chopra (1987) afirma que a saúde se origina dos impulsos que emanam da consciência. Assim, pensamentos positivos, alegres, bondosos, generosidade, afeto, calor e intimidade produzem estados fisiológicos correspondentes pela liberação de neurotransmissores estimulantes. Chopra (1987) acrescenta que a saúde é o estado natural do ser.

Shealy e Myss (1993) afirmam que cada pessoa participa diretamente, consciente ou inconscientemente, da criação da própria realidade, inclusive da própria saúde. Acrescentam que a vida é uma experiência de aprendizagem, que tem-se o desafio de transcender e tornar-

se um ser cada vez mais maduro e completo, o que ocorre através da expansão da consciência e do amor.

Diante de certas passagens da vida, o ser não se dá conta de que é o responsável pelo seu destino e atribui as agruras à má sorte, ao azar e ao acaso, se isentando da responsabilidade sobre seus atos e sobre a construção da própria sorte. No entanto, é necessário reconhecer em si mesmo o poder criador da realidade, deixando de atribuir as frustrações a fatores externos. Assim, resgata-se o poder de mudar a realidade que não agrada e de construir a realidade que se deseja. O empenho na reformulação interior é um importante passo para a realização pessoal e o sucesso. (Valcapelli & Gasparetto, 2000)

Siegel (1989) afirma que gostar de si mesmo, de maneira franca e positiva, é fundamental para a saúde. Assim, o Ser deve nutrir-se do que deseja, reservando um tempo para si mesmo e para as atividades prazerosas. A vontade de suprir suas necessidades, junto com uma auto-imagem positiva, enviam mensagens ao sistema orgânico que fortalecem a resistência, numa mensagem de vida, saúde e bem-estar.

Steiner e Perry (1998) afirmam que a educação emocional é composta de três aptidões: a capacidade de entender suas emoções, ouvir as outras pessoas e empatizar com as suas emoções e expressar as emoções produtivamente. Não consiste apenas em liberar as emoções, mas em compreendê-las, administrá-las e controlá-las. Este processo é formado por três etapas: a primeira consiste em "abrir o coração", que consiste em dar e pedir, aceitar e rejeitar carinho do outro e dar carinho a si mesmo, de ordem física ou verbal. É extremamente necessário aprender a dar e receber afeto para a educação das aptidões amorosas.

A segunda etapa consiste em "examinar o panorama emocional", ou seja, aprender a perceber os sentimentos, sua finalidade e intensidade, tomando consciência do fluxo das próprias emoções e dos sentimentos daqueles que o cercam. Isto inclui ter consciência e falar dos próprios sentimentos, aceitar os sentimentos dos outros e abrir-se à intuição.

A terceira etapa consiste em "assumir a responsabilidade" sobre os próprios atos, o que inclui perceber os próprios erros, pedir desculpas ou perdão por eles e aceitar ou negar desculpas ou perdão.

Chopra (1987) demonstra algumas estratégias para a criação da saúde, como o autoconhecimento, a compaixão e o amor. Relata que a satisfação com o trabalho realizado contribui para a saúde e a qualidade de vida.

Domar e Dreher (1997) e Goleman e Gurin (1998) ressaltam a importância de uma dieta adequada e dos exercícios físicos.

Schulz (1998) afirma a importância da intuição, palavra que vem do latim *in + tueri* e significa "olhar para dentro", sendo uma linguagem interna que facilita o insight e a compreensão. Jung acreditava que as percepções intuitivas vêm do inconsciente coletivo. A intuição são idéias súbitas, imediatas e inesperadas, que parecem ilógicas e sem linha clara de raciocínio, que trazem consigo uma sensação de confiança e certeza de sua verdade e incontestabilidade. É necessário anotar e escutar os sinais e sintomas que o corpo envia, pois esta é a linguagem intuitiva da alma, que fala através do corpo.

Schulz (1998) fala da importância dos sonhos, que são como janelas abertas através das quais pode-se concentrar e ver imagens das emoções e do que a intuição quer transmitir, enviando mensagens com as quais deve-se trabalhar para fazer alterações na vida. Os sonhos dão acesso aos desejos emocionais que necessitam de atenção e que, se não ouvidos, podem ser somatizados, transformando-se em doenças.

Domar e Dreher (1997) e Goleman e Gurin (1998) incluem técnicas como a reestruturação cognitiva, que tem por objetivo a substituição de padrões de pensamento negativo e o cultivo de padrões saudáveis; o cultivo de habilidades de luta, como a auto-estímulo, a resolução de problemas e a expressão emocional; técnicas de afirmação e visualização; além do biofeedback e hipnose. Ferguson (1980) afirma que o estado mental é a chave para a saúde. Assim, a reestruturação cognitiva ajuda a identificar pensamentos

negativos, questionar sua veracidade e validade e substituí-los por novos pensamentos, mais generosos e benéficos.

As afirmações podem ser utilizadas como instrumentos de saúde e cura. Angelo (1994) define afirmação como "uma frase na forma de uma mensagem para a personalidade", que pode reprogramar mensagens mentais.

Graham (1995) recomenda o uso de imagens mentais, ou visualização, como um instrumento terapêutico. Afirma que a visualização colabora com funções psicológicas, tanto cognitivas quanto emocionais. A criação de imagens permite uma maneira diferente de pensar sobre as questões, possibilitando uma nova perspectiva ou um modo diferente de olhar para as coisas, ajudando a resolver problemas, tomar decisões e pensar de modo criativo. É particularmente útil quando se precisa lidar com processos físicos e emocionais, pois fazem surgir sentimentos que, de outra maneira, não seriam expressos. Também ajuda a desenvolver a autoconsciência e a intuição.

Gaiarsa (1987) ressalta a importância da percepção da respiração. Afirma que a repressão das emoções está ligada ao ato de prender a respiração. Assim, uma respiração adequada ajuda a exprimir pensamentos e sentimentos, promove uma melhor oxigenação e perfusão pulmonar, libertando tensões emocionais e físicas. Para o autor, os movimentos respiratórios de inspiração e expiração mostram que o "pequeno espírito" que se contém em nosso peito é idêntico ao Grande espírito que sustenta a vida no Universo. Discorre sobre a prática do pranaiama, exercícios hindus destinados a ampliar e refinar a percepção e o controle da respiração, que se constitui em um exercício de consciência sobre o Vazio Criador, ou a percepção do Divino dentro de cada Ser.

Domar e Dreher (1997) e Goleman e Gurin (1998) apresentam a técnica de manter contato com o corpo. Ocorre uma tendência de acumular tensões em algumas partes do corpo, formando o que Reich denomina "courage muscular". A consciência corporal e a identificação

das tensões ajuda a garantir a saúde. Carvalho (1994) afirma que as técnicas de trabalho corporal podem restabelecer a energia do corpo.

Regan e Shapiro (1997) e Montagu (1988) apresentam a técnica de toque terapêutico ou imposição de mãos. Afirmam que as funções do corpo humano ocorrem por meio de um campo de condução elétrica e que cada pessoa tem seu campo energético. No toque terapêutico, o "curador" concentra e canaliza energia para a cura e a saúde.

A meditação também pode ser utilizada como uma ferramenta para a saúde. Goleman (1999) define meditação como o esforço para reexercitar a atenção, aumentando a concentração e a capacidade de relacionar-se com empatia. Pode ser utilizada como uma técnica de relaxamento, tendo a propriedade de realizar alterações neuroendócrinas e imunológicas benéficas ao organismo. Hay (2000) afirma que a meditação ajuda a dissolver padrões mentais negativos que foram acumulados ao longo da vida. É considerada uma terapia contra o estresse, tornando os praticantes mais alertas e serenos em resposta a ameaças, se recuperando mais facilmente. Também propicia o auto-conhecimento, já que torna o praticante mais consciente de seus pensamentos e sensações. A tomada de consciência permite resignificar as experiências, contribuindo para o desenvolvimento e a totalidade do Ser.

A oração e a crença espiritual podem fortalecer o sistema imunológico e a capacidade de autocura. (Domar & Dreher, 1997; Goleman & Gurin, 1998)

A plena atenção é uma prática diária que alimenta a capacidade de viver o presente, o que resulta na maior valorização de tudo que a vida tem a oferecer. É desenvolvida pela absorção e engajamento total em uma atividade. (Domar & Dreher, 1997)

A yoga, baseada nos ensinamentos da filosofia indiana, envolve posturas, meditação e respiração, aumentando a plena atenção e promovendo a harmonia e a cura.

Maturana (1999) ressalta a importância da educação - da formação de novas crenças, processo que ocorre nas relações estabelecidas e que podem mudar as emoções, propiciando

uma nova visão e a manifestação do amor. As relações permitem que o indivíduo entre em contato com suas crenças através de outros olhos, uma observação diferente baseada na história de vida do outro e esta troca de experiências propicia uma consciência crítica e a criação de novos pensamentos, novas emoções e novas realidades. É importante que estas relações sejam baseadas no respeito e no amor.

Finalizando com Schulz (1998): "Descubra quem você é e faça disso seu objetivo."

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Entende-se por método o caminho para se chegar ao objetivo proposto. Minayo (2000) define como metodologia "o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade." Este caminho é orientado na prática pelo uso de técnicas e instrumentos que possam permitir uma maior proximidade com o objeto de estudo.

Assim, o método escolhido para esta pesquisa visou responder da melhor maneira ao objetivo do estudo e conhecer em profundidade a realidade dos atores investigados. Escolheu-se o método qualitativo, por que "a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis." (Minayo, 2000)

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular da realidade estudada; não se preocupa com generalizações, princípios e leis. O foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando a compreensão dos fenômenos estudados. (Martins & Bicudo, 1989)

Assim, o método qualitativo produz explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado – mais que na frequência – do fenômeno.

3.2. Dos rigores éticos

O estudo obedeceu aos rigores éticos do sigilo e anonimato dos participantes. Para isto, os nomes dos atores sociais envolvidos foram substituídos por nomes fictícios.

A coleta de dados foi realizada com consentimento dos participantes envolvidos, que eram esclarecidos sobre a pesquisa realizada e seus objetivos.

3.3. Os atores sociais

Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa não está baseada no critério numérico para garantir sua representatividade, basta que os indivíduos estejam vinculados ao problema do estudo.

Os atores sociais participantes deste estudo dividem-se em dois grupos: um consiste na equipe de Fisioterapia, representada por um grupo de 4 alunos da 7ª fase do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), que realizam Estágio Supervisionado de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Carmela Dutra;

o outro consiste em 6 pacientes que foram submetidas a mastectomia e realizam tratamento fisioterapêutico no Ambulatório de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis.

3.4. Coleta, registro e análise de dados

A coleta de dados foi realizada através de questionário com os alunos da 7ª fase do curso de Fisioterapia da UDESC, que realizam Estágio Supervisionado de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Carmela Dutra e que são responsáveis pelo atendimento ambulatorial de pacientes mastectomizadas (anexo I); e entrevista semi-estruturada com as pacientes que foram submetidas à mastectomia e realizam tratamento fisioterapêutico no Ambulatório de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra (anexo II).

A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. O propósito da entrevista é fazer com que o entrevistador se coloque dentro da perspectiva do entrevistado. (Patton, 1990).

As entrevistas foram gravadas com consentimento das entrevistadas e transcritas.

Alguns atendimentos foram acompanhados pela pesquisadora, utilizando-se a técnica de observação participante, que segundo Minayo (2000) consiste na inclusão do observador na realidade do ator ou do grupo observado, para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Foram realizadas algumas anotações no diário de campo.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2001.

A análise dos dados foi embasada em análise bibliográfica e visou responder os objetivos propostos pela pesquisa. Foram realizadas leituras reflexivas dos dados coletados, que permitiram adentrar na realidade de cada ator social, valorizando e respeitando suas crenças, valores e suas particularidades. A análise dos dados é apresentada no Capítulo IV.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS DADOS

4.1. O serviço de Fisioterapia

4.1.1. Estrutura de atendimento de Fisioterapia para pacientes com câncer de mama na Maternidade Carmela Dutra

O Estágio de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia é um estágio curricular realizado pelos alunos da 7ª fase do curso de Fisioterapia da UDESC. Antes da realização do estágio na Maternidade Carmela Dutra, os alunos têm uma disciplina teórica, "Fisioterapia aplicada à Ginecologia e Obstetrícia I" e uma disciplina teórico-prática, "Fisioterapia aplicada à Ginecologia e Obstetrícia II", com a prática realizada na clínica de Fisioterapia da UDESC, onde os alunos têm seu primeiro contato com pacientes com câncer de mama e gestantes. Neste estágio, o atendimento é realizado em grupo de dois ou três alunos e supervisionado por uma professora. O Estágio na Maternidade tem por objetivo vivenciar a prática ambulatorial e hospitalar de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia, possibilitando ao aluno aplicar o

conhecimento teórico adquirido nas fases anteriores, além de adquirir novos conhecimentos. Possibilita também a relação com a equipe multidisciplinar.

O Estágio é realizado no período matutino, cinco dias por semana, com uma carga horária de 110 horas distribuída ao longo de um mês. Os atores sociais pesquisados consistem em 4 alunos que realizaram estágio durante os meses de março e abril de 2001. São denominados na pesquisa como: Orquídea, Gerânio, Margarida e Amor-Perfeito.

A Instituição onde é realizado o Estágio é a Maternidade Carmela Dutra, que oferece seus serviços à comunidade há 45 anos e, neste momento, é conhecida como Maternidade Referência do Estado de Santa Catarina.

A atuação do Estágio ocorre em várias unidades do hospital, dentre elas as unidades de gestação de alto risco, Centro Obstétrico e puerpério, para atendimento obstétrico e unidades de pré e pós-operatório, Oncologia e Ambulatório de Mastologia, para atendimento ginecológico e oncológico. Os alunos têm contato com pacientes com câncer de mama nas unidades de pré e pós-operatório, antes e após a realização das cirurgias para o tratamento do câncer de mama; na unidade de Oncologia, onde estão internadas pacientes para tratamento quimioterápico, radioterápico ou com queda do estado geral e no Ambulatório de Mastologia, no período pós-operatório tardio, onde as pacientes são acompanhadas pelo serviço de Fisioterapia de duas a três vezes por semana.

O serviço de Fisioterapia no Ambulatório de Mastologia consta de duas salas. Em cada sala são realizados três atendimentos por manhã com duração de cinquenta minutos. Os alunos passam por todas as unidades, efetuando rodízio. Todos os atendimentos são realizados pelos estagiários sob supervisão de duas professoras.

Este trabalho analisou principalmente o atendimento ambulatorial, por acreditar-se que é o período em que a equipe de Fisioterapia tem um contato mais intenso e prolongado com as pacientes, estabelecendo maiores vínculos. São atendidas um total de quinze pacientes. O tratamento mais prolongado tem duração de dois anos e o mais recente, de um mês.

As pacientes são encaminhadas ao serviço de Fisioterapia por seus médicos ginecologistas ou oncologistas após a realização de cirurgia para o tratamento do câncer de mama em períodos que podem variar desde 10 dias após a realização da cirurgia até em períodos remotos, de dois a três anos após a cirurgia, caso ocorra a presença de linfedema, que é uma patologia que se caracteriza pelo aumento de volume do membro superior ou hemitórax do lado cirurgiado causado por distúrbios da circulação linfática. (Camargo e Marx, 2000).

A equipe de Fisioterapia realiza uma avaliação do estado geral da paciente, quanto a questões do movimento, respiratória e de sensibilidade, entre outras, e propõe um plano de tratamento de acordo com os dados encontrados.

Alguns dos objetivos da Fisioterapia no atendimento ambulatorial de pacientes com câncer de mama são: (Pinotti, 1991; Ponce, 1996; Kisner e Colby, 1998)

- Evitar complicações pulmonares, circulatórias e osteomusculares;
- Melhorar a expansibilidade e elasticidade da caixa torácica, melhorando a ventilação pulmonar da paciente;
- Prevenir e/ou reduzir o linfedema;
- Evitar retração da cicatriz, prevenindo aderências;
- Reduzir o quadro de dor da paciente;
- Recuperar a sensibilidade da mama, do oco axilar e do membro superior do lado cirurgiado;
- Manter e/ou melhorar amplitude de movimento, força e resistência muscular do membro superior do lado cirurgiado;
- Melhorar mobilidade e flexibilidade, coordenação e habilidade dos movimentos do membro superior do lado cirurgiado;
- Promover a reeducação postural;
- Promover a conscientização corporal e melhorar a auto-imagem;

- Promover relaxamento;
- Melhorar a resistência física;
- Orientar.

4.2. Relação equipe-pacientes

Foi aplicado um questionário à equipe de Fisioterapia, constituída de quatro acadêmicos da sétima fase do curso de Fisioterapia da UDESC, denominados: Orquídea, Gerânio, Margarida e Amor-Perfeito.

Dejours *et al.* (1994) afirmam que o trabalhador nunca deve ser considerado como um indivíduo isolado, porque toma parte ativa de relações no ambiente de trabalho. Assim, a realidade de trabalho é intersubjetiva. As relações no trabalho modificam o trabalhador; são caracterizadas por sua evolutividade.

O trabalhador deve ser analisado em sua relação subjetiva com o trabalho, pois é um sujeito pensante que constantemente modifica e é modificado. O sujeito pensa nas suas relações de trabalho, produz interpretações da situação, reage e se organiza mentalmente, afetiva e fisicamente em função das suas interpretações e contribui para a construção e a evolução das relações sociais. (Dejours *et al.*, 1994) Assim, o sentido que o sujeito atribui ao seu trabalho pode determinar sua conduta. Este sentido é construído com base no contexto do sujeito, nas suas experiências passadas, expectativas atuais e nas relações estabelecidas no trabalho.

Assim, pôde-se observar que a relação do profissional com as pacientes contribuiu para a sua construção como sujeito e para a incorporação de valores.

Pode observar-se que trabalhar com pacientes mastectomizadas conduziu os alunos a uma reflexão sobre suas vidas, o que pode ser observado em respostas como:

"Dei mais valor à minha vida, ao meu corpo, passei até a cuidar da minha alimentação, já que este pode ser um fator predisponente ao aparecimento do câncer."
(Gerânio)

"Trabalhar com pacientes com câncer de mama me fez refletir sobre a vida e sentir mais prazer nas coisas mais simples da vida. Este trabalho me tornou uma pessoa mais humana e sensível." (Amor-Perfeito)

"Muitas vezes me deparava reclamando de coisas banais e estas mulheres aguentam firmes a destruição de sua imagem corporal, muitas vezes o abandono do companheiro, a luta pela vida. Com isso passei a valorizar mais o que tenho e a minha saúde." (Margarida)

Este tipo de crescimento só é possível quando o profissional se envolve com a realidade do paciente. Isto proporciona um aprendizado muito rico, ensina a lidar com a vida e sua finitude, incita reflexões sobre a morte. Um envolvimento muito estreito também pode ser causador de estresse, como se observa no comentário abaixo:

"Quando ouvia uma história muito triste ou presenciava cenas desagradáveis ficava muito abalada, tenho e tive pesadelos ao dormir, fico realmente chocada..." (Gerânio)

Le Shan (1992) afirma que o envolvimento emocional da equipe pode levar a um desgaste e à exaustão emocional, que dificulta no processo de ajuda aos pacientes. Para evitar este desgaste emocional, é preciso que o profissional se empenhe em conservar suas reservas emocionais, prestando atenção às suas próprias necessidades, refletindo e cuidando de si mesmo. Cuidar-se e tornar-se consciente de seus próprios sentimentos e necessidades tornam possível lidar de modo mais saudável com os pacientes. Para evitar o desgaste, os profissionais devem ter o mesmo cuidado com todos os aspectos de sua pessoa - o físico, o mental, o emocional e o espiritual, atentando para qual aspecto necessita maior cuidado naquele momento. O luto e a tristeza dos profissionais por pacientes que morrem, a ansiedade

por evitar mais dor e perda, a necessidade de enfrentar a própria mortalidade e de estar ativamente preocupado com questões da existência e significado da vida humana levam a um grande desgaste, enfatizando a importância de um auto-questionamento e auto-exame.

A dificuldade apresentada no trabalho com pacientes com câncer de mama estava vinculada à forte carga emocional que estas traziam, como nos relatos abaixo:

"O trabalho foi bastante gratificante, mas ao mesmo tempo complicado, pois as mulheres encontravam-se em um estado psicológico abalado, com destruição da imagem corporal, problemas familiares..." (Margarida)

"A parte difícil é lidar com o emocional delas, que geralmente está abalado. Temos que estar sempre bem, passar confiança e segurança, além de ter um cuidado especial com o que falamos. É complicado não se envolver, às vezes ficamos com pena, colocando-nos no lugar delas. Quando vejo, já estou absorvendo os problemas delas.(...) Eu tentava dar conselhos, dizia que apesar do problema elas deveriam se cuidar mais, pensar mais nelas. Sempre ficava com pena e me sentia impotente por não poder fazer mais por elas." (Orquídea)

"Foi difícil entender o porquê de acontecer o câncer apenas com certas pessoas, entender como está sendo ou como foi lutar pela vida, entender como a vida amorosa e sexual (como fica afetada) nestas mulheres. Foi difícil por não ter palavras para explicar a elas o porquê de ter acontecido com elas, por não ter palavras que realmente as confortassem." (Gerânio)

Os trabalhadores da área da saúde deparam-se, muitas vezes, com dificuldades inerentes à própria subjetividade e ao processo de trabalho. O trabalho da equipe de saúde pode estar permeado por várias situações geradoras de crises, como a cobrança e exigência da cura e as angústias de pacientes e seus familiares.

Dejours *et al.* (1994) afirmam que a carga de trabalho pode ser tanto física como mental. Define a carga mental como "uma mistura de fenômenos de ordem neurofisiológica e

psicofisiológica: variáveis psicossensoriais, sensoriomotoras, perceptivas, cognitivas, etc. e fenômenos de ordem psicológica, psicossociológica, ou mesmo sociológica, tais como as variáveis de comportamento, de caráter, psicopatológicas, motivacionais, etc." Esta carga mental deve ser analisada de modo qualitativo, pois vivências como o prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade não podem ser quantificados.

A formação dos profissionais da área da saúde, em geral, é muito voltada para o tecnicismo, com pouca preocupação com a formação humanística. (Le Shan, 1992) Isto pode impedir que o paciente seja visto em sua totalidade, nos seus aspectos físico, psíquico e espiritual, além de gerar sentimentos de impotência, desesperança, tristeza, angústia e sofrimento.

Lidar com o sofrimento e com a morte pode representar, para os profissionais de saúde, sentimentos de impotência, incompetência e inabilidade. Kestenberg *et al.* (1992) afirmam que: "o homem, ao conscientizar-se da possibilidade imediata da própria morte, é levado a rever as prioridades e os valores da sua existência, relativizando o que até então era absoluto."

Dejours (1992) afirma que o trabalho pode ser fonte de equilíbrio, quando permite a diminuição da carga psíquica. Assim, a equipe que trabalha com pacientes crônicos ou graves devem tomar cuidados para que o sofrimento e a dor do outro não se tornem seu próprio sofrimento sem, no entanto, ignorar estas experiências. Para Pitta (1994) a ansiedade gerada pelo trabalho com estes pacientes vai depender de como o profissional lida com esta situação, de seus valores e suas expectativas. Acrescenta que, se a crise for vivida com relativo equilíbrio, pode contribuir para o crescimento pessoal.

Carvalho (1994) enfatiza a importância de os elementos da equipe de saúde avaliarem o que a doença e a morte representam para eles, discutir ansiedades, angústias e reações que o paciente oncológico desperta.

Travelbee *apud* Beck (2000) diz que três atitudes são essenciais para caracterizar a saúde mental de um indivíduo: a atitude de amar (amar a si mesmo, transcender e amar os outros); a capacidade de enfrentar a realidade (conhecer a realidade, escutar-se e agir com maturidade) e a capacidade para encontrar sentido na vida (especialmente diante da dor e do sofrimento). Estas atitudes, quando adotadas pela equipe de saúde, podem contribuir para o enfrentamento das crises e para o seu crescimento. Beck ainda acrescenta que o trabalho deve contribuir para o auto-conhecimento e deve ser visto como fonte de realização pessoal. Para Dejours *et al.* (1994), o trabalho é um operador fundamental na construção do sujeito, na conquista da identidade, continuidade e historicização do sujeito.

Radünz (1999) enfatiza a necessidade de o profissional da área de saúde cuidar de si e da sua qualidade de vida, já que este cuidado refletirá na sua vida profissional. Afirma que para que o trabalho gere equilíbrio é necessário o "cuidar de si". Como o trabalho de profissionais da área da Oncologia envolve uma carga mental muito pesada, como a convivência com a dor, o sofrimento e a morte, finitude do ser, que podem ser questões geradoras de ansiedade existencial e desconforto espiritual, é necessária a adoção de várias medidas para que a crise gerada pelo trabalho possa ser transformada em uma oportunidade de crescimento pessoal. Estas medidas abrangem o cuidado com a instância física, mental e espiritual do profissional.

Remen (1993) afirma que o profissional só pode cuidar de uma pessoa inteira se começar pelo cuidado de si:

"...para cuidar de uma pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira; do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada. Na verdade a questão não é saber como o profissional pode cuidar da pessoa inteira, mas sim como pode, enquanto uma pessoa inteira, interessar-se pelo outro como um todo. Esse interesse exige que os profissionais também se encontrem presentes como pessoas completas,

respondendo às necessidades do paciente com todos os aspectos de sua própria natureza: com a mente, intuição, insight, sabedoria, sentimento e compaixão..."

Acrescenta que sem energia emocional, intuição, sabedoria, imaginação, criatividade, fé e senso de propósito e significado, o profissional da saúde fica esgotado e vulnerável.

Outro fator levantado pelos atores é a aparência física das pacientes, por estas serem mastectomizadas. A mama é um órgão que tem um simbolismo muito forte, associado à feminilidade, sensualidade e amamentação. Como todas as entrevistadas eram mulheres, a identificação com a paciente trazia angústia pela mutilação física e simbólica, como se pode ver nos relatos:

"Para mim, lidar com mastectomizadas foi difícil no início, devido à aparência física e às questões estéticas da falta da mama, considerada em símbolo sexual Fiquei imaginando como seria viver assim. Com o passar do tempo, passei a observar a falta da mama de uma maneira mais natural, porém não menos traumática." (Amor-Perfeito)

"Constatei então que a aparência física é muito importante para os homens (mais do que para as mulheres)." (Gerânio)

"A primeira vez que vi não foi muito agradável, mas era uma senhora de idade, não me impressionou muito. Mas quando vejo uma mulher muito nova mastectomizada, não deixo de me imaginar no lugar dela." (Orquídea)

Os atores sociais demonstram suas percepções sobre o atendimento a pacientes mastectomizadas, como:

"O fisioterapeuta deve estar preparado para as confissões das pacientes, já que elas contam com este profissional. Também não deve se esquecer de que a paciente é um indivíduo único, que sofre muito com o seu problema, sempre vendo a paciente como um todo e analisando cada paciente de uma maneira diferente, por todas não serem iguais."

(Gerânio)

"Além de tratar o corpo destas pacientes, é nosso dever darmos força para que elas encarem a vida sem medos, sem vergonha..." (Margarida)

"Devemos também desenvolver um trabalho de auto-estima da paciente, mostrando que ela é um ser humano único e de grande importância. Isto é fundamental para o processo de reabilitação." (Amor-Perfeito)

"O fisioterapeuta deve saber ouvir a paciente e, na medida do possível, responder as questões relativas a seus anseios e angústias. Dependendo do caso, pode aconselhar a paciente a procurar um profissional mais especializado, como um psicólogo." (Amor-Perfeito)

"É necessário explicar bem o porquê das coisas e tirar qualquer dúvida que possa surgir. Assim, a paciente pode ter mais cuidado e entender melhor porque." (Orquídea)

Segundo King *apud* Silva (1999), percepção é "um processo de organização, interpretação e transformação de informações a partir de dados dos sentidos e da memória, sendo a representação que cada ser humano tem da realidade."

Para Rodrigues *et al.* (1998), os elementos da rede de suporte devem possibilitar à mulher a retomada de sua maneira de pensar, falar, elaborar e tomar decisões conscientes no sentido de viver dignamente a nova realidade.

Os depoimentos dos atores sociais demonstram que estes se preocupam em tratar o paciente em sua totalidade, de acordo com o novo paradigma de saúde, que prega uma visão holística do paciente. (Ferguson, 1980) Também demonstra o desenvolvimento da afetividade nas relações de trabalho. (Codo *et al.*, 1994)

Os entrevistados demonstram a percepção que têm de sua profissão:

"Temos a chance de proporcionar-lhes um bem estar emocional em função do vínculo que se estabelece entre fisioterapeuta e a paciente. Esse vínculo permite que nós possamos nos conhecer melhor e estabelecer uma relação de confiança e amizade. Assim sendo, elas

desabafam suas angústias e aliviam suas tensões, em troca de conforto e segurança."

(Orquídea)

"A Fisioterapia pode proporcionar a melhora da qualidade de vida e a auto-aceitação das pacientes." (Margarida)

Através do discurso dos atores sociais, percebe-se que estes têm uma representação positiva sobre sua profissão. Isto contribui para que o trabalho seja realizado com prazer. Dejours *et al.* (1994) afirmam que o que o indivíduo vivencia no trabalho, bem como sua conduta, são determinados pelo sentido que este atribui à sua atividade. Assim, sua interpretação do trabalho influencia suas ações e mesmo seu grau de satisfação. Remen (1993) enfatiza a importância de os profissionais de saúde protegerem a percepção do significado do seu trabalho, mantendo-a e ajudando-a a crescer. Acrescenta que a percepção do significado de trabalho é uma das coisas mais valiosas que os profissionais devem promover, tanto para o seu bem-estar quanto para o bem-estar dos pacientes. Isto pode implicar na aceitação de que nem todos os pacientes podem ser curados e na tomada de consciência da utilidade do trabalho.

Para o bom desempenho da profissão, os pesquisados relatam:

"O importante é que o profissional tenha amor pela profissão. O resto é consequência." (Orquídea)

"Além de gostar do que faz, ter experiência e fundamentos teóricos. O profissional deve sempre se reciclar e se manter atualizado em sua área. Também deve enxergar os pacientes como seres humanos únicos, com seres que apresentam dúvidas, anseios e que merecem ser tratados com carinho e atenção." (Amor-Perfeito)

Ressaltam que, para a paciente:

"É necessário que ela esteja ciente de seu problema e que tenha esperanças de melhorar. Também deve seguir as orientações dos profissionais." (Amor-Perfeito)

"É necessário que esta queira se ajudar, tendo vontade de melhorar e se restabelecer." (Margarida)

"É necessário o apoio da família, apoio psicológico, força de vontade própria, além de uma boa equipe multidisciplinar." (Gerânio)

Os relatos demonstram que os profissionais compreendem que não são os únicos responsáveis pela melhora da paciente, compreensão esta que faz parte do novo paradigma de saúde (Ferguson, 1980) e que diminui as exigências sobre o trabalhador. Remen (1993) afirma que uma das principais funções do profissional de saúde é servir como um espelho, utilizando seu conhecimento e habilidade para reforçar a tendência natural da crise causada pela doença de promover o insight e a consciência de uma capacidade pessoal mais abrangente. Acrescenta que o profissional de saúde deve estimular os pacientes a serem responsáveis pelo seu bem-estar.

As representações de câncer e da vida de pacientes com câncer dos alunos apresentou muita semelhança com as das pacientes, pelo contato propiciado pelas relações e até mesmo por estas representações fazerem parte do senso comum.

Como o discurso dos alunos remete muito à realidade das pacientes, e como a sua atuação não pode ser analisada distintamente, a segunda parte da análise dos dados trata das pacientes atendidas, a fim de conhecer um pouco sua realidade e possibilitar o entendimento do contexto como um todo.

4.3. As pacientes

Foram realizadas entrevistas com seis pacientes atendidas no Ambulatório de Fisioterapia: Rosa, Violeta, Azaléa, Hortênsia, Girassol e Jasmim a fim de entender sua história de vida, suas percepções e emoções. A seguir, são analisados os dados que mais apareceram nas entrevistas.

4.3.1. História de Vida

A maioria das entrevistadas relatam ter tido uma vida sofrida, associando este sofrimento ao casamento, como nas passagens a seguir:

"Depois que nós casamos aí começou a mudar minha vida, ele saía direto e não me dava atenção e eu imaginei que a vida de casado era assim... eternos namorados, era vida a dois então a gente fazia tudo junto mas foi bem ao contrário... Ele nunca tinha tempo pra mim... Então ele arrumava amante direto e quando eu descobria ele dizia que eu era louca... Tem horas que a gente pensa: pô, eu já tô com essa idade, pra recomeçar de novo é difícil e meus filhos precisam do pai..." (Rosa)

"Minha vida foi muito sofrida porque eu casei bem cedo, né? A vida dele continuou a mesma de solteiro e a minha mudou, a minha mudou completamente. Ele aproveitou a vida dele como aproveita até hoje. E eu fui me acostumando a levar a vida assim, fui me acostumando mas eu me incomodava, sofria muito sozinha... Não foi um casamento feliz porque eu não tinha marido." (Violeta)

"Agora em 92 eu tive uma dor muito forte que foi quando o meu marido arranhou um filho fora do casamento. A mulher que ele fez o filho logo tratou de me avisar, logo no início me ligou e eu fiquei cinco anos com aquilo pra mim, não falei pra ninguém e nem pra ele, porque eu não queria que ele sofresse com isso. Isso me magoou muito. E aquilo me doía todo dia... eu sentia o meu coração doer. Eu acho que isso que desencadeou o câncer." (Azaléa)

"O médico disse pra mim que as vezes o câncer também são de traumas, eu não sei até onde funciona, mas ele disse pra mim. Então eu digo assim pra eles: eu já tive tantos... Então foi acumulando, foi pegando um pedacinho de cada, foi indo, foi indo até que ele estourou... eu tive muitos traumas, muito pesado..." (Girassol)

Le Shan (1992), Simonton *et al* (1987) e Siegel (1989) associam o aparecimento do câncer a um sentimento prolongado de desesperança. Relatam que a vida emocional do paciente muitas vezes desempenha um papel importante no aparecimento do câncer. As entrevistadas apresentam histórias de decepções repetidas no casamento e, por sua educação, algumas apresentam uma grande resistência a expor e discutir suas insatisfações com o parceiro a fim de buscar um casamento mais satisfatório e, por outro lado, temem separar-se pela reação dos filhos. Assim, permanecem em uma situação insatisfatória e nutrem um sentimento de decepção e desesperança.

Silva (1998) e Siegel (1989) afirmam que há uma estreita relação entre o câncer de mama e a vivência, pela mulher, de relações conjugais empobrecidas e insatisfatórias.

Também são mulheres que sempre tentam ajudar e vêem as necessidades dos outros em primeiro lugar:

"Eu sou muito assim de ficar mais cuidando deles do que de mim, eu sou mais de olhar pra família, eu sou assim mais pelos outros do que por mim. Às vezes eu deixo de comprar uma roupa pra mim e compro pros meus filhos... Até as pessoas que estão por perto, os vizinhos que eu posso ajudar eu ajudo. Se é pra eu comprar um pão pra mim comer, eu prefiro comprar e dar pra outra pessoa comer. Eu sou muito assim de ter pena das pessoas, eu procuro ajudar todo mundo. " (Hortênsia)

Silva (1998) afirma que as pessoas com câncer são geralmente amáveis e prestativas de uma forma compulsiva, tendendo a priorizar as necessidades dos outros em relação às próprias. Este comportamento pode representar uma busca desesperada por amor. Os sentimentos de abandono, solidão, culpa e auto-condenação também estão presentes na história de vida de pacientes com câncer. Hay (2000) afirma que mulheres com câncer de mama tendem a nutrir e "alimentar" os outros, esquecendo de suas necessidades.

4.3.2. A descoberta do câncer

"Eu saí do consultório bem atordoada, achando que ia morrer no outro dia e cheguei na casa da minha cunhada que eu tava lá com os meus meninos e eu já comecei a dizer pra eles o que eles tinham que fazer porque eu ia morrer, o que eles tinham que fazer e que eles tinham que gostar da madrasta deles, pra madrasta gostar deles, já arranjei uma madrasta..." (Azaléa)

"Olha, quando eu descobri foi uma cacetada, né? ... Tive 3 dias de depressão, que eu nunca tinha tido sabido na minha vida o que era depressão. Eu nunca tinha passado por isso, mas eu fiquei 3 dias péssima, eu não comia, não bebia, não tomava banho, não queria me ver no espelho...Sentada no sofá e não queria conversar com ninguém." (Girassol)

"Quando eu operei eu perguntei muito porque que aquilo veio pra mim. O que que eu fiz? Porque a gente sempre acha que é castigo. A gente ficava até pensando... porque veio pra mim? Porque tanta gente ruim no mundo podia ter e porque não foi pra vizinha, pra amiga e foi ser logo em mim?(...) Já pensei muito, já briguei muito com Deus, já botei muita culpa em cima dos outros e depois no fim a gente sabe que a gente é que desenvolve, né?" (Azaléa)

"Quando o médico me falou, aí eu peguei, não acreditei, não acreditei, fiquei apavorada, pensei que era mentira e que não podia ser o câncer, não acreditei, não acreditei... Dá uma revolta na gente, a gente não se conforma de ter essa doença, não quer acreditar..." (Hortênsia)

Cada paciente reage de uma forma própria e diferenciada no enfrentamento do câncer. Deitos *et al.* (1997) afirmam que dificilmente existe outra patologia que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios quanto o câncer: o choque do diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da radio e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna.

Para Sontag (1984) a pergunta: "Por que eu?" é comum a todos os pacientes que recebem o diagnóstico de câncer. O diagnóstico de câncer também pode levar a mulher a um desajuste psicológico manifestado por sentimentos de rejeição, mutilação sexual e depressão, contribuindo para uma baixa auto-estima. (Fialho e Silva, 1993)

"Eu chorava muito e me sentia mutilada e achava que sexualmente ia atrapalhar e realmente depois eu acho que a saída do meu marido foi mais por isso." (Azaléa)

Kübler-Ross (1997) discorre sobre algumas das reações típicas em pacientes que passaram por situações críticas, como a de receber um diagnóstico grave: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação.

Quintana *et al.* (1999) afirmam que é muito comum às mulheres com câncer de mama negarem a doença e as modificações corporais que ela acarreta, pela impossibilidade de se lidar com a angústia que o diagnóstico desperta.

"...Mas tu entendes como é que é o meu modo de pensar? Eu sei que era maligno porque deu nos exames, mas até hoje eu penso que não foi maligno, que foi benigno... Eu não penso que tive essa doença, eu no meu modo de pensar não tive... Não sinto nem falta do seio nem nada." (Jasmim)

A representação geral do câncer é de que este é incurável e está sempre associado à morte. Sontag (1984) considera o câncer uma doença metafórica, porque evoca significações de desordem, castigo e fatalidade. Esta visão vai influenciar negativamente a qualidade de vida do paciente, gerando angústia, sofrimento e interferindo nas suas relações.

Gimenez (1997) afirma que, logo depois de um diagnóstico de câncer, as mulheres se preocupam primordialmente com a questão da sobrevivência. Depois, passam a se preocupar com as habilidades necessárias para tolerar os tratamentos prescritos. Nesse ponto, as preocupações com a perda da feminilidade, mutilação e a vida sexual podem se tornar predominantes.

4.3.3. Relação médico-paciente

"Quando eu fui para o médico foi horrível, porque ele usou um termo assim bem grosso comigo, né? Ele disse que eu tava com câncer no seio e que eu tinha que arrancar o seio fora. Usou esse termo. Eu quis morrer na hora assim. Na hora eu fiquei muito indignada com ele, levantei e pedi meus exames tudo, quero ir-me embora e fui bem grossa com ele também...porque na hora tu leva até aquele baque." (Girassol)

"Aí ela fez o negócio do preventivo lá; ela disse que o seio não tinha nada, que era impressão minha, que eu tava imaginando coisa, foi isso que ela falou, né? Lá no INPS e eu disse: Não, não tô imaginando coisa...eu tô vendo, eu sei que tem isso aí porque tá me ardendo um pouquinho." (Hortênsia)

"O Dr. Rodrigo fez um desenho pra mim como é que era... esse negócio de desenhar é muito bom, porque às vezes a pessoa não tem noção das coisas, porque nunca teve um câncer e nunca teve explicação de outra pessoa e aí não faz idéia daquilo ali como é que é... o desenho é bom porque a pessoa já é do interior, já não sabe como é que é, daí eles falam que é câncer e a pessoa pensa que já vai se espalhar pro corpo, que já vai morrer. Eu acho assim, que tem tantos médicos que quando começam a consultar uma pessoa que tem câncer, eles devem explicar bem direitinho, fazer um desenho porque aí a pessoa entende melhor." (Hortênsia)

"Até que no dia que eu fiz, eu vi várias pessoas que fizeram, aí eu já sabia o que ia acontecer comigo, que eles iam talvez tirar o seio todo fora que ele já me explicou antes de operar, né? Porque se ele não me explicasse nada, aí como ele ia tirar o meu seio ficava mais ruim pra mim, né? Que eu ia botar a mão no lugar que tinha o seio e não tinha o seio e eu ia ficar desesperada. Mas só que ele me explicou antes, talvez vá acontecer de tirar o seio todo...então eu já esperava por aquilo." (Hortênsia)

Para criar uma boa ligação com o paciente, certas qualidades são exigidas: compaixão, boa acolhida, disponibilidade e presteza para dar informações. Assim, equipe de saúde pode atuar como promotora das forças interiores do paciente, incentivando a esperança e o desejo de viver.

Silva (1998) afirma que, muitas vezes, importa menos o remédio ou a técnica que são adotados e mais o amor, a estima e o interesse que o médico transmite ao paciente.

Siegel (1989) ressalta a importância de ouvir o paciente, perguntando a ele o que ele julga ter sido a causa da doença, o que ela representa para ele e como, na opinião dele, o mal deveria ser tratado, e de mantê-lo informado para que este participe do processo de tomada de decisões no seu tratamento. Isto mobiliza as atividades de autocura, já que o paciente é parte integrante e responsável na luta por sua recuperação. (Le Shan, 1992; Siegel, 1989)

"Eu faço tudo o que os médicos mandam fazer e eu digo assim: é o médico e Deus, né?" (Violeta)

A imagem do médico está associada, inconscientemente, à de representante de Deus na Terra, ele possui o poder sobre a vida e a morte de qualquer ser existente na face deste planeta. Frente a essa situação, o paciente adota uma postura bastante passiva e não participativa no seu processo de cura; ele delega ao médico toda a responsabilidade para restabelecer sua saúde. (Tatar, 2001)

"Olha, Dra. Erica, não quero que a senhora passe só para as minhas filhas e não passe para mim, quero que eu seja a primeira a saber de tudo, que eu vou encarar numa boa." (Jasmim)

Simonton *et al.* (1987) consideram a verdade sobre o diagnóstico de fundamental importância para ajudar o paciente a enfrentar a situação, mas este deve ser verbalizado de forma a manter a esperança do paciente em lutar pela vida. A paciente Jasmim demonstrou grande interesse pelo seu estado de saúde, numa atitude de responsabilizar-se pelo seu tratamento, participando de todas as decisões médicas.

4.3.4. Estigma

Algumas entrevistadas vivenciaram situações nas quais o câncer é visto como um estigma. O estigma associado ao câncer é muito forte. Geralmente o câncer é considerado uma sentença de morte pela sociedade em geral. Simonton *et al.* (1987) afirmam que este conjunto de expectativas em relação ao câncer é comunicado não só pelo parentes e amigos, mas muitas vezes pelos profissionais de saúde.

Os pacientes com câncer tornam-se extremamente susceptíveis a estas mensagens negativas, que podem contribuir para uma auto-imagem negativa, fato que pode comprometer o desenvolvimento da doença.

"O pessoal fala: meu Deus, câncer, é? Parece que tu já estás morta, que é uma doença que não tem caminho, que não tem solução, que tu vais morrer...Tipo assim, está no caminho da morte. Dá impressão que é assim, entende? Quando eles arregalam o olho e falam, dá impressão que a gente tá no caminho da morte e não tem mais solução. Não é fácil não. Eu acho que todas as doenças assim que nem o câncer, a AIDS, eles tem uma maneira de olhar pra gente e de agir como se fosse uma doença que não tivesse mais solução, não tivesse mais cura e a gente já estivesse morto. Não é como antes... Pode dar tireóide, diabetes, coração, não tem problema, mas o câncer e a AIDS são doenças assim marcadas, que eles marcam assim, não digo todas as pessoas, claro que não, mas tem gente que já mata a gente..." (Hortênsia)

"Eu não vejo futuro pra mim dentro de um relacionamento, porque nenhum homem pensa, mesmo que tenha 60 ou 65 anos, eles nunca pensam em ter uma companheira com um problema sendo uma mastectomizada... Acho que daqui pra frente eu vou ser sozinha."
(Azaléia)

4.3.5. Reconstrução mamária

"Agora o que eu quero mais é fazer o meu seio, pra me sentir bem e voltar à pessoa que eu era antes, né? Dá uma revolta quando a gente se olha no espelho, por causa disso que eu queria fazer outro seio. Pra quando eu olhar no espelho eu ver um seio, né? Eu sei que eu vou me sentir melhor, porque tem uma senhora lá que tirou o seio mas fez outro, né? Ela disse que é a parte mais bonita do corpo que ela tem. Parece que ela não teve essa doença, saiu da cabeça dela." (Hortênsia)

"O que eu mais quero é fazer a reconstrução do seio. Eu vou fazer a reconstrução e vou ficar bonitinha de novo..." (Rosa)

Camargo e Marx (2000) apresentam a reconstrução mamária como uma alternativa para restabelecer a imagem corporal e melhorar a auto-imagem da mulher, já que a mastectomia é uma cirurgia mutiladora de um órgão que simboliza a feminilidade, sexualidade e a maternidade. Para algumas pacientes, a idéia da reconstrução também parece estar associada ao esquecimento do sofrimento do câncer. Elvira (2001), deputada do PMDB, enviou para a Comissão de Constituição e Justiça um projeto de lei que obriga o SUS (Sistema Único de Saúde) a realizar a cirurgia de reconstrução mamária. Antes o SUS não realizava esta cirurgia por considerá-la simplesmente estética, desconsiderando-se o abalo psicológico sofrido pela paciente mastectomizada.

4.3.6. A família

O diagnóstico de câncer altera toda a dinâmica familiar, pois todos os membros são afetados pelo impacto do diagnóstico. A família atribui significados simbólicos à doença revestidos por uma interpretação metafórica. Esses significados podem ser construídos pelas

experiências anteriores da família com o câncer e por suas representações de câncer, criando uma nova realidade que vai justificar uma série de ações desta família. (Sontag, 1984)

"Ele (o marido) nunca vinha comigo pra consultar, eu sempre vinha sozinha... Eu me sentia assim, como eu já tava acostumada que ele não vinha junto, mas eu achava assim que uma pessoa tem que mudar pra melhor sempre. Poxa, eu disse pra ele... E ele dizia: é, mas o trabalho... O trabalho dele nada tira, em primeiro lugar o trabalho dele. Pode até morrer alguém. Então eu vim sozinha, aí então foi difícil porque eu estava sozinha... Aí quando eu contei pra ele que estava com câncer, que ele chegou, o meu marido, ele começou a me xingar, falava tanto nome feio..." (Rosa)

Bielemann (1997) afirma que a família do paciente com câncer convive com sentimentos diversos que vão desde atitudes de superproteção e hostilidade até demonstrações extremas de amor, preocupação e culpa. Todas as reações iniciais que a paciente passa ao receber seu diagnóstico de câncer também acometem à família.

"Lá em casa ninguém tocava nesta palavra (câncer). Nós sempre usávamos outros nomes." (Girassol)

Pinotti e Paiva (1998) afirmam que câncer, geralmente, não é uma palavra dita abertamente. Na presença do paciente, geralmente os familiares se comportam de maneira cautelosa, substituindo a palavra câncer por outras.

O papel da mulher, de mãe e cuidadora do lar, do marido e dos filhos, é revisto e algumas vezes ela passa a uma posição de dependência. Le Shan (1992) afirma que muitas vezes o paciente é infantilizado e o controle por sua vida é assumido pelos familiares e pela equipe de saúde. Esta atitude pode ser prejudicial ao paciente, pois assim este não participa ativamente de seu tratamento, passando a responsabilidade para o outro. Isso evita uma reflexão mais profunda sobre o significado da doença. Silva (1998) afirma que a atenção da família pode ser um ganho secundário da doença, já que algumas vezes a doença tem destinatário e oculta um pedido de atenção.

Le Shan (1992) e Simonton *et al.* (1987) ressaltam a importância da família na recuperação do paciente, no crescimento e fortalecimento do paciente. Também enfatizam que a doença pode promover o crescimento de todos os membros da família. Rodrigues *et al.* (1998) ressaltam a importância do apoio da família para a recuperação da mulher, que ajuda a criar um sentimento de controle e esperança, já que, junto com a família, a mulher pode mapear o futuro, preparando estratégias para enfrentar os possíveis acontecimentos. Acrescentam que o processo de reabilitação da mulher mastectomizada é positivamente influenciado pela qualidade do relacionamento conjugal e a participação do marido nas etapas do tratamento.

4.3.7. Busca de ajuda

4.3.7.1. Ajuda de Deus

"Eu pedi a Deus que mais do que nunca me apoiasse, me amparasse, que me desse paciência e calma" (Rosa)

"Eu tenho muita fé com a Nossa Senhora Aparecida. Antes de fazer a cirurgia eu fiz pedido pra ela e foi aceito, né?" (Jasmim)

"E a gente se apegava à Deus, né, minha filha? Fui à Madre Paulina, fiz promessa... eu sempre vou na Madre Paulina, eu tenho muita fé nela, sabes?" (Girassol)

Camargo e Marx (2000) afirmam que um retorno súbito à religiosidade pode representar um modo de barganha do espírito sobre o corpo, a fim de buscar a cura. No entanto, os sentimentos de confiança e amparo podem ser muito benéficos para o apoio das pacientes.

4.3.7.2. Ajuda das amigas

"É muito bom porque a gente fica sabendo de tudo que está acontecendo, né? Da nossa doença... A gente senta, uma passa tudo pra outra. Tem aquelas que já têm bastante tempo, aí vai dando força pra gente... É ótimo. Tem aquelas que chegam tristes, mais medrosas e a gente dá força..."(Violeta)

Rodrigues *et al.* (1998) afirmam que as mulheres mastectomizadas necessitam compartilhar suas experiências comuns, o que abre possibilidades de reflexão sobre fatos semelhantes vivenciados. Este fato é simbolizado através de comparações, que propiciam ajuda para o autoconhecimento. O contato com pessoas que vivenciaram a mesma situação é um elemento facilitador da aceitação da condição de mastectomizada e na compreensão dos problemas existentes.

4.3.8. Objetivos

"Eu tenho meus objetivos de vida. Eu digo: puxa, a gente tem que progredir, a gente tem que ter seu objetivo de vida pra viver!"(Rosa)

Le Shan (1992), Siegel (1989) e Simonton *et al.* (1987) afirmam que os objetivos são elementos fundamentais na recuperação e qualidade de vida do paciente. Para Simonton *et al.* (1987), estabelecer objetivos ajuda o paciente a focalizar sua atenção e seus esforços para continuarem a viver, restabelecendo sua ligação com a vida. Assim, estabelecer objetivos prepara a pessoa, mental e emocionalmente, para assumir o compromisso de recuperar a saúde; expressa a confiança na capacidade de atingir objetivos e coloca o paciente em uma posição de responsabilidade em relação à própria vida, contribuindo para uma auto-imagem positiva.

4.3.9. Mudanças

"Olha, eu acho até que foi bom. Tem hora que eu penso assim, que foi até bom porque eu mudei tudo, tudo na minha vida. Tinha que acontecer alguma coisa pra mudar aquela minha vida. E aconteceu isso, né? Então eu acho que foi bom, valeu...Porque eu sou outra pessoa, pra melhor. Tem coisas que a gente tem que mudar mas a gente não enxerga, sei lá..." (Violeta)

"Ai, passei a valorizar muito mais a vida. As loucuras que a gente faz, excesso de trabalho... modifica bastante. Agora eu digo que eu tenho uma nova vida. Então, o modo de trabalhar, por causa da mão e do braço, modifiquei bastante..." (Rosa)

"Eu sou mais compreensiva agora, converso com pessoas que antes eu não conversava... A gente nunca parava pra dizer que amava, abraçar, agora eu faço e antes eu não fazia..." (Violeta)

"Eu tô vendo que eu tenho que viver dia a dia. Então eu penso isso, eu penso que eu tenho que aproveitar tudo, que eu tenho que aproveitar agora e não deixar pro outro dia. Que a gente deixa muito pro outro dia e a gente não sabe o que vai acontecer amanhã..." (Azaléa)

Em geral, a doença geralmente gera medo e ansiedade. No entanto, se a capacidade natural de aprendizado e evolução for estimulada, a experiência torna-se uma oportunidade para reavaliar valores e prioridades.

Remen (1993) enfatiza a importância de se aprender através da experiência passada. Assim, os períodos de crise, como as doenças, são particularmente ricos de potencial. As pessoas geralmente procuram o sistema de saúde apenas para eliminar a crise, solucionar o problema e anestesiá-la sem, no entanto, tentar compreender o que deu origem à doença e aprender com ela. A doença pode levar ao questionamento de valores, prioridades e maneiras de ser. Deve ser vista não como o verdadeiro problema, mas como resultado de uma série de

fatores e escolhas que resultaram na doença. Assim, por vezes a doença é uma oportunidade para se começar a viver de forma mais consciente.

CAPÍTULO V CONCLUSÕES

Segundo a percepção da equipe de saúde, trabalhar com pacientes com câncer de mama implica em uma carga mental pesada, pela convivência com a dor, o sofrimento e às vezes até a morte das pacientes, que são questões geradoras de ansiedade e estresse.

Algumas medidas podem ser tomadas para que o trabalhador tenha a carga mental diminuída e tenha mais satisfação com seu trabalho.

Sugere-se que a equipe de saúde tenha um acompanhamento psicológico individual e em grupo, na forma de grupos de reflexões para discutir as ansiedades e angústias que o paciente oncológico desperta, já que o câncer, como doença metafórica, traz um simbolismo muito forte. Questões como a morte e a necessidade de enfrentar a própria finitude, as questões da existência e significado da vida, bem como as angústias do sujeito em sua profissão, como as exigências e frustrações, são difíceis de lidar e podem acarretar em estresse e insatisfação com o trabalho.

Assim, é importante que o profissional cultive uma percepção positiva sobre o seu trabalho, o que vai influenciar em sua conduta e suas emoções, tornando o trabalho uma fonte de prazer e realização pessoal.

Maturana (1999) ressalta a importância das emoções em nossas vidas - afirma que todos os nossos atos são baseados em emoções, que as nossas emoções vão influenciar toda a nossa visão de realidade e, conseqüentemente, os nossos atos. Para o autor, a emoção mais importante e criadora é o amor, que deve ser estimulado em todas as relações.

O profissional de saúde deve educar-se para o sentimento, para o conhecer-se e conhecer o paciente, sua cultura, sua história, suas angústias e seus anseios, ampliando seu olhar de fisioterapeuta não somente para o corpo, mas também para a história de vida do paciente, escrita no corpo e na alma. É importante realmente olhar, respeitar, amar e aprender com o paciente.

Do mesmo modo, uma qualidade indispensável ao bom exercício da profissão é a auto-estima, que gera uma percepção positiva sobre si e sobre o trabalho.

É importante que o profissional sempre esteja atento às suas necessidades, refletindo e cuidando de si mesmo, em seus aspectos físico, mental, emocional e espiritual. Isso pode incluir medidas que vão desde um programa de exercícios físicos até o auto-questionamento e auto-exame, medidas que conduzem ao crescimento espiritual.

Os profissionais também devem ser incentivados a procurar atividades que lhes tragam satisfação no período em que não estão trabalhando.

A formação universitária também deve ser repensada, conduzida a um enfoque mais humanista e holístico, a fim de que o profissional possa enxergar o paciente em sua totalidade, como responsável por sua saúde e como parceiro terapêutico, além de aprender a lidar com os sentimentos que o exercício da profissão desperta.

O paradigma de saúde que coloca o profissional de saúde como total responsável pela saúde do paciente gera uma grande carga mental no trabalho. Assim, a responsabilidade sobre o tratamento precisa ser dividida com o paciente, que deve sempre ser informado sobre todos os passos do tratamento e fazer parte ativa dele.

As emoções dos profissionais podem ser compartilhadas com os pacientes. As relações estabelecidas conduzem ao aprendizado e ao crescimento, à formação de novas crenças, processo que pode mudar as emoções, propiciando uma nova visão e a manifestação do amor. As relações permitem que o indivíduo entre em contato com suas crenças através de outros olhos, uma observação diferente baseada na história de vida do outro e esta troca de experiências propicia uma consciência crítica e a criação de novos pensamentos, novas emoções e novas realidades.

Assim, se bem aproveitada, a crise que trabalhar com pacientes com câncer proporciona pode servir para o crescimento pessoal e profissional, modificando o trabalhador de forma positiva. Desta forma, o trabalho pode ser uma fonte de equilíbrio, satisfação e prazer, conduzindo à realização pessoal.

As pacientes representam sua história de vida como insatisfatória, com decepções e uma longa história de desesperança. Aqui, a insatisfação aparece quase sempre relacionada aos seus relacionamentos conjugais, fato este reportado na literatura como um fator que pode levar ao desencadeamento do câncer. Nota-se que, por fatores diversos como crenças, a educação que receberam, o medo e a dependência financeira estas mulheres se colocaram em uma posição de conformismo com a vida que levavam gerando, conseqüentemente, um sentimento de desesperança.

A vivência do câncer de mama, em geral, fez com que começassem a questionar a realidade em que viviam e a enxergar novas possibilidades, propiciou o olhar para si, para as suas necessidades e a possibilidade do resgate do contato consigo mesmo e da sabedoria interior.

Por seus relatos, nota-se em geral que a experiência do câncer modificou totalmente as vidas das pacientes, desde a dinâmica familiar e das relações até os valores e percepções sobre a vida.

Assim, a doença pode ser vista como uma oportunidade de crescimento e autodesenvolvimento. Certas medidas podem ser tomadas pela mulher para auxiliar neste processo, como uma reflexão profunda e o auto-questionamento. Como cada paciente é única e cada doença tem a sua história particular, é importante que a mulher procure, através de uma reflexão profunda, respostas e atitudes que lhe propiciem um crescimento. De um modo geral, percebe-se que quando a mulher encontra seu significado e sua importância no mundo e decide lutar por sua vida e por sua realização pessoal, o sistema imunológico é mobilizado para a recuperação da doença. Assim, o profissional de saúde pode conduzir o paciente a uma reflexão, através de questionamentos, que conduzam ao auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal. É importante que o profissional enxergue as potencialidades latentes em cada paciente, que descubra, junto do paciente, o que este gosta de fazer e como se sente importante, que resgate seu sentimento de auto-estima e de significado. Isso vai contribuir para a qualidade de vida da paciente.

O profissional também pode aprender com este processo de crescimento da paciente, podendo aplicar as mesmas técnicas de auto-questionamento para o seu crescimento pessoal e profissional, ampliando as dimensões de seu trabalho a um âmbito holístico, cuidando de sua paciente como um ser inteiro e resgatando sua capacidade de ser, estar, criar, sonhar e realizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELO, J. O seu poder de curar - um guia prático e pormenorizado para canalizar as energias de cura. São Paulo: Cultrix, 1994.

ARÁN, M.R.; ZAHAR, S.; DELGADO, P.G.G.; SOUZA, C.M.; CABRAL, C.P.S.; VIEGAS, M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45(11): 633-639, 1996.

BECK, C.L.C. Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho. Florianópolis: UFSC, 2000. Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem.

BIELEMANN, V.L.M. O ser com câncer: uma experiência em família. Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação de Mestrado em Assistência em Enfermagem.

BRANDÃO, M.L. Psicofisiologia. São Paulo: Atheneu, 1995.

CAETANO, D.; CAETANO, S.C.; KRÄMER, M.H. Psiconeuroimunoendocrinologia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48(7): 307-314, 1999.

CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. Reabilitação no câncer de mama. São Paulo: Roca, 2000.

- CALIRI, M.H.L.; ALMEIDA, A.M.; SILVA, C.A. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. Revista Brasileira de Cancerologia: 44(3): 239-247, 1998.
- CARVALHO, M.M.M.J. Introdução à Psiconcologia . São Paulo: Psy, 1994.
- CERCHIARI, E.A.N. Psicossomática - um estudo histórico e epistemológico. Psicologia Ciência e Profissão: 20(4): 64-79, 2000.
- CHOPRA, D. Conexão saúde - como ativar as energias positivas do seu organismo e ter saúde perfeita. São Paulo: Best Seller, 1987.
- CHOPRA, D. A Cura Quântica - o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral São Paulo: Best Seller, 1989. 24. ed.
- CODO, W.; SAMPAIO; J.J.C.; HITOMI, A.H. Indivíduo: trabalho e sofrimento - uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994. 2. ed.
- DEITOS, T.F.H. & GASPARY, J.F.P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. Revista Brasileira de Cancerologia: 43(2): 117-125, 1997.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992. 5. ed.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C.; BERTIOL, M.I.S. Psicodinâmica do trabalho - contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
- DETHLEFSEN, T. & DAHLKE, R. A doença como caminho - uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. São Paulo: Cultrix, 1983.

DOMAR, A.D. & DREHER, H. Equilíbrio mente/corpo na mulher - uma abordagem holística para administrar o estresse e assumir o controle de sua vida. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 2. ed.

ELVIRA, M. Reparação da mama tem primeira vitória.

In: <http://www.cancerdemama.org.br/mama9.htm>, Acesso em 11/05/2001.

FERGUSON, M. A conspiração aquariana. Rio de Janeiro: Recorde, 1980.

FERREIRA, N.M.L.A. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. Revista Brasileira de Cancerologia: 42(3): 161-170, 1996.

FIALHO, F.A.P. & SANTOS, N. Manual de Análise Ergonômica do Trabalho. Curitiba: Genesis, 1997. 2. ed.

FIALHO, A.V.M. & SILVA, R.M. Mastectomia e suas repercussões. Revista Brasileira de Enfermagem 46(3/4):266-270, 1993.

GAIARSA, J.A. O que é corpo. São Paulo: Brasiliense, 1994. 6. ed.

GAIARSA, J.A. Respiração e Circulação. Brasiliense: São Paulo, 1987. 2. ed.

GERBER, R. Medicina Vibracional - uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 1988.

GIMENEZ, M.G.G. A Mulher e o câncer. São Paulo: Psy, 1997.

GOLEMAN, D. A arte da meditação. Rio de Janeiro: Sextante, 1999. 3. ed.

GOLEMAN, D. Inteligência Emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOLEMAN, D. & GURIN, J. Equilíbrio mente corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

- GRAHAM, H. Imaginação e saúde - como usar a criação orientada de imagens para a cura de si mesmo e para o desenvolvimento pessoal São Paulo: Cultrix, 1995.
- HARRISON. Medicina Interna. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1994. 13. ed. Vol II.
- HAY, L.L. Cure seu corpo. São Paulo: Best Seller, 1995.
- HAY, L.L. Meditações para a saúde do corpo e da mente. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- HAY, L.L. O despertar da nova mulher - guia para uma vida plena de realizações. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
- JOHNSON, R.A. Magia Interior - como dominar o lado sombrio da psique. São Paulo: Mercuryo, 1996.
- JÚNIOR, A.G.C.; PEDROSO, J.S.; AFFONSO, J.L.; COIMBRA, M.J.; CERQUEIRA, M.M.; MICHALICK, M.F.; BORGES, S.O.; POLLO, T.C.; OLIVEIRA, V.H.F.; SOUZA, F.P. Reações autonômicas e hormonais das alterações psicossomáticas. In: <http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/monografia5/cap5.html>, Acesso em 18/05/2001.
- KESTEMBERG, C.C.F. et al. Situações de vida e morte: uma questão reflexiva. Revista Brasileira de Enfermagem. 45(4): 259-265, out/dez 1992.
- KISNER, C; COLBY L.A. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnica. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2000. Revista Brasileira de Cancerologia: 42(2): 135-136, 2000.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer - o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

- LE SHAN, L. O câncer como ponto de mutação - um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus, 1992.
- LOPES, E.R.; REBELO, M.S.; ABIB, A.R.; ABREU, E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. *Revista Brasileira de Cancerologia*: 42(2): 105-116, 1996.
- MAIA, P.R.D. A qualidade de vida de uma equipe de saúde no atendimento a pessoas com AIDS - ressignificando a subjetividade nas interações. Florianópolis, 1999. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas, UFSC.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia - fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC/Moraes, 1989.
- MATURANA, H.R. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- MELLO FILHO, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.
- MIRANDA, C.F. & MIRANDA, M.L. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte: Crescer, 1996.
- MONTAGU, A. Tocar - o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988. 3º ed.
- MOREIRA, M.S. Mecanismos psicoimunológicos do crescimento tumoral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: 47(11):567-583, 1998.
- OLIVEIRA, H et al. Conceitos de saúde numa visão energética. In:
<http://www.nenossolar.com.br/doen/doenvisao.html>, Acesso em 18/05/2001a.

- OLIVEIRA, H et al. A cura quântica. In: <http://www.nenossolar.com.br/artigos/quantica.html>, Acesso em 18/05/2001b.
- OLIVIERI, D.P. O "ser doente" - dimensão humana na formação do profissional de saúde". São Paulo: Moraes, 1985.
- PATTON, M.Q. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park CA: Sage Publications, 1990.
- PINOTTI, J.A. Compêndio de Mastologia. São Paulo: Manole, 1991.
- PINOTTI, H.W.; PAIVA, L.E. Câncer: algumas considerações sobre a doença e o adoecer psicológico. Acta Oncológica Brasileira, v. 8, n. 3, p. 125-132, set/dez 1998.
- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1994. 3. ed.
- PONCE, G.R. A Reabilitação na Paciente Mastectomizada com Alterações de Cintura Escapular e Tronco. Revista Fisioterapia em Movimento, vol IX, nº 1. Abr-set 1996.
- POTTER, J.F. Como aumentar suas chances contra o câncer. São Paulo: Madras, 1999.
- QUINTANA, A.M.; SANTOS, L.H.R.; RUSSOWSKY, I.L.T.; WOLFF, L.R. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia: 45(4): 45-52, 1999.
- RAMOS, D.G. A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.
- RAMOS, M.B.B. Psicossomática contemporânea: um novo paradigma. In: <http://www.existencialismo.org.br/jornalexistencial/psicossomatica.html>, Acesso em 18/05/2001.

- RADÜNZ, V. Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Florianópolis, 1999. Tese de Doutorado em Enfermagem, UFSC.
- REGAN, G. & SHAPIRO, D. O manual da cura pela imposição das mãos. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. 3. ed.
- REMEN, R.N. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993.
- ROBBINS, S.L. Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 5. ed.
- RODRIGUES, D.P.; MELO, E.M.; SILVA, R.M.; MAMEDE, M.V. O suporte social para atender as necessidades das mulheres mastectomizadas. Revista Brasileira de Cancerologia: 44(3): 231-238, 1998.
- SABBATINI, R.M.E. Mente e doença. In: <http://www.epub.org.br/cm/n12/doencas/mente-doenca.htm>, Acesso em 15/05/2001.
- SCHOTT, B. Sair-se bem, mesmo quando tudo vai mal. São Paulo: Cultrix, 1994.
- SCLIAR, M. Do mágico ao social - a trajetória da saúde pública. São Paulo: L&PM, 1987.
- SELYE, H. Stress- A Tensão da Vida. São Paulo: Ibrasa, 1959.
- SHEALY, C.N. & MYSS, C.M. Medicina Intuitiva - reações emocionais, psicológicas e espirituais que propiciam a saúde e a cura. São Paulo: Cultrix, 1993.
- SCHULZ, M.L. Despertando a intuição - usando a sintonia entre mente e corpo para o entendimento e a cura. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.
- SIEGEL, B.S. Amor, medicina e milagres - a cura espontânea de doentes graves, segundo a experiência de um famoso cirurgião norte-americano. São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, J. Expectativas, necessidades e valores: referência para a assistência humanizada ao cliente oncológico. Florianópolis, 1999. Mestrado em Assistência de Enfermagem, UFSC.

SILVA, M.A.D. Quem ama não adoce - o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. São Paulo: Best Seller, 1998.

SIMONTON, O.C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. Com a vida de novo - uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.

SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUSA, W. & VILLARES, M.R.S. Crise com sabedoria - transformando a crise pessoal em oportunidade de crescimento. São Paulo: Cultrix, 1994.

STEINER, C. & PERRY, P. Educação emocional - um programa personalizado para desenvolver sua inteligência emocional Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

TATAR, M. Saúde ao alcance de todos. In: <http://www.nenossolar.com.br/doen/alcance.html>, Acesso em 16/05/2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciência sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

VALCAPELLI & GASPARETTO, L.A. Metafísica da saúde - vol 1. São Paulo: Vida e Consciência, 2000.

VARELA, H. In: GOLEMAN, D. Emoções que curam - conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

ANEXOS

ANEXO I- QUESTIONÁRIO

1. Como foi para você trabalhar com pacientes de câncer de mama? Foi fácil ou difícil? Por que?
2. Como você se sentia em relação à aparência física da paciente (pela mastectomia)?
3. Você acha que existe alguma relação entre o câncer de mama e a história de vida das pacientes (fatores emocionais) ou não?
4. As pacientes costumavam contar seus problemas para você? Como era lidar com isso?
5. Você considerava seu trabalho estressante ou não? Por que?
6. O trabalho com as pacientes com câncer de mama afetou, de alguma maneira, a sua vida, ou mudou seu jeito de "olhar as coisas"?
7. O que você considera importante (para a paciente) no seu tratamento para uma boa evolução/ recuperação?

8. O que você considera importante para que o profissional possa desenvolver um bom trabalho?
9. Como você acha que a Fisioterapia pode contribuir para o tratamento das pacientes com câncer de mama?

ANEXO II - ENTREVISTA (PACIENTES)

1. Observando sua vida inteira, a partir do seu ponto de vista atual, como você a descreveria?
2. Ao olhar para a sua vida, quais foram os momentos em que você foi mais autêntica, mais você mesma, em que teve mais prazer?
3. Qual a lição que você acha que a sua vida quis lhe ensinar? O que você aprendeu de importante com a sua vida até agora?
4. Como foi a descoberta da doença? Como você descobriu e quais foram os seus sentimentos?
5. Que valores, hábitos ou atitudes você adotou ou modificou depois da descoberta da doença? O que mudou na sua vida? O que você aprendeu?
6. Como você se sente a respeito do que está lhe acontecendo?
7. Qual é a coisa dentro de si que você tem mais medo de experimentar, de pensar, de sentir?

8. Durante a nossa vida, tentamos conseguir algumas coisa, fazer alguma coisa. O que você tem tentado fazer depois da cirurgia? Você tem algum objetivo, alguma meta? O que é importante para você?
9. O que você poderia fazer para tornar sua vida mais completa e prazerosa?
10. E a sua relação com a sua família? Você costuma proteger muito os seus familiares? Como eles se sentem em relação a isto?
11. Se você pudesse modificar alguma coisa em sua vida, o que seria?