

Câncer de Mama: uma Perspectiva Sistêmica

Ana Cristina Bechara Barros Fróes Garcia¹

Resumo

Este artigo apresenta minha experiência, como psicóloga voluntária em uma associação voltada ao apoio psicossocial de mulheres acometidas pelo câncer de mama - ADAMA (Associação dos Amigos da Mama de Niterói - RJ). Com base em observações, entrevistas e reuniões em grupo, desde 2004, foi possível constatar a importância do grupo de apoio na vida das mulheres após o diagnóstico do câncer de mama. Tal vivência aliada à teoria sistêmica ampliou minha visão do sintoma, no caso, o câncer de mama visto a partir de então como caminho de transformação. Além disso, o estudo apontou para a importância do sistema familiar e do entorno social (sistema social) na vida dessas mulheres após o diagnóstico.

Palavras-chave: câncer de mama; grupo de apoio; perspectiva sistêmica; relações familiares e sociais.

Breast Cancer: a Systemic Perspective

Abstract

This article represents my experience as a volunteer psychologist in an association focused on the psycho-social support of women suffering from breast cancer at ADAMA (Breast Friends Association from Niterói - RJ). Based on observations, interviews and group meetings, since 2004, it has been possible to assure the importance of the support group in women's life after the breast cancer diagnosis. Such experience along with systemic theory widened my vision of the symptom, regarding, the breast cancer as a way of transformation. Besides that, the study lightened the importance of the family system and the social system of these women's life after the diagnosis.

Keywords: breast cancer; support group; systemic perspective; social and familiar relationships.

Introdução

Ao longo da minha caminhada pessoal e profissional fui atraída por estudos sobre indivíduos, famílias e grupos sociais que conseguem passar por adversidades e sair delas fortalecidos. Como se aprende com os obstáculos? São os desafios passíveis de transformações significativas, transformando perdas em ganhos?

¹ Psicóloga, Terapeuta de Família, Mestre em Política Social – Escola de Serviço Social (UFF); Especialista em Teoria e Prática Junguiana; Professora do curso de Psicologia da UNESA (Niterói-RJ); Professora colaboradora do CAAPSY – Centro de Atendimento e Aperfeiçoamento em Psicologia (Niterói-RJ); membro da Comissão de Comunicação da ATF-RJ (2008-2012). E-mail: cristinabfroes@hotmail.com

A partir dos estudos de gênero e do encontro com a médica mastologista fundadora da – Associação dos Amigos da Mama de Niterói - ADAMA - um grupo de apoio a mulheres acometidas pelo câncer de mama - inicio não só minha experiência como psicóloga voluntária, mas também uma pesquisa com o objetivo de observar e analisar transformações nos âmbitos pessoal, familiar e social na vida das mulheres associadas assíduas desse grupo, a partir do diagnóstico do câncer de mama. Com base em observações, entrevistas e reuniões em grupo, desde 2004, foi constatado a importância do grupo de apoio na vida delas.

As dúvidas e questionamentos se ampliaram na impossibilidade de uma estratégia de intervenção junto às famílias das participantes. Vários constructos teóricos embasaram este processo de observação e análise, tais como: resiliência (Walsh, 2005), individualização (Jung, 1984, 2008) e empoderamento² (Vasconcelos, 2003). Porém, a visão sistêmica foi decisiva para a ampliação da compreensão do sintoma e da função deste na vivência do indivíduo e da família. As células cancerígenas alteram a homeostase do sistema biológico, tal como, alteram o corpo, a homeostase familiar, as relações familiares, sociais e da comunidade em geral.

Frente ao primeiro momento da revelação diagnóstica – “Você está com câncer de mama”, é primordial dirigir-se ao sintoma interrogando – A que isto serve? Qual o significado e a função deste sintoma na minha vida? E na vida da minha família?

Pode-se então, a partir dessa tomada de consciência, ampliar e ativar novos recursos advindos dos fenômenos de resiliência e empoderamento rumo ao processo de individualização. Tal processo visa à totalidade do indivíduo em sua vivência intrapsíquica (corpo/mente) com suas relações extrapsíquicas (o indivíduo e seu entorno).

Mergulho no desconhecido

No simples toque do corpo, o lampejo de um pesadelo. “Estarei com aquela doença? Precisaré tirar os seios? Vou morrer? Como vão ficar meus filhos, meu marido, minha família?” Estes são os principais temores da mulher nos dias atuais, ao descobrir algo diferente nas mamas. O terror que se instala vira qualquer uma de cabeça para baixo, antes mesmo de saber o resultado do exame que comprovará ou não o diagnóstico do câncer de mama.

Infelizmente, tal experiência é vivida por milhares de mulheres todos os anos. O Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2010, estimou 49.240 novos casos da doença. O Sudeste é a região com maior incidência, com um risco estimado de 65 novos casos para cada grupo de 100 mil mulheres. Diante desta realidade, um problema de saúde pública, e dos impactos pessoais e sociais na vida dessas mulheres e de seus familiares, se torna fundamental o papel social do terapeuta de família.

² A palavra *empoderamento* não existe na língua portuguesa, vem de *empowerment*, de origem anglo-saxônica. Assim como alguns autores, utilizo este termo como uma possível tradução. Já o verbo *empower* pode ser facilmente traduzido como autorizar, habilitar ou permitir, o que remete à ideia de possibilidade de capacitação e autonomia.

Foi o grego Hipócrates (460-370 a. C.), o pai da medicina, quem cunhou a palavra *câncer*. Ele usou os termos *carcinos* e *carcinoma* para descrever certos tipos de tumores. Em grego, quer dizer *caranguejo*, pelo aspecto do tumor – as projeções e vasos sanguíneos ao seu redor fazem lembrar as patas do crustáceo.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil (cerca de 11.000 mortes em 2010), muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, na maioria dos casos em mulheres, pois acomete menos de um por cento da população masculina. A faixa etária de maior incidência é a compreendida entre 40 e 55 anos (apesar de um aumento considerável nas mulheres mais jovens), quando outros fatores estão em jogo, tais como papéis sociais e sexuais, climatério, etc.

Esta patologia exige um profundo e sério conhecimento tanto em relação à doença como ao aspecto do feminino. Ela ocorre numa pessoa como um todo e não em um órgão isolado, neste caso, a mama. É grande a necessidade de a mulher, após um diagnóstico de câncer de mama, buscar informações a respeito do que fazer antes, durante e após o tratamento, além do apoio dos familiares, amigos e profissionais.

Numa revisão da literatura a respeito do assunto, publicada no artigo de Miranda (2000) na Revista Brasileira de Mastologia, podemos ver que o câncer de mama é estudado em seu aspecto biopsicossocial desde Galeno (século II), que já informava que as mulheres melancólicas são mais propensas a contrair câncer no seio do que as mulheres sanguíneas. Gendron, em 1701, elabora um tratado sobre a natureza e causas do câncer, citando a influência das desventuras da vida que trazem problemas e infelicidades. Sir Astley Cooper, médico inglês, escreveu em 1845 que a tristeza e a ansiedade estão entre as causas mais frequentes de câncer no seio. Wilhelm Reich definiu o câncer como uma doença que se segue a uma submissão emocional, um encolhimento bioenergético, uma desistência da esperança. Ainda Greer H.S (1976), relatou que as mulheres com câncer tinham dificuldade para manifestar emoções, principalmente, ira e ódio, e em alguns casos essa repressão, datava de até cinco anos antes do aparecimento da doença.

De fato, LeShan (1992) em seu livro, assinala alguns acontecimentos que ocorrem antes do início da doença como a perda de uma relação significativa, a incapacidade de expressar sentimentos hostis, importante tensão em relação à uma figura parental, e sentimentos de desamparo e desesperança. Mostra também que novas atitudes e comportamentos mais saudáveis modificam valores, em conjunto com o tratamento médico e apoio psicossocial. Porém, a Terapia Familiar desloca o sintoma para a metáfora da família – o seio – núcleo nutriz do sistema familiar.

Entendendo a sociedade como um conjunto de posições sociais, os seios são representantes do feminino nas suas funções: nutriz, erótica e estética. As mulheres, após um diagnóstico de câncer de mama, são levadas a traumas de natureza física, social e emocional. Nesse sentido, um dos aspectos que mais chama a atenção é o estigma acerca da cirurgia, muitas vezes, mutiladora e a questão do corpo como um todo.

No final do século XIX, o médico-cirurgião Hasteld descreveu e publicou os resultados de uma técnica inovadora de remoção cirúrgica que representaria a *cura* para o câncer de mama. Esta técnica é denominada mastectomia radical. A mastectomia é o procedimento mais frequente para enfrentar o câncer de mama e, por seu caráter radical, pode trazer graves repercussões de ordem física, emocional e social. A mutilação física e psicológica decorrente da doença cria, para as mulheres mastectomizadas, dificuldades no âmbito familiar e social, originando questionamentos sobre suas vidas, principalmente relacionados à imagem corporal. Segundo Barbosa (1989, In Ferreira & Mamede, 2003), “a amputação de qualquer parte externa ou mesmo interna do corpo é traumática, podendo produzir mudança radical na aparência, e assim, a autoimagem corporal pode ser ajustada a essa nova situação” (p. 300).

Externamente, os impactos de uma intervenção como a mastectomia são mais facilmente explicados até porque são mais visíveis, mas, por outro lado, não podemos deixar de levar em conta as implicações internas. Além da sexualidade e dos conceitos de imagem, as representações sociais acerca dos seios compõem todo um sistema de símbolos que acabam por reger os códigos relacionais adotados pelos indivíduos no meio social.

Mesmo com o desenvolvimento dos tratamentos e das cirurgias de reconstrução mamária, o câncer de mama ainda está relacionado à morte e à perda da capacidade do corpo feminino de atrair o companheiro, o que produz nas mulheres que passam ou passaram pela doença, e nos seus familiares, constrangimentos e sentimentos de medo, culpa e vergonha, que reforçam o silêncio e o segredo na esfera privada.

Os tratamentos longos comprometem a autoimagem corporal, contrariam as representações do corpo feminino sadio e sedutor propiciam um rebaixamento da energia vital e a possibilidade de uma depressão – vivência profunda da dor. E esta dor é espriada na família.

Nesse momento de grande fragilidade, essas mulheres enfrentam uma árdua aprendizagem: aprendem a olhar-se novamente no espelho e reconhecer o novo corpo, agora ‘mutilado’. Criam novas alternativas de lazer, de trabalho e relacionamento com a família. Isto coloca em cena novas exigências quanto à atenção e aos cuidados as mulheres mastectomizadas.

Estrutura funcional da ADAMA

No primeiro contato com o grupo na ADAMA (2002), deparei-me, ao contrário do que imaginei, com pessoas animadas e muito ativas. Nessas reuniões, as participantes se informavam sobre temas variados, relacionados à alteração corporal e suas repercussões. Cada vez mais, os temas relacionados à doença e suas representações sociais negativas eram compartilhados no grupo por meio da troca de experiências comuns.

No princípio, o grupo contava apenas com o apoio de poucas mastectomizadas em encontros semanais, em consonância com a direção da Policlínica Malu Sampaio, órgão da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Em agosto de 1996, o grupo transformou-se oficialmente na ADAMA, uma associação sem fins lucrativos, com sua diretoria composta por mulheres que passaram pelo câncer de mama.

Atualmente (2011), a ADAMA tem aproximadamente 500 associadas cadastradas e conta com uma equipe que trabalha em regime de voluntariado: a médica mastologista (fundadora), a presidente e diretoria (composta pelas associadas), dois secretários, três psicólogas, três fisioterapeutas, e uma advogada. As reuniões são caracterizadas pelo apoio psicossocial com a finalidade de proporcionar um espaço de orientação e informação, troca de afetos, apoio instrumental e atitudes solidárias no resgate da auto-estima e cidadania das mulheres em questão.

A partir da experiência em grupo, na busca de informações e de apoio, unem-se com outras que passaram pela mesma situação e assim descobrem que não estão sós, não são as únicas a sofrer este problema - a sensação de inclusão começa a se delinear.

O apoio psicossocial requer ajuda e troca emocional, como carinho, elogio, estima e apoio instrumental referente à ajuda material (prótese mamária, peruca), informações, orientações (Assistência Social, Fisioterapia e Psicologia) e apoio jurídico. De acordo com Zimerman & Osorio (1997), todo ser humano é gregário por natureza, deslocando-se de seu primeiro grupo – a família – para relações com outros grupos. Mas para ser considerado um grupo, é preciso que exista, entre os sujeitos, uma interação social e algum tipo de vínculo e interesses em comum.

Do mesmo modo, é possível entender a ADAMA como um sujeito coletivo, como resultado de identidades comuns, construídas por muitas mulheres em torno do diagnóstico. Esta percepção revela o grupo como um corpo social, marcado pelas diferenças sociais, culturais e geracionais que incidem sobre o processo de empoderamento em observação. Tal processo, por sua vez, caracteriza-se por uma sucessão de estados e mudanças, muitas vezes sutis, que ocorrem nos âmbitos individual, familiar e social.

A princípio, o sofrimento trazido pela descoberta da doença aparece nos relatos em grupo, pois para elas, era melhor falar em grupo do que falar consigo mesma ou ficar em silêncio. Embora para muitas participantes discutir esse conjunto de problemas constitui por si só uma outra fonte de sofrimento, outras passam a lidar de forma mais positiva com os dilemas provocados pela doença, redefinindo suas vidas. À medida que interagem com o grupo, surgem indagações relativas aos modos como elas lidam com o câncer de mama e suas representações sociais, com a condição de mastectomizadas, com o novo corpo como um todo, com a sexualidade e com a família.

Tais questões apontam a necessidade de incluir o sistema familiar e o terapeuta de família nesta associação voltada ao apoio de mulheres com câncer de mama conforme ratifica Walsh (2005): “os serviços de atendimento às pessoas, geralmente, tratam os problemas isoladamente com base no indivíduo e nos sintomas que apresentam, e conseqüentemente, há uma atenção insuficiente à pessoa como um todo ou à família e ao contexto social” (p. 229).

Perspectiva sistêmica

Para o biólogo austríaco Bertalanffy (1950, In Nichols & Schwartz, 2007), precursor do pensamento sistêmico, os grupos sociais, nos quais inclui a família, são organismos vivos em um sistema aberto interligados com trocas contínuas. Como organismos vivos são ativos e criativos

trabalhando para manter sua organização, a homeostase. Este pensamento pressupõe que os sintomas estão a serviço da manutenção e organização dos indivíduos, das famílias e dos sistemas sociais.

A perspectiva sistêmica amplia o nosso olhar do ser em si para um ser relacional, assim como amplia a visão do sintoma que não está em um corpo isolado. Baseada na Teoria Geral dos Sistemas e na Cibernética de segunda ordem tem na circularidade o oposto ao pensamento linear de causa-efeito, ou seja, a doença e o doente não estão isolados.

A partir do câncer de mama surgem outros fatores além dos físicos (tratamentos e comorbidades), que esbarram em questões familiares e sociais tão graves e complexas quanto à própria enfermidade (relações conjugais e parentais conflituosas marcadas por eventos traumáticos e estresse contínuo). Torna-se necessário o apoio psicossocial conectando as mulheres com a doença, suas famílias e seus ambientes. Nesse sentido, o sintoma – câncer de mama – tem uma função simbólica na vida dessas mulheres assim como para suas famílias e para a ADAMA, pois provoca transformações em todos os sistemas.

As entrevistas (anamneses psicológicas) e a observação participante nos grupos forneceram subsídios sobre a importância da família na vida dessas mulheres. Os discursos e relatos sobre os familiares estão presentes na maior parte do tempo das reuniões, com referências às relações conjugais marcadas por traições, abandonos, uso e abuso de álcool, outras drogas e violência intrafamiliar, o que nos aponta para a necessidade de trabalhar em consonância/parceria com outras redes de apoio. Muitas mulheres, após a tomada de consciência da dimensão familiar e social do câncer começaram a participar de outros grupos de suporte mútuo, como A.A (Alcoólicos Anônimos), N.A (Narcóticos Anônimos), etc. As relações com a família de origem (pais, irmãos), muitas vezes, apareceram como tensas e indiferenciadas, reproduzindo tais modelos na relação com os filhos e filhas.

A dinâmica grupal ocorre tanto dentro quanto fora da associação (passeios, mutirão de autoexame em comunidades, festas, eventos culturais, passeatas, etc.). Nos eventos externos e sociais, organizados pelas associadas, poucas famílias compareciam, ou porque não queriam, ou nem eram convidadas pelas mesmas, apesar de o grupo funcionar como uma família social na mediação entre os sujeitos individuais e as famílias. Nesta realidade, a ADAMA é ‘como’ uma família para muitas participantes associadas: “A ADAMA é como se fosse uma família”, Ou ainda: “Aqui me sinto protegida e fortalecida” (relatos em grupo).

A partir das observações em grupo e da perspectiva de aproximar as famílias, convidamos as famílias nucleares das 30 participantes mais assíduas para um café da manhã com a equipe da Psicologia. Durante um mês, ou seja, quatro encontros, os convites eram lembrados nas reuniões. Um convite personalizado foi enviado via correio para cada família, mas somente o marido de uma participante e o filho adolescente de outra compareceram.

Na reunião da semana seguinte indagamos ao grupo sobre a ausência dos familiares. A maioria ficou calada, as duas que tiveram seus representantes familiares comentaram da ‘convocação’ feita a eles e algumas justificaram a ausência dos familiares pelo dia e horário (quarta às 8h), ou porque elas não achavam que o marido/companheiro e filhos quisessem comparecer, portanto nem reforçaram o

convite. Essa experiência aponta para a possibilidade de um espaço social onde a família 'não entra'. E como ficam as famílias dessas mulheres?

Diante da perspectiva sistêmica e das experiências relatadas é importante pensar em estratégias de apoio que poderíamos desenvolver junto às mulheres na ADAMA e suas famílias, apesar das limitações concretas do espaço institucional.

O empoderamento como ativador das transformações pessoais, familiares e sociais

Os estudos de gênero, da história das mulheres e das famílias apontam as dimensões individuais, familiares e sociais do câncer de mama. O cuidado com o próprio corpo e a habilidade para expressar e relacionar-se com os outros, principalmente nas interações familiares e conjugais, desenvolve o processo de diferenciação e empoderamento. O termo empoderamento é complexo e polissêmico, entendido aqui como proposto por Vasconcelos (2003): "aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social" (p. 20).

No caso das mastectomizadas, verifica-se que inicialmente, o processo de transformação está relacionado principalmente ao corpo. Há mesmo mudanças profundas nas relações anteriores com ele: "Eu tinha muita vergonha do meu corpo antes da mastectomia e hoje estou mais vaidosa". Ou uma nova forma de aceitar a nova situação corporal: "Não me sinto diferente, e se não falo que sou mastectomizada, ninguém nota". Há até quem aprenda a amar o corpo transformado: "Hoje eu gosto de ficar olhando o meu corpo" (relatos em grupo).

Outro aspecto importante das mudanças é a aquisição de maior autonomia pela participante além de maior segurança e liberdade nas próprias decisões, em geral, condicionadas pelas relações familiares, sobretudo as de âmbito doméstico, ou seja, as decisões de esfera tradicionalmente feminina, nem sempre valorizada: "Eu que ia ao banco, pagava conta, fazia de tudo, agora não, o marido se aposentou, ele vai cuidar da sua pasta, das suas finanças". Ou ainda: "Eu agora divido as tarefas com marido e filhos. Cansei de ser boba, esse câncer me modificou muito, eu não saía, aí eu passei a fazer excursões; quer me acompanhar vai, se não quer fica". As participações nos encontros em grupo e nas diversas atividades externas fizeram muitas mulheres saírem da esfera doméstica antes não questionada: "Logo que comecei a frequentar o grupo, eu me liberei com filho e tudo". Daí chega o filho e diz: - "O mãe, tem um lugar na agenda para mim?".

Apesar de conquistar autonomia e provocar mudanças nas relações familiares e sociais, é no espaço privado e no âmbito familiar que existe maior dificuldade para realizar transformações mais profundas, devido a uma maior pressão social para que este sistema permaneça inalterável (Rowlands, 1997). Por isso, a dinâmica familiar se caracteriza por um lado, por conflitos entre forças que buscam mudar as relações de gênero e outras que evitam tais transformações. Por outro lado, encontramos relações de apoio mútuo e cooperação entre membros do grupo familiar que podem favorecer o processo de individuação e empoderamento individual e familiar, conforme o relato: "Falo

pra meus filhos e noras: nas quarta, nem contem comigo, pois vou para a ADAMA. Aí, o marido ajuda com os netos”.

De acordo com a maioria dos relatos em grupo, não só seus corpos estão alterados, mas também as relações consigo mesmas, com as famílias e com a sociedade. Os valores e as relações sociais mudaram. Dão mais valor a si, conseguem ter mais autonomia, romper lealdades com as famílias de origem, e assim minimizam o medo do abandono e a tolerância à violência. Mas de que recursos familiares, emocionais e sociais algumas mulheres dispõem para dar um salto além da doença?

Nesse sentido, a doença com o sintoma físico e/ou psíquico, pode ser percebida como um símbolo que traz possibilidades para transformações. Há então um poder que brota da dor e da opressão (Vasconcelos, 2003), advindo do perigo real representado pelo câncer de mama? Estas questões se impuseram e motivaram o mergulhar neste universo até então desconhecido.

O renascer na adversidade: resiliência e individuação

Segundo Walsh (2005, p. 206) “Embora todas as famílias mudem na reação a uma crise, muitas precisam de ajuda para ajustar papéis, regras e liderança para conseguir um novo equilíbrio que maximize recursos e habilidades de enfrentamento à medida que a doença entra numa fase mais crônica e prolongada” (p. 206). No caso de muitas mulheres com câncer de mama na ADAMA, as dificuldades se estendem para além da doença e ampliam a percepção da vida.

Nesta trajetória, algumas mulheres conseguem enxergar, e aproveitar, a doença como uma segunda chance de vida. O que para muitas poderia ser considerado como o começo do fim, para outras serve de alerta para mudanças de pensamento, posturas e até ações, diante de si, da família, dos amigos e da comunidade na qual estão inseridas. Sem lamentar-se contra a fatalidade e tentar ignorar ou negar o passado, refletem sobre a nova experiência de vida.

Essa postura de fortalecimento diante de uma doença grave como câncer, e tão significativa para a mulher, como é o caso do tumor na mama, que muitas vezes exige a mastectomia, se encaixa no conceito de resiliência, como explicado por Walsh (2005): “A resiliência pode ser definida como a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio” (p. 4).

Após o diagnóstico de câncer de mama, algumas mulheres conseguem promover mudanças em suas vidas. Mudam o foco para sua realidade, convivem com as sequelas da cirurgia e o medo de a doença reaparecer, ficando o sistema familiar e as relações familiares em segundo plano. O sofrimento serve para refletir a dor e trazer para si as limitações e expectativas diante da vida. Nesta experiência sair da homeostase é o caminho da cura no sentido mais amplo além da doença. De acordo com Walsh (2005), o conceito de *cura* é ampliado na resiliência:

Distinta do tratamento, da recuperação ou da resolução de problemas, a cura é um processo natural em resposta à lesão ou ao trauma. Às vezes, as pessoas se curam fisicamente, mas não se curam mental, emocional ou espiritualmente; relacionamentos muito tensos podem permanecer não curados (p. 73).

Lembra-nos a autora de que somos capazes de nos curar psicossocialmente mesmo quando não nos curamos fisicamente, ou quando um evento traumático não pode ser controlado. Da mesma forma, o fortalecimento pessoal pode ser estimulado mesmo quando as adversidades estão presentes. Nesse sentido, o significado de cura que o ser humano busca é voltar a se sentir de maneira integral, inteiro, se adaptando ou compensando perdas estruturais ou funcionais. Entendemos cura como a saída da homeostase para uma relação dinâmica intra e extrapsíquica.

A evolução da medicina cada vez mais vem permitindo que maior número de mulheres em condições crônicas da doença viva por mais tempo, fazendo com que a discussão terapêutica da experiência de uma mulher mastectomizada seja ampliada para além dela mesma. Passam a fazer parte dessa dança dramática as relações com os pais, marido, filhos, enfim a família e outros relacionamentos socioafetivos. É a parte que adoeceu em um todo. Para sua recuperação, é necessário o enfrentamento e a aceitação dos demais atores/agentes desses núcleos.

Para entender a ampliação do indivíduo, não dividido, integrado na totalidade, o conceito de individuação, central na obra de Jung (1984, 2008), é importante nesse contexto. O processo de individuação não ocorre só por causa da doença ou do sofrimento, mas também pela força do grupo. O desenvolvimento da personalidade individual é a meta processo de individuação. É um processo natural, forma e diferencia as pessoas, Conforme define Reis (1999): “individuação implica a realização das qualidades coletivas e individuais do ser humano, diferente do individualismo com ênfase acentuada e deliberada nas supostas peculiaridades desconsiderando as obrigações coletivas” (p. 11).

Outro fator importante no processo de individuação é a etapa do ciclo vital – a segunda metade da vida, segundo Jung (In Monteiro, 2008) – a Metanoia. Este é o momento da integração da vivência corporal com os aspectos interiores (psíquicos) e exteriores do indivíduo (sociais). A maior incidência da doença ocorre nesta etapa do ciclo vital das mulheres. Além do câncer de mama, enfrentam outras crises e desafios nas relações familiares e sociais. Isto é confirmado por Parisi (2009):

O desenvolvimento da personalidade se dá ao longo da vida, mas em especial na meia idade próximo dos 40 anos quando há um apelo para a realização de si mesmo enquanto indivíduo singular, o que constitui a tarefa da individuação. Nesta época da vida costuma ocorrer uma crise, uma sensação de insatisfação e vazio, e para as mulheres, inicia o declínio hormonal, o climatério e a menopausa, época de maior incidência do câncer de mama. Algumas vezes o divisor de águas é uma doença, ou a perda de uma pessoa ou de um emprego, ou a aposentadoria, ou a separação do parceiro ou dos filhos que saem de casa – experiências doloridas que incitam a busca de novos significados (p.15).

Walsh (2005), a partir da sua experiência com famílias, observou como a crise e o perigo pode se tornar uma oportunidade para mudanças. “Muitas famílias relataram que, atravessando as crises juntos, seus relacionamentos se tornaram mais ricos e amorosos do que teriam sido caso isso não acontecesse” (p. 7). Nos relatos em grupo de algumas mulheres isto é constatado: “Lá em casa eu pensei que fosse piorar as coisas depois do câncer, mas melhorou, estão todos mais generosos e

carinhosos”. Diante de um evento inesperado, a oportunidade de mudança pode se configurar e provocar transformações nos âmbitos pessoal, familiar e social.

Considerações finais

O impacto do diagnóstico, o sentimento de solidão e a finitude sustentam segredos, medos e dúvidas acerca dos relacionamentos familiares e do viver. Neste momento afastam-se da família para vivenciar a dor, momento de compartilhar com o grupo identitário, neste caso, a ADAMA, onde questões individuais e familiares podem ser apresentadas, os segredos revelados e os medos minimizados: “Aqui eu posso falar do medo de morrer de não poder mais trabalhar. Se falasse em casa, acho que meu marido e filho morriam antes de mim”. Ou ainda: “Minha filha foi afastada do trabalho porque estava muito abalada e eu, nem desconfiava, só soube depois de muito tempo”.

No ambiente familiar, quanto mais objetiva e clara a comunicação, mais a dor é compartilhada entre seus membros desenvolvendo um clima de cooperação e confiança, fundamental nos tratamentos do câncer de mama: - “Sinto-me uma felizarda, porque minha família ‘tava’ ao meu lado nesta jornada”.

Na ADAMA, constatamos que, para a maioria das participantes assíduas do grupo, o processo de empoderamento individual, familiar e social inicia-se na constatação da doença, na cirurgia (mastectomia) e os tratamentos (quimioterapia e radioterapia). Após as mudanças no corpo, nas relações familiares e sociais, elas vivenciam as dores física e espiritual, necessárias à tomada de consciência e autonomia para efetivar mudanças significativas nas suas vidas.

A análise indicou que as transformações no nível pessoal e familiar são ricas e complexas, marcadas por fatores que dificultam o seu desenvolvimento. Estes fatores diferem para cada mulher, mas, em geral, podemos distinguir alguns que aparecem com maior frequência nesse estudo. Um deles é a falta de tempo para participar de outras atividades que valorizem o plano pessoal. Isso está associado ao fato de que o trabalho doméstico e o cuidado com filhos e filhas ou netos e netas são consideradas obrigações exclusivas das mulheres. Outra dificuldade que enfrentam é o machismo que ora se apresenta de forma sutil, ora não, geralmente quando elas decidem fazer alguma atividade fora de casa: “Meu marido às vezes implica que eu saio e demoro muito. Mas volto cedo. Ele reclama é porque estava acostumado a me ver em casa o tempo todo”.

O adoecer de câncer, de forma simbólica, pode ser uma estratégia da psique para que o indivíduo manifeste suas potencialidades vitais, visto que a psique vê na doença uma oportunidade de um contato com o seu interior. Este autoconhecimento favorece o processo de individuação. Nesse sentido, aponta Kast (1997), a doença como símbolo, é “um sinal visível de uma realidade invisível. Portanto, no símbolo observam-se dois níveis: em algo externo pode-se revelar algo interno, em algo visível algo invisível, em algo corporal o espiritual, no particular o geral” (p. 19).

O câncer de mama foi definido por algumas mulheres mastectomizadas como um elemento que impulsionou diversas mudanças em suas vidas; como ponto de mutação (LeShan, 1992), como mostra esse relato em grupo: “O câncer foi uma benção para mim! Resolvi mudar. Não me preocupo mais tanto com que o outro vai achar de mim. Eu sou eu!”.

A dinâmica do grupo, nos encontros semanais, fortalece as relações na ADAMA e consolida o espaço social de possibilidades, trocas de experiências e solidariedades para a maioria das participantes assíduas do grupo, assim como uma família social. Dada a complexidade do câncer de mama e suas repercussões, Walsh (2005) ressalta a importância da inserção das famílias nos grupos de apoio: “Os grupos de apoio são adjuntos valiosos para o aconselhamento familiar, ajudando as famílias a diminuir o isolamento e desenvolver um sistema de apoio mútuo” (p. 255).

Uma abordagem sistêmica pela história familiar das mulheres acometidas pelo câncer de mama leva em consideração a complexidade que envolve o sintoma, promove o maior entendimento sobre os eventos traumáticos (abandono, morte, traição, abuso, perda de emprego, de casa, doença, suicídio, homicídio, etc.) e condições de estresse contínuo que ainda vivenciam (consequências da doença, dificuldades relacionais na família, no trabalho), assim como aciona os recursos latentes do indivíduo e o sistema familiar.

Para as participantes, o processo de autonomia e diferenciação familiar inicia-se no momento em que se deslocam de suas casas para viverem essa experiência em grupo, no qual têm a possibilidade de conhecer e compartilhar experiências individuais com outras pessoas e com isso adquirir novos conhecimentos e estratégias para lidar com o sofrimento físico e emocional. Isto faz com que modifiquem suas vidas, iniciem seu processo de independência e autonomia e elevem sua autoestima e autoconfiança.

Na diferenciação familiar e grupal acessam os recursos internos, ativam a resiliência e o processo de individuação. Tais transformações na perspectiva sistêmica integram as partes com o todo perante a necessidade de maior aproximação das famílias na estrutura funcional da ADAMA.

Portanto, tendo em mente tais transformações sob a ótica do paradigma sistêmico que integram as partes com o todo, tornou-se premente a necessidade de incluir as famílias na estrutura funcional da ADAMA. A estratégia inicial pode ocorrer por intermédio do genograma familiar da associada com o acompanhamento do terapeuta familiar, a fim de conhecer eventos importantes e os recursos latentes nas diversas gerações, ativando a resiliência individual e familiar a caminho de uma nova história. No re-conhecimento das suas histórias, podem re-construir novas realidades familiares, políticas e sociais.

Referências

- ADAMA – *Associação dos amigos da mama de Niterói*. Retirado em 02/03/2011
<http://www.adama.org.br>.
- Andrade, R.(2003). *Palestra de abertura do II Encontro Catarinense da Mulher Mastectomizada*. Retirado em 07/12/2004. <http://www.amucc.com.br/>.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *Mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: ArtMed.
- Ferreira, M. L. S. M; Mamede, M. V.(2003). *Representação do corpo na relação consigo mesma após*

- mastectomia*. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.11, n.3, maio/junho, 2003, pp. 299-304. Retirado em 20/06/2006, do SciELO (Scientific Electronic Library On-line) <http://www.scielo.com.br/>.
- Garcia, A. C. B. B. F.(2006). *O processo de empoderamento de mulheres mastectomizadas: experiência em grupo de apoio (Niterói, 2002-2006)*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Política Social. Universidade Federal Fluminense, Niterói, R.J, Brasil.
- Garcia, A. C. B. B. F.(2010). *Superação: um salto além da doença*. Niterói, R.J: Ed. Palanque.
- Garcia, A. C. B. B. F., Miranda, T. C. C, Ferreira, P. A. (2010). Papel do grupo de apoio no câncer de mama. In Chagas, C. R., Menke, C. H., Vieira, R., Boff, R. A. (orgs.). *Tratado de mastologia – SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia* - (pp. 1360-1370). Rio de Janeiro: Revinter.
- INCA. *Instituto Nacional do Câncer* (2010). Retirado em 03/06/2010. <http://www.inca.gov.br/>.
- Jung, C. G. (1984). *A natureza da psique*. Petrópolis. RJ: Vozes, vol. VIII/2, cap. III.
- Jung. C. G. (2008). A energia psíquica. In Obras completas de C. G. Jung – vol. VIII/1 – *A dinâmica do inconsciente*. (10ª ed.). Petrópolis/RJ: Vozes.
- Kast, V. (1997). *A dinâmica dos símbolos: fundamentos da psicologia junguiana*. São Paulo: Loyola.
- Le Shan, L.(1992). *O câncer de mama como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. (2ªed.). São Paulo: Summus.
- Miranda, T. C. (2000). Papel do grupo de autoajuda no câncer de mama. *Revista Brasileira de Mastologia*, 10(4).
- Monteiro, D. da M. (org.) (2008). *Metanoia e meia-idade*. São Paulo: Paulus.
- Nichols, M. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos* (7ªed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Parisi, S. (2009). *Separação amorosa e individuação feminina: uma abordagem em grupo de mulheres no enfoque da psicologia analítica*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Reis, Marfiza Ramalho. (1999). *Casamento: encontros e desencontros em busca da individuação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning empowerment: working with women in Honduras*. London: Oxfam (UK and Ireland).
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão – Empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Ed. Paulus.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Ed. Roca.
- Zimmerman, D; Osorio, L. C. et al. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Enviado em 02/04/2011

1ª revisão em 01/06/2011

Aceito em 02/07/2011