

DA ESPERA AO ENCONTRO
NA SALA DE ESPERA COM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
Um Processo De Intervenção E Promoção De Saúde

Por **Maria Cristina Elias Salto ***

Monografia apresentada como exigência para a titulação de Especialista em Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP/2000

RESUMO

Este estudo tem por objetivo pesquisar as experiências emocionais relevantes associadas ao câncer e os efeitos do trabalho desenvolvido em sala de espera com pacientes oncológicos adultos, oriundos da Clínica Cirúrgica de Oncologia, com enfoque clínico terapêutico sob a abordagem psicodramática

Descreve os resultados atingidos, constatando a importância e eficácia do trabalho desenvolvido em sala de espera com grupos, que relatam ser favoráveis a sua continuidade, bem como, sugeriram que este trabalho fosse expandido pelas diversas clínicas médicas. Os resultados foram obtidos através dos relatos, depoimentos e fragmentos de algumas sessões destes grupos. Ademais, contribui para um processo de reflexão aos profissionais de saúde que trabalham em instituições hospitalares.

ABSTRACT

This study was made in order to investigate the important emotional experience related to cancer and the results of the work developed in waiting rooms with oncologic adult patients with a clinical therapeutic focus under a psychodramatic approach.

It describes the results achieved through this approach and makes clear the importance and efficacy of the work developed in waiting rooms with groups, that said the work should go on, and should be extended to the different medical clinics. The results were know by the accounts, testimonies and fragments of some sessions of this group. Besides, it contributes to a reflexive process to the health professionals who work in hospital institutions.

UNITERMOS: Câncer, Psicossomática, Grupos de Sala de Espera, Pacientes Oncológicos, Terapeuta- Paciente, Psicodrama.

UNITERMS: Cancer, Psychosomatic, Groups In Waiting Rooms, Oncological Patients, Therapist-Patient, Psychodrama.

I. INTRODUÇÃO

*“Tão Importante quanto conhecer
a doença que o homem tem,
é conhecer o homem que tem a doença”.*
Osler

O presente estudo tem por objetivo, através da intervenção psicológica, investigar as experiências emocionais relevantes associadas ao câncer e os efeitos do trabalho desenvolvido em sala de espera com grupos de pacientes oncológicos adultos, de ambos os sexos, sob o enfoque da Teoria Moreniana, de Jacob Levy Moreno.

Os pacientes são oriundos da Clínica Cirúrgica de Oncologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que irão passar por cirurgia ou que já passaram por esta.

Como o próprio nome sugere, grupo de sala de espera é um grupo que se reúne na própria sala de espera, formado espontaneamente pelas pessoas que nela se encontram (pacientes, familiares ou acompanhantes).

A estruturação do atendimento em grupo de sala de espera objetiva aproveitar o tempo anterior à consulta médica (transforma-se o tempo ocioso de espera em tempo de trabalho). O atendimento propicia aos pacientes e familiares, um espaço terapêutico para que estes possam falar das angústias, dificuldades e limitações que esta enfermidade causa, desde a instalação até o seu desenvolvimento, incluindo os tratamentos e procedimentos medicamentosos pelos quais passam, além de verificar como se sentem no *aqui-agora*, por este ser o dia da consulta médica. Visa também compartilhar vivências, pensamentos, sentimentos e percepções, bem como promover estratégias positivas utilizadas no manejo da doença, incorporando-as ao seu cotidiano.

O atendimento é semanal, com duração média de 90 minutos. As orientações são direcionadas ao paciente e familiares que os acompanham; os grupos são abertos e rotativos e a participação não é obrigatória.

Para melhor elucidar nossa proposta de trabalho e seus objetivos, consideramos inicialmente ser necessário discorrermos sobre essa enfermidade, câncer, de acordo com dados da literatura da medicina organicista que ensina a "ler" a enfermidade; da medicina psicossomática que pretende "ler", "escutar" e compreender a mesma, a partir do paciente e a psiconcologia, que significa *psico* (de psique = mente), *onco* (do grego "ogkos" = tumor) e *logia* (conhecimento, estudo).

A partir dos progressos da medicina, remoção cirúrgica dos tumores, radioterapia e quimioterapia como técnicas efetivas no combate ao câncer, percebeu-se que seu aparecimento e os tratamentos são acompanhados de sofrimento de pacientes e familiares, que o modelo biomédico já não é capaz de abarcar apesar de todos os progressos nesta área.

Schavelzon (1961, apud Mello Filho, 1992) define a psiconcologia como o ramo da medicina que presta assistência ao paciente com câncer, incluindo o seu contexto familiar e social.

Assim, a psiconcologia surge como uma área de estudo e atuação junto às pessoas com câncer, visando a abordagem dos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento e tratamento do paciente.

Neste caso, a intervenção psicológica objetiva lidar com o diagnóstico do câncer, na tentativa de fazer o paciente participar de seu tratamento, mobilizando seus recursos internos para aumentar as possibilidades de

melhora ou cura. Além disso, busca avaliar as atitudes e comportamentos do paciente, que possam de alguma forma serem prejudiciais a sua saúde, ajudando-o a perceber a necessidade de uma reorganização que possibilite uma vida mais saudável e satisfatória.

1. CONCEITO DE SAÚDE

Não declares que as estrelas estão mortas só porque o céu está nublado”.
Provérbio Árabe

Antes de iniciarmos nossas considerações, relataremos sobre o conceito e definição de saúde, na medida em que buscamos durante a vida mantê-la da melhor forma possível que sabemos e/ou que podemos, possibilitando também maior compreensão sobre o que é doença e as conseqüências que acarreta.

Não é fácil definir saúde, visto que os seres humanos possuem seu próprio conceito – o organismo ideal –, sem desconforto físico, emocional ou mental, além de uma sensação difusa de bem-estar. Segundo Ball (1998), saúde é um ambiente interno de estabilidade, mantido em face de alterações externas às quais nos adaptamos no curso da evolução.

A OMS, em 1946, propôs o seguinte conceito – *“Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de mal-estar ou enfermidade”*. Entretanto, a concepção científica atual é bem diferente.

Knobel (1986, p. 10), faz uma crítica desta definição, considerando que o único aspecto aceitável desse conceito é aquele que se refere ...*“a ausência de mal-estar ou enfermidade não ser um sinônimo de saúde”*..., pois essa ausência pode significar uma negação da doença ou processos ainda não manifestados. Complementa que *“nossa sociedade atual anula qualquer possibilidade de um completo bem-estar tanto no aspecto físico como no mental e, por extensão, muito menos no social”*.

O autor faz uma análise sobre o critério de normalidade, visto que deveríamos primeiramente perguntar: normal para que e normal para quem? Nesse critério há uma significativa subjetividade, ...*“que nos obriga a pensar que, quando somos procurados para intervir nos processos chamados “anormais” de conduta, estamos realmente diante de um fato real ou de uma perspectiva preconceituosa ou interessada em colocar ou ver a anormalidade no outro. É o que em psicanálise se chama de projeção”*. (1986, p.11)

Uma normalidade “normativa” requer o cumprimento de valores culturais e pessoais, seguindo um objetivo e propósito da vida. Os indivíduos “normais” buscam valores e metas aprendendo a tolerar frustrações; sua normalidade expressa-se através da capacidade de tolerância e de defesa. Portanto, é sua motivação que vai determinar a normalidade e não sua ação.

Bleger (1977, apud Knobel, 1986), diz que o homem deve atingir variados níveis de integração, tais como: físico-químico, biológico, social, psicológico e axiológico. Complementa que esses níveis estão dispostos em uma pirâmide invertida, onde nossos valores estão no nível mais elevado, enquanto que o equilíbrio físico-químico, está no mais elementar.

Knobel (1986) ao concluir suas idéias, afirma que saúde não é igual a: ausência de sinais de sofrimento do organismo, apenas ausência de enfermidade, um estado que o ser humano obtém ou perde de uma vez por

todas e nem está relacionada a um desenvolvimento (rápido e longo) do indivíduo. Para ele, o conceito saúde nunca pode ser um conceito estatístico. Considera como o resultado dinâmico e estrutural do aparelho psíquico funcionando adequadamente.

Preston (1959, apud Knobel, 1986), define a saúde mental como a capacidade que o homem tem de conviver com as limitações impostas por seu próprio físico, na inter-relação que estabelece com as pessoas e sentindo-se produtivo e feliz.

Estes conceitos básicos podem nos auxiliar e propiciar uma visão mais ampla do indivíduo no que diz respeito às suas dificuldades, conflitos e problemas. Dentre as buscas de pesquisas bibliográficas encontramos também na literatura, outros conceitos relativos à saúde, que consideramos importante relatar.

O binômio saúde-doença é um fenômeno biológico contínuo – *bio* = vida física, psíquica e social –, o qual configura um processo “histórico” com uma seqüência de eventos previsíveis e probabilísticos. Esta concepção avança na compreensão causal do processo saúde-doença, especialmente em face de uma percepção menos segmentada e isolada do ser humano, que passa a ser percebido como um ser biológico, psíquico e social, interagindo permanentemente com seu ambiente físico-biológico e sócio-cultural num dinâmico esforço de equilíbrio ecológico.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde define saúde num sentido abrangente, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde.

Estar saudável depende, então, de vários fatores e condições. Saúde é a harmonia entre o homem e o meio físico, entre o homem e o ambiente social. A ruptura dessa harmonia conduz à doença, podendo levar ao desequilíbrio total.

De 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. É muito mais fácil tomar um medicamento para aliviar uma dor de cabeça, do que compreender a mensagem que o organismo está sinalizando.

O corpo humano possui uma inteligência fisiológica cuja função básica é manter a homeostase diante de todos os estímulos do mundo exterior e interior. Nosso corpo sinaliza com antecedência o desequilíbrio, através de pequenas alterações funcionais sem substrato físico, isto é, num primeiro momento nada ocorre no organismo, que justifique os sinais ou sintomas. A não valorização desses sinais, a manutenção do mesmo padrão de vida, as alterações físico-químicas vão-se cronificando até acometerem o segmento físico. A doença passa a expressar-se em algum tecido, órgão ou víscera, acompanhada de padrões mentais e emocionais bem determinados.

Chaves, (1972) diz que os conceitos tradicionais de saúde e doença são substantivos, considerando-as como entidades que se opõem mutuamente. Saúde e doença são definidas em suas formas ideais e puras. Tais concepções apresentam inconvenientes, visto que ao se admitir dois conceitos polares, podemos pressupor uma linha divisória entre elas, não sendo possível demarcá-las. ...”*Admitem um estado ideal de saúde desligado de um fato real, como a presença sempre de algum estado de infecção, de inflamação, de*

desequilíbrio no organismo e admitem um estado ideal de doença desvinculado de um fato real, a morte". (1972, p. 40)

2. CÂNCER – CONCEITO E DEFINIÇÃO

*"O mundo fere todas as pessoas, mas depois,
muitas se tornam fortes nos lugares feridos..."
Ernest Hemingway*

Sob o ponto de vista da "medicina organicista", o câncer é definido como um grupo de doenças que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. O câncer abrange mais de 200 formas de doenças e quase todos os tecidos do corpo podem gerar malignicências.

Um tumor pode ser considerado benigno ou maligno, pois a palavra tumor corresponde ao aumento de volume observado numa parte qualquer do corpo. Quando o tumor se dá por crescimento do número de células, ele é chamado neoplasia (benigna ou maligna). No caso do câncer, a neoplasia é maligna quando invade os tecidos vizinhos e/ou desenvolve metástases. Por outro lado, a neoplasia benigna tem seu crescimento de forma organizada e lenta, e o tumor apresenta limites bem nítidos.

Quando o processo neoplásico se instala, a célula-mãe transmite às células filhas a característica neoplásica. Isso quer dizer que no início de todo o processo está uma alteração no DNA de uma célula. Esta alteração no DNA pode ser causada por vários fatores: fenômenos químicos, físicos ou biológicos.

As células que constituem os animais são formadas por três partes: membrana celular (parte mais externa da célula); citoplasma (corpo da célula); núcleo (contém os cromossomos) que são compostos de genes. Os genes são como arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes (DNA – ácido desoxirribonucleico), e é através dele que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula. Assim, uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes, chamada mutação genética.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA – (2000), as causas do câncer são diversas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas ao meio externo (costumes sócio-culturais) e as internas (geneticamente pré-determinadas), à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

Em sua maioria, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns são bem conhecidos, como o consumo de cigarro (câncer de pulmão), exposição excessiva ao sol (câncer de pele). Por outro lado, muitos são ainda completamente desconhecidos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células. Envelhecer traz mudanças nas células, aumentando a suscetibilidade à transformação maligna. Aliando esse aspecto ao fato das células dos indivíduos idosos terem

sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco, justifica em parte o fato dessa doença ser mais freqüente nestes indivíduos.

Existem aproximadamente 200 tipos diferentes de câncer, muitos deles curáveis, desde que detectados precocemente. Dentre estes, segundo dados do Napacan (2000), encontramos três principais categorias dos cânceres mais conhecidos: carcinoma, sarcoma, leucemia/linfoma.

► *Carcinoma*: Tumor maligno constituído de células epiteliais que infiltram os tecidos circundantes, podendo ocasionar metástases (propagação de células cancerosas do lugar de origem para outra localização do corpo). Exemplos: câncer de pele, pulmão, mama, etc.

► *Sarcoma*: Tumor maligno que se desenvolve em tecidos conectivos, como cartilagem, tecido adiposo, músculo ou osso, podendo estender-se para tecidos adjacentes ou difunde-se mediante a corrente sangüínea.

► *Leucemia e Linfoma*: doenças relacionadas respectivamente, à proliferação desordenada de leucócitos e seus precursores no sangue e medula óssea e, das células do tecido linfóide. Como exemplo, temos a leucemia granulocítica que é o câncer das células brancas do sangue e linfoma que é o câncer que acomete os linfonodos, denominado linfoma de Hodgkins.

Segundo Moraes (1994) o tratamento propriamente dito do câncer pode ser feito pela cirurgia, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. Além disso, o tratamento do câncer também requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais.

Desde o início do século até o presente momento, a postura da sociedade em geral é acreditar que o câncer é sinônimo de morte e que seu tratamento raras vezes leva à cura. Câncer sempre foi uma palavra assustadora para todos, mesmo para os médicos. Quando recebem esse diagnóstico, muitos têm a reação de quem acabou de ser condenado à morte. Apesar das informações dos grandes avanços terapêuticos obtidos na área nos últimos anos, a primeira reação é de desespero.

Atualmente, muitos tipos de câncer são curados, desde que tratados em estágios iniciais, demonstrando-se a importância do diagnóstico precoce. Mais da metade dos casos de câncer já tem cura.

Para Springer-Verlag (1996), quando a prevenção do câncer não é possível, a detecção precoce é a melhor estratégia para reduzir a mortalidade. Campanhas de esclarecimento da população, e também de profissionais de saúde são feitas nesse sentido.

De acordo com as pesquisas realizadas, podemos detectar três passos principais na oncologia.

O primeiro trata de curar os pacientes, para devolvê-los a um lugar na sociedade. Deve ser tentado em todos os tipos de câncer, mesmo naqueles em que a chance de cura é pequena. Requer uma atitude de esperança e determinação para derrotar dificuldades e perigos, e às vezes para enfrentar-se insucessos.

Se mesmo assim a cura não é possível, o médico deve apontar ao segundo passo, que seria uma satisfatória remissão da doença, deixando o paciente bem consigo mesmo pelo maior tempo possível, longe dos efeitos de uma hospitalização. Quando a chance de remissão é remota, o objetivo passa a ser controlar a doença e seus sintomas pelo uso correto de terapêutica paliativa.

O passo final visa apenas o conforto do paciente e não apenas o prolongamento de uma vida sofrida. O médico deve ajudar o paciente a manter a sua dignidade e entender sua fraqueza, sendo importante sua sensibilidade e bom senso.

3. MEDICINA PSICOSSOMÁTICA, PSICONCOLOGIA E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO

*“Depois de algum tempo você aprende que realmente pode suportar...
que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe ...
E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida”.*
William Shakespeare

Existe, um fenômeno psique-soma no processo de adoecimento físico do ser humano, e seu estudo dentro de uma perspectiva moderna, a psicossomática, foi iniciado por Freud, a partir de seus estudos sobre a "histeria de conversão". No acontecimento histórico, o corpo relata, fala e descarrega, através do seu próprio adoecimento; é uma forma do organismo expressar os conflitos profundos. Como os distúrbios digestivos, por exemplo, que são, muitas vezes, expressão de conflitos entre o reter e o expelir, entre o desejo e a necessidade.

Segundo Freire (2000), a palavra psicossomática, do grego *psyche* = alma e *soma* = corpo, é utilizada pela literatura médica desde 1922, como o estudo das relações entre as emoções e os males do corpo, definindo que mente e corpo são inseparáveis não só anatomicamente.

Para Chiattonne (1996), a palavra câncer advém do grego – *karkinos* e do latim – *cancer*, “*significando caranguejo, pela semelhança entre as veias intumescidas de um tumor e as pernas do animal e também pela sua agressividade, imprevisibilidade, invulnerabilidade e capacidade de aprisionamento*”. (1996, p. 102),

Sontag (1984, apud Angerami-Camon 1996) diz que o câncer é a doença que não avisa quando vai chegar, é ele que desempenha o papel de enfermidade cruel e frutiva, um papel que já foi desempenhado pela tuberculose, no qual o corpo era consumido e devorado. Além disso, para a autora, o câncer é o lado sombrio e traiçoeiro da doença; por ser muitas vezes invisível é chamado de “gravidez demoníaca” pelo seu crescimento desordenado.

Nas pesquisas realizadas, encontramos uma dentre tantos artigos escritos por Kovacs (1994), no qual relata estudos realizados por diversos estudiosos, quanto às atitudes que o ser humano tem em relação ao diagnóstico e tratamento do câncer, além das consequências acarretadas em suas vidas e da relação entre câncer e depressão.

O diagnóstico de câncer é muitas vezes recebido como sentença de morte. Meyerowitz et al (1987), realizaram estudos sobre atitudes em face do câncer, considerado uma doença atemorizante, incontrolável, da qual ninguém acredita ver-se livre e cujo tratamento nem sempre resulta satisfatório. Tais crenças são tão arraigadas, que a possibilidade de prevenção e o controle do câncer, não as atenua. O câncer é associado com dor, crise financeira, trauma emocional, perda das funções corporais e morte. O tratamento pode acarretar dependência, imagem corporal alterada, mudanças de papéis, e modificações no estilo de vida (Dierkhising, 1987).

Klüber-Ross (1975), diz que o diagnóstico dessa doença pode levar a reações de negação, raiva, depressão, barganha, e aceitação.

Para Ader (1981), a influência dos fatores psicossociais pode contribuir para o desenvolvimento ou retrocesso do câncer. Situações de desequilíbrio provocam stress, que aumenta a susceptibilidade a doenças. A falta de habilidade do organismo em resgatar a homeostase após stress prolongado pode reduzir a competência do sistema imunológico. A vivência de stress prolongado como luto, separação, perda de emprego, podem ser imunossupressores. O estudo realizado por Srivastasa (1987), mostra que um maior número de pacientes com câncer, comparados com indivíduos controle, sofreram perdas ou distanciamento da figura materna antes dos 15 anos.

Mello Filho (1983, apud Chiatone, 1996, p.100) ressalta que *"vários trabalhos têm comprovado que o processo imunológico é regulado pelo sistema nervoso central e endócrino. As influências nervosas são mediadas principalmente pelo hipotálamo, como comprovam as experiências de Stein e Korneva, citados por Solomon e cols"*.

Simonton et al, (1987) baseado na "teoria da vigilância imunológica" diz que todos os indivíduos produzem células anormais em seu corpo, de tempos em tempos. O sistema imunológico é que vigia o aparecimento dessas células e as destrói. No entanto, se esse sistema estiver inibido de alguma maneira, o câncer poderá instalar-se. Situações de estresse elevado ou estados depressivos podem levar à supressão do sistema imunológico, levando o organismo à perda da capacidade de reconhecer e destruir as células anormais, que passariam então, a reproduzir-se livremente.

Estudiosos do câncer tentaram configurar e operacionalizar um "tipo C" ou um padrão de comportamento que pode predispor ao câncer. Assim, foram percebidos os seguintes traços de personalidade nesse padrão: supressão das emoções, dificuldade para expressar sentimentos negativos, principalmente raiva, tendência para evitar conflitos, busca de harmonização, conformidade social exagerada, compromisso, submissão e paciência (Baltrusch et al, 1988).

Vários estudos sobre a relação entre câncer e depressão, foram realizados. Shekelle et al (1987) estudaram a relação entre traços depressivos e o risco de câncer, sendo confirmado que os maiores índices de depressão levaram ao desenvolvimento e expansão de neoplasias. Por outro lado, Kaplan e Reynolds (1988), pesquisaram sobre depressão e mortalidade por câncer; não foi observada relação específica entre esses fatores, mas sim entre depressão e mortalidade em geral.

Weisman e Worden (1984) verificaram que pacientes que tinham sobrevivida maior, mostravam relações interpessoais mais significantes, enquanto pacientes com desejos de morte, depressão e relações destrutivas sobreviviam menos. Temoshok (1985) verificou um índice maior de melanomas em pacientes que reprimiam suas emoções. Shaffer et al (1987) observaram, que estudantes de medicina que reprimiam emoções foram 16 vezes mais propensos a desenvolver câncer. Resultados destes estudos sugerem que indivíduos que dão vazão às emoções ou reagem às frustrações e hostilidades, tiveram menor incidência de câncer.

Para Mello Filho (1992), há quatro autores que devem ser considerados pela seriedade e pela extensão de casos estudados: Greene (1954), LeShan (1956), Schmale (1966) e Kissen (1986).

Greene (1954) observou o surgimento da doença em situações de perda, separação, gerando sentimentos de ansiedade, tristeza, desespero e desesperança. Seus estudos eram casos de linfomas e de leucemia.

LeShan (1956), baseado em quase 500 casos de pacientes oncológicos, verificou que antes do início da enfermidade, estes tiveram histórias de perda de uma relação significativa; não expressão de sentimentos hostis; tensão em relação a figura parental; sentimentos de desamparo e de desesperança. Acredita que os pacientes com câncer têm um histórico de abandono, culpa e solidão.

Kissen (1963), trabalhou muitos anos com câncer de pulmão, publicando diversos trabalhos sobre os casos atendidos, nos quais esses pacientes apresentaram uma típica tendência a suprimir problemas emocionais e conflitos.

Schmale e Iker (1966), estudaram mulheres com predisposição a câncer uterino (classe III de Papanicolau), sendo verificado que muitas apresentavam traços de personalidade e histórias semelhantes, marcada por intensos sentimentos de desesperança, apresentando um acontecimento vital capaz de despertar tais sentimentos nos últimos seis meses antes de serem examinadas. Os autores conseguiram prever antes dos exames, diagnósticos que essas mulheres teriam resultados positivos; dos 51 casos pesquisados, as previsões foram corretas em 36 deles, em relação à hipótese estabelecida.

Mello Filho (1992) e Carvalho (1994), citam um estudo realizado por Thomas (1979), com um grupo de estudantes de medicina (mais de 1300 – Universidade John Hopkins, que se formaram entre os anos de 1948 e 1964), que posteriormente desenvolveram câncer ou cometeram suicídio. Naqueles em que o câncer se instalou, foi verificado, que seus relacionamentos com seus pais (ambiciosos, rígidos, imprevisíveis) eram precários e emocionalmente distantes.

Baltrusch (1988, apud Carvalho, 1994), observa, como outros autores já citados, que situações de perdas e separações parecem contribuir na desestabilização da saúde. O autor diz que um forte suporte social geralmente está associado à diminuição da morbidade e da mortalidade (Carvalho, 1994). É provável que esse suporte possa abrandar os efeitos que as situações de estresse possam acarretar no indivíduo. Segundo Bowlby (1985, apud Carvalho, 1994) existe uma relação entre a vivência do indivíduo com seus pais e, conseqüentemente, a capacidade de estabelecer vínculos.

Um outro dado relevante são as pesquisas realizadas em relação ao agravamento da doença, surgimento de metástases e, contrariamente, a regressão espontânea dessa enfermidade referente aos aspectos psicológicos desses pacientes.

LeShan e Gassman (1958, apud Mello Filho, 1992) observaram em seus atendimentos psicoterápicos que o surgimento de conflitos emocionais não resolvidos podia desencadear mais rápido o crescimento do tumor; no entanto, a solução desses conflitos podia levar a uma regressão temporária da doença.

Hartman e Miller (1973 e 1977, apud Mello Filho, 1992), cirurgiões, observaram que após um intenso stress emocional, ocorria recidiva da enfermidade em pacientes com 10 a 20 anos de remissão do câncer.

Dentre as várias buscas de pesquisas bibliográficas, encontramos também na literatura, a visão da Somatopsicodinâmica das biopatias neoplásicas, a qual consideramos ser mais uma das contribuições relevantes quanto à complexidade dessa enfermidade.

Navarro (1991) entende que todos os estados mórbidos dos quais a medicina não reconhece a etiologia, são definidos como biopatia. Elas referem-se a todos os quadros patológicos sistêmicos e/ou degenerativos dos quais se conhece apenas a patogênese. Em todos esses processos encontramos um

componente psicológico que determina, desencadeia ou influencia os aspectos biológicos.

Segundo o autor (1995), a experiência cotidiana nos ensina uma verdade – eu expresso meu corpo, meu corpo me expressa. Gestos, expressões e posturas, refletem as atitudes verdadeiras do meu “eu”, muito mais que o discurso, pois exteriorizam o modo de ver, de amar, de sentir, de relacionar-se com o mundo.

Cada indivíduo e seu corpo têm uma história singular – bio-psico-social – em que se registram as repressões, os costumes, os rituais, os constrangimentos, impostos pela sociedade e cultura, na qual está inserido.

O conhecimento atual sobre o sistema imunológico, visto como um sistema intermediário entre o indivíduo, seus outros sistemas e o meio exterior tem sido uma enorme contribuição na compreensão do tênue limite existente entre o que é propriamente somático e o que é propriamente psíquico.

De acordo com estudos e pesquisas bibliográficas realizadas e citadas acima, podemos afirmar que é de suma importância estudarmos o homem sob o fenômeno psique-soma em seu processo de adoecimento, visto que a psicologia hospitalar cresceu na medida em que “voltam a se agregar aspectos emocionais e físicos da doença e a se enfatizar o caráter preventivo do cuidado com a saúde” (Ismael, 1998), sendo esta especialidade caracterizada por uma visão filosófica humanista, na qual o ser humano é considerado em sua globalidade e integridade (bio-psico-social).

Segundo Parestrello (1984, apud Chiattonne, 1996) a doença é uma forma de expressão máxima dos indivíduos em situações críticas, espelhando o seu modo de ser e de agir em face da vida.

Chiattonne (1996), diz que a relação entre câncer e estados emocionais já existia há mais de 2000 anos. Galeno (médico grego – século II), Gendron (1701) e Burrows (1783), em seus estudos, respectivamente, verificaram que as causas do câncer estavam correlacionadas a estados de depressão; situações de desventuras e desgraças da vida como causa de muito sofrimento, infelicidade e *“as paixões desenfreadas da mente que afetam o paciente durante longo tempo”*, que hoje se referem ao estresse crônico. (1996, p. 79)

Vale ressaltar também, que em seus estudos, LeShan (1992), descobriu que até 1900 a relação entre câncer e fatores psicológicos era aceita no âmbito médico. Nos livros pesquisados, a história da vida emocional do indivíduo tinha um importante papel, quanto à tendência de certas pessoas em adquirir o câncer e na sua própria evolução.

Isto se deve ao fato de que nessa época não havia instrumentos sofisticados como atualmente. Sem a aparelhagem tecnológica e outros similares, os médicos do século XIX, precisavam escutar o que relatavam seus pacientes (história e sentimentos), para que pudessem fazer o diagnóstico. Os aspectos emocionais relatados – grandes perdas e desesperanças –, que *“...ocorriam antes dos primeiros sinais da doença, eram tão repetitivos e freqüentes que não podiam ser ignorados”*. (1992, p. 22)

O autor relata que nos círculos médicos até 1900, era comumente aceito que essa enfermidade estava relacionada à história da vida emocional do paciente. Dessa época em diante, esta visão psicossomática, desapareceu rapidamente dos livros. Um dos fatores contribuintes foi o advento e o desenvolvimento das técnicas de cirurgia (indolor e anti-séptica), surgindo, pouco depois, a radiação como um procedimento terapêutico. Com o desenvolvimento dos tratamentos em oncologia, o câncer passou a ser visto como uma enfermidade localizada numa parte específica do corpo e não como

um aspecto globalizado do ser humano, que é a essência da visão psicossomática. Dessa forma, esses aspectos foram sendo relegados a segundo plano, reforçando o conceito de câncer como um problema corporal localizado.

Segundo o autor, a partir da segunda metade do século XX, em 1955, diversos estudos mostraram de forma conclusiva que muitas vezes a estória da vida emocional do indivíduo estava relacionada à determinação da sua resistência em adquirir o câncer e na sua evolução após seu surgimento. Sabemos que este não é o único fator que está relacionado ao câncer, mas não podemos deixar de considerar a história de vida do homem, até mesmo porque muitos estudos e pesquisas foram amplamente realizados, como já vimos anteriormente.

Considerando todos as citações acima, podemos presumir que tanto para os pacientes oncológicos, quanto para aqueles que não têm a doença, o estigma do câncer se encontra arraigado nas pessoas. Na maioria das vezes, as expectativas e fantasias são totalmente negativas e inadequadas, acarretando maior sofrimento aos pacientes e familiares.

O câncer está relacionado à doença dos resignados, fracassados e perdedores; dor e sofrimento; sentença e sinônimo de morte; doença de crescimento desordenado, invisível, letal e que se espalha no corpo todo; tratamento agressivo com efeitos colaterais insuportáveis; revelação do corpo falível e finito; amputação, mutilação, deformação e auto-imagem alterada. Ele comunica ao mundo a realidade da doença: abandono, contágio, auto-estima rebaixada, incapacidade de produção, perda do atrativo sexual, medo da morte etc. Além disso, as conseqüências mais temidas são a dor, o sofrimento e a mutilação, a qual externaliza a doença, humilhando-o e afastando-o e afastando-o do convívio social.

Segundo Simonton (1978, apud Chiattonne 1992), por outro lado, os profissionais de saúde também estão contaminados por esse estigma. Diz que até mesmo um médico experiente frente a um paciente oncológico torna-se inepto ao tentar consolá-lo, visto que ele próprio considera essa doença letal. Em diversos casos, a comunicação entre eles, resume-se em evitar responder às perguntas do paciente.

Chiattonne (1992, p. 106) cita o exemplo do caso de uma paciente que relatou a atitude que seu médico teve para dar-lhe a notícia de que estava com câncer. Após a realização da biópsia, entrou em seu quarto, encostou-se na parede e informou o diagnóstico, dizendo que seria encaminhada a outro médico e que teria que fazer o tratamento necessário, saindo rapidamente. Evidentemente, o paciente recebe e percebe esses tipos de comunicação: digital (verbal) e analógica (não-verbal), enviadas pelo médico e/ou equipe de saúde, ou seja, a mensagem não dita é explicitada corporalmente de forma clara e objetiva, levando a supor que o paciente não irá sobreviver.

Watzlawick (1981), cita os estudos de Bateson (1955) em relação à comunicação analógica dos animais, focalizando seus movimentos, sinais de humor e vocalizações, definindo a natureza de suas relações. Nessa pesquisa, evidencia *“a riqueza da comunicação analógica que acompanha a fala”*. (1981, p. 58)

Considerando a relação o ponto central da comunicação, verificamos que a linguagem digital é quase anódina. Assim, para o autor, a comunicação pode ser feita de dois modos, digital e analógica, sendo a mensagem digital reconhecida convencionalmente por todos, pois é expressa de forma verbal.

Por outro lado, a analógica é a mensagem não-verbal, que propõe uma relação entre os comunicantes e classifica a mensagem digital.

A comunicação entre médicos, pacientes e equipe de saúde conferem um grau de relevada importância à comunicação analógica, embora muitas vezes deixemos de identificá-la em nosso dia-a-dia. Portanto, na relação que se estabelece entre o paciente e o terapeuta, é fundamental que a comunicação dialógica tenha concordância numa mesma mensagem nos seus dois modos, evitando-se assim, a dupla mensagem.

Os relatos de estudos e o contato com pacientes oncológicos, evidenciam a ocorrência de variáveis psicológicas na instalação e desenvolvimento do câncer. Assim, o câncer é o resultado da não homeostase e da desarmonia do organismo no indivíduo, decorrente da relação que estabelece com relação à vida e seus valores e, conseqüentemente envolve a forma que escolheu para posicionar-se e interrelacionar-se no mundo.

Dethlefsen e Dalke (1983, p.237), dizem: *"Não é preciso vencer o câncer, ele tem de ser compreendido, para que nós também possamos compreender a nós mesmos"*. A célula cancerosa vence todas as fronteiras e limites, eliminando a individualidade dos órgãos e não se detendo em frente a nada - metástases.

Para os autores, o câncer não teme a morte, pois é considerado como um sintoma de amor mal compreendido, respeitando somente o amor verdadeiro e este se encontra no coração – *"único órgão que não pode ser atacado pelo câncer!"* (1983, p.240)

4. O ADOECER E O PROCESSO PARA A CURA

*"A morte pertence à vida, como pertence o nascimento.
O caminhar tanto está em levantar o pé, como em pousá-lo no chão."
Tagore*

Se a doença caracteriza a falta do perfeito equilíbrio e a unidade plena do ser, o sintoma físico é a sua expressão. Como sabemos, a doença sempre foi um fato presente na espécie humana, mas a vontade da adaptação, de um maior tempo de vida fez os homens tentarem buscar meios para curá-las.

A doença assume a importância de uma figura incapacitada de recuar e indesejada de ser assimilada, permanecendo o "incômodo" de algo em suspenso, não identificado, uma figura "mal formada", uma gestalt aberta, uma situação não resolvida.

Muitas vezes ao investigarmos as raízes de uma doença dita física, deparamo-nos com o real motivo da dor, da ferida emocional que não foi tratada, da "figura" que não pode emergir.

Para Romano (1997), as emoções não expressas e/ou não identificadas tendem a cristalizar-se internamente, o que poderá levar o indivíduo a somatizar, ou seja, os sintomas são deslocados para o nível orgânico, que por vezes se tornam concretamente físicos e outras vezes, expressos e sentidos como se fossem físicos, porém nada é encontrado. Nos casos das somatizações, a figura que tentou emergir, não teve espaço para expressar-se e portanto, busca uma nova alternativa de expressão, as manifestações físicas.

A doença somática ou física é o estado de figuras “deformadas”, emoções represadas durante anos, onde o organismo não pode realizar sua homeostase e, portanto, manter-se saudável.

Quando o homem espera a cura de “fora”, a verdadeira doença não é tratada. Nesses momentos, talvez seja a hora de dar-se conta de que a doença é a manifestação máxima do que aconteceu durante sua vida.

Em geral, percebemos a doença como um grande inimigo, que nos deixa incapacitados de realizar nossas atividades, gerando sentimento de impotência e fragilidade. No entanto, a doença pode ser a grande aliada para mostrar-nos que talvez necessitemos de mudanças significativas em nossas vidas.

A doença não é algo que vem de fora ou já está lá antecipadamente, é, sim, um modo peculiar da pessoa comunicar-se em circunstâncias adversas, em suas várias formas; é um modo de ser no mundo, um modo de relacionar-se com as pessoas em volta.

Quando adoecemos lembramos somente de cuidar do corpo, o que não é o suficiente, na verdade deveríamos tentar entender por que, ou para que adoecemos.

Para Freire (2000) corpo e mente funcionam como um todo e por vezes, diante de situações de conflito, não expressamos o que verdadeiramente estamos sentindo e se o fizéssemos, não conseguiríamos controlar as intensas emoções que vêm acompanhadas por reações físicas intensas, como falta de ar, sudorese, tremores no corpo etc.

Assim, nosso corpo se esforça, a cada sensação e alteração psicofísica, na tentativa de manter o equilíbrio; e nem sempre o consegue, podendo acarretar desequilíbrios temporários ou não.

Segundo Sontag, (1984) a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania onerosa. As pessoas vivas têm dupla cidadania: reino da saúde e reino da doença. Embora prefiramos pertencer ao reino da saúde, cada um de nós será obrigado, pelo menos em algum momento de nossas vidas, a identificar-se como cidadão do outro país – reino da doença. Para a autora, a doença não é uma metáfora e a maneira mais honesta e saudável de encará-la, é aquela que esteja mais depurada de pensamentos metafóricos.

5. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DOS GRUPOS EM SALA DE ESPERA

5.1. Grupos De Sala De Espera – Conceito e Definição

*"Quando é que me desato dos laços que me dei?
Quando serei um facto? Quando é que me serei?"
Fernando Pessoa*

Como já mencionamos, câncer é uma doença universal de prevalência crescente, sendo um dos principais problema de saúde pública na sociedade moderna e, como tal, continua sendo exaustivamente estudado e pesquisado pelo corpo médico-científico, o que nos possibilita ter inúmeras bibliografias médicas sobre esse assunto.

Congressos e mais congressos relatam as experiências e resultados obtidos sobre o estudo do câncer, mas também mostram lacunas dessa enfermidade em sua complexidade. Muito se tem escrito sobre o tema e inúmeros trabalhos apareceram nas últimas décadas fazendo frente a este desafio.

Sabemos que existe uma interação entre fatores genéticos, ambientais, culturais e psicológicos que podem levar ao desenvolvimento do câncer. Assim, essa questão nos leva a querer entender melhor quais os aspectos psicológicos que podem estar corroborando de forma negativa ou positiva quanto à evolução da doença, como também, aqueles pacientes que estão realizando somente o controle da mesma.

A realização de um trabalho de intervenção psicológica com grupos de sala de espera permite investigar a sua importância de forma global. Antes de conceituarmos sala de espera, de acordo com a pesquisa bibliográfica, procuramos no Dicionário Aurélio (1988), o significado da palavra *espera* e *sala de espera*, como vem a seguir:

- *Espera* – ato ou efeito de esperar; expectativa, demora, dilação, porto ou lugar marcado para se esperar ou aguardar alguém ou alguma coisa; emboscada, cilada, tocaia, prazo marcado ou concedido para a execução de algo.
- *Sala de Espera* – Compartimento qualquer onde se faz hora ou se aguarda o momento de ser atendido.

Ao buscarmos estes significados, percebemos que refletem exatamente o momento vivenciado pelos pacientes em sala de espera, pois antes de se iniciar o referido trabalho em algumas observações feitas, pudemos perceber a inquietação e agitação de alguns pacientes que estão ali aguardando, enquanto outros permanecem sentados, parecendo denotar através de suas fisionomias, tensão, angústia, tédio etc, na espera da consulta médica.

Para Mello Filho (1992), os pacientes em geral esperam atitudes e posturas solidárias por parte da equipe médica e tendem a identificar no médico a competência precisa, com a expectativa de que este é um ser onipotente e mágico capaz de evitar sofrimento, dor e morte. Entendemos que essas fantasias e expectativas tornam-se muito maiores e que, para muitos deles, o tempo de espera para a consulta médica, pode parecer interminável, gerando por vezes estados de angústia e ansiedade mais acentuadas, visto que esta situação vem de encontro com o próprio significado da palavra *espera*.

Assim, do ponto de vista psicológico a situação ou o tempo de espera pode suscitar nos indivíduos desprazer e desconforto emocional. Sabendo que a palavra *espera*, designa o ato ou efeito de esperar é interessante ressaltar que existem outros significados, como situações de emboscada, dilação, tocaia e prazo marcado para a execução de algo. De certo modo estas definições representam muitas das sensações trazidas pelos pacientes.

De acordo com as leituras e pesquisas bibliográficas, encontramos poucos trabalhos realizados com grupos em sala de espera, o que nos leva a deduzir que estes são escassos pelo menos no que diz respeito a publicações.

Para Maldonado (1981), o grupo de sala de espera é uma diversificação de grupo aberto, grupo que tem dia e hora fixa, porém com participantes variáveis. É um grupo que inicia e acaba no mesmo dia, um grupo de um só um encontro.

Segundo Graça e Burd, (2000) sala de espera é um espaço fundamental, a qual pode ser transformada em um espaço de reflexão sobre o processo saúde-doença.

Mello Filho (2000), diz que os grupos de sala de espera podem funcionar como um “espaço potencial”, conceito de Winnicott, o qual define este espaço como a “*área onde se dão as trocas entre o indivíduo e o meio e onde ocorre toda a experiência satisfatória mediante a qual o indivíduo pode alcançar sensações intensas e a consciência de estar vivo*” (2000, p.218). O referido autor, denomina estes grupos também como grupos abertos, pois os pacientes que estão aguardando a consulta médica, são convidados a participar, portanto sua opção é voluntária.

Considerando que a nossa população alvo faz parte da clínica cirúrgica de oncologia, além de ser um grupo de sala de espera, aberto, é um grupo homogêneo quanto à patologia e heterogêneo quanto à idade e ao sexo.

Segundo Mello Filho (1986 e 2000), Pratt, foi quem iniciou o trabalho com grupos somáticos, propondo-se a trabalhar com grupos de tuberculosos, com a finalidade de discutirem sua condição de enfermos e readaptação social; eram os chamados grupos homogêneos e já se ressaltava a importância do aspecto comum que os unia – pacientes com uma mesma patologia.

Para Ferreira Santos (1997), o atendimento em grupos de sala de espera reúne um considerável número de pacientes com a mesma enfermidade, permitindo a transformação de comportamentos e atitudes e o aprendizado de estratégias eficazes para o enfrentamento da doença.

Moreno (1959), considerava fundamental o trabalho com grupos, partindo da idéia do homem em relação, porque nasce em sociedade e necessita desta para sobreviver. Para investigar essa teoria criou a *Socionomia*, *sociu* (latim) = grupo, companheiro e *nomos* (grego) = regra e lei, que é o estudo das leis que regem o comportamento social e grupal.

Para o autor (1959), a *psicoterapia de grupo* é uma forma de tratar as relações interpessoais e os problemas psíquicos dos indivíduos de um grupo. Em sua concepção todos os participantes do grupo são agentes terapêuticos; não trata somente dos indivíduos, mas de todo o grupo e dos indivíduos que estão em relação com ele. Além disso, o trabalho com grupos possibilita e favorece o “*sharing*”; o compartilhar. Moreno denomina também essa fase de participação terapêutica do grupo, onde cada participante pode expressar o que o emocionou, os sentimentos despertados, a própria vivência de conflitos semelhantes e outros comentários a respeito da cena e/ou da sessão que assistiu.

Nosso trabalho, através da intervenção psicológica em grupos de sala de espera com os pacientes oncológicos, tem por objetivo investigar as experiências emocionais relevantes e os efeitos suscitados. Além disso, buscamos promover a adesão às orientações propostas e, que o compartilhar destas experiências possa criar um diferencial, gerando melhor qualidade de vida, aumento da responsabilidade e do conhecimento sobre a doença.

Não nos propomos a estabelecer uma relação causa-efeito, a fim de concluirmos que, pacientes que participam do grupo de sala de espera, tenham um melhor desenvolvimento em seu processo de cura ou que conflitos emocionais são diretamente responsáveis pelo aparecimento da morbidade, mas por outro lado, não podemos nos furtar ao fato de que o ser humano é um

ser total onde *soma e psique* fazem parte de uma unidade e que exercem influências recíprocas.

Outros aspectos devem também serem lavados em consideração, como o fato do diagnóstico de câncer ser um sinônimo de morte, e como tal, aparecerem desordens depressivas. Numa situação de crise, como é a doença (crônica, incapacitante ou incurável), várias reações depressivas podem eclodir a partir de fatores pessoais como, sentimento de culpa, negação, reestruturação da escala de valores (Schwab, 1967) e internações. Idas freqüentes ao hospital só tendem a ser mais um fator predisponente para o estabelecimento e fortalecimento de uma configuração depressiva (Ismael, 1998)

Ainda mais, o câncer pode trazer descompensações graves como conseqüência de descontrole emocional afetando as emoções do paciente, podendo sentir-se triste, angustiado, deprimido, com medo, ansioso, tenso etc. Estes estados emocionais podem influir em seus relacionamentos familiares, profissionais e sociais advindos de limitações, procedimentos invasivos que levam a uma fragilidade física e emocional e até mesmo amputações físicas.

5.2. Referencial Teórico Psicodramático

*É possível mudar nossas vidas e as atitudes
daqueles que nos cercam simplesmente mudando a nós mesmos.
Rudolf Dreikurs*

O referente trabalho está embasado na Teoria Psicodramática de Jacob Levy Moreno, utilizando como conceitos principais a Teoria da Matriz de Identidade, Espontaneidade e Sessão de Psicodrama.

“Drama” é uma transliteração do grego, que significa ação. O Psicodrama é uma transliteração de uma coisa feita à psique e com a psique – a psique em ação” (Moreno 1978, p. 61). Portanto, podemos definir Psicodrama como o método terapêutico que busca a verdade mediante a ação, investigando situações e conflitos, através da dramatização.

Entre 1908 e 1911, Moreno (1978), iniciou trabalhos com grupos de crianças nos jardins de Viena para representações de improviso, favorecendo-lhes a espontaneidade. Instigava-as a rebelarem-se contra o mundo dos adultos, criando suas próprias regras e normas para um mundo infantil adequado e respeitado pelos adultos. Na ocasião, muitos pais e professores pediram que abrisse um teatro para crianças.

Em 1914, já estudante de medicina, organizou em Anspittelberg, juntamente com um médico venereologista e um jornalista, um trabalho de grupo com prostitutas vienenses, com o recurso de técnicas grupais, conscientizando-as de sua condição e criando uma espécie de sindicato.

Em 1916, trabalhou com refugiados tirolezes e no dia 1º de abril de 1921, apresentou sua primeira sessão psicodramática no Komödien Haus de Viena. Criou o Teatro da Espontaneidade (1922-1925) e, em seguida, o Teatro Terapêutico. Em 1925 emigrou para os EUA, dando continuidade à sua teoria num país que aceitava suas idéias inovadoras.

O Psicodrama é uma teoria e técnica psicoterápica cujas origens se encontram no Teatro, na Psicologia e na Sociologia. Através do desenvolvimento de uma teoria de personalidade e uma teoria do grupo, o Psicodrama representa a passagem do tratamento do indivíduo isolado para o

tratamento do indivíduo em grupos, visto que o homem isolado, só, é uma abstração, não existe. Para nascer, crescer e viver necessita de outros. O Psicodrama reconstrói o contexto de cada um e o põe em movimento; as interações se manifestam, e já não é mais o indivíduo isolado que dramatiza, mas um grupo que expressa suas inter-relações.

No Psicodrama, o processo e o ato terapêutico realizam-se no "*aqui e agora*", permitindo ao psicodramatista atuar "in vivo", analisando a situação presente. Na técnica psicodramática, a estrutura existente no momento dos fatos é fundamental para a compreensão e explicação das condutas ocorridas. Por isso que a reconstrução espacial e temporal faz parte da rotina psicodramática, iniciando-se assim as dramatizações. Portanto, a dramatização permite uma visão conjunta destes dois enfoques, bem como de suas interações e influências mútuas.

O Psicodrama e o Sociodrama fazem parte de uma teoria mais abrangente denominada *Socionomia*, definida como a ciência das leis sociais e apresenta três ramificações: Sociodinâmica, Sociometria e Sociatria, que estão relacionadas entre si.

- *Sociodinâmica*: estudo da dinâmica das relações interpessoais, tendo como método de estudo, o role-playing.

- *Sociometria* (do grego *metrein* = medir) - tem como objetivo medir as relações entre as pessoas e seu método de estudo é o teste sociométrico: trata-se de uma pesquisa na qual através das atrações e rejeições existentes nos elementos de um grupo, mede-se suas relações.

- *Sociatria* (do grego *iatreia* = terapêutica) – constitui do tratamento dos sistemas sociais. Seus métodos de estudo são: Psicoterapia de Grupo, Psicodrama e Sociodrama.

Para identificar grupos normais e patológicos, Moreno utilizou-se da Sociometria. Através de sua observação e análise, descobriu também que todo grupo tem uma estrutura típica de coesão e profundidade; portanto, dois grupos nunca são iguais.

Apesar de desenvolver e aprofundar seus estudos em *Psicoterapia de Grupo*, suas conclusões sempre consideram uma visão social abrangente, em que os conceitos são pertinentes a essa esfera. Quanto maior o tempo de duração de um grupo constituído artificialmente, mais este se assemelhará a um grupo natural, desenvolvendo e compartilhando uma vida social e cultural comum e inconsciente, de onde os participantes retiram suas forças, conhecimentos e segurança. E é nessa corrente do "consciente conjunto e inconsciente conjunto" que os membros dos grupos se ligam e se identificam.

Na Teoria Psicodramática, a palavra Encontro significa estar junto, observar, sentir, participar, compreender através do silêncio ou do movimento, tornar-se um só. Significa que duas pessoas não apenas se agrupam, mas vivenciam e se compreendem, cada uma com todo o seu ser.

"*No princípio foi o Verbo*", diz o Evangelho segundo São João.

"*No princípio foi o Ato*", diz Fausto, no mito de Goethe, paradigma do romantismo.

"*No princípio foi o Encontro*", insiste Moreno, percebendo-o como uma das possibilidades humanas nas suas inter-relações e consigo mesmo. No entanto, faz-se necessário ultrapassar todos os estereótipos para florescer a verdadeira integração do homem, através do desenvolvimento da liberdade, da espontaneidade e da criatividade.

Moreno (1978) não aceita a teoria do "trauma de nascimento", de Rank e Freud, considerando o nascer como uma das situações naturais pelas quais deve passar o ser humano em seu desenvolvimento. Para o autor, o nascer é, um "ato compartilhado" de diferentes esforços da criança que integram-se com os da mãe, tendo como resultado a conquista do espaço por um novo ser que, em seguida, se insere numa nova matriz, denominada, Matriz de Identidade.

Para Rojas-Bermudez (1980), em termos Psicodramáticos, podemos dizer que: a mãe é o Ego Auxiliar principal; a equipe médica, os outros Egos-Auxiliares; a criança, o Protagonista; a preparação para o parto, o Aquecimento e o ato de nascer é a Dramatização, tendo como resultado final o nascimento, que é a Catarse de Integração.

Segundo esta linha de pensamento, podemos correlacionar a análise de Rojas-Bermudez com situação de doença do paciente em que o cuidador (equipe médica e/ou familiares) é o Ego-Auxiliar; o paciente é o Protagonista; o processo de instalação da doença até o diagnóstico, o Aquecimento e o adoecer é a Dramatização, tendo como resultado final a aceitação com ação integrada, que é a Catarse de Integração.

5.3. A Prática Em Grupos De Sala De Espera: Uma Leitura Psicodramática

*Conheci o bem e o mal, o pecado e a virtude, o certo e o errado; julguei e fui julgado;
Passei pelo nascimento e pela morte, pela alegria e pelo sofrimento, pelo céu e pelo inferno;
E no final eu reconheci que estou em tudo e que tudo vive em mim.
Hazrat Inayat Khan*

Como sabemos, a partir da doença instalada, a medicina toma posse das resoluções sobre o melhor tratamento químico e/ou cirúrgico, muitas vezes negligenciando a pessoa com seu histórico de vida, sua família, seus sentimentos, emoções e desejos.

Assim, nosso trabalho se desenvolve na medida em que aspectos emocionais e físicos da doença passam a enfatizar o caráter preventivo do cuidado com a saúde, visto que devemos possuir uma visão filosófica humanista, na qual o ser humano é considerado em sua totalidade.

Por isso, nossa proposta de trabalho com os grupos tinha como finalidade também, propiciar aos pacientes um espaço terapêutico para que pudessem falar de suas angústias e ansiedades, considerando que a doença, a hospitalização e as intervenções cirúrgicas trazem implicações em suas vidas, sendo necessário compreendê-los em seus múltiplos aspectos, reconhecendo os processos psíquicos que interferem em seus quadros clínicos.

Nossa experiência iniciou-se no final do mês de julho de 2000 e tínhamos as informações: os grupos eram de pacientes oncológicos adultos e estavam ali para consulta médica.

Em nossa primeira participação, desempenhamos mais o papel de observadores do que de interventores, visto que esse trabalho já existia há algum tempo, dirigido por um psicólogo responsável. Nossa observação tinha como objetivo primordial entender o funcionamento do grupo, sua característica e dinâmica, os aspectos psicológicos que emergiam e como se davam essas intervenções. Optamos por esse procedimento, na medida em que nossa experiência e vivência em instituição hospitalar era recente,

possibilitando assim, que pudéssemos compreender melhor como ocorriam estes trabalhos em grupos e quais as regras e condutas institucionais envolvidas.

Após algumas experiências, constatamos que os pacientes expressavam seus temores, ansiedades, angústias e seu próprio adoecer (crenças e auto/hetero discriminação), observando que as respostas eram comuns em todos os grupos. Isso permitiu-nos refletir e elaborar um programa de intervenção clínica, envolvendo as necessidades e interesses desses pacientes em relação aos seus sentimentos, pensamentos e percepções tentando desmistificar suas crenças, apoiando-os com a escuta terapêutica em suas aflições e conflitos, que os levam a emoções confusas e, por vezes, incontidas. Mais que isso, tínhamos também como objetivo, que os próprios participantes refletissem como um espelho suas próprias histórias, aprendendo a perceberem-se adequadamente, encontrando estratégias positivas no manejo da doença na tentativa de incorporá-las no seu dia-a-dia.

Salientamos que os participantes desses grupos já haviam participado duas, três ou mais vezes (retornos, tratamentos, controle ou até mesmo a recidiva da doença), assim como foi a primeira vez para outros.

Para alcançar os resultados apresentados, utilizamos a teoria e a metodologia psicodramática, seguindo os passos da sessão de psicodrama. Entende-se que a sessão psicodramática constitui o campo de ação, que operacionalizamos com técnicas e finalidades determinadas, possibilitando o resgate da espontaneidade e criatividade do indivíduo, visto que a maioria das pessoas são condicionadas por normas e regras sociais, restringindo sua capacidade de criação. Assim, trabalhamos com:

- *03 Contextos*: social, grupal e dramático;
- *05 Instrumentos*: protagonista, diretor, ego-auxiliar, cenário e auditório;
- *03 Etapas*: aquecimento, dramatização e comentários.

Iniciamos as sessões de grupo, com um aquecimento inespecífico, pois percebemos que em geral os grupos se encontram num nível de tensão acentuado. Bally (1958), muito contribuiu com a definição dos conceitos de campo tenso e relaxado de conduta. Em seus estudos, percebeu que o indivíduo em campo tenso cria uma espécie de defesa, ficando impossibilitado de ter a visão do todo e de si mesmo, podendo a relação ficar comprometida. Além disso, ocorre um comprometimento de suas respostas perceptuais e comunicacionais, o que faz com que, por exemplo, negue o que esteja ocorrendo, numa tentativa de minimizar a tensão, refletindo a capacidade de enfrentar suas limitações. Já, em campo relaxado, ele pode não só ampliar esta visão, como também emitir respostas assertivas.

Primeiramente nos apresentamos e explicamos qual o objetivo de nosso trabalho em sala de espera, como já descrito anteriormente. Em seguida é solicitado ao grupo que se apresente e diga qual o motivo de estarem ali. No momento seguinte, abordamos os temas: como estão se sentindo por ser o dia da consulta médica e quais os aspectos comuns existentes neste grupo que é homogêneo, no sentido de terem a mesma doença, incluindo os tratamentos e os procedimentos medicamentosos.

Este aquecimento visa diminuir a tensão, facilitar as relações entre si e colocar o grupo em atividade, para que se manifeste através das interações. Consideramos esta etapa fundamental, que possibilita avaliarmos quais são as fantasias, crenças, sentimentos e pensamentos, existentes em relação à doença no *aqui-agora*. Muitos estão em crise e geralmente o paciente procura

saídas para sua doença, sem perceber que se encontra confuso e perdido. Isto resulta numa perda de energia e rebaixamento de suas funções egóicas.

Nessa etapa do trabalho criamos o contexto e o continente afetivo necessário para que o grupo relaxe o seu campo de conduta, diminuindo suas defesas e possibilitando uma visão mais adequada do momento em que se encontra.

Com a experiência obtida, percebemos que a maioria desses pacientes emitem respostas racionais e estruturadas, encobrindo seus sentimentos e emoções. Por isso a criação do contexto confere ao grupo a possibilidade de expor e/ou expressar suas mágoas, ressentimentos, angústias, ansiedades, medos etc.

A vida no Hospital é uma vida de relação. Relações entre profissionais das equipes multidisciplinares, entre eles e os pacientes, entre eles e os familiares dos pacientes e entre estes e a administração do hospital.

Em seus estudos, Moreno construiu sua teoria baseando-se no “homem em relação” e, fundamentalmente, na inter-relação que estabelece com as pessoas.

Para o autor o ser humano desenvolve sua identidade a partir da matriz de identidade, que “*é a placenta social da criança, o locus em que ela mergulha suas raízes*”, isto é, o lugar onde a criança se insere desde o seu nascimento e se desenvolve, e que “*dissolve-se gradualmente, à medida que a criança vai ganhando em autonomia*” (1978, p. 114), ou seja, quando começa a declinar a sua dependências dos egos-auxiliares.

Entendemos que o paciente oncológico, mergulhado em suas “conservas culturais” (câncer é sinônimo de morte, sofrimento, designo de Deus, discriminação social, familiar, etc.) deve ser compreendido, como Moreno descreve na teoria do desenvolvimento. Por isso, devemos considerar o que estes pacientes trazem como crença ao vivenciar este estado de doença, visto que vêm contaminados por modelos e valores associados às suas respostas – medo do diagnóstico da doença e as fantasias geradas (sofrimento anterior à morte), medo pelo histórico que conhecem de parentes que morreram e/ou sofreram muito com essa doença, até o final de seus dias.

Assim, retomamos os conceitos referentes à teoria da matriz de identidade, cientes de que a mesma oferece segurança, orientação e guia para estruturar um novo caminho a ser trilhado, quanto às suas fases de desenvolvimento.

A partir dessas considerações, podemos identificar dois momentos distintos pelos quais os pacientes passam durante a realização do grupo de sala de espera e que podem ser correlacionados às fases da matriz.

Na primeira fase (Identidade do Eu) denuncia um universo indiferenciado, depositando na “conserva” do papel de paciente oncológico, o modelo a ser seguido (vítima, fragilidade, dependência). Nessa fase, pode desenvolver sua “identidade do eu” ao localizar seus temores e dificuldades diante da nova situação que está enfrentando (a doença, a cirurgia e o tratamento)

Na segunda fase (Reconhecimento do Eu), uma vez identificadas suas dificuldades, passa a reconhecê-las. Com isso, há uma diminuição da resistência e conseqüente quebra de paradigmas – o estigma do câncer.

O paciente hospitalar vivendo suas dificuldades, vai aos poucos se conscientizando, assumindo-as e resolvendo-as. Como afirma Bustos (1982), só despejando para fora de si seus conflitos é que conseguirá superá-los.

Perceber e se deixar perceber adequadamente pelos participantes do grupo e familiares, pode favorecer uma identidade mais definida e integrada com uma visão gestáltica da enfermidade, tendo condições de estabelecer metas, critérios e relações mais saudáveis, que possibilitem um manejo adequado da doença, incorporando no seu cotidiano melhor qualidade de vida.

Nos relatos do desenvolvimento das sessões (fragmentos), descreveremos com maior clareza as técnicas utilizadas e seu pressuposto teórico.

II. OBJETIVOS

- Investigar as experiências emocionais relevantes com pacientes oncológicos.
- Investigar os efeitos do trabalho desenvolvido em sala de espera com grupos de pacientes oncológicos e familiares.

III. METODOLOGIA

Para atingirmos os nossos objetivos, fizemos uma análise qualitativa deste trabalho com enfoque clínico terapêutico através da abordagem psicodramática, utilizando-se de suas técnicas e das etapas da sessão de psicodrama, a saber: aquecimento, dramatização e comentários.

O atendimento é semanal, com duração média de 90 minutos. As orientações são direcionadas aos pacientes e familiares que os acompanham, os grupos são abertos e a participação não é obrigatória.

1. Amostra

Grupo de pacientes formado espontaneamente na sala de espera, composto por pacientes oncológicos, familiares e acompanhantes. Esses são oriundos da Clínica Cirúrgica de Oncologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, que irão passar ou que já passaram por cirurgia.

O trabalho realizado para esta pesquisa ocorreu entre o final do mês de julho e dezembro do ano 2000, perfazendo um total de doze encontros.

O número de participantes da sala de espera é bem variado, havendo também uma rotatividade muito grande, devido ao fato da participação não ser obrigatória e por depender do número de consultas médicas marcadas para esse dia. No entanto, desde o início de nossa participação neste trabalho, temos obtido dados dos participantes dos grupos, que consideramos relevantes serem relatados, como veremos a seguir:

a. Número total de participantes dos grupos de sala de espera: 110, sendo 62 homens (56,4 %) e 48 mulheres (43,6%). O número médio de participantes por semana foi de 9,2 pessoas.

b. Faixa etária entre 17 e 90 anos, com idade média semanal dos homens de 54,8 anos e das mulheres de 52,7, portanto a idade média semanal dos grupos é de 53,7 anos.

c. Número de familiares acompanhantes dos pacientes: 19. Destes, 15 são do sexo feminino: esposa ou filha e os outros 04 do masculino: marido, filho, genro e amigo.

	Homens	%	Mulheres	%	Total
N.º Participantes	62	56,4	48	43,6	110
N.º Participantes Semanal	5,2	5,7	4	4,3	9,2
Faixa Etária					17 a 90
Idade Média dos Grupos Semanal	54,8		52,7		53,7
N.º de Familiares Acompanhantes	04	21,1	15	78,9	19

2. Procedimento e Técnicas Utilizadas

O trabalho em sala de espera tem duração média de 90 minutos. Nos primeiros 60 minutos, deixamos o grupo mais livre para falar de suas angústias, ansiedades, dificuldades, limitações, vitórias e conquistas decorrentes da doença. Nos 30 minutos finais, solicitamos que o grupo expresse sobre o que verdadeiramente acham do trabalho realizado em sala de espera pelos psicólogos e como tem sido essa vivência para eles. Estes depoimentos são gravados, com a autorização verbal de todos os participantes.

Consideramos importante relatar que existe uma discrepância e uma distância significativas cultural entre profissionais e essa clientela. Por isso, procuramos adequar a nossa linguagem, para estabelecer uma comunicação clara e de fácil entendimento com relação ao grupo. Além disso, percebemos que o papel do psicólogo hospitalar ainda é um papel desconhecido para a maioria desses participantes. No entanto, quando esclarecemos os objetivos deste papel, pudemos observar concretamente que muitos destes pacientes ao término dos encontros, se dirigiam à assistente social ou ao próprio médico, solicitando um acompanhamento psicoterápico, durante o estágio da doença e tratamento.

Faz-se necessário ressaltar que os atendimentos em sala de espera diferem muito de uma realidade de consultório psicoterápico. Há interrupções constantes desde as dificuldades e limitações dos próprios pacientes até as intercorrências que fazem parte do cotidiano hospitalar, como por exemplo:

- Os pacientes que ali se encontram são chamados pelo atendente ou pelos próprios médicos para a consulta médica, sendo interrompida naquele momento a dinâmica do grupo, à qual procuramos retornar imediatamente;
- Nem todos os participantes do grupo conseguem dar seus depoimentos, devido ao fato de serem chamados para a consulta médica antes desta última etapa do trabalho em grupo;
- Interrupções constantes do atendente, por estar um tanto desorganizado o controle das fichas. Por exemplo, chama as pessoas que não se encontram ali ou o mesmo nome várias vezes, gerando novas interrupções;
- O movimento externo e os ruídos fora da sala de espera: o número de pessoas que passam pelo corredor e o volume alto de suas vozes, faz com que o grupo tenha que estar muito aquecido e concentrado para esse trabalho;

- Os acompanhantes dos pacientes que chegam mais tarde por terem ido buscar exames em outro setor;
- Pacientes que necessitam levantar-se e dar uma volta, por não agüentarem ficar sentados por muito tempo, devido ao desconforto que a enfermidade causa ou, pelo fato de terem feito colostomia e por isso, terem que sair rapidamente.

Em nosso trabalho com os grupos, utilizamo-nos das seguintes técnicas: observação clínica e intervenções com técnicas fundamentadas na teoria psicodramática e um gravador para o registro formal dos depoimentos colhidos.

3. Tratamento dos Resultados

A avaliação é qualitativa sob a abordagem psicodramática, tomando-se fragmentos significativos das sessões para elucidarmos os principais efeitos do grupo de sala de espera em pacientes oncológicos.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Existem palavras sábias, mas a sabedoria não é suficiente, falta ação”.
J. L. Moreno

1. Resultados

Os resultados obtidos durante a realização deste trabalho com grupos de sala de espera, estão apresentados em três tópicos. O primeiro refere-se aos temas abordados nos grupos e as discussões ocorridas. O segundo, aos depoimentos colhidos sobre o que as pessoas pensavam e sentiam sobre o trabalho (pacientes e familiares). No terceiro, relatamos fragmentos de algumas sessões específicas, que ilustram de forma mais didática os conteúdos emergentes que foram trabalhados.

Ressaltamos que as respostas dos grupos foram compiladas e categorizadas, objetivando a sistematização do processo pelos quais passam os pacientes oncológicos pré ou pós-cirúrgicos.

Como já citamos anteriormente, os participantes já podem ter freqüentado uma ou mais vezes os grupos. Assim, seus relatos estão divididos desta forma:

1º Tópico: Tema dos Encontros: Como você se sente hoje vindo para consulta médica? Quais as expectativas? Como é conviver com o câncer e suas conseqüências?

Categorização:

Medo

- > “fico ansiosa, não durmo e não deixo ninguém dormir”.
- > “estou muito preocupada por ter aparecido este outro tumor em meu braço. Não contei para ninguém lá em casa”.

- > “perde-se a coragem de enfrentar a doença, pois ela dá ansiedade e nervoso. Não tenho um sono bom, já faz 04 anos que faço retorno e isso enche a paciência”.
- > “mesmo tendo o câncer controlado, é como se estivesse com uma faca encima da cabeça. Não se pode ter a certeza de que a doença não irá voltar”.
- > “estou oprimido, não posso mais jogar bola, não posso fazer mais nada, enquanto estiver com este tumor”.
- > “a notícia da doença pega a gente de surpresa, atrapalha nossos planos futuros. Depois do diagnóstico passamos a pensar diferente, fiquei muito triste. O câncer destrói os planos da gente e causa uma tristeza muito grande”.
- > “os médicos não deviam contar para nós sobre a doença que temos, deviam contar somente para a família. Estou arrasado, desanimado, entreguei para Deus”.
- > *do grupo*: “não sentimos medo de morrer, mas sim muito medo do sofrimento que esta doença pode causar antes da morte, medo de morrer e não ter ninguém junto a nós”.

Raiva

- > “sinto muita dor, estou mal, não estou gostando desta situação (*da doença*), na verdade eu tenho ódio do mundo por estar assim. Sei que estou na clínica de hematologia. Prefiro não saber o que tenho”.
- > “quero que seja feito aqui (*aponta para o joelho*) o melhor, quero ser operado logo para retirar ele daqui. Às vezes, tenho vontade de rasgar isso com uma faca”.
- > “tenho que ficar deitada o tempo todo por não ter forças para levantar e para andar. Tenho que pedir tudo, eu odeio isto, me sinto um lixo, na verdade me sinto uma “merda””.
- > “não tenho nada para falar, não há como me ajudar e também não posso ajudar ninguém. Minha vida acabou, parei de estudar e trabalhar, me afastei dos amigos, vão amputar minha perna, minha vida acabou”.

Religiosidade

- > “tem que ter calma e paciência tem que esperar o dia certo; temos que sofrer até o dia que Deus queira”.
- > *do grupo*: “deve-se ter muita fé em Deus, pois este guiará as mãos dos médicos. A recuperação também depende de nós seguirmos o tratamento”.

Discriminação / Preconceito

- > “quando saio na rua, por vezes minha perna fica endurecida e os amigos me chamam de saci”.
- > “esperei meu filho e ele não apareceu, vim sozinha de ônibus. É difícil, pois tenho muitas dores na perna e às vezes ela endurece e não consigo andar. Minha vida é muito sofrida, moro sozinha, sou separada. Durante alguns anos morei junto com meu filho e minha nora, mas ela me tratava tão mal, que precisei ir embora de lá. Vocês acreditam, que meu prato e os talheres ela separava dos outros da casa? Depois que eu tomava banho, ela entrava no banheiro e ficava desinfetando, como se esta doença fosse contagiosa”.

> “aqui convivemos com pessoas que passam pelo mesmo que nós. Fora daqui são poucas as pessoas que sabem que tenho câncer, pois elas são preconceituosas e temem que esta doença seja contagiosa”.

Aceitação

> “não fico nervosa, tive câncer no intestino, hoje sou uma outra pessoa, estar viva para mim é ótimo”.

> “depois da doença a gente muda, dá mais valor a vida, temos que lutar por ela”.

> “quanto mais sabemos da doença, maior será nossa condição de entender e lutar contra isso”.

> “tenho câncer de intestino, mas agora ele está no fígado. Me sinto triste por isso, mas sou forte, tenho coragem, fé e confiança que posso me curar. Eu vou lutar, como sempre lutei. Isto não vai me derrubar”.

> “no início, ficamos todos perdidos e desorientados, a vida vira de ponta de cabeça, fica tudo um caos. Depois aos poucos este caos diminui à medida que você busca um médico de confiança e competente e percebe que isto não é o fim do mundo”.

> *do grupo*: “é importante conhecer o diagnóstico da doença que se tem, é melhor sabermos o diagnóstico, pois assim podemos dividir esta dor com nossos familiares, sabemos com que temos que lutar e devemos nos cuidar com a alimentação e os tratamentos necessários. Sabendo-se o diagnóstico, podemos nos preparar psicologicamente para suportarmos tamanha dor; saber a verdade significa que você diminui as fantasias e o fato se torna concreto”.

2º Tópico: Depoimentos referentes ao trabalho desenvolvido pelos psicólogos com os grupos em sala de espera.

O número total de depoimentos dos participantes da Sala de Espera foi de 75 pacientes. Destes, 68,2% estavam presentes nesta etapa e os outros 31,8% já haviam sido chamados para a consulta médica. O número médio de depoimentos semanal foi de 6,2 pessoas.

Os depoimentos estão agrupados por categorização, como segue abaixo. Os critérios utilizados nas categorizações dos números 01 e 02 respectivamente foram: 1) os dados foram constatados por nós, coordenadores dos grupos; 2) os dados não puderam ser constatados por nós, mas obtivemos informações posteriores através de alguns pacientes destes grupos

Categorizações:

- 1- Manifestações positivas no *aqui-agora*;
- 2- Manifestações positivas depois de alguns dias;
- 3- Manifestações de incômodo.

1- Manifestações positivas no *aqui-agora*

> “é ótimo, às vezes a gente fica meio oprimido, achando que está sendo vítima e conversando aqui, notamos que têm pessoas que estão passando por situação ainda pior do que a nossa, isto é muito reconfortante”.

> “ficar aqui dentro distrai, e muitas vezes nos desesperamos com o nosso problema e aqui acabamos vendo que muita gente tem problema. Isso alivia, ajuda bastante e nos acalma porque todo mundo fala”.

> “acho muito importante o trabalho de vocês porque descontraí e ajuda muito as pessoas, acho esse trabalho magnífico. Eu não me impressiono com nada, mas tem pessoas que ficam impressionadas; da outra vez que eu vim, tinha umas pessoas que estavam muito impressionadas, um nervoso, até falando palavrão e no fim ele estava totalmente tranquilo e se sentiu bem no final da reunião. As pessoas têm medo e o medo é pior do que a doença”.

> “espero que vocês levem esse projeto adiante, porque como eu já disse, é muito importante, principalmente porque hoje eu vi dois jovens aí com os problemas deles. Eu já tenho 60 anos, mas a gente vê que o problema atinge a todos. Esse serviço de vocês dá uma força impressionante para todos, nos deixa mais descontraídos e Deus ajude que vocês possam levar esse trabalho em todas as outras áreas”.

> “bom, porque desabafei, conversei com outras pessoas, a gente fica mais leve, saio daqui com uma expectativa melhor. Vocês (coordenadores) compreendem a gente no nosso sofrimento e nos ajuda dessa forma. Saio mais aliviada”.

> “é bom, porque pude desabafar a história do saci (apelido que seus amigos lhe deram, por causa do tumor que tem no joelho), nunca contei isso a ninguém, só para vocês, foi muito bom eu ter falado. Minha angústia diminuiu. Quando eu estava vindo para cá, vim pensando se teria que amputar a perna. Agora não estou mais pensando nisso, estou mais calmo, por falar e desabafar”.

> “a gente expõe o que sente, se está triste ou alegre. Colocar para fora a tristeza é muito bom. Eu era muito trancada e sofria muito, mas depois que eu passei a vir na sala de espera eu melhorei muito. Hoje consigo falar, antes não conseguia. Já tem um ano que eu operei e toda vez que eu tenho consulta, eu venho aqui porque eu gosto realmente.”

> “dá ânimo na gente. Se ficamos sós na sala de espera, ficamos pensando na doença e suas conseqüências, a expectativa para entrar no consultório médico é muita alta. No entanto, este trabalho nos deixa descontraídos e traz alento e força para enfrentarmos o médico e a doença”.

> “é muito bom a participação de vocês porque orienta bem a gente. Ficar calado assim é neurótico, a gente desabafa e já aprende algo diferente. Eu acho muito importante falar tudo o que está acontecendo. O desabafo faz bem!”

> “para mim é ótimo essa reunião, ficamos ciente de muitos conselhos, de muitas explicações. Muitas coisas que falaram, eu não sabia e aprendi sobre

reclamar. Eu não sabia, isto é um direito meu! A reunião é muito importante para nós e eu espero que continuem! Eu me sinto bem quando eu passo os meus problemas para alguém e ouço também, assim um ajuda o outro”.

> “para mim sala de espera é aquela lá fora onde o tempo não passa. Trago um monte de coisas na bolsa para fazer, porque eu penso: caso não tenha a reunião, pelo menos espero o tempo passar fazendo os meus trabalhos”. Se não tivesse isso aqui, a gente não suportava o problema da gente, porque aqui a gente amadurece e cresce com o problema do outro e suportamos carregar a cruz com mais facilidade. É diferente da outra sala, porque às vezes, na outra sala alguém te conta um problema e você não desabafa com ninguém e vai segurando o problema de um, o problema de outro e chega uma hora que você fica pior do que já estava, e aqui já é um outro modo, dá para desabafar. Se tiver alguma dúvida, a gente pergunta e lá não. A pessoa fala do problema dela e você do seu e fica na mesma ou até pior. Aqui a gente resolve o problema porque vendo o dos outros passa a ver o seu problema de outra forma”

> “quando não havia este trabalho em sala de espera, depois de esperar tanto tempo eu saía pior ainda, saía daqui doente, com fome, dor nas costas e dor de cabeça, dor na perna, passamos mal! Ficar calada esperando, você junta um problema com o outro e só atordoa a cabeça da gente e aqui não enche a cabeça, até esvazia, tira o stress”.

2- Manifestações positivas depois de alguns dias

> “não tenho nada a dizer”. Posteriormente tivemos notícias de D., através de um dos participantes, o qual relatou: encontrei com o D. e ele agradeceu a força que demos. Está fazendo terapia e o tratamento necessário. *(Mais à frente no 3º tópico, relato de fragmentos de sessões, descreveremos com maiores detalhes esta situação).*

> “meu caso também não é fácil, tive câncer na bunda e tive que retirar metade dela, isso já faz mais de um ano e ainda tem um abscesso que não fecha. No início quando vinha para cá, estava muito revoltada, não aceitava o que estava acontecendo comigo, só chorava e ficava revoltada. Hoje estou muito bem, este trabalho aqui tem me ajudado muito a recuperar as forças. Não tenho mais vergonha de meu corpo, me olho no espelho e não me revolto mais, pelo contrário, admiro minha força para ter enfrentado tudo isso. Eu só tenho 32 anos”.

3- Manifestações de incômodo

> “isso aqui *(mostra o local de um melanoma no peito)* está me incomodando muito. Dói e me irrita muito. Faz seis meses que estou tentando curar isso só na espera de falar com o médico. O pobre é tratado de qualquer jeito, é um problema político, o brasileiro não sabe reclamar nada”.

> “achei bom, mas nunca fiquei doente, nunca fui a um hospital, não gosto de falar em doença e nem de ouvir coisas que de repente nem tem cura é ruim. Acho que não é bom ficar falando, queria esquecer isso. Não gostei de ouvir o outro, isso me incomodou”.

3º Tópico – Relatos de fragmentos de algumas sessões

Quanto ao tópico relatos dos fragmentos de algumas sessões e os temas relevantes que foram abordados, fizemos uma leitura psicodramática das intervenções realizadas através das técnicas fundamentadas na teoria moreniana.

Dentre eles, ressaltamos um dos relatos com a “Síndrome da Espada de Dâmocles”, oriunda da mitologia greco-romana não só por sua importância, mas principalmente, pela relação simbólica que podemos estabelecer em face das experiências emocionais pela qual os pacientes oncológicos passam.

1- Paciente R, sexo feminino ,73 anos

Paciente relata que sua vida está muito difícil por causa da doença. Sente-se muito só e dependente dos outros, situação esta que não aceita. Diz: “tenho que ficar deitada o tempo todo, não tenho forças para levantar e para andar. Tenho que pedir tudo, eu odeio isto, me sinto um lixo, na verdade me sinto uma “merda”; sempre trabalhei e agora nem lavar uma peça de roupa eu consigo, não tenho forças. Não aceito isto que está acontecendo comigo. Não tenho mais vontade de viver assim”.

Coord: *“Por que é tão difícil ser dependente de seus filhos, visto que sempre trabalhou para criá-los? Como é se sentir uma “merda”?”.*

Nesse momento o grupo assume o papel de agente terapêutico, questionando-a. A sessão gira em torno deste tema e o grupo tenta mostrar que é possível resgatar a vontade de viver e a auto-estima. Começam a relatar suas dificuldades iniciais ao enfrentarem a doença e o que fizeram para continuar lutando e vivendo mesmo tendo câncer. Os depoimentos são bastante intensos em suas emoções, crenças e percepções.

Enquanto o grupo se coloca, a paciente escuta atentamente e por vezes faz sinal com a cabeça de que não concorda com as colocações, sendo sua postura corporal rígida (semblante tenso e sério, braços e pernas fechados e cruzados). Aos poucos, parece-nos baixar suas defesas e resistências, muda sua postura corporal, inclinando-se para frente e acenando com a cabeça como se estivesse concordando e identificando-se com a fala do grupo, sentindo-se compreendida e percebendo não ser a única pessoa a passar por isso.

Esta percepção foi constatada no momento em que essa senhora foi chamada para a consulta; caminhando em direção à porta, virou-se de frente para o grupo e disse sorrindo: “podem ter certeza que estou saindo daqui mais alegre e confiante e vou pensar em tudo isso que vocês falaram, obrigada”.

Esta senhora foi a protagonista deste grupo e era necessário que ela compreendesse os conflitos que estavam emergindo. Nossa intervenção teve como objetivo o resgate de sua identidade, visto que, naquele momento a percepção que tinha de si mesmo estava comprometida pelo fato de perceber-se como uma doença e não como doente.

R. encontrava-se caótica e indiferenciada devido aos temores e receios que as dores e a doença em si provocavam. Por isso, era importante numa primeira instância, a diminuição de seu campo tenso de conduta.

Quando o grupo passou a compartilhar suas histórias foi possível para R. identificar nos outros, fatos semelhantes ocorridos com ela. Desse momento em diante, R. em campo relaxado, sentiu-se compreendida e identificada com o grupo, percebendo que não era a única pessoa que estava passando por essa fase e que a doença é um estado mutável e por vezes reversível.

Assim, podemos dizer que R., quando chamada para consulta médica, conseguiu sair da fase de indiferenciação, passando para a 2ª fase da matriz de identidade, o reconhecimento do Eu.

2- Paciente D., sexo masculino, 20 anos

Paciente permaneceu calado durante toda a sessão, parecendo incomodado por estar lá. Já havíamos falado com todo o grupo, exceto com ele. Perguntamos a D. se gostaria de falar alguma coisa e sua resposta foi: “não tenho nada para falar, não há como me ajudar e também não posso ajudar ninguém. Minha vida acabou, parei de estudar e trabalhar, me afastei dos amigos, só de minha família que não, pois vão amputar minha perna; minha vida acabou”. D. estava só, e o grupo todo ficou muito silencioso com sua fala.

Coord: *“Este foi o diagnóstico dado pelo médico?”*

D: *“Ainda não, hoje eu trouxe os exames, mas pelo jeito não tem saída, vão amputar minha perna”.*

Coord: *“Mas se o diagnóstico ainda não foi afirmado, como você sabe?”*

D: *(não responde)*

Coord.: *“Qual a perna que foi mesmo amputada?”*

D: *(expressão de não compreensão da pergunta e não responde).*

Coord.: *“D. estou perguntando qual a perna que foi amputada, pois você já a amputou antes do diagnóstico final, não é mesmo? Como também amputou todas as coisas que fazia em sua vida, inclusive seus amigos e estudos.”*

D: *(não responde)*

Grupo: *“Ela está certa, você não pode se entregar assim”.*

I: *“Veja, eu tenho colostomia, é muito desagradável, mas continuo vivendo e vou em frente”.*

C: *“Lembra o que falei de mim no início? É verdade, você vai ver como tudo dará certo. A revolta acontece, mas não resolve, temos que ter fé em Deus, nos médicos e em nós mesmos. Temos que nos ajudar para nos salvar. O apoio da família foi muito importante para mim”.*

Quando solicitamos ao grupo que falasse a respeito do que pensavam sobre o trabalho em sala de espera, a resposta de D. foi: “não tenho nada a dizer”.

Este paciente trouxe um conteúdo (amputação não só da perna, mas principalmente a ruptura da vida), que mobilizou o grupo como um todo e assim foi eleito como protagonista. Seu relato trazia toda uma revolta e uma raiva intensa que não permitiam que D. pudesse ver alguma saída saudável.

Nessa situação, optamos por utilizar a técnica de interpolação de resistência objetivando “contrariar” as disposições conscientes e rígidas deste protagonista, possibilitando a D. ter acesso a novos pontos de vista e flexibilidade em suas posições relacionais, “quebrando sua resistência”.

Depois de três semanas, em outro grupo de sala de espera, tivemos notícias de D. através do senhor I., que nos contou: “encontrei com o D. aqui no hospital, ele estava indo fazer radioterapia. Conversamos por um tempo e ele nos agradeceu pelo que falamos com ele no grupo. Disse que estava melhor, fazendo o tratamento e que estava sendo atendido por uma psicóloga. Ele não amputou a perna, acho que era ele mesmo que estava amputando-a sozinho”.

Diante destes dados, procuramos ter maiores informações sobre D. Sabíamos que a psicóloga que o atendia é da clínica de oncologia. Relatou que D. está aceitando melhor a doença, estando menos resistente e defensivo para falar. Os médicos estão fazendo de tudo para não amputarem sua perna por enquanto, e o tratamento está surtindo efeitos positivos.

3- Paciente M. I., sexo feminino 55 anos

Paciente relata que já se submeteu a duas cirurgias (câncer no cólon do útero e intestino) e que está se sentindo muito bem, sem problema algum para enfrentar a doença. Veio para consulta de retorno e controle.

Em seu depoimento diz: “é muito bom poder estar aqui, porque temos convivência com outras pessoas que passam pelo mesmo que nós, isto ajuda o outro, é uma troca de experiência, nos deixando mais leves por colocarmos nossas emoções para fora e isso faz um bem danado. Mas, tem o seguinte: comentar aqui é uma coisa, para quem sabe do nosso problema. Fora daqui são poucas as pessoas que sabem que tenho câncer de intestino e tive que fazer colostomia. As pessoas são preconceituosas e temem que esta doença seja contagiosa”. Na seqüência, o grupo todo concorda com a paciente, quando esta se refere ao estigma do câncer, letal e mortal e, o preconceito sofrido.

Coord.: *“Como é sentir o preconceito”?*

M.I. e Grupo – *(não respondem)*

Coord.: *“Tentem perceber de onde vem este preconceito”...*

M.I. e Grupo – *(não respondem)*

Coord.: *“A verdade é que este preconceito é nosso e não do outro, somos nós que sentimos vergonha da doença que temos, somos nós que temos a crença de que o câncer é letal, mortal e contagioso, não é mesmo”?*

M.I. e Grupo: neste momento o grupo tem um *insight* de que o preconceito em primeiro lugar está neles mesmos no que se refere à vergonha que sentem por serem portadores da doença, suas crenças e o contágio.

O conteúdo e conflito existente trazido por esta paciente, mobilizou o grupo, que por sua vez partilhou da mesma opinião. Diante do ocorrido, intervimos com uma das técnicas psicodramáticas, o duplo. Esta técnica tem por objetivo fazer o paciente entrar em contato com a emoção não verbalizada e às vezes até não conscientizada. Permite expressar pensamentos, sentimentos e sensações que o paciente não percebe ou evita colocar, somos o “seu outro eu”, ou seja, uma espécie de “consciência auxiliar”. Após a realização desta intervenção, tanto M.I. quanto o grupo mostraram-se reflexivos, concordando que o preconceito e a discriminação primeiramente partiam deles próprios.

4- Paciente M., sexo feminino 59 anos

Paciente relata que ao “vir para consulta médica para fazer o controle da doença, é como se estivesse com uma faca em cima da cabeça”. Essa sensação espelha e reflete a vivência semelhante de outros pacientes e, na discussão de resultados, estabeleceremos de forma simbólica, uma breve relação com a “Síndrome da Espada de Dâmocles”.

Quando perguntamos aos participantes como se sentiam no dia da consulta médica, um deles respondeu: “tive um tumor na papila e faz dois anos que fiz a cirurgia. Mesmo assim, vir para consulta médica somente para fazer o controle da doença, é como se estivesse com uma faca em cima da cabeça”.

Mello Filho (1992), afirma que pacientes oncológicos convivem com a “Síndrome da Espada de Dâmocles”.

Da mitologia greco-romana (2000), há uma história em que Dâmocles, cortesão de Dioniso I, o Ancião, de Siracusa na Sicília (século IV, 350 a.C.), sente inveja de sua vida aparentemente feliz e afortunada. Ao saber disso, Dioniso com o propósito de ensiná-lo, cede-lhe o trono, para que este exerça o papel de juiz perante os assuntos de Estado. Em certo momento, Dâmocles se dá conta de que tem sobre si uma espada sustentada somente por uma crina de cavalo. Assim, a frase “*A Espada de Dâmocles*” é relacionada com a presença de um perigo iminente ou de uma ameaça.

Portanto, a “Síndrome da Espada de Dâmocles”, pode simbolizar para os pacientes com câncer, a certeza da incerteza, pois há uma constante ameaça da recidiva ou metástase da doença. Essa sensação exige muitos anos para ser controlada, visto que é complementada pelo medo do sofrimento, da dor e do isolamento.

Devemos entender que um paciente com câncer não irá comportar-se como se “nada tivesse ocorrido”, pois este seria um critério inadequado e simplista. Assim, cabe aos psicoterapeutas reconhecerem que “agora tudo é diferente”, possibilitando adequar o paciente e familiares em seu contexto social, seus papéis e suas inter-relações.

5- Temas Compartilhados Pelos Grupos

Vários foram os temas trazidos e compartilhados, mas transcrevemos aqueles que denotaram conflitos contendo maior ansiedade, angústia, medo e receio de dores causadas pela doença e do sofrimento anterior à morte, além

de maus tratos por parte dos atendentes no setor de entrega de exames. Por outro lado, muito dos temas surgidos falavam da importância de se conhecer o diagnóstico e a confiabilidade na equipe médica.

> “Temos medo da recidiva da doença, da quimioterapia, da evolução do tumor, das metástases, dores físicas e sentimos a necessidade do apoio familiar”.

> “Aqui somos tratados como se fôssemos ninguém, fazem você gastar dinheiro de condução para vir pegar os exames e se não ficaram prontos, nem te olham na cara, te dão as costas. É horrível, chegar aqui e ficar sabendo que os exames sumiram, eles nem olham para a cara da gente, somos muito mal tratados. Pobre não tem vez e não pode reclamar, pobre sofre, tem que lutar, e muito, para conseguir uma internação ou um atendimento; parece que temos que implorar ajuda e auxílio. Falta muito para nos sentirmos tratados como cidadãos com direitos humanos, na verdade só podemos contar com a solidariedade do outro”.

> “O dia da consulta é um dia muito desgastante e cansativo, é muito difícil esta situação de doença. O processo de atendimento é demorado, leva-se meses para marcar uma consulta, quando se faz os exames e vamos buscá-los, ninguém os encontra. Viram para nós e dizem: acho que seus exames foram perdidos, terá que fazê-los de novo.

> “É melhor sabermos o diagnóstico, pois assim podemos dividir esta dor com nossos familiares. Além disso, sabemos com que temos que lutar e devemos nos cuidar com a alimentação e os tratamentos necessários. Com o diagnóstico em mãos, podemos nos preparar psicologicamente para suportarmos tamanha dor. Saber, significa que você diminui as fantasias, o fato se torna concreto.

> “Para nos defendermos do fator erro “médico” que é possível, temos que tê-lo como um amigo, trocando-se idéias. Quando confiamos e sentimos nos médicos a preocupação e a humanização no nosso tratamento, isto nos traz tranquilidade, segurança, esperança e motivação para continuarmos lutando por nossas vidas”.

Possibilitar que os grupos de pacientes em sala de espera compartilhem seus sentimentos e emoções requer, do terapeuta, o papel de co-criador do processo terapêutico, denotando uma postura diferenciada ao considerar a criação de um campo privilegiado da relação e da ação.

Embora exista uma intervenção ativa, criamos o contexto necessário, durante as sessões, para que os pacientes pudessem liberar sua espontaneidade, retratando suas angústias e temores. Deste modo, o compartilhar entre si possibilitou, numa primeira instância, a identificação coletiva do mesmo drama, com sutis e pequenas diferenças, pois o cerne desta proposta pretendia alinhar a semelhança de suas dores relacionadas com a doença.

Para Moreno, o “compartilhar”, também chamado “*sharing*”, significa a participação terapêutica do grupo, em que cada um pode expressar suas emoções num contexto protegido, podendo favorecer as respostas de *insight*

e/ou *catarse de integração*. Mais adiante abordaremos o ato terapêutico que emergiu nas sessões.

O local de atendimento, embora não muito favorável devido à estrutura que representa uma sala de espera, não influenciou nas respostas de compartilhar do grupo.

6- A Busca da Cidadania

No decorrer deste estudo constatamos nos depoimentos realizados, que muitos dos pacientes e familiares manifestavam insatisfação com a instituição devido ao desconhecimento de seus direitos como cidadãos. Diante disso, fornecemos informações referentes ao tema, além de conscientizá-los da existência de um setor próprio para receber queixas e sugestões neste hospital. Transcrevemos abaixo esses relatos e como sentiram-se após as informações sobre seus direitos humanos.

Relação Instituição x Pacientes x Familiares

> Esposa – seu marido, o paciente, encontrava-se muito mal física e psicologicamente. Ela nos contou: “os médicos o desenganaram, não deviam comunicar sua doença, deviam falar somente com a família. Sabem como o médico do P.S. deu a notícia para ele? É, sua hora chegou, não tem jeito. Sua hora chegou. Eles não deveriam falar assim com a gente”.

> Filha – “é um dia muito desgastante e cansativo, é muito difícil esta situação de doença, pois o processo de atendimento é demorado, leva-se meses para marcar uma consulta, quando se faz os exames e vamos buscá-lo, ninguém os encontra. Viram para nós e dizem: “acho que seus exames foram perdidos, terá que fazer de novo”. É horrível chegar aqui e ficar sabendo que os exames sumiram, eles nem olham para a cara da gente, somos muito mal tratados”.

> Paciente - “é bom porque podemos discutir sobre vários assuntos, inclusive sobre os nossos direitos aqui dentro. Aprendi que podemos reclamar”.

> Filha - (*Obs. paciente não entrou na sala, pois estava na maca*) – “Geralmente a gente espera só o médico falar e muitas vezes a gente sai com a dúvida, com medo de perguntar e ele ser mal educado, e dizer: o médico sou eu, então eu sei o que está se passando. Então muitas vezes a gente não pergunta com medo da reação do médico. A gente tem mesmo é que perguntar, mesmo que ele seja malcriado, mesmo que ele não queira responder e aqui dá força, liberdade. A gente entra aqui e desabafa, sai mais esclarecido daquilo que a gente quer saber, o quanto que tem que interrogar para o médico. Se ele quer falar na frente do paciente ou não, se é importante falar para a paciente ou não, a gente entra na sala mais esclarecido. Se achar que aquilo está meio assim, suspeito, dá para perguntar: Dr. dá para o senhor, esclarecer, melhor”?

Antes de falarmos sobre cidadania, faz-se necessário abordarmos a ética. Quando nos deparamos com dilemas nas questões humanas, estes

podem ser diluídos com o auxílio da ética. Geralmente são questões de consciência, de justiça, de considerações corporais/psíquicas ou do ser humano em sua totalidade.

O valor do que reconhecemos como dignidade humana é um norteamento na ética. Pede-se consideração, respeito e dignidade da pessoa, não do corpo ou do espírito, mas da pessoa, total e única, na sua organização vital, de vida relacional.

A observação da ética pode prevenir injustiças pessoais e sociais e deve-se a ela o desenvolvimento da cidadania do homem e, atualmente, a tentativa de se humanizar os atendimentos nos hospitais públicos.

Humanizar é fazer prevalecer os direitos humanos, respeitando o paciente e seus familiares, os quais querem ser ouvidos e atendidos em suas necessidades, visto que o caminho da doença gera no ser humano sentimento de impotência e fragilidade. Humanizar, no sentido moreniano, é perceber o ser humano que existe em cada paciente que como todos, tem limitações, dificuldades e conflitos, que geralmente estão acentuados quando se está enfermo.

Em nosso trabalho, sempre que ouvimos as queixas dos pacientes e familiares quanto a uma postura não adequada dos atendentes hospitalares, principalmente aqueles que trabalham no setor de entrega dos exames solicitados pelos médicos deste hospital, temos como preocupação discutir e buscar a conscientização de todos, objetivando o resgate e o direito de cidadania dessas pessoas. Também informamos que existe um setor específico no hospital para reclamações e sugestões de atendimento ao cliente.

Após estas explicações, obtemos tais respostas dos grupos: “aprendemos que podemos reclamar”; “aprendemos sobre os nossos direitos como cidadãos aqui nesta sala”; “aprendemos que podemos pedir ao médico que nos explique o que não entendemos direito: Dr. dá para o senhor, esclarecer, melhor? Isto é um direito nosso”.

Quando o paciente, sente-se compreendido, percebe-se mais seguro e assistido integralmente, vislumbrando um direito que sempre foi seu, o de cidadão, que deve ser respeitado, pelo fato de que é um ser humano.

2. Discussão

Como mencionamos anteriormente, tínhamos por objetivo investigar as experiências emocionais relevantes e os efeitos do trabalho desenvolvido em sala de espera com grupos de pacientes oncológicos.

Nosso trabalho buscava propiciar aos pacientes e familiares, um espaço terapêutico para que estes pudessem falar das angústias, dificuldades e limitações que essa enfermidade causa, visando também compartilhar vivências, pensamentos e emoções. Assim, iniciamos esta discussão, considerando as leituras e pesquisas bibliográficas apresentadas, os resultados obtidos e as técnicas utilizadas, como a observação clínica e intervenções com técnicas fundamentadas na teoria moreniana.

Os resultados estão apresentados em três tópicos: temas abordados com as discussões ocorridas nos grupos, depoimentos colhidos e relatos de fragmentos de algumas sessões com ilustração de casos.

De uma síntese dos estudos realizados pelos autores citados neste trabalho, verificamos em que aspectos eles coincidem com os resultados obtidos. Ressaltamos que tanto no primeiro tópico dos resultados, quanto no segundo, encontramos respostas relevantes dos pacientes que confirmam esses estudos, como veremos a seguir.

Segundo Ader (1981), a influência dos fatores psicossociais podem contribuir para o desenvolvimento ou retrocesso do câncer, como por exemplo:

→ “é importante conhecer o diagnóstico da doença que se tem, é melhor sabermos o diagnóstico, pois assim podemos dividir esta dor com nossos familiares, sabemos com que temos que lutar e devemos nos cuidar com a alimentação e os tratamentos necessários. Sabendo-se o diagnóstico, podemos nos preparar psicologicamente para suportarmos tamanha dor; saber a verdade significa que você diminui as fantasias e o fato se torna concreto”.

→ “se tivesse uma sala dessas (*trabalho em sala de espera*) em toda consulta que a gente fosse, seria uma maravilha, ajuda a diminuir o stress. Na ginecologia e na oftalmologia, é fila para marcar consulta, para passar no médico, para esperar, para fazer o retorno; aí eu digo que bom seria se hoje eu tivesse o Dr. da oncologia; ficar lá se distraíndo, ouvindo as emoções das pessoas, você se sente bem, as horas passam e você nem vê. Se emociona também com a emoção dos outros, você pensa na situação dos outros: a dele está pior do que a minha ou a minha está pior do que a dele. Já estive aqui chorando, então acho que é muito válido”.

Baltrusch (1988), Shekelle et al (1987) e Weisman e Worden (1984) afirmam que traços de personalidade podem predispor ao câncer, como: supressão das emoções, dificuldade para expressar sentimentos negativos, tendência para evitar conflitos, conformidade social exagerada, submissão; pacientes com maiores índices de depressão levaram ao desenvolvimento e expansão de neoplasias e pacientes com desejos de morte, depressão e relações destrutivas sobreviviam menos. Por exemplo:

→ “nunca fiquei doente, nunca fui a um hospital, não gosto de falar em doença e nem de ouvir coisas que de repente nem tem cura é ruim. Acho que não é bom ficar falando, queria esquecer isso. Não gostei de ouvir o outro, isso me incomodou”.

→ “estou oprimido, não posso mais jogar bola, não posso fazer mais nada, enquanto estiver com este tumor”.

Chiattonne (1996), LeShan (1992) e Parestrello (1984), citam os estudos realizados entre causas do câncer relacionadas a estados de depressão, situações de desventuras e desgraças da vida como causa de muito sofrimento e infelicidade e que a doença é uma forma de expressão máxima dos indivíduos em situações críticas, espelhando o seu modo de ser e de agir em relação à vida, como vemos abaixo:

→ “quando não havia este trabalho em sala de espera, depois de esperar tanto tempo, eu saía pior ainda, saía daqui doente, com fome, dor nas costas e dor de cabeça, dor na perna, passando mal! Ficar calada esperando, você junta

um problema com o outro e só atordoia a cabeça da gente e aqui não enche a cabeça, até esvazia, tira o stress”.

→ “esperei meu filho até às 06 horas da manhã, ele não apareceu e então eu vim sozinha de ônibus. É difícil pra mim, pois tenho muitas dores na perna e às vezes ela endurece e não consigo andar. Minha vida é muito sofrida, moro sozinha, sou separada. Durante alguns anos morei junto com meu filho e minha nora, mas ela me tratava tão mal, que precisei ir embora de lá”.

Para Kluber-Ross (1975) e Meyerowitz (1978), o diagnóstico do câncer pode levar a reações de negação, raiva, depressão, barganha, e aceitação; muitas vezes é recebido como sentença de morte, doença atemorizante, incontrolável, da qual ninguém acredita ver-se livre. É associado com dor, trauma emocional, perda das funções corporais e morte, por exemplo:

→ “não tenho nada para falar, não há como me ajudar e também não posso ajudar ninguém. Minha vida acabou, parei de estudar e trabalhar, me afastei dos amigos, vão amputar minha perna, minha vida acabou”.

→ “sinto muita dor, estou mal, não estou gostando desta situação (*da doença*), na verdade eu tenho ódio do mundo por estar assim. Sei que estou na clínica de hematologia. Prefiro não saber o que tenho”.

→ “os médicos não deviam contar para nós sobre a doença que temos, deviam contar somente para a família. Estou arrasado, desanimado, entreguei pra Deus”.

Quanto aos relatos e os depoimentos obtidos na sala de espera, verificamos que alguns pacientes se referiram a esta como um momento de preenchimento do tempo ocioso e que a “desgraça alheia pode ser pior”. Estas respostas confirmam o que Maldonado (1981) e Mello Filho (1992 e 2000), respectivamente, afirmam a respeito: transformação do tempo ocioso em tempo de trabalho e atendimento a uma grande demanda de pacientes com qualidade, pois para muitos deles o tempo de espera para a consulta médica parece interminável, gerando por vezes estados de angústia e ansiedade mais acentuadas.

Por outro lado, a maioria dos pacientes afirma a importância e a necessidade de poder expressar, vivenciar e compartilhar pensamentos, emoções e sentimentos com pessoas que têm os mesmos problemas de saúde. Estas respostas aparecem nos depoimentos categorizados: como ocorreram mudanças positivas no *aqui-agora* e ocorreram mudanças positivas depois de alguns dias, dados que podemos correlacionar com os autores que citaremos abaixo.

Winnicott (1949, apud Mello Filho 2000), assinala que os grupos de sala de espera podem funcionar como um “espaço potencial”, ou seja, a “*área onde se dão as trocas entre o indivíduo e o meio e onde ocorre toda a experiência satisfatória mediante a qual o indivíduo pode alcançar sensações intensas e a consciência de estar vivo*”.

Pratt, (apud Mello Filho 1986 e 2000), iniciou o trabalho com grupos somáticos com a finalidade de discutirem sua condição de enfermos e

readaptação social, ressaltando a importância do aspecto comum que os unia – pacientes com a mesma patologia.

Ferreira Santos (1997), afirma que o atendimento em grupos de sala de espera reúne um considerável número de pacientes com a mesma enfermidade, permitindo a transformação de comportamentos, atitudes e o aprendizado de estratégias eficazes para o enfrentamento da doença.

Para Moreno (1959), o trabalho com grupos é fundamental, partindo da idéia do “homem em relação”, porque nasce em sociedade e necessita desta para sobreviver. Para o autor, a psicoterapia de grupo é uma forma de tratar as relações interpessoais e os problemas psíquicos dos indivíduos de um grupo. Em sua concepção, todos os participantes do grupo são agentes terapêuticos, pois trata-se de todo o grupo e dos indivíduos que estão em relação com ele. Além disso, o trabalho com grupos, possibilita e favorece o “sharing”, o compartilhar. Moreno chama essa fase de “participação terapêutica do grupo”, em que cada participante pode expressar o que o emocionou, os sentimentos que despertaram e a própria vivência de conflitos semelhantes.

3. Considerações

Para atingirmos os resultados descritos até o presente momento, reforçamos a importância da relação terapeuta-paciente, desde a criação do contexto adequado, adaptação ao ambiente de sala de espera até o vínculo afetivo necessário com o grupo e cada participante para fazer jus ao nosso desempenho profissional.

A atuação deste papel requer genuíno interesse de se conhecer mais a fundo o universo dos pacientes, suas angústias e temores sob a sua ótica. Como dissemos anteriormente, o ato de compartilhar favoreceu não tão somente *insights*, como propiciou vários *atos terapêuticos* durante as sessões.

Embora nos encontrássemos dentro de um contexto hospitalar, o trabalho com grupos em salas de espera requer flexibilidade e objetividade por parte do terapeuta. O tempo reduzido e a alta rotatividade dos pacientes impediram de caracterizar nossos atendimentos em um *processo terapêutico*. Por isso, os conflitos giravam em torno da doença. Não nos era possível abranger todos os conteúdos de ordem afetivo-emocional da vida dos pacientes. Especificamos e direcionamos o nosso trabalho em busca do tema comum, compartilhado por todos.

A sala de espera representa apenas uma das faces do tratamento dentro de um hospital, no entanto, pudemos constatar a importância do acompanhamento terapêutico, pela mudança positiva na disposição anímica de alguns pacientes, assim como, pela possibilidade de se reconhecerem “enfermos”, mas com uma forte vontade de se curarem.

Para Freire (1982, p.43) *“enquanto o animal é essencialmente um ser da acomodação e ajustamento, o homem é o da integração” e “a partir das relações do homem com a realidade, resultante de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade, vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor”*.

Enfim, ao investigarmos as experiências emocionais relevantes associadas ao câncer, constatamos a veracidade dessas vivências, através das várias respostas que obtivemos: câncer está relacionado a sentença e

sinônimo de morte, raiva, medo, angústia, preconceito, desesperança e as conseqüências mais temidas são: dor, sofrimento e mutilação, esta última externaliza a doença, humilhando e afastando-o do convívio social. Ainda mais, o câncer comunica ao mundo a realidade da doença: abandono, contágio, auto-estima rebaixada, incapacidade de produção, perda do atrativo sexual etc.

Quanto ao nosso outro objetivo investigado, os efeitos do trabalho desenvolvido em sala de espera com grupos de pacientes oncológicos, constatamos uma predominância positiva como demonstraram os relatos, os depoimentos e os fragmentos de algumas sessões. Portanto, podemos afirmar que estes são favoráveis a sua continuidade, bem como, sugeriram a idéia de que este trabalho seja expandido nas diversas clínicas médicas existentes.

No entanto, permanece um questionamento quanto à sobrevivência em Oncologia. Acreditamos que estudos na área venham a contribuir para o acompanhamento psicológico aos sobreviventes e familiares. Compreender porque alguns sobrevivem ou não, por que alguns sobrevivem bem e outros não, sem dúvida nos fornece dados para a busca e a adoção de estratégias preventivas mais adequadas às necessidades desses pacientes. E, mais do que isso, ampliar o conhecimento referente à sobrevivência em outras "situações-limite" da existência humana.

Esta questão remeteu-nos a lembranças dos campos de concentração, onde milhares de judeus se defrontavam no dia-a-dia com "situações-limite" de sobrevivência. Para compreender melhor essa vivência, reportamo-nos ao livro *O Coração Informado* de Bruno Bettelheim (1985).

Para o autor, a questão da sobrevivência do homem estava relacionada a descobrir alguma experiência de vida que valesse a pena, sobre a qual fosse possível manter um controle pessoal.

Os prisioneiros que acreditavam não ter esperança de saírem vivos, que nunca exerceriam qualquer influência sobre o seu ambiente, eram considerados como "cadáveres ambulantes", isto é, chamavam-nos de maometanos (Muselmänner), por considerarem-nos semelhantes a estes que, presumidamente aceitam suas mortes sem contestações.

Essa distância fazia com que abdicassem de suas próprias vidas. Nessa situação, o meio impedia ações que reagissem ou alterassem o ambiente, não havendo nem uma resposta pessoal interna. Isto gerou uma paralisação das reações até um amortecimento da percepção seguindo-se a morte.

Isto pode propiciar um aprendizado relevante, pois cada ambiente exige mecanismos diferentes para preservar a autonomia e o êxito em sobreviver segundo os valores individuais num determinado meio. O que sustenta a auto-estima e a independência de alguém não é fixo e inalterável.

Quanto mais o indivíduo entrega-se ao adversário, no caso, a doença, aumenta a probabilidade de não ter forças de lutar quando a morte tornar-se iminente. Nesse sentido, o ser humano torna-se apenas a doença, um paciente anônimo e sem identidade. Por outro lado, as pessoas que não negam, nem reprimem a possibilidade da morte, exercem sua liberdade que, nem mesmo a doença lhes pode tirar, ou seja, decidem como desejam sentir, perceber e pensar em relação a suas vidas. Desta forma, recuperam sua autonomia e, se impossibilitadas de viver por causa da enfermidade, ao menos morrem como seres livres e não como prisioneiras e cúmplices de um sistema imposto pela sociedade em geral, que nega a morte e a afasta do convívio social.

A ansiedade e a angústia geradas pelo câncer são existenciais. Os pacientes devem aprender a discernir entre o essencial e o transitório em suas vidas e em si próprios. Dessa forma, conscientizando-se de que o essencial permanece sob qualquer circunstância, podem enfrentar e lidar com esses estados de ânimo. Para isso, têm que se conscientizar e lutar para dar fim a essas sensações.

As pessoas que não bloqueiam sentimentos, razão e percepção, possivelmente sobrevivem e percebem que conservam o maior trunfo que têm, a liberdade humana, podendo optar por suas próprias convicções em relação aos aspectos da vida. Bettelheim (1985, p. 128) nos relata que *"a diferença crucial entre conservar a natureza humana (a própria vida) e aceitar a morte como ser humano (a morte física) residia única e exclusivamente no seguinte: preservar a liberdade de escolher de modo autônomo uma posição em relação a condições extremas, mesmo quando estas pareçam estar inteiramente além da capacidade do indivíduo de influenciá-las"*.

Em suma, tanto a situação dos campos de concentração quanto a de enfermidades graves, para sobreviver como um ser humano e não como um "cadáver ambulante" e humilhado, faz-se necessário conhecer e estar ciente de qual é o ponto sem retorno, aquele que sob espécie alguma é cedido ao inimigo opressor, mesmo que isso signifique arriscar ou perder a vida. Caso contrário, sobreviver pode ter um significado; nenhum respeito por si próprio.

Essas vivências, em sua maioria, são processos revolucionários, que ocasionam períodos de crise pessoal, familiar e social, até que permitam desenvolver fases de adaptação e domínio das situações.

Para o referido autor (1985, p. 233) *"os homens não são formigas. Preferem a morte a uma vida de formiga"*, isto é, preferem abdicar de uma vida que já não é mais humana.

V. CONCLUSÃO

..."Mas, se pudesse voltar a viver, trataria de ter somente bons momentos. Porque, se não sabem, disso é feita a vida, só de momentos, não percas o agora"...
Jorge Luiz Borges

Ao término deste trabalho, podemos dizer que o seu desenvolvimento foi extremamente desafiador e enriquecedor, permitindo-nos adentrar a vida de pessoas tão sofridas e sempre disponíveis a se doarem. Essa união de esforços, que envolveu participação e compromisso crescentes entre os pacientes e nós, coordenadores, foi de suma importância para que este estudo fosse realizado.

Através da intervenção psicológica nos grupos de sala de espera, nossos objetivos tinham por base a investigação de experiências emocionais relevantes associadas ao câncer e os efeitos deste trabalho nos grupos.

Em nossas pesquisas, encontramos o autor Ferreira Santos (1997), que afirma a importância da psicoterapia breve em situações de crise, tratando de modo eficiente o acompanhamento de pacientes hospitalares, com ênfase no que o levou ao hospital, isto é, a identificação de um câncer e a dificuldade que tem em lidar de modo adequado com essa situação nova e especial.

Geralmente, o período anterior à consulta médica revela um estado de crise no paciente oncológico e este, sente a necessidade de que alguém lhe

segure o medo, como podemos localizar em um dos relatos de Pichon-Rivière. No momento em que o paciente em crise se percebe só e confuso, a figura do terapeuta é bastante significativa. Fornecer subsídios para gerar uma sensação de alívio num primeiro momento tem sido um dos aspectos fundamentais nesse tipo de trabalho, uma vez que o paciente oncológico consegue perceber que não está desamparado e que será compreendido e auxiliado sempre que desejar ou necessitar.

Em sua maioria, os pacientes nos grupos de sala de espera encontram-se imersos em si mesmos, com suas dores e angústias. Para que possam continuar seguindo o caminho de suas vidas, interrompido pela situação de “doença”, há que se criar um vínculo que fortaleça a relação terapeuta-paciente e, deste modo, liberar a espontaneidade e o reconhecimento de seu próprio Eu.

Tratar de um paciente oncológico exige de cada profissional da equipe multidisciplinar uma visão sistêmica, incluindo seu contexto social, seus papéis e relações até o tratamento clínico propriamente dito, com suas intercorrências. Há que se considerar um paciente em sua totalidade. A sala de espera representa apenas uma parte do seu processo de tratamento.

Sabemos que os hospitais são organizações complexas e permeadas por variáveis ambientais, tecnológicas e administrativas, mas essencialmente formada por pessoas. São unidades sociais com o objetivo específico de tratamento e cura dos pacientes. Sob esse enquadre, há que se buscar a dignidade do atendimento ao paciente em toda e qualquer dependência sob a qual se encontre. Contudo, nem sempre os profissionais têm essa visão sistêmica do hospital e da importância de seu papel nesse contexto. Por isso, é fundamental que se forme um trabalho de equipe que valorize a competência de cada um, que estabeleça contato com o paciente, tornando-o cênico de que faz parte de um todo, de modo integrado, em prol da saúde humana.

A excelência desse estado só é possível se nos disponibilizamos a aprender com o outro. O primeiro passo depende de nossa capacidade de perceber e reconhecer nossos limites e alcances antes de perceber e compreender o outro. Daí iniciamos um processo verdadeiro de troca. Não só com os pacientes, mas entre a força-tarefa representada pelo grupo de profissionais.

Compreender o paciente, incluindo sua “doença” significa ter a capacidade real de se colocar em seu lugar. Em Psicodrama, tal postura é relacionada a “Inversão de Papel”. Infelizmente, essa prática nem sempre é freqüente, visto que só entendemos uma “dor”, quando somos o sujeito da ação. Muitas vezes, desempenhamos o papel profissional de forma mecanizada e sem vínculo, justificado pela grande demanda de pacientes ou qualquer outra intercorrência, esquecendo-nos do significado da promoção de saúde em seu sentido mais pleno.

Estender a mão, escutar suas queixas e necessidades, adequar a comunicação ao paciente, cria o *setting* necessário para o trabalho do terapeuta. Do apoio à escuta psicológica, o profissional com seu “saber específico” deve objetivar uma atenuação na dicotomia mente-corpo, visualizando o paciente em sua globalidade e integridade bio-psico-social, considerando-o essencialmente como “ser humano”.

Quando afirmamos que este trabalho nos enriqueceu, é porque tratamos da vida humana, que nos remete a uma grande responsabilidade e que nos faz crescer ao compartilhar as dores de um paciente. O fruto desse esforço pode

ser mensurado quando conseguimos observar um sorriso além da lágrima e a força inabalável da fé em prol de sua saúde.

Essencialmente, falamos de amor ao próximo, amor à vida...

*"De tudo, ficam três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando,
A certeza de que é preciso continuar
E a certeza de que podemos ser interrompidos, antes de terminarmos.
Fazer da interrupção um caminho novo,
da queda um passo de dança,
do medo uma escada,
do sonho uma ponte,
da procura um encontro..."*

Fernando Pessoa

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALL, J. *Compreendendo as Doenças: pequeno manual do profissional de saúde*, São Paulo, Ágora, p.14, 1998.
2. BALLY, G. *El Juego Como Expresión de Libertada*, México, Fondo de Cultura Economica, México, 1958.
3. BETTELHEIM, B. *O Coração Informado*, 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, p.128 - 233, 1985
4. BUARQUE DE HOLANDA, A. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*, Nova Fronteira, R. Janeiro, p. 269-583, 1988.
5. BUSTOS, D. M. *O Psicodrama: aplicações da técnica psicodramática* (1980) 1ª ed. São Paulo, Summus, p. 154, 1982
6. CARVALHO, V. A. Personalidade e Câncer, In: Carvalho, M.M.M.J, (org.), *Introdução à Psiconcologia*, Campinas, Psy, 1994.
7. CHAVES, M. M. *Saúde e Sistemas*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Serviço de Publicações, p. 39-40, 1972
8. CHIATTONE, H. B. de C. Uma Vida para o Câncer, In: Angerami-Camon, V. A. (org), *O Doente, a Psicologia e o Hospital*, 3ª e. São Paulo, Pioneira, 1996.
9. DETHLEFSEN, T., DAHLKE, R. *A Doença como caminho*, São Paulo, Cultrix, 1983.
10. FERREIRA SANTOS, E. *Psicoterapia Breve: abordagem sistematizada de situações de crise*, 2ª ed. São Paulo, Ágora, 1997.
11. FREIRE, C. A. *O corpo reflete o seu drama: somatodrama como abordagem psicossomática*, São Paulo, Ágora, 2000, p. 15.
12. FREIRE, P. *Educação como Prática da Liberdade*, 13ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, p. 43, 1982.
13. GIMÉNEZ, E. (2000) *La Espada de Damocles*, [Online]. Belca Estudio Integral. www.arcom.net/belca/index.htm. Dez/2000.

14. GRAÇA, L.A. e BURD, M. *Grupos com Diabéticos*, In: Mello Filho e cols. *Grupo e Corpo*, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, p.218, 2000.
15. INCA – Instituto Nacional De Câncer, *Câncer*, [Online]. <http://www.inca.org.br/>. nov./2000
16. ISMAEL, S. M. C. *Psicologia Hospitalar: Uma Especialidade em Expansão*, Revista Viver Psicologia, Ano 6, n. ° 68, set/1998, pg.10.
17. KNOBELL, M. *Psicoterapia Breve*, São Paulo, EPU, p. 10-13, 1986.
18. KOVACS, M. J. Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer: Efeitos de um Programa de Intervenção Psicossocial, Revista da CAPSI, São Paulo, n.º 1, ano 4, p. 7-8, jan/jun/ 1994.
19. KUBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*, 8ª ed, São Paulo, Martins Fontes, 1998.
20. LESHAN, L. *O Câncer como Ponto de Mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*, São Paulo, Summus, 1992.
21. MALDONADO, M. T.; HALLAL, R. C., *Grupos de Sala de Espera*, São Paulo, Revista Femina, Febrasgo, p. 378 a 381, maio de 1981
22. MELLO FILHO, J (Org). *Psicossomática Hoje*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992
23. _____, Gruposoterapia com pacientes somáticos, In: Osório, L. C. e cols. *Gruposoterapia hoje*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986
24. _____, e cols. *Grupo e Corpo*, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000
25. MIRABEL, H. *Fundamentos de Mitoterapia*, [Online]. Centre Telemàtic Valencià (CTV). www.ctv.es/USERS/mforca/ [Dezembro/2000]
26. MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital, In: Carvalho, M.M.M.J, (org.) *Introdução a Psiconcologia*, Campinas, Psy, 1994.
27. MORENO, J. L. *Psicodrama* 2ª ed. São Paulo, Cultrix, p. 27-114,-115, 1978.
28. _____, *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Introdução à teoria e a práxis*, São Paulo. Mestre Jou –Cap. III e Cap. IV – p. 115, 1959
29. NAPACAN – Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer, *Câncer*, [Online] <http://www.napacancer.com.br/>. [out/2000]
30. NAVARRO, F, Somatopsicodinâmica das biopatias: interpretação reichiana das doenças com etiologia desconhecida, 1ª edição, R. Janeiro, Relumo-Dumará, 1991.
31. _____, Somatopsicodinâmica: sistemática reichiana da patologia e da clínica médica, São Paulo, Summus, 1995.
32. ROJAS-BERMUDEZ, J. G., *Introdução ao psicodrama*, 3ª ed, São Paulo, Mestre Jou, 1980.
33. ROMANO, L. R., *Psicossomática em Emergência e no Hospital Geral*, São Paulo, 1997, Apostila, Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos.
34. SCHÁVELSON, J. Sobre Psicossomática e Câncer, In: Júlio de Mello Fº (Org). *Psicossomática Hoje*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
35. SPRINGER-VERLAG, *Manual de Oncologia Clínica*, União Internacional Contra o Câncer. 2ª ed. brasileira, São Paulo, 1996.
36. SONTAG, S. *A Doença como Metáfora*, R. Janeiro, Graal, 1984.
37. WATZLAWICK, P; et, al. *Pragmática da Comunicação Humana* (1967) 1ª ed. São Paulo, Cultrix, p. 58 e 61 Cap.3 p.72, 1981

Maria Cristina E. Salto

- ➔ Psicóloga Clínica, Pós-graduada em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCMUSP
- ➔ Psicodramatista e Professora-Supervisora credenciada pela Febrap – Federação Brasileira de Psicodrama

Tel/Fax: (0xx 11) 3885-4552 consultório

E-mail: crisalto@uol.com.br