



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE PSICOLOGIA

DANIELLE CRISTINA FRAZÃO PEREIRA

**O CÂNCER DE MAMA FEMININO COMO FATOR DE SOFRIMENTO EMOCIONAL
PARA A FAMÍLIA, SEGUNDO A ÓTICA DA GESTALT-TERAPIA**

São Luís

2021

DANIELLE CRISTINA FRAZÃO PEREIRA

**O CÂNCER DE MAMA FEMININO COMO FATOR DE SOFRIMENTO EMOCIONAL
PARA A FAMÍLIA, SEGUNDO A ÓTICA DA GESTALT-TERAPIA**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Prof. Ma. Alice Parentes da Silva Santos.

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Pereira, Danielle Cristina Frazão

O câncer de mama feminino como fator de sofrimento emocional para a família, segundo a ótica da Gestalt-terapia. / Danielle Cristina Frazão Pereira. __ São Luís, 2021.

46 f.

Orientador: Profª. Ma. Alice Parentes da Silva Santos.

Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia –

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2021.

1. Gestalt-terapia. 2. Câncer de mama feminino. 3. Adoecimento. 4. Impactos emocionais. I. Título.

CDU 159.9.019.2

DANIELLE CRISTINA FRAZÃO PEREIRA

**O CÂNCER DE MAMA FEMININO COMO FATOR DE SOFRIMENTO EMOCIONAL
PARA A FAMÍLIA, SEGUNDO A ÓTICA DA GESTALT-TERAPIA.**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Prof^a. Ma. Alice Parentes da Silva Santos.

Aprovada em ___/___/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Alice Parentes da Silva Santos (orientadora)

Centro Universitário

Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Flor Bella Matos de Oliveira

Pós graduada em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Pangeia

Atuação em hospital oncológico, referência da equipe de cuidados paliativos

Esp. Gabriel Batista Cutrim

Especialista em Gestalt-terapia com ênfase em Psicoterapia

Psicólogo clínico

Aos meus pais, que sempre foram meus maiores incentivadores e para os quais prometo dar orgulho, a minha família e aos amigos mais próximos pelo apoio durante a caminhada do curso, dedico a minha gratidão. Todos, de alguma forma, fazem parte dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pelas oportunidades, pelo privilégio de ter nascido em uma família amorosa, pela coragem para lutar pelos meus sonhos e pela sabedoria que Ele me concedeu na conclusão de mais uma de muitas etapas da minha vida. Sua presença permite-me ter força para continuar lutando, sonhando e conquistando os meus objetivos.

Aos meus pais, que sempre investiram na minha educação mesmo sem terem condições financeiras suficientes, mas que nunca deixaram nada faltar em relação aos meus estudos, contribuindo para a realização dessa conquista. Os agradeço pelo apoio, pelo amor e pelo incentivo que todos os dias me dão. Eu não seria a mesma se não fosse por eles, e provavelmente, não estaria no curso que me transforma em uma pessoa melhor a cada novo conhecimento que adquiro.

A todos os meus familiares que sempre estiveram presentes, me apoiando e me incentivando durante os anos de curso.

A minha avó materna, que não mediu esforços para me ajudar financeiramente nas mensalidades e não deixar que nada faltasse, incentivando o meu foco em continuar o curso.

Ao meu avô materno e avó paterna, que já viraram estrelinhas no céu e que com certeza também estariam felizes e orgulhosos de mim.

Ao meu avô paterno, que amo e também admiro.

E aos amigos que fiz durante o curso, que proporcionam momentos inesquecíveis e dividiram comigo seus anseios e desejos para o futuro que nos aguarda após a graduação.

“Saúde é movimento, mudança, encontro com o diferente, é estar o tempo todo em estado de travessia à procura de si mesmo.”

Jorge Ponciano Ribeiro

RESUMO

A Gestalt-Terapia apresenta-se como uma abordagem fenomenológica-existencial, que ressalta a consciência do aqui-e-agora, focando em como o fenômeno é apresentado, muito mais do que no porquê. Através dos fenômenos, nos damos conta de nossa existência enquanto ser-no-mundo. Para a Gestalt Terapia, a saúde seria a capacidade do indivíduo de atualizar seu contato com o mundo, não se mantendo rígido no seu modo de ser e estar. Para essa abordagem, adoecer seria estar em desarmonia relacional, seja com o mundo em geral, seja consigo mesmo. Nesse sentido, esta pesquisa tem por objetivo geral compreender o câncer de mama feminino como um fator de sofrimento emocional para a família, a partir das contribuições da Gestalt-terapia. Por meio de uma revisão bibliográfica, este estudo expõe as características do adoecimento do câncer de mama feminino e como este afeta psicologicamente a família dessa mulher. Propõe-se, assim, entender aspectos psicológicos do câncer de mama segundo a ótica da Gestalt-terapia e refletir acerca dos impactos emocionais do câncer de mama não só para a mulher, mas para toda a família. Para isso, pretende-se abordar o papel do Gestalt-terapeuta no suporte psicológico dos familiares a fim de auxiliá-los a lidar com a possibilidade da perda da mulher, envolvendo-os também no processo de enfrentamento.

Palavras-chave: Gestalt-terapia, câncer de mama feminino, família, adoecimento.

ABSTRACT

Gestalt Therapy presents itself as an existential-phenomenological approach, which emphasizes the awareness of the here-and-now, focusing on how the phenomenon is presented, much more than on why. Through phenomena, we become aware of our existence as a being-in-the-world. For Gestalt Therapy, health would be the individual's ability to update their contact with the world, not remaining rigid in their way of being and being. For this approach, falling ill would be in relational disharmony, either with the world in general or with oneself. In this sense, this research has as general objective to understand female breast cancer as a factor of emotional suffering for the family, based on the contributions of Gestalt-therapy. Through a literature review, this study exposes the characteristics of the illness of female breast cancer and how it psychologically affects this woman's family. Thus, it is proposed to understand the psychological aspects of breast cancer from the perspective of Gestalt-therapy and reflect on the emotional impacts of breast cancer not only for women, but for the whole family. For this, it is intended to address the role of the Gestalt-therapist in the psychological support of family members in order to help them deal with the possibility of the loss of the woman, also involving them in the coping process.

Key words: Gestalt therapy, female breast cancer, family, sickness.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O CÂNCER DE MAMA FEMININO	13
2.1 Mudanças e adaptações na dinâmica familiar da mulher com câncer de mama	16
3 A GESTALT-TERAPIA.....	19
3.1 O enfrentamento familiar do câncer de mama segundo conceitos básicos da Gestalt-terapia.....	20
3.1.1 Perspectivas das teorias do “ciclo de contato” e do “ciclo de mudança” para o contexto do adoecimento	23
4 LIDANDO COM A POSSIBILIDADE DE PERDA DA MULHER PARA O CÂNCER DE MAMA	27
4.1 Sentimentos experimentados pela família durante o processo de adoecimento ...	27
4.2 Processos de perda e luto no contexto da Gestalt-terapia.....	29
4.3 Importância do suporte familiar no enfrentamento do câncer de mama	33
5 O PAPEL DO GESTALT-TERAPEUTA NO SUPORTE PSICOLÓGICO DOS FAMILIARES.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Receber um diagnóstico de câncer costuma ser uma experiência de grande impacto, cheia de dúvidas e incertezas, não só para o paciente que se vê adoecido, mas também para toda a família. Muitas vezes, é nesse momento que se inicia, para essa família, o processo de perda do ente querido, uma vez que o diagnóstico de câncer traz consigo o temor da possibilidade de morte. Logo, é inevitável que as famílias partilhem do sofrimento do paciente diante da realidade desconhecida que é o câncer.

O câncer de mama se encontra entre os cânceres mais comuns em mulheres no mundo todo, podendo afetar consideravelmente toda a dinâmica familiar. Nesse sentido, o impacto emocional causado pelo adoecimento da mulher pode mudar muitas dimensões a estrutura familiar. A família precisa se adaptar a uma nova rotina e geralmente passa a experienciar sentimentos como medo, insegurança, tristeza, negação e ansiedade frente a possível falta da mulher, o que podem ser fatores de sofrimento psicológico, dificultando, também, o processo de adaptação familiar. Seguindo essa perspectiva, esta *pesquisa* é regida pela seguinte questão-problema: de que forma o câncer de mama pode ser um fator de sofrimento emocional para a família da mulher?

Para alcance destas respostas tem-se como objetivo geral compreender o câncer como um fator de sofrimento emocional para a família da mulher durante o processo de descoberta e tratamento do câncer de mama a partir das contribuições da Gestalt-terapia; e por objetivos específicos entender aspectos psicológicos do câncer de mama segundo a abordagem gestáltica; refletir acerca de como a possibilidade de perda da mulher pode afetar a família sob o viés da Gestalt-terapia e analisar as contribuições da Gestalt-terapia na vivência familiar do câncer de mama.

Esta pesquisa tem natureza básica, caracterizada por ser descritiva, visando expor as características do fenômeno (adoecimento do câncer) e como este afeta a família da mulher. Para isso, a coleta de dados foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa, por meio de análises de documentos (estatísticas e dados epidemiológicos) e revisões bibliográficas (livros, artigos) como forma de aprofundamento teórico e para dar fidedignidade e evitar o falseamento deste trabalho.

Utilizou-se, portanto, de revisão de literatura para o aprofundamento do conteúdo estudado, o método a ser utilizado foi o fenomenológico. Sendo assim, esta pesquisa “preocupa-se em entender o fenômeno como ele se apresenta na realidade”, satisfazendo-se apenas com o seu estudo e não buscando explicações. Ou seja, pretende-se explorar o fenômeno da forma com que este é percebido pela realidade da população-alvo.

Utilizou-se palavras chave para buscar o tema proposto: câncer de mama feminino, familiares, *gestalt* e gestalt-terapia. Nesse sentido, a metodologia se deu a partir de pesquisa bibliográfica, analisando questões relevantes e pertinentes relacionadas ao câncer de mama feminino, focando no processo de readaptação vivenciado pela família após o diagnóstico de câncer de mama e como essa família lida com as mudanças impostas pelo adoecimento da mulher a partir de uma reflexão da Gestalt-terapia, além de basear-se também nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Justificou-se esta pesquisa a partir de uma relevância social do tema, uma vez que as mulheres passam por um processo de enfrentamento que é ao mesmo tempo particular de cada uma, mas também vivenciam fatores que são comuns ao tratamento, como os efeitos colaterais e também emocionais que decorrentes das sessões quimioterapia, radioterapia, e também da cirurgia de mastectomia. Tais fatores impactam diretamente na dinâmica diária da família dessa mulher, causando sofrimento, diante da sensação de “incerteza” que um diagnóstico de câncer carrega.

Da mesma maneira, justificou-se a relevância acadêmica deste tema, em que se faz necessário um maior aprofundamento, incentivando futuras pesquisas relacionadas. Acredita-se que essa investigação sob o viés da Gestalt-terapia permitirá um melhor entendimento dos fatores de sofrimento emocional que a família vivencia durante o diagnóstico e tratamento do câncer, além de analisar possibilidades e mecanismos de enfrentamento relevantes dentro desta abordagem.

2 O CÂNCER DE MAMA FEMININO

Dados do INCA comprovam que o Brasil se encontra entre os países com maior incidência de câncer de mama no mundo. Os dados epidemiológicos e número de casos novos estimados em 2020 e 2021, permitem considerar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2020). A indicação geral é de que a mulher realize exames de imagens a serem realizados periodicamente, a cada 6 meses ou 1 ano, a depender também de exames prévios, idade e histórico familiar.

Em alguns casos, a mulher pode descobrir o câncer de mama através desses exames de imagem e não ter nenhum sintoma associado. Em outros, pode experimentar sintomas como irritação, inchaço, sensibilidade e dor na mama ou sentir um nódulo endurecido no seio. Daí a importância do diagnóstico precoce, uma vez que, geralmente quando esses sintomas estão presentes, o câncer pode já estar se desenvolvendo de maneira mais acelerada e precisa de um tratamento mais imediato e focal, às vezes agressivo. (BERGAMASCO; ANGELO, 2001)

Mas, engana-se quem pensa que somente mulheres podem enfrentar este tipo de câncer. Ainda que a incidência em homens seja de no máximo 1%, pessoas do sexo masculino também podem ter câncer de mama, uma vez que possuem glândulas mamárias e hormônios femininos, mesmo que em pouca quantidade. Como os demais cânceres, o risco aumenta de acordo com a idade, e por conta da falta de informação acerca do câncer de mama masculino, raramente se descobre nos estágios iniciais, dificultando o prognóstico e tratamento. (SILVA; TOSCANI; GRAUDENZ, 2008)

Assim, a neoplasia maligna da mama é uma das mais comuns entre mulheres no mundo todo, juntamente com a de colo de útero, cólon e reto, pulmão e tireoide. Segundo o INCA, no Brasil, o câncer de mama é um dos mais incidentes em mulheres em todas as regiões, sendo uma das principais causas de mortalidade feminina por câncer no país. Para o ano de 2021, estimam-se 66.280 novos casos, representando uma incidência de 43,74 casos para cada 100 mil mulheres. Pode-se observar isso mais detalhadamente na tabela realizada pelo INCA em 2021, ao dividir tais incidências em cada região do Brasil, em número de casos e taxas brutas (BRASIL, 2021). A seguir:

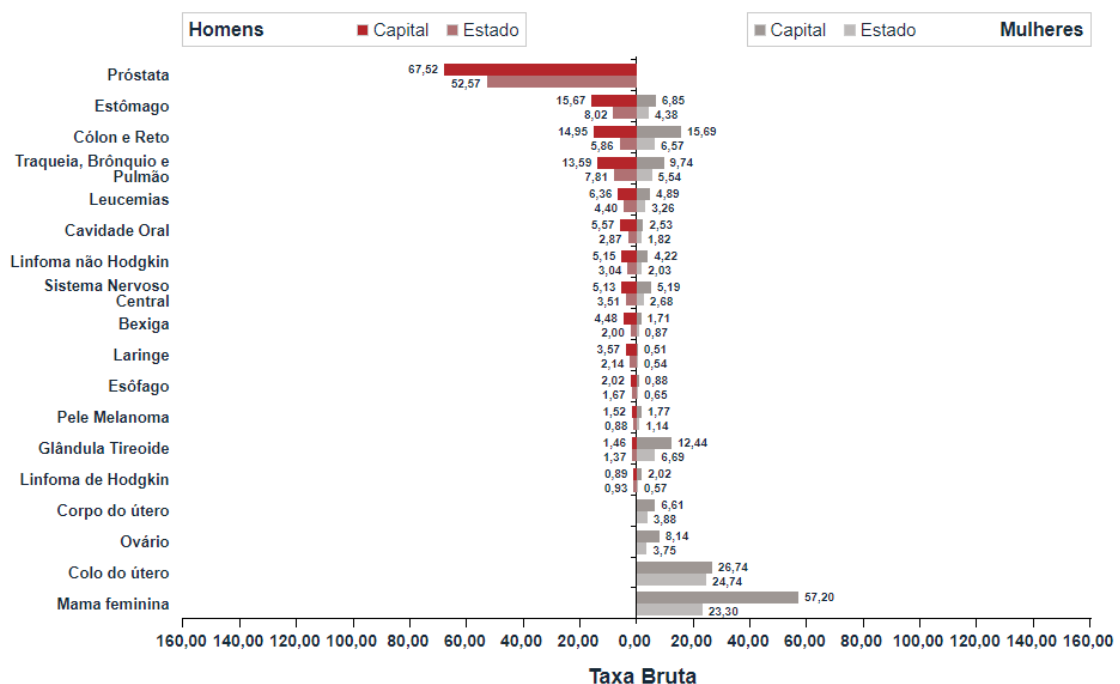
Tabela 1. Taxas brutas de incidência por neoplasia maligna da mama, por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2021, para o Brasil, Regiões e Unidades da Federação

Regiões / Unidades da Federação	Nº de casos	Taxa bruta
Região Norte	1.970	21,34
Acre	100	23,55
Amapá	70	15,84
Amazonas	450	21,55
Pará	780	18,24
Rondônia	220	24,07
Roraima	60	20,73
Tocantins	290	36,64
Região Nordeste	13.190	44,29
Alagoas	620	35,20
Bahia	3.460	43,84
Ceará	2.510	53,35
Maranhão	840	23,30
Paraíba	1.120	52,93
Pernambuco	2.390	47,86
Piauí	590	35,60
Rio Grande do Norte	1.130	61,85
Sergipe	530	43,54
Região Centro-Oeste	3.760	45,24
Distrito Federal	730	42,63
Goiás	1.620	46,09
Mato Grosso	560	33,04
Mato Grosso do Sul	850	61,05
Região Sudeste	36.470	81,06
Espírito Santo	790	37,89
Minas Gerais	8.250	76,46
Rio de Janeiro	9.150	104,69
São Paulo	18.280	78,19
Região Sul	10.890	71,16
Paraná	3.470	59,26
Rio Grande do Sul	4.050	69,50
Santa Catarina	3.370	93,05
Brasil	66.280	61,61

Fonte: INCA, 2021

Observando-se a tabela, nota-se que na região nordeste o número de casos chega a 13.190, a uma taxa bruta de 44,29. Ao trazer essa incidência mais precisamente para o Maranhão, segundo estimativas do INCA no ano de 2020, o número de casos novos de câncer de mama em taxa bruta foi de 57,2 na capital e de 23,3 nos demais estados, colocando-o em primeira posição de prevalência entre as mulheres maranhenses (BRASIL, 2020). Como também demonstra a figura a seguir:

Figura 1. Taxas brutas de incidência estimadas para 2020 por sexo, segundo Estado e capital*



*Valores por 100 mil habitantes

Fonte: INCA, 2020

Diante dessa prevalência, entende-se que embora os avanços técnicos e científicos tenham contribuído para o aumento da sobrevivência e melhoria de qualidade de vida das mulheres, o diagnóstico tardio do câncer de mama pode aumentar as chances de mortalidade. Nesse sentido, quando esse diagnóstico é definido, junto com a fragilidade física que ele proporciona, também podem vir situações de intenso sofrimento para a paciente. Ou seja, o câncer de mama também se configura como um fator de sofrimento emocional não só pra mulher, mas pra toda a família que acompanha seu processo de adoecimento. (DAL ONGARO et al., 2019)

2.1 Mudanças e adaptações na dinâmica familiar da mulher com câncer de mama

Durante a evolução histórica de família se destacava o conceito tradicional, definido como um grupo social e cultural que se origina a partir do casamento, constituindo-se, portanto, do marido, esposa e filhos. Tal definição considera o fundamento biológico a partir de uma convivência e sustento cotidiano, bem como a economia compartilhada, a domesticidade coletiva, a sexualidade e a procriação. (BRUSCHINI, 2006)

Essa concepção surgiu no período de industrialização, em que se atribuiu papéis específicos de gênero na sociedade. As atribuições das mulheres se davam a partir da concepção biológica e especificidades femininas como a menstruação, a gravidez e a amamentação, que eram justificativas para que a mulher ficasse confinada ao espaço privado. Ou seja, os homens eram responsáveis por trabalhar, enquanto as mulheres ficavam em casa cuidando do lar e dos filhos. (BRUSCHINI, 2006)

Diante disso, faz-se necessário destacar o conceito de família que será utilizado no decorrer deste trabalho. Sendo considerado, portanto, uma definição ampla de família, uma vez que tal conceito vem sofrendo adaptações no decorrer dos anos por conta do surgimento de novas constituições familiares. Nesse sentido, define-se família como um grupo de pessoas que compartilham um mesmo ambiente, que moram juntos sob um mesmo teto, independentemente de ligações consanguíneas. (BRUSCHINI, 2006)

Cabe-se ressaltar ainda, que apesar de ainda existir situações em que aquele modelo patriarcal se reproduza, a mulher contemporânea consegue ter uma maior liberdade para ter seu próprio sustento, trabalhar e se tornar uma profissional bem sucedida. No entanto, quando esta se torna mãe e esposa, acaba somando as responsabilidades de trabalho às da maternidade e de outros vínculos familiares como o casamento. Ou seja, mesmo que essa mulher passe a dividir com outra pessoa o sustento da casa e a criação dos filhos, ainda pode experimentar sentimento de culpa por não conseguir se dedicar inteiramente a todas as funções que precisa exercer. (BORSA, FEIL, 2008)

Além disso, ainda por conta dessa cultura patriarcal que enxerga a mulher como cuidadora do lar e da família, às vezes ela mesma acaba se enxergando como

tal e se cobrando excessivamente por isso, mantendo o pensamento de que precisa colocar ordem e garantir que haja harmonia entre os seus membros. Por isso, muitas vezes é vista como um “elemento agregador imprescindível, sem o qual a unidade familiar não sobrevive”, dividindo-se em esposa, mãe e dona de casa, além do seu trabalho profissional, se este for o caso. (BORSA, FEIL, 2008, p. 2)

Diante desse contexto, quando a mulher passa por um processo de adoecimento como a descoberta de um câncer de mama, por exemplo, ela precisa voltar-se mais para si e reajustar também as prioridades que tinha em sua rotina. Com isso, toda a estrutura familiar também pode passar por mudanças. Além da questão fisiológica que pode provocar dor, deformidades e mutilações, o câncer também afeta significativamente o psicológico não só da mulher que vivencia essa doença, mas também de toda a família, podendo provocar sentimentos como medo, ansiedade, angústia, insegurança e raiva em todos que presenciam essas mudanças. (SALCI; MARCON, 2009)

Nesse sentido, faz-se importante analisar o impacto do câncer para os familiares, uma vez que muitas vezes isso acaba ficando em segundo plano até pela própria família, que se vê na obrigação de estar sempre prestando apoio para a mulher, negligenciando os sentimentos que os atingem para que não a desanimem ou demonstrem fraqueza para ela. Pode-se ter como exemplo o homem enquanto esposo e pai, que de repente se percebe como a figura de apoio principal para a esposa, ao passo que tem de lidar também com toda a responsabilidade de cuidar dos filhos, do sustento familiar e das tarefas domésticas. (SALCI; MARCON, 2009)

Isso sustenta a importância de se compartilhar as atividades de casa e responsabilidades com os filhos independente da situação de adoecimento, pois em um momento como esses, tal situação seria melhor enfrentada. Ou seja, quando não é algo presente na rotina família, esse pai precisa se adaptar a cuidar dos filhos, reorganizando sua rotina para dar o suporte necessário também à esposa enferma, sem contar o período em que a mulher estará ausente devido aos procedimentos hospitalares relativos ao tratamento do câncer. (FERREIRA, et al, 2011)

Em relação a isso, cabe-se ressaltar que não se restringe apenas ao homem enquanto esposo da mulher, uma vez mais facilmente esse papel é desempenhado por outras mulheres que possuem vínculo com a mulher enferma, como mãe, irmãs ou vizinhas. Sendo assim, ao se atentar para o papel dessa figura de cuidador principal dos filhos, faz-se necessário considerar que este poderá

vivenciar situações de desgaste físico e emocional, uma vez que também se envolvem no contexto de adoecimento. (SALCI; MARCON, 2009)

Além disso, a relação conjugal também pode enfrentar mudanças significativas durante esse processo de enfrentamento do câncer, principalmente em casos em que precisa ser realizada a cirurgia de mastectomia. Normalmente, esse fato impacta muito mais a visão da mulher (de como esta se percebe em sua sexualidade e autoestima) do que a visão do homem, não modificando a atração que o mesmo sente por ela. No entanto, exercer a sexualidade de forma plena e sentir-se atraente é fundamental para a qualidade de vida da mulher, ou seja, mesmo que não ocorram alterações na forma como o homem lida com a sexualidade da mulher, ela percebe mudanças em sua própria sexualidade, o que acaba por influenciar negativamente na vida sexual do casal. (PICHETI; CASTRO; FALCKE, 2014)

Nessa perspectiva, a família pode ser entendida como um sistema interrelacionado, em que tudo o que acontece com uma pessoa afeta as demais, de maneira que quando a mulher adocece, toda a família também passa pelo sofrimento que o processo de adoecimento carrega por si só, acrescidos ao medo e ao receio de não saber o que esperar do tratamento oncológico, visto que não é garantia total de cura. Nesse sentido, essa situação pode causar alterações psicológicas e até biológicas, além de mudanças no comportamento de seus membros, principalmente quando se tem crianças. (FEIJÓ, et al, 2009)

Portanto, o surgimento de problemas na escola e em casa como comportamentos inadequados, dificuldades de aprendizagem ou situações de isolamento podem ser indicativos de que esta criança precise de uma maior atenção, sendo necessário talvez um acompanhamento profissional para que ela consiga demonstrar os seus sentimentos de uma forma mais saudável. (FEIJÓ, et al, 2009)

No entanto, mesmo que a estrutura e a relação familiar estejam abaladas pela vivência do câncer no lar e que o sofrimento esteja presente em todos os membros em virtude da impossibilidade de cura ou a incerteza desta, essa família tende a se moldar e reestruturar suas práticas e ações para estar presente com a mulher. (DAL ONGARO et al, 2019)

3 A GESTALT-TERAPIA

De origem alemã, a palavra 'gestalt' pode ser traduzida como "forma total/global", ou seja, refere-se à forma de algo. Por definição, seria a ideia de que o todo é mais do que a simples soma de suas partes, uma vez que a nossa percepção acerca dos fenômenos não se dá de forma isolada, mas a partir de uma visão geral, de um todo. Nesse sentido, a Psicologia da Gestalt é uma teoria que considera os fenômenos psicológicos como totalidades organizadas e articuladas, utilizando-se de alguns princípios para estudar a forma como o homem percebe o mundo e a si mesmo. (MIRANDA, 2003)

A respeito da origem da Gestalt-terapia, associa-se seu surgimento aos estudos preconizados por Fritz Perls em meados de 1920, apesar de também se falar em um grupo de fundadores (que, a título de curiosidade, junto com Perls, foram denominados de "grupo dos sete"). O nascimento oficial da Gestalt-terapia ocorreu com a publicação do livro "Gestalt-Teraphy" em 1951, escrito por Perls, Hefferline e Goodman. Como uma clara oposição ao método psicanalítico da livre associação, rompe com aquele questionamento clássico "por que" da Psicanálise e dá lugar ao "o que" e ao "como". (JULIANO, 2004)

Nesse sentido, a Gestalt-terapia traz a perspectiva do agora como uma de suas principais conceituações. Para Perls, a tarefa central da Gestalt-terapia não é fazer com que os pacientes aceitem interpretações arcaicas de sua história passada, mas fazer com que – uma vez já vivenciadas – essas interpretações se tornem vivas para a experiência imediata desse sujeito no momento presente, fazendo-o "acordar para a imediatez e para a simplicidade do agora". (JULIANO, 2004, p. 31)

Dessa forma, a Gestalt Terapia enxerga o sujeito enquanto ser-no-mundo, sendo este a sua melhor versão ou aquilo que pode ser no momento. E essa relação com o meio de acordo com as suas próprias necessidades é o que se conceitua como saúde para essa abordagem, sendo uma experiência subjetiva. Diante desse contexto, a Gestalt Terapia não visa apenas tratar a parte "doente" daquilo que não funciona, mas sim a totalidade da pessoa no seu processo vivencial, objetivando assim uma eficácia terapêutica mais profunda do que simplesmente um tratamento que atue somente na suspensão de um sintoma. (GALLI, 2009)

Diante disso, faz-se necessário enxergar o sintoma não como uma patologia total, mas como uma forma do corpo dizer algo além para si. Dessa forma,

o adoecimento pode ser percussor de reflexões e ressignificações necessárias para o enfrentamento daquela patologia ou enfermidade por parte do paciente.

3.1 O enfrentamento familiar do câncer de mama segundo conceitos básicos da Gestalt-terapia

Partindo-se de uma abordagem gestáltica, Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009) afirmam que saúde e doença podem ser entendidas como formas de um organismo total dar um sentido próprio à sua existência, buscando interações constantes com o contexto em que está inserido. Para eles, saúde e doença não podem ser entendidas como conceitos estáticos, já que o sujeito se relaciona com e no ambiente e pode permanecer em suas relações ou flexibilizá-las na tentativa de se adaptar a elas.

Ou seja, tais conceitos apresentam dinamicidade em seu processo, caracterizados pela relação que mantêm entre si através do contato, definido pela Gestalt como a necessidade de se estar em relação com o outro para que este se perceba no mundo. Para Miranda (2003, p. 38), “na medida em que o sujeito bloqueia o contato com ele mesmo e com o mundo, sua saúde é prejudicada”.

Diante disso, pode-se entender, segundo esse mesmo autor, que a família da mulher com diagnóstico de câncer, mesmo que não tenha diretamente sua saúde física prejudicada, também pode experimentar uma interrupção de contato, já que também está imersa no contexto do adoecimento, podendo ocasionar, portanto, um adoecimento emocional.

Cabe ressaltar que um mesmo contexto pode ter significações diferentes para cada pessoa que está inserido nele. Dessa forma, entende-se que a saúde permite que a pessoa mantenha uma relação saudável com o mundo, buscando o chamado “equilíbrio organísmico”. Ou seja, o equilíbrio saudável entre si mesmo e o mundo, a partir da interação com o meio em que está inserido. (MIRANDA, 2003)

Nesse sentido, a diminuição desse equilíbrio acaba gerando necessidades que não são totalmente satisfeitas. Algumas dessas necessidades tornam-se características do processo de adoecimento, significando que o organismo não conseguiu manter o seu curso esperado de satisfação. Logo, ele adoece, como uma maneira de demonstrar que algo está errado. (MIRANDA, 2003)

Dessa forma, quando a pessoa entra em contato com o meio e consegue se ajustar às novas situações de uma forma considerada saudável, cria condições para seu bem-estar e crescimento. Esse processo é o que na Gestalt-terapia chama-se de ajustamento criativo, no qual o indivíduo tende a se autorregular-se a partir de uma criatividade de adaptação. (AMORIM, 2016)

Para Perls, Hefferline e Goodman (1998), todo contato é um ajustamento criativo entre o organismo e o meio. Ou seja, todo contato, de alguma maneira, necessita desse ajustamento criativo, de respostas criativas. É um processo natural para todo ser humano, mas para algumas pessoas isso se torna mais difícil. Em alguns casos, como os de adoecimento por câncer, ocorre, portanto, o que na Gestalt-terapia chama-se de ajustamento criativo disfuncional, fazendo com que o contato com os familiares se encontre reduzido. Quanto a isso, pode acabar influenciando nas relações dessa mulher com seus familiares, dificultando, conseqüentemente, a formação de outros contatos.

Castro e Souza (2012) apud Gaspar (2004), complementam que:

“(...) a partir de uma conceituação gestáltica do adoecer, compreende-se este é um ajustamento criativo disfuncional reconhecido como um percurso de crescimento a serviço de algo, podendo, muitas vezes, salvaguardar o indivíduo da insuportabilidade de determinadas experiências. Logo, uma enfermidade como o câncer pode ameaçar e/ou interromper a vida do indivíduo que, para poder viver, terá que ultrapassar o impacto do diagnóstico e enfrentar os tratamentos propostos” (CASTRO; SOUZA (2012) apud GASPAR, 2004, p.17)

Além disso, o que ocorre na maioria das vezes é que a pressão para o crescimento ou equilíbrio se torna tão forte que a pessoa acaba por desenvolver defesas que limitam a sua existência. Ainda assim, tais defesas devem ser encaradas como a melhor resposta que a pessoa pode desenvolver diante de uma situação estressora, como acontece com o contexto de adoecimento por exemplo, principalmente quando causada por uma doença muitas vezes agressiva como o câncer. (BRITO e BOAVENTURA, 2011)

Desse modo, a neoplasia maligna de mama gera alterações físicas e psicológicas significativas na vida da mulher, constituindo-se por si só como um fenômeno estressor em sua vida. Nesse sentido, essa doença expõe não só a mulher que a vivencia, mas toda a família às condições complexas que perpassam os estágios da doença, exigindo de todos uma resposta adaptativa. Ou seja, o enfrentamento familiar do câncer de mama passa por um “processo de mobilização

emocional, comportamental e cognitivo”, visando uma adaptação às situações decorrentes das mudanças de cada fase da doença. (KARKOW et al, 2015)

A abordagem gestáltica considera que os organismos vivos se ligam com o mundo, não fazendo sentido falar isoladamente de um sujeito, pois este vive em um determinado meio e convive com outros sujeitos que fazem parte de sua existência, formando com ele uma totalidade. Nesse contexto, diante da realidade familiar, o câncer de mama se insere como uma “pausa”, ou seja, uma interrupção dos hábitos, que por vezes se reflete durante muito tempo, e faz com que as pessoas que se envolvem nesse processo passem a questionar certas prioridades de vida, valores ou maneiras de ser. O que geralmente passariam despercebidos se estivessem envolvidos na realidade anterior ao câncer. (BRITO e BOAVENTURA, 2011)

Faz-se importante destacar que a Gestalt-terapia não busca extinguir os sintomas do processo de adoecimento, mas sim auxiliar o sujeito a ressignificá-los, sejam eles advindos de uma neoplasia como o câncer ou de um adoecimento psíquico relacionado. Nesse sentido, busca-se a transformação, o amadurecimento e o contato com as angústias decorrentes desse processo, para que assim possa-se transmutar o contexto de adoecimento e dar um significado mais positivo a esse organismo como um todo. (JULIANO, 2004)

Assim, na abordagem gestáltica, propõe-se um resgate da consciência do aqui-e-agora, considerando aspectos individuais e ao mesmo tempo de contato com o meio e com as pessoas que fazem parte desse meio. (BRITO e BOAVENTURA, 2011). Para Ribeiro (1985, p.81), estar no aqui-e-agora corresponde a uma postura consciente de si, a partir de uma proposta de responsabilidade com a realidade circundante. Ou seja, “o presente é responsável por ele mesmo, portanto, se auto-explica e se auto-revela. Tentar viver o aqui e agora significa compromissar-se com a realidade como um todo, no momento presente”.

Para Perls (2002), a realidade é o presente, reter o passado ou viver em projeções futuras são formas de encobrir a realidade; e essa renúncia do agora pode levar a uma personalidade desequilibrada. Daí, mais uma vez, a importância do conceito do aqui-e-agora e sua proposta de mudança: é preciso mobilizar o sujeito, fazendo-o apropriar-se da sua existência presente. Um sujeito apropriado e consciente de quem se é, acredita-se, estará muito melhor instrumentalizado para transitar em um mundo em constantes dinâmicas e realizar suas re-construções.

Além disso, Juliano (2004) propõe que a relação com o meio se faz essencialmente necessária, uma vez que é através do contato com a doença que o paciente se torna também responsável por seu processo de recuperação; e ainda, enxergar o sintoma não como uma patologia total, mas como uma forma do corpo dizer algo além para si.

A partir das correntes do existencialismo, fenomenologia e humanismo de que o próprio cliente é responsável por si mesmo, tendo a habilidade de escolher o seu próprio caminho, determina-se um dos conceitos mais importantes dentro da Gestalt Terapia: a autorregulação. Ou seja, uma regulação saudável em que todo organismo enquanto ser vivo é capaz de se autorregular de uma forma que seja melhor para si mesmo. (RIBEIRO, 2012)

3.1.1 Perspectivas das teorias do “ciclo de contato” e do “ciclo de mudança” para o contexto do adoecimento

Diante do que já fora mencionado, Fritz Perls, juntamente com Hefferline e Goodman (1998) enfatizaram a teoria da Gestalt-terapia na responsabilidade que o sujeito tem sobre si mesmo, na experiência individual do momento atual (aqui-e-agora), na autorregulação (equilíbrio organismo-meio) e ajustamento criativo (expressão desse equilíbrio), dentro de um contexto social e meio ambiente que o constitui como um ser total. Nesse sentido, se propõe o conceito de *awareness* como a consciência de si, uma percepção global da consciência no momento presente (aqui-e-agora) através de uma atenção plena do indivíduo ao seu conjunto de percepções individuais, emocionais, corporais e ambientais. (MULLER-GRANZOTTO, 2016)

Nesse sentido, não a caracterizam como uma faculdade, mas como um estado, um processo ou como um sistema. Caracterizando-se, portanto, “pelo contato, pela sensação/percepção, pelo excitamento e pela formação de *gestalten*, a *awareness* depende do estabelecimento dessas condições para existir”. (MULLER-GRANZOTTO, 2016, p. 176)

Dessa forma, dentre as principais teorias, está a do “ciclo do contato”, em que se utilizou para pensar a forma como as pessoas se relacionam consigo mesmas, com os outros e com o meio. Em Gestalt-terapia, o contato é uma das maiores necessidades psicológicas do ser humano. Embora, cabe-se ressaltar que o contato é possível sem que haja *awareness*, mas para que se tenha o

estabelecimento de uma *awareness*, o contato se torna indispensável. (MULLER-GRANZOTTO, 2016)

Jorge Ponciano Ribeiro (2007) – um dos percussores da Gestalt-terapia no Brasil – complementa que, para que ocorra um contato real entre duas pessoas primeiro é preciso que sejam sentidas as singularidades de cada sujeito e suas diferenças percebidas no meio em que se encontram. Através da *awareness*, ou seja, pela consciência plena de si mesmo e do outro, é possível se estabelecer um contato, formando ou deixando abertas novas *gestalten*. Ou seja, “é no contato pleno que se unem as funções motoras, cognitivas e sensitivas, através de um movimento dinâmico que produz no indivíduo uma sensação de bem estar”. (apud BRITO e BOAVENTURA, 2011, p. 41)

Nesse sentido, Ribeiro (2007) complementa:

“A teoria gestáltica está centrada no conceito de contato, o qual, por sua vez, se faz compreensível a partir da dinamicidade do conceito de formação e destruição de *gestalten*. Na realidade, porém, não basta formar e destruir *gestalten*; é importante fechá-las. Só quando se fecha uma Gestalt o processo segue seu curso, e o contato pode ser sentido como excelente porque nada ficou em aberto. Fechar *gestalten* é o caminho da saúde, pois quanto mais *gestalten* inacabadas se tem, menos saudável se é, e mais pobre é o contato. De outro lado, fechar *gestalten* significa encontrar o próprio sentido, a própria fisionomia: é tornar-se senhor de si mesmo.” (RIBEIRO, 2007, p. 55)

Para ele, “contato é saúde. Saúde é contato em ação. Qualquer interrupção do contato implica uma perda na saúde. [...] A doença implica na perda da totalidade orgânica”. Ou seja, deixar uma *gestalten* aberta significa que a energia presente nela não fluiu, ficando “retida” em momentos particulares da história de vida do organismo. Desse modo, não há uma completa elaboração de uma situação, uma vez que esta permanece inacabada. Assim, somente através do contato que um sentimento ou emoção é experienciada e pode ser transformada, ressignificada. (RIBEIRO, 2007, p.53)

Portanto, entrar em contato com a realidade do câncer e com todas as sensações que o adoecimento insere não só a pessoa doente como também sua família, as mudanças advindas desse novo contexto como alimentar-se bem, praticar exercícios físicos ou dar mais atenção à saúde, podem ser formas importantes de mudança de visão de mundo que podem ser modificadas a partir do contato com o adoecimento, contribuindo para promover também estratégias de enfrentamento. (RIBEIRO, 2007)

Nesse sentido, na maioria das vezes, contato pode indicar crescimento. Mas, para que isso aconteça deve-se deixar que o fluxo do encontro com o outro seja feito naturalmente e permitir que esse encontro seja gerador de mudanças. Em contrapartida, quando esse encontro não flui, ocorre o desajuste na relação, fazendo com que esse contato seja interrompido. Essa interrupção vai ser estabelecida na fronteira de contato, caracterizando o lugar em que o encontro entre o organismo e o meio ocorre. De acordo com esse contato que se estabelece na fronteira é que se pode perceber se, como ou o quanto aquele organismo fora modificado com o encontro. (DA SILVA, 2015)

Diante disso, Ribeiro (2017) destaca também que o ciclo do contato seria uma forma mais específica de se trabalhar os mecanismos de defesa e de resistência, relacionando-as ao “modo como o indivíduo reage às situações da vida, denominando como ‘bloqueio de contato’ essas resistências e defesas, e como ‘fatores de cura’ as possíveis soluções que podem reverter as dificuldades”. Para esse autor, cada ciclo em que se satisfaz uma necessidade, completa-se o contato e o organismo que se modificou também se completa e se prepara para um novo ciclo. Por isso, a discriminação “ciclo de contato”, pois é por meio deste que se satisfazem as necessidades. (apud BRITO e BOAVENTURA, 2011, p. 41)

Dessa maneira, esses autores destacam que o ciclo do contato enquadra dois movimentos: o do bloqueio (ou de fronteira do contato) e o da saúde. Esses dois movimentos se encontram, ora opostos, ora complementares, em cada ponto desse ciclo. Isto é, cada ponto desse ciclo de contato é visto como um diagnóstico ao indicar o bloqueio ou a interrupção desse contato, ao passo que também é um prognóstico ao indicar a interação que se deu com o meio ou uma direção à saúde. (RIBEIRO, 2007)

Portanto, é necessário que se tenha muito cuidado ao propor a resolução ou a quebra de resistências do indivíduo que está inserido no contexto de adoecimento, seja ele o paciente, seja ele um familiar. Uma vez que há um grande paradoxo dessas defesas que se instalam objetivando a defesa do organismo, visando a manutenção do equilíbrio (mesmo que ilusório), mas acabam por criar uma resistência maior. (BRITO e BOAVENTURA, 2011)

Para eles, deve-se procurar entender a experiência subjetiva e encará-la como um processo de experimentação que o indivíduo está passando, diante de uma situação que demanda o entendimento de sensações novas ao mesmo tempo

que é geradora de mudanças. Nesse sentido, espera-se que por meio da experimentação consciente e da percepção de sua totalidade, o organismo se sinta incentivado e fortalecido a mudar.

É nesse sentido que surge a ideia do “ciclo de mudança”, uma vez que para Ribeiro (1997), o ciclo do contato deve ser considerado um sistema dinâmico, relacionado a mudanças em que o “*Self*” (sistema de contato organismo-ambiente) assume esta função. Assim, um não existe sem o outro, ambos estão ligados com o mundo e com o ambiente. Portanto, a mudança é uma função de contato e de interação entre pessoa-mundo e bloqueio-fator de cura; e o Self está no centro do ciclo, é por onde os comportamentos se revelam. (MULLER-GRANZOTTO, 2016)

Esse ciclo de mudança – também conhecido como teoria paradoxal da mudança – fala de precisar olhar para as partes que o indivíduo não se identifica e somente ao fazer isso é que se abre a possibilidade de transformação. Nesse sentido, ao se pensar no sujeito como um ser fragmentado e que precisa integrar todas as suas partes, pensa-se também no conceito de polaridades. (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1998)

Para a Gestalt-terapia, o ser possui “forças opostas” que se relacionam, chamadas de polaridades. Ou seja, o indivíduo é um aglomerado de forças polares que se integram quando em funcionamento saudável. Quando há uma situação de adoecimento que afeta o funcionamento saudável, esse indivíduo tem dificuldades em aceitar os dois lados, gerando um certo desconforto e um conflito interno. Portanto, entende-se que quanto mais se conhece essas polaridades, mais se tem domínio sobre si mesmo e sobre quem se é no mundo. (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1998)

4 LIDANDO COM A POSSIBILIDADE DE PERDA DA MULHER PARA O CÂNCER DE MAMA

Por ser o câncer uma das doenças mais temidas pelas pessoas devido ao seu significado e ao “pre-conceito” gerado pela sociedade, as pessoas que o vivenciam ainda carregam o caráter de finitude e morte como sinônimo da doença e tal concepção aumenta o receio dos familiares em relação ao sucesso do tratamento. (FEIJÓ, et al, 2009)

Dal Ongaro e coautores (2019) ressaltam que o diagnóstico de um câncer costuma surgir de forma inesperada. E por isso, carrega consigo uma série de sentimentos também repentinos que rapidamente tornam-se intensos e perturbadores, afetando não só o paciente, mas também toda a família. Sendo assim, após o diagnóstico de um câncer de mama, o primeiro pensamento da família costuma ser a preocupação com a questão da sobrevivência, pois o estigma em relação ao câncer é de que existe uma grande chance de o paciente vir à óbito.

“O diagnóstico traz consigo o temor da possibilidade da morte”, e por isso, esse choque inicial pode ser tão abrupto a ponto de causar uma desorganização familiar, por mais que as mudanças imediatas na rotina acabem se tornando inevitáveis e a família se veja obrigada a se adaptar a essa nova situação. (DAL ONGARO et al, 2019, p. 56)

4.1 Sentimentos experimentados pela família durante o processo de adoecimento

No período da doença, Kubler-Ross (2017) diz que os familiares desempenham um papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente. Sendo assim, nos casos em que as funções antes desempenhadas pela mulher adoecida têm de ser realizadas por outro membro da família, estas podem ser fonte de inseguranças e expectativas por parte desse familiar, que deve ajustar seu horário à essas novas exigências, desconhecidas e aumentadas, acrescidas à situação de hospitalização quando também for o caso.

Diante desse contexto, toda a família começa a perceber as dificuldades que enfrentará no decorrer do tratamento, surgindo, portanto, sentimentos de angústia e ansiedade frente ao desconhecido e à incerteza da eficiência do tratamento. Também pode ser muito comum os familiares não aceitarem o

diagnóstico e com isso experimentar sentimentos de culpa, de medo, insegurança, impotência e tristeza profunda. (DAL ONGARO et al, 2019)

Por isso, a família tende a evitar comentários relacionados à doença dentro de casa e evitar falar sobre assuntos que podem gerar desconforto para a mulher. Porém, essa atitude acaba intensificando ainda mais os sentimentos de angústia e insegurança que os familiares também precisam aprender a conviver diariamente, o que prejudica notoriamente a saúde mental dessas pessoas. Logo, faz-se necessário evidenciar os impactos emocionais do câncer de mama para a família, nesse caso, o marido e os filhos da mulher enferma. (FEIJÓ, et al, 2009)

Picheti, Castro e Falcke (2014) destacam um estudo feito pela Universidade de São Paulo (USP) que comprovou que os parceiros das mulheres diagnosticadas com câncer de mama também sofrem com o diagnóstico da companheira, passando por desestabilização emocional e por isso, também necessitam de ajuda psicológica. Para as autoras, o homem, muitas vezes acaba desempenhando mais o papel de cuidador do que o de marido, o que ao mesmo tempo em que pode dificultar a vivência da conjugalidade, também aproxima fisicamente e afetivamente o casal, gerando um sentimento de companheirismo.

Pode relacionar isso, por exemplo, ao conceito de polaridade já mencionado anteriormente, pois, durante o processo de adoecimento enfrenta-se vários sentimentos e emoções como a força e a fragilidade, tristeza e alegria, ternura e dureza, razão e emoção; que fazem parte de quem se é, e aparecem em diversas situações relacionadas ao adoecimento. (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1998)

Por isso, mesmo sensível com a situação, o parceiro pode sofrer de forma solitária, uma vez que não expõe suas dificuldades mediante o cuidado que se destinam a prestar à esposa. Nesse sentido, quando o marido mantém segredo sobre seus sentimentos, acaba criando uma barreira artificial entre os dois, dificultando qualquer preparação para uma possível perda futura. (PICHETI, CASTRO, FALCKE, 2014)

Quanto a isso, Kubler-Ross (2017) destaca:

“Quando a raiva, o ressentimento e a culpa se apresentam, a família entra numa fase de pesar preparatório [...] Quanto mais desabafar este pesar antes da morte, mais a suportará depois [...] Poucos percebem que as emoções genuínas de um familiar são muito mais fáceis de aceitar do que uma máscara enganadora, através da qual o paciente enxerga de qualquer jeito e que, para ele, tem mais o sentido de falsidade do que de solidariedade numa situação triste. Se os membros de uma família podem

juntos compartilhar essas emoções, enfrentarão aos poucos a realidade da separação iminente.” (KUBLER-ROSS, 2017, p. 175)

Para além disso, deparando-se com a enfermidade de sua companheira, o homem tende a sentir medo de perde-la e receia ter de presenciar o seu sofrimento. Portanto, acaba voltando essa preocupação para todas as necessidades da mulher, pois sente urgência em demonstrar um apoio constante a ela, o que faz com que ele exerça um papel maior de cuidador, de parceiro e de confidente. (FERREIRA et al, 2011)

Esse apoio é extremamente importante para o enfrentamento da doença, mas quando o esposo se priva de experimentar os sentimentos que a doença desperta por medo de a esposa sofrer mais ao vê-lo sofrer também, ele acaba criando barreiras que, se não existissem, possibilitaria que ambos se ajudassem nos momentos de fraqueza, fazendo com que essa vivência de enfermidade fosse amenizada e enfrentada de maneira mais saudável pelo casal. (PICHETI; CASTRO; FALCKE, 2014)

Diante desse contexto, Cardoso e coautores (2018) complementam que essas reações ignoradas podem gerar um sofrimento emocional significativo não só para a paciente, como também para toda a família. Isso pode dar início ao processo de luto antecipatório, o qual possui a peculiaridade de instalar-se em vida e nesse caso, está relacionado com a ameaça de separação dessa família através das reações provindas do câncer ou até mesmo com a morte factual da mulher.

4.2 Processos de perda e luto no contexto da Gestalt-terapia

Na perspectiva do senso comum, os conceitos de perda e luto muitas vezes são confundidos. Logo, cabe-se fazer essa diferenciação. Pela influência do conceito da saúde, o luto geralmente é associado diretamente à morte de alguém, enquanto a ideia trazida neste trabalho – que corresponde às bases teóricas da Gestalt-terapia – evidencia tal conceito de uma maneira mais ampla. Nesse sentido, o luto se refere a uma perda significativa, não sendo esta limitada à morte, mas a qualquer tipo de perda, como por exemplo a perda de um emprego ou de um relacionamento. Ou seja, esse processo ocorre frente à perda de algo ou alguém., referindo-se a algo que agora está ausente na vida do sujeito. (CARDOSO et al, 2018)

A família vivencia de perto o impacto causado pelo diagnóstico e pela dor da perda eminentemente percebida e passa a experimentar alguns processos de enlutamento, como por exemplo: “o luto pessoal de cada indivíduo, o luto pelas mudanças inevitáveis na dinâmica familiar, o luto social, o luto religioso e o luto pela futura perda concreta”. (CARDOSO et al, 2018, p. 111)

Nesse sentido, faz-se necessário destacar que o processo de luto antecipatório é relativamente provável nesses casos, uma vez que é esperado frente à possibilidade de perda concreta da vida e pode ser melhor trabalhado através de diversas estratégias de enfrentamento. Tais estratégias devem considerar a intensidade do sofrimento desencadeado pela vivência desse luto antecipatório e os recursos que o paciente possui para lidar com a situação. (CARDOSO et al, 2018)

Entende-se como luto antecipatório a elaboração da morte antes mesmo dela ter de fato ocorrido. Sendo assim, conhecer as necessidades e possibilidades de enfrentamento possíveis para cada caso são fundamentais para se conseguir uma atuação profissional efetiva, minimizando os impactos psicológicos dos indivíduos que vivenciam esse processo. (CARDOSO et al., 2018)

Dessa forma, Fukumitsu (2004) faz uma analogia do processo de luto com uma ferida física e também existencial, que tal como um “ferimento” que gera dor e sofrimento enquanto estiver aberto, aos poucos vai cicatrizando com o passar do tempo, sendo também um processo natural que todos um dia irão experimentar no decorrer da vida. Ainda assim, tal processo pode ser mais complicado para algumas pessoas, tornando essa cicatrização mais lenta e necessitando de um acompanhamento profissional para evitar que vire algo prejudicial à vida do sujeito, ou até mesmo patológico.

Entende-se, portanto, que o luto é um processo e não um estado, que demanda tempo para sua resolução “esperada”. Como um movimento ou mudança na relação de uma pessoa consigo mesma, com o mundo e com os outros. Não se refere especificamente a um conjunto de sintomas que surgem após uma perda e que depois desaparecem, mas compreende uma sucessão de reações físicas e emocionais que estão intimamente relacionadas com o objeto perdido e que se diferem de pessoa para pessoa, uma vez que se acredita na singularidade do ser humano e de cada perda. (CARDOSO et al, 2018)

Como destacam Baider (2003) e Lopes (2000), o câncer é encarado como uma ameaça a continuidade da existência, prejudicando laços afetivos,

interrompendo sonhos, projetos futuros e privando o enfermo do convívio familiar. Nesse sentido, a morte se transforma em uma possibilidade mais concreta, podendo ser imprevisível e incontrolável diante de todo o processo de sofrimento físico do câncer. Sendo assim, essa possibilidade também atravessa a existência dos próprios familiares e gera sentimentos como medo, tristeza e desesperança que podem ser fatores de sofrimento emocional para eles. (SCORSOLINI-COMIN, SOUZA & SANTOS, 2008)

Além disso, para esses autores, a possibilidade de a mulher sofrer uma recidiva ou da doença evoluir pra uma metástase e comprometer outros órgãos e funções também pode gerar na família esse medo da morte. Nessa situação, essa experiência entre os limites do viver e do morrer torna-se bastante palpável, uma vez que a separação entre a concretização dessa finitude e a esperança depositada no tratamento é muito tênue, pois o tratamento é experimentado de forma paradoxal, assim como as sensações decorrentes dele, o que também podem ser fatores de sofrimento emocional para a família.

Para Sinding (2003), a dinâmica familiar é alterada, uma vez que a angústia de existir enquanto ser-para-a-morte começa a fazer parte do cotidiano de todos os membros da família. Essa percepção atravessa, inclusive, as estratégias de cuidado que os familiares e amigos terão com a pessoa enferma. Trincaus e Corrêa (2007) complementam que apesar dessa certeza da morte, muitas pessoas só adquirem essa consciência de finitude quando se deparam com uma situação crítica que reflete a busca do sentido existencial de si mesmo e dos outros.

Ambrósio e Santos (2011, p. 479) apud Baider (2003) destacam que “a variabilidade do impacto psicossocial do câncer está ligada diretamente às características psicológicas que são anteriores a ele”, ou seja, “as repercussões psicológicas são influenciadas também pelas experiências anteriores de perdas traumáticas que afetaram o viver dos familiares”.

Essa vivência do diagnóstico reatualiza perdas anteriores e acaba colocando esses familiares em contato profundo com seus conteúdos internos, sua vulnerabilidade e finitude, o que pode evidenciar a não-elaboração de experiências traumáticas pregressas que podem desencadear uma situação de luto complicado, levando a um sofrimento psicológico. (BERGAMASCO; ANGELO, 2001)

Frente a esse contexto do câncer, também é comum ocorrerem situações características de um outro processo de luto, chamado de antecipatório.

Conceituando-o, se refere aos processos vivenciados a partir do diagnóstico, pelo paciente ou familiares, quando se há essa ameaça ou proximidade da morte e pode ser compreendido como a elaboração da perda antes mesmo dela ocorrer de fato. Essa vivência do luto antecipatório, portanto, será determinada por uma combinação de fatores físicos, sociais e psicológicos. (BARROCA et al, 2019)

Nesse sentido, destacam-se ainda os fatores facilitadores e complicadores do luto, que devem ser considerados ao longo da doença junto com o processo de luto antecipatório. Quando se tem uma estrutura familiar flexível, que serve como rede de apoio para a mulher acometida, permitindo adaptações e mudanças de papéis, além de uma boa comunicação entre os envolvidos observa-se que tais fatores são facilitadores, uma vez que permitem um melhor conhecimento e senso de controle acerca dessas situações de enfermidade (RIBEIRO, 2012).

Para ele, já quando o relacionamento familiar afeta a comunicação e a interação entre os membros ou quando a família não possui recursos econômicos e sociais, provavelmente esta será uma fonte de apoio ineficiente para aquela mulher com câncer, uma vez que tais fatores podem interferir e dificultar o enfrentamento da doença e do luto antecipatório. Ao se destacar que a família enfrenta os mesmos estágios que o paciente, Barroca e coautores (2019) dizem que esses processos que são ligados ao luto antecipatório se compõem em dois momentos: a ausência atual do ente querido e a ausência futura, mais ligada a antecipação da morte.

A Gestalt-terapia tem por objetivo facilitar o processo de consciência do indivíduo, sendo este um processo interno em que o tornar-se consciente de suas ações (através da *awareness*) também o guie no processo de aceitação, aprendizagem e transformação. Acerca dessa temática do luto pré-morte, essa abordagem faz uso de procedimentos que ajudam o sujeito a aprofundar e esclarecer a sua experiência presente, de modo a torna-la plena de sentido para ele. (RIBEIRO, 2012)

Para este autor, o indivíduo não tem uma percepção das coisas de forma isolada e não relacional, mas organiza as partes da sua vida de uma forma que tenha mais significado, formando um todo de acordo com seu interesse e motivação nessas partes que compõem o todo. Ou seja, no luto antecipatório, o enlutado não focará apenas na morte iminentes, mas em todos os aspectos que compõem o seu estado.

Esse processo terapêutico do enlutado se dá no “aqui-agora”, uma vez que a Gestalt-terapia está voltada para o presente. Mas não significa que situações ocorridas no passado ou projeções futuras não possam ser trabalhadas, no entanto, estas devem ser tratadas a partir do que surge no momento presente. Nesse sentido, a proximidade dessa experiência da morte faz com que o indivíduo se depare com outras dores que talvez não tenham sido cicatrizadas. (SOUZA, 2016)

Por isso, para se chegar à “cura” é necessário que o sujeito desenvolva a *awareness* (perceber-se, dar-se conta e estar consciente); e para alcançá-la é preciso que este entre em contato de forma plena com suas ações, emoções, pensamentos e sensações. Ao se trabalhar isso no espaço terapêutico, cria-se um ambiente seguro onde esse indivíduo trabalha essas fases do luto de modo a adentrar nas suas fronteiras de contato. (RIBEIRO, 2012)

4.3 Importância do suporte familiar no enfrentamento do câncer de mama

Acredita-se que enfrentar um tratamento oncológico se constitua como algo desafiador. Tanto pelas mudanças físicas que decorrem do processo de tratamento, quanto pela expressão de sentimentos de medo, angústia, ansiedade e incerteza, o que pode abalar significativamente o emocional do paciente. Nesse sentido, ter o apoio da família é essencial para se manter a saúde mental. (CASTRO; SOUZA, 2012)

A família, portanto, se torna aliada na conquista de bons resultados e uma de suas funções primordiais durante o tratamento oncológico é acompanhar o paciente nas consultas, exames, bem como sessões de quimioterapia, além de outras necessidades. Isto é, a participação da família tem uma grande influência no sucesso do tratamento, considerando que os pacientes com câncer precisam de uma atenção especial, com medicamentos, terapias, alimentos, restrições e cirurgias que demandam cuidado e disciplina para terem sucesso e eficácia. (FEIJÓ et al, 2009)

Nesse momento tão delicado, em que a mulher fica, de fato, fragilizada, ela tende a se isolar, afastando-se dos amigos e familiares. Em outros casos, não é o paciente que se isola, mas as pessoas ao seu redor que se afastam. Nesse viés, toma-se conhecimento de que isso ocorre principalmente com os homens, como namorados ou maridos, deixam de demonstrar preocupação e interesse pela mulher e preferem ir embora a permanecerem ao lado dela. (KARKOW et al, 2015)

Sendo assim, o apoio dos familiares, seja em situações positivas ou negativas transmite uma sensação de segurança, proteção e amparo. Em momentos em que se encara uma situação adversa como o câncer de mama, esse apoio pode ser encorajador para que a mulher consiga enfrentar os desafios advindos do tratamento. (KARKOW et al, 2015)

Nesse sentido, para Castro e Sousa (2012), os benefícios dessa participação familiar no tratamento da mulher com câncer de mama se relacionam diretamente com a qualidade dos vínculos que já existiam e com a proximidade entre os membros dessa família. Se essa relação familiar era afetuosa e positiva antes da doença se manifestar ou se existiam situações de conflito.

Bervian e Perlini (2006), destacam as principais formas e atitudes de se exercer um apoio familiar nesses casos:

“a) encorajar e incentivar a paciente a recuperar-se, por meio de palavras encorajadoras e motivacionais; b) elevar a autoestima da mulher, estimulando-a a ter maior autocuidado e a preservar sua estética; c) motivar a paciente a encarar a alopecia (queda de cabelo) e a falta da(s) mama(s) como eventos passageiros e superáveis; d) dar apoio emocional quando a paciente estiver sem esperanças e desmotivada; e) estimular a paciente a seguir com o processo de tratamento apesar da dor, entre outros” (BERVIAN; PERLINI, 2006, p.)

Percebe-se que atitudes como essas podem resultar em maiores benefícios se estiverem atreladas à ajuda nos afazeres domésticos cotidianos; às manifestações de carinho e afeto gratuitas; ao apoio financeiro e à participação ativa no tratamento da doença, contribuindo positivamente para a auto aceitação e evitando o surgimento e desenvolvimento de depressão e outros transtornos psicológicos.

Nesse sentido, Godinho e Arruda (2018) apud Silva, Melo e Rodrigues (1999), destacam os benefícios do suporte familiar, que incluem:

“a) maior aderência ao tratamento quimioterápico; b) maior motivação para encarar o processo com leveza; c) maiores chances de a paciente obter um resultado favorável em seu processo de tratamento; d) a paciente terá sua autoestima protegida, mesmo com as alterações estéticas; e) os desafios do tratamento não serão recebidos de forma negativa pela paciente, mas sim como um processo necessário para a superação; f) a paciente sentirá que não está sozinha e, por isso, irá aperfeiçoar seus mecanismos de defesa, enfrentando obstáculos com maior lucidez.” (apud SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999, p.10)

Além disso, esses mesmos autores argumentam que o apoio da família propicia também benefícios sociais, uma vez que, a paciente, passível de ser

socialmente estigmatizada por sua condição estética, devido à ausência da(s) mama(s) e outros comprometimentos físicos, estará psicologicamente estruturada para enfrentar o posicionamento social depreciativo. Portanto, entende-se que quando a mulher percebe que ela não está sozinha na luta contra o câncer de mama, ela se sente devidamente motivada para usar as cicatrizes como sinônimo de força, superação e batalha, dando esperanças para outras mulheres na mesma condição.

Outro elemento importante a ser considerado no campo dos benefícios é a participação integral da família no momento pós-cirúrgico da paciente. Castro e Souza (2012) ressaltam que esse apoio familiar deve estar presente desde o diagnóstico até à recuperação da cirurgia. No entanto, nesse período após a cirurgia, tal apoio pode se fazer ainda mais necessário, uma vez que se configura como uma fase na qual as mulheres enfrentam questões em relação a sua autoimagem, no relacionamento social e familiar e estado emocional.

Nesse sentido, observa-se que o momento pós-cirúrgico revela a concretização de mudanças na vida da paciente, pois está terá que se adaptar à nova aparência e ressignificar tais modificações, transformando cicatrizes em aspectos positivos. Nessa circunstância os benefícios da participação familiar tornam-se mais evidentes, pois a família, por ser um espaço de troca e interação, será tida pela paciente como uma base de apoio para que ela possa exercer as mudanças e dar significado ao processo de recuperação. (VASCONCELOS; NEVES, 2010).

Por exercer grande influência sobre o curso da doença, a família poderá beneficiar a paciente, também, na utilização dos mecanismos de defesa ou recursos de adaptação favoráveis, de modo que a paciente possa vivenciar o processo de luta contra a doença de maneira mais eficaz, respeitando as limitações individuais. Para Bergamasco e Ângelo (2001), estabelecer estratégias de enfrentamento diante de doença não é uma tarefa fácil para a paciente, por isso, a participação da família poderá enriquecer não apenas a busca por essas estratégias, mas, também, a aplicação destas, facilitando o encorajamento.

5 O PAPEL DO GESTALT-TERAPEUTA NO SUPORTE PSICOLÓGICO DOS FAMILIARES

Diante do exposto nos capítulos anteriores deste trabalho, ressalta-se a importância de que a mulher, juntamente com a família, desenvolva habilidades que os ajudem a lidar com o desgaste físico e emocional que os tratamentos prescritos, as idas e vindas ao hospital, as internações e as cirurgias trazem para quem vivencia esse processo de adoecimento, sem contar as situações de dificuldades econômicas e com as novas tarefas que a doença impõe aos familiares. (CARDOSO et al., 2018)

Portanto, o acompanhamento psicológico é fundamental para os envolvidos, pois favorece o suporte necessário para enfrentar a doença, além de ser necessário para desmistificar a doença e o seu estigma de fatalidade. Além disso, permite que os familiares se sintam amparados e com menos prejuízos psicológicos, uma vez que o estresse de ter de lidar com uma doença longa e fatal se reflete em ameaças à saúde física e mental do cônjuge, filhos, pai, mãe, irmãos etc, gerando o aparecimento de sintomas que inicialmente podem nem ser reconhecidos como relativos ao câncer. (DAL ONGARO et al, 2019)

A partir do trazido até aqui, pensou-se em investigar de que forma a Gestalt-terapia poderia auxiliar essa família. Nesse sentido, compreende-se que para esta abordagem, a psicoterapia não trabalha necessariamente com a cura de sintomas, mas sim com mudanças de percepções e emoções relacionadas a situações vivenciadas no presente (aqui-agora), ressignificando-as para si mesmo, os outros e o mundo. (RIBEIRO, 2007)

Nesse sentido, os pacientes oncológicos, bem como suas famílias precisam trabalhar os sentimentos gerados durante o decorrer do processo de adoecimento, tais como a raiva, culpa, tristeza ou medo, além terem de aprender a lidar com a dor e de exercitar a compreensão desse adoecer. Na maioria das vezes, a figura do psicoterapeuta entra na vida dessa pessoa para desfazer esses “mal-entendidos” em relação ao câncer, desmitificando conceitos prévios, escutando e apoiando essa pessoa para que esta se sinta à vontade para colocar para fora suas dúvidas, preocupações, sentimentos e emoções. (RIBEIRO, 2012)

Durante os atendimentos psicológicos naturalmente podem surgir repetições de discursos, que sinalizam cristalizações e impedem a fluidez na

formação de *gestalten*. Por ser uma situação extremamente presente na vida cotidiana da pessoa com câncer e dos familiares, essa repetição pode ser entendida como um novo pedido de ajuda. Esse 'pedido' não é algo a ser resolvido pelo terapeuta, mas diz muito sobre a necessidade de a pessoa ser ouvida. Sendo assim, a intervenção inicial se constitui em ouvir esse pedido expresso de tal forma que este possa ser ressignificado, restaurando-se a fluidez do processo de formação e destruição de *gestalten* seja enfim restaurado. (RIBEIRO, 2012)

Para Perls, Hefferline & Goodman (1997), a compulsão neurótica à repetição é sinal que uma situação inacabada do passado ainda está inacabada no presente, e que é o esforço repetido do organismo para satisfazer uma necessidade que causa a repetição. Por isso, o Gestalt-terapeuta deve trabalhar sempre no contexto do aqui-e-agora, como uma forma de resgatar essa atenção do sujeito às demandas que ele traz em terapia, possibilitando que as figuras que este considera mais importantes emergam e possam ser trabalhadas. Ou seja, com essa integração, a atenção e a tomada de consciência auxiliam o indivíduo a mobilizar seus recursos de enfrentamento que até então não estavam disponíveis e continuar o seu processo de ressignificação.

Considerando a dor oncológica como uma dor real, visível e quase palpável, o psicoterapeuta auxilia esse indivíduo que lida com ela direta ou indiretamente (no caso dos familiares) a lidar também com a dor de não saber como enfrentar uma situação desconhecida e incerta como é o câncer. Pois lidar com essa realidade não é fácil, e quando há a necessidade de internação, essa realidade fica ainda mais intensa, uma vez que o contexto hospitalar intensifica as vivências e já é um fator assustador em si, por todas as coisas externas que rodeiam uma internação, mesmo que na maioria das vezes a estadia do paciente no hospital seja curta. (SILVA; BOAVENTURA, 2011)

Quanto a isso, de Rossi (2007), completa:

“No momento em que o paciente já não pode mais negar a doença, seja por ele se dar conta que esse recurso de enfrentamento utilizado não é mais suficiente para lidar com a necessidade da sua condição atual, seja porque os sintomas estão mais explícitos (a dor física, a perda de vitalidade ou reações aos tratamentos e etc.), a projeção é uma das defesas usadas na tentativa de amenizar a dor interna” (de Rossi, 2007, p. 43)

Entende-se, portanto, que essa projeção também pode gerar uma resistência em relação à aceitação da doença. Em relação a isso, Silva e

Boaventura (2011) dizem que existe uma certa “sabedoria” na resistência, ao considerar esta como um ponto em que o sujeito não se sente preparado para lidar com uma situação ameaçadora como o câncer, pois nesse ponto é sábio proteger-se e juntar os próprios recursos para utilizar eles em um outro momento mais posterior. No entanto, ao mesmo tempo em que essa resistência protege, ela também impede que essa pessoa chegue a um crescimento pessoal, e ressignifique mais facilmente o seu processo.

Considerando que essas questões podem afetar também os familiares uma vez que estes também atravessam esse processo do câncer (mesmo que de uma maneira diferente), a presença de um psicólogo dentro do contexto hospitalar possibilita o engajamento desse familiar nesse processo de saúde-doença, trazendo, na maioria das vezes, uma maior possibilidade de que o paciente suporte os sintomas advindos do adoecimento, por ter o apoio do familiar consigo. (FREITAS et al, 2012)

Nesse sentido, Bucher-Maluschke e coautores. (2014), colocam que:

[...] Tanto a família quanto o paciente sentem com a mesma intensidade o impacto da doença, o que muitas vezes ocasiona alterações psicológicas devido a não aceitação da disfunção. Em razão do significado que a doença tem, a família do paciente oncológico convive com sentimentos diversos que vão desde atitudes de superproteção e demonstração extrema de amor, preocupação e até culpa e hostilidade. Entre as doenças crônicas degenerativas o câncer é que causa maior desequilíbrio emocional no paciente e nos seus familiares. (BUCHER-MALUSCHKE, 2014, p.92)

Deste modo, o psicólogo atuante no contexto hospitalar terá como função, não apenas trazer alívio para as dores emocionais das pacientes e seus familiares, mas também, para ressignificar a imagem que as mesmas fazem da ambiência hospitalar, para que seja possível abrandar o conceito que as vítimas trazem deste lugar, tentando otimizar o período de tempo em que estiverem ali. (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011)

Sendo assim, para o Gestalt-terapeuta é necessário conhecer o sujeito durante o processo, para então conhecer o seu sintoma; uma vez que o sintoma é o sinalizador daquilo que não está bem no processo. Nessa perspectiva, tenta-se estabelecer uma relação horizontal, onde o psicoterapeuta não teria o suposto poder de dar alta e “curar” aquele sujeito, mas sim o próprio sujeito. (RIBEIRO, 2012)

A relação terapêutica, portanto, implica em algo que vai além da empatia. Utilizando-se do termo inclusão, os Gestalt-terapeutas acreditam que o terapeuta

precisa tentar mergulhar no mundo do outro. Ou seja, tentar entender e compreender também emocionalmente o que o paciente está passando e o que ele está sentindo naquele momento. (COSTA; LOPES, 2017)

Sendo quase um evento relacional em que o terapeuta seria responsável também pela cura relacional que o indivíduo precisa naquele momento, isso começa com o próprio terapeuta, em que faz todo esse processo de maior aproximação do seu paciente, criando uma relação mais amorosa em alguns momentos, principalmente dentro do contexto hospitalar, onde demandas emocionais se ligam diretamente com as físicas. (RIBEIRO, 2012)

Segundo esse autor, o psicólogo, com postura humanizada e comprometida, favorece que o outro possa se compreender. Compreensão esta que não se dá somente no âmbito do pensamento, mas no todo que é o indivíduo, abrindo novas possibilidades de experimentar a doença e a internação. Na condição de "ser-no-mundo", o indivíduo constitui o mundo ao mesmo tempo em que este o constitui, é um ser em constante interação, o que lhe dá possibilidades.

Utilizando-se da sua sensibilidade de olhar, ouvir e usar a experiência para potencializar o encontro terapêutico, Ribeiro (2012) ressalta que o Gestalt-terapeuta no ambiente hospitalar vem autorizar o outro, em sua enfermidade e suas limitações. Propõe possibilidades apesar de, fazendo o que é possível a cada momento e rejeitando a impotência do adoecer ou a onipotência de curar.

Portanto, o psicólogo enquanto Gestalt-terapeuta deve conceber o paciente de uma forma mais abrangente, levando em conta, além das alterações ocasionadas por uma doença orgânica, sua cognição, suas emoções e seus afetos, principalmente como essa pessoa experimenta subjetivamente todas essas dimensões do seu ser. Ou seja, faz-se necessário entender como é esse processo e como o paciente ou familiar sente e vivencia aquela determinada situação. Ou seja, o que é e como é aquela situação para o sujeito. (DAL ONGARO et al, 2019)

Dessa forma, precisa-se pensar sempre na pessoa como dona de uma subjetividade única, e se algum diagnóstico tiver que ser feito, que o seja a partir daquela pessoa particular ali presente, com o objetivo de melhor compreendê-la, e não pretendendo nomear a doença. Pois nomear a doença incorre no risco de reduzir a pessoa à sua patologia, restringindo suas possibilidades. (DAL ONGARO et al, 2019)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Receber um diagnóstico de câncer costuma ser uma experiência de grande impacto, cheia de dúvidas e incertezas, não só para o paciente, mas também para toda a família, uma vez que a percepção de perda de um ente querido muitas vezes se inicia já no diagnóstico de câncer. Portanto, diante da desconhecida realidade do câncer, é inevitável que os familiares compartilhem o sofrimento dos pacientes.

Constatou-se, portanto, que além da questão fisiológica que pode provocar dor, deformidades e mutilações, o câncer afeta significativamente o psicológico não só da mulher que vivencia essa doença, mas também de toda a família, podendo provocar sentimentos como medo, ansiedade, angústia, insegurança e raiva em todos que presenciam essas mudanças.

Para tal, este tipo de pesquisa teve por intuito ser de natureza básica, utilizando-se de procedimentos como análises documentais e revisão de literatura para o aprofundamento do conteúdo estudado. A partir do método fenomenológico, preocupou-se em entender o fenômeno como ele se apresenta, satisfazendo-se apenas com o seu estudo e não buscando explicações, expondo as características do fenômeno (adoecimento do câncer) e como este afeta a família da mulher com câncer.

A partir de uma abordagem gestáltica, este trabalho buscou analisar o impacto do câncer de mama feminino para os familiares, uma vez que muitas vezes essa família acaba negligenciando os sentimentos que os atingem para que não a desanimem ou demonstrem fraqueza para ela. Da mesma forma, abordou-se a figura do gestalt-terapeuta como importante para o auxílio psicológico dessa família, desmistificando conceitos prévios em relação ao câncer.

Sendo assim, sugere-se maiores estudos acerca de recursos de enfrentamentos possíveis para essa família, buscando informações relevantes acerca do câncer de mama a fim de fazer com que essa família reconheça a importância do seu apoio social, sem deixar de enxergar, aceitar e lidar com o seu sofrimento particular.

Diante disso, faz-se importante ressaltar que após o diagnóstico do câncer, esses familiares também irão necessitar de cuidado e atenção, mesmo que

em uma proporção diferente, uma vez que também ficam abalados física e emocionalmente com o adoecimento da mulher.

Neste sentido, salienta-se a importância de a família receber apoio e orientação neste momento difícil, em que convive com o medo de perder a pessoa amada. É necessário fortalecer os vínculos para manter o bem-estar físico e psíquico do familiar doente e contribuir para o desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença e o tratamento.

REFERÊNCIAS

- AMBRÓSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio dos. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, p. 475-484, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/MG8TkdpWYkg6Cq4kdNDsSs/?lang=pt>>. Acesso em 22 out. 2021
- AMORIM, Tereza. Falando sobre Gestalt-terapia - Ajustamento Criativo. Rio de Janeiro: **Instituto Carioca de Gestalt-Terapia**, 2016. (5 min.), P&B. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=F-iJBobk7Jc>>. Acesso em: 30 out. 2021
- BARROCA do Nascimento, Amanda Maciel; DE MELO LIMA, Nayara Gomes; SALES, Roberto Lopes. LUTO ANTECIPATÓRIO À LUZ DA GESTALT-TERAPIA. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 8, n. 12, p. 88-101, 2019. Disponível em: <<https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1061/821>>. Acesso 23 out. 2021
- BERGAMASCO, Roselena Bazilli; ANGELO, Margareth. Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 277-82, 2001. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em 15 maio 2021.
- BERVIAN, Patrícia Isabel; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. 30º de junho de 2006 [citado 14º de novembro de 2021];52(2):121-8. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1884>>. Acesso em 01 nov. 2021
- BORSA, Juliane Callegaro; FEIL, Cristiane Friedrich. **O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão**. 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Cristiane-Feil/publication/303208368_O_PAPEL_DA_MULHER_NO_CONTEXTO_FAMILIAR_UMA_BREVE_REFLEXAO/links/5738f27308ae9f741b2bde8f/O-PAPEL-DA-MULHER-NO-CONTEXTO-FAMILIAR-UMA-BREVE-REFLEXAO.pdf>. Acesso em 10 maio 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa 2020 de casos novos no Maranhão e São Luís**. Instituto Nacional do Câncer (INCA). 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/maranhao-sao-luis>>. Acesso em 09 abril 2021.
- BRUSCHINI, Cristina. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? **Revista Bras. Est. Pop.**, nº 2, p. 331-353. São Paulo. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a09v23n2.pdf>>. Acesso em 10 maio 2021.

BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro; FIALHO, Roberta Barreira Massler Fialho; PEDROSO, Janari da Silva; COELHO, Jane Alves; RAMALHO, Juniana de Almeida Mota. Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 6, n. 1, p. 87-108, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 3 nov. 2021.

CARDOSO, Érika Arantes de Oliveira; GARCIA, Juliana Tomé; MOTA, Marília Gabriela Mosca; LOTÉRIO, Lucas dos Santos; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 110-122, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6854188>>. Acesso em 16 maio 2021.

CASTRO, EmilySuelen Antunes de; SOUZA, Airte Miranda de. Cuidando da pessoa com câncer: Contribuições da Gestalt-Terapia. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 43-69, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 nov. 2021

COSTA, Virginia Elizabeth Suassuna Martins; LOPES, Maisa Roberta Pereira Ramos; SAMARIDI, Isadora. A vivência do aqui-e-agora na relação terapêutica na abordagem gestáltica. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 27, n. 2, p. 303-312, 2017. Disponível em: <<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/4969>>. Acesso em 28 out. 2021.

DA SILVA, Rosimere Viana Barbosa. Os Conflitos na Fronteira de Contato entre Pais e Filhos Adolescentes. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 53-66, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 out. 2021.

DAL ONGARO, Jussara; SEABRA, Carolina; MAMELUQUE, Maria da Glória C.; AGUIAR, Marília A. de Freitas; SEBEN, Rafael; TAVARES, Glaúcia Rezende. O Impacto do Câncer na Família. **Psico-oncologia: Caminhos de Cuidado**. Summus Editorial. Pág. 55 – 62. 2019.

DE ROSSI, Luciane; GAVIÃO, Ana Clara Duarte; DE LUCIA, Maria Cristina Souza; AWADA, Soraia Barakat. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 nov. 2021

FEIJÓ, Aline Machado; SCHWARTZ, Eda; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; LINCK, Caroline de Leon; ZILMER, Juliana Graciela Vestena; LANGE, Celmira. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 79-84, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9721>>. Acesso em 25 set. 2021.

FERREIRA, Dayane de Barros; FARAGO, Priscila Moreira; DOS REIS, Paula Elaine Diniz; FUNGHETTO, Silvana Schwerz. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 536-544, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2021.

FUKUMITSU, Karina Okajima; CAVALCANTE, Flaviana; BORGES, Marcelo. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 9, n. 1 (2009). Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9143/7518>>. Acesso em 01 out. 2021.

GODINHO, Verônica Rodrigue Tomaz; ARRUDA, Ana Lúcia. A Influência do suporte familiar no processo de recuperação de mulheres com câncer de mama. **Revista Farol**. Faculdade Rolim de Moura – RO, v. 7, n. 7, p. 5-21, ago./2018. Disponível em: <<http://www.revistafarol.com.br/index.php/farol/article/viewFile/144/118>>. Acesso em 01 nov. 2021

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia>>. Acesso em 5 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estatísticas de câncer**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em 5 out. 2021

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Brasil – estimativa dos casos novos**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>>. Acesso em 5 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Maranhão e São Luís – estimativa dos casos novos**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/maranhao-sao-luis>>. Acesso em 5 out. 2021.

JULIANO, Jean Clark. Gestalt-Terapia: revisitando as nossas histórias. **IGT na Rede ISSN 1807-2526**, v. 1, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/download/21/29>>. Acesso em 10 nov. 2021.

KARKOW, Michele Carvalho; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; STAMM, Bruna; CAMPONOVARA, Silviomar; TERRA, Marlene Gomes; VIERO, Viviani. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **Rev Min Enferm.** 2015 jul/set; 19(3): 741-746. 2015. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n3a16.pdf>>. Acesso em 30 set. 2021.

KUBLERR-ROSS, Elizabeth. **Sobre a Morte e o Morrer.** *O que os doentes terminais têm para ensinar os médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.* Editora WMF Martins Fontes. 10ª edição. São Paulo. 2017.

MESQUITA, Giovana Reis. O Aqui-e-agora na Gestalt-Terapia: um Diálogo com a Sociologia da Contemporaneidade. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 17, n. 1, p. 59-67, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735615009.pdf>>. Acesso em 05 nov. 2021.

MIRANDA, Waldir Bezerra. **Saúde e Doença em Gestalt-terapia.** Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde - FCS Monografia apresentada para o Curso de Psicologia. Brasília. 2003. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2864/2/9908156.pdf>>.

MULLER-GRANZOTTO, José Marcos; MULLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Fenomenologia e Gestalt-terapia.** Editora Summus. 3ª ed. 368 p., 2007.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gesltat-Terapia.** 3ª Edição. Editora Summus. 3ª ed. 270 p., 1998. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/e8v1nn1>>. Acesso em 29 out. 2021

PICHETI, Jeovana Scopel; CASTRO, Elisa Kern de; FALCKE, Denise. Silêncios e rearranjos na conjugalidade em situação de câncer em um dos cônjuges. **Psicol. pesq.**, v. 8, n. 2, p. 189-199. Minas Gerais. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472014000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª edição. Universidade FEEVALE. Novo Hamburgo. 2013

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia: refazendo um caminho.** Editora Summus. Ed. Revista. 208 p., 2012.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica.** São Paulo, SP: Summus. 2007.

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. **Rev. Min. Enferm.**;14(1): 43-51, jan./mar., 2010. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v14n1a07.pdf>>. Acesso em 12 set. 2021.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos; SOUZA, Laura Vilela. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 14, p. 41-50, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/epsic/a/NvBV48SznZrkr8BgPgXrhPv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 25 set. 2021.

SOUSA, Luiza Eridan Elmiro Martins de. O processo de luto na abordagem gestáltica: contato e afastamento, destruição e assimilação. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 25, p. 253-272, dez. 2016. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 nov. 2021.

SILVA, Leonardo Leiria de Moura; TOSCANI, Nadima Vieira; GRAUDENZ, Márcia Silveira. Câncer de mama masculino: uma doença diferente. **Rev. bras. mastologia**, p. 166-170, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=699588&indexSearch=ID>>. Acesso em 28 out. 2021.

SILVA, Rafaella Brito e; BOAVENTURA, Carolina Brum Faria. Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 37-46, jun. 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 nov. 2021