



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

RENASCER DE NOVO EM GRUPO

LUÍSA MARIA CUNHA ROMANO

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO A. PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicoterapia

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António A. Pires, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicoterapia

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu pai e à minha mãe pela educação que me deram no sentido de valorizar a constante aprendizagem.

Ao meu pai, em particular, dedico esta tese. Em sua homenagem, que muito o amei. Espero que onde estiver a ver-me tenha muito orgulho na sua filha.

Agradeço ainda:

Ao Professor Doutor António Pires, pela orientação, disponibilidade e apoio.

À Professora Doutora Ivone Patrão, pela sua colaboração.

Aos meus queridos e muito amados primos, Eng. José Brandão Romano e Maria Cândida Romano. Em especial, pela ajuda e apoio do meu primo.

À minha querida tia Belondina, que já é vítima desta doença, cancro no esófago.

À minha amiga Mestre Isabel Almeida.

À minha colega Mestre Mafalda Leite Borges.

À Mestre Catarina Bray Pinheiro.

Ao Dr. Orlando Nunes, do Hospital da CUF, e a todos os membros deste Hospital que participaram neste projecto.

Dedico este trabalho a todas as vítimas do cancro, as que não superaram, tais como António Feio, Luciano Pavarotti, Patrick Swayze, entre outros. Em especial, dedico este trabalho à memória da Professora Doutora Zilda Fidalgo.

Muito Obrigada.

ÍNDICE

Agradecimentos

Índice	2
Índice dos diagramas	4
Resumo	5
Introdução.....	7
1. Conceito de saúde	8
2. Cancro	9
2.1. Descrição histórica do cancro	11
2.2. Tratamentos do cancro	12
2.2.1. Quimioterapia	13
2.2.2. Radioterapia	14
2.2.3. Cirurgia	15
3. Psicoterapia. O que é?	16
3.1. Definição de grupo	17
3.2. Principais psicoterapias de grupo	17
3.3. Psicoterapias de auto-ajuda	19
4. Biografia de Carl Rogers	22
4.1. Grupos de encontro	24
4.2. Processo de encontro	25
4.3. O papel do líder	27
4.4. Método clínico	29
5. Biografia de Jacob Levy Moreno	33
5.1. O psicodrama	34
6. Grupos de encontro com doentes cancerosos	38
7. Cancro e os seus cuidados paliativos	43
8. Apoio sócio-familiar	46
8.1. O Papel da equipa de saúde	46
8.1.1. O papel do psicólogo	47
8.1.2. O papel do cuidador	54
8.1.3. Voluntários no IPO	56
9. Entrevista com um técnico	59
10. Diagramas	61

11.	Síntese	66
12.	Conclusão	67
13.	Referências	69

ÍNDICE DOS DIAGRAMAS

Diagrama 1. As necessidades do doente com cancro	61
Diagrama 2. O terapeuta	62
Diagrama 3. Doentes cancerosos vs outros doentes	63
Diagrama 4. O papel do terapeuta	64
Diagrama 5. Apoio Emocional	65

RESUMO

Este trabalho foca o papel dos grupos de encontro na terapêutica dos doentes cancerosos, como forma de constituir uma rede de suporte psicossocial que auxilie o paciente a aceitar o diagnóstico e o seu impacto na vida. Focaremos o papel do terapeuta neste contexto, enquanto cuidador e facilitador, elemento-chave na prestação de cuidados paliativos. Através de um processo de troca e partilha, provido de empatia e autenticidade, é promovida a autonomia e a aceitação, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida destes doentes.

É feita uma descrição histórica dos tratamentos do cancro e dos grupos de auto-ajuda, salientando-se o papel de Rogers e Moreno nos grupos de encontro. Abordamos a problemática da dor e do sofrimento, associados a sentimentos de perda e negação, não só por parte do doente, como também dos seus familiares. Para todos eles, o diagnóstico de cancro é sinónimo de sentença de morte, acarretando medos relacionados com o sofrimento associado à agressividade dos tratamentos.

Palavras-chave: cancro, terapia de grupo, grupos de encontro, empatia

ABSTRACT

This work focuses on the role of support groups in the treatment of cancer patients, so as to constitute a psychosocial network of support which can help the patient accept the diagnosis and its impact in life. We will focus on the role of the therapist in this context, as a caregiver and enabler, a key element in the supply of palliative care. Through a process of exchange and share, using empathy and authenticity, the therapist promotes autonomy and acceptance, with the objective of improving the quality of life of these patients.

We will provide an historical description of cancer treatments and self-help groups, emphasising the roles of Rogers and Moreno in support groups. We will address the issue of pain and suffering, associated to feelings of loss and denial, not only from the patient, but also from his relatives. For all of them, the diagnosis of cancer is a synonym of death, bringing about fears related to the suffering associated to the aggressiveness of the treatments.

Key words: cancer, group therapy, support groups, empathy

INTRODUÇÃO

A sociedade actual tem dificuldade em lidar com a dor e o sofrimento. O cancro representa para os doentes um limiar entre a vida e a morte. Apesar dos avanços da medicina, que acarretaram um aumento da esperança de vida dos doentes com cancro, a doença é usualmente acompanhada de um comprometimento da qualidade de vida e da integridade física e psíquica dos pacientes. A primeira ideia que acompanha o diagnóstico é inconscientemente a de morte.

Neste sentido, importa desenvolver processos terapêuticos que vão ao encontro destas necessidades específicas, apoiando os doentes na recuperação da qualidade de vida. Estes processos, complementares às terapêuticas tradicionais, contribuem para o trabalho que é desenvolvido em busca da cura.

A psicoterapia de grupo surge como uma opção válida que visa promover a partilha de preocupações e experiências, criando uma rede de suporte com o objectivo de reabilitar o doente, potenciando a recuperação. Estas redes facultam concomitantemente informação sobre a doença e os tratamentos associados, bem como sobre os direitos dos doentes e seus familiares, esclarecendo dúvidas e dando apoio quando necessário. Por outro lado, estes grupos facilitam o trabalho dos terapeutas, auxiliando no sentido da compreensão de determinados comportamentos dos doentes, e promovendo o desenvolvimento de estratégias para lidar com estes. Ao mesmo tempo, contribuem para evitar sentimentos de stress e depressão, proporcionando um meio de intervenção para controlá-los quando já existem.

O presente estudo tem como objectivo analisar o papel do terapeuta e das terapias de grupo no tratamento dos pacientes oncológicos, e a sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida destes doentes. Para este efeito, foram utilizadas duas entrevistas, bem como uma revisão da literatura respeitante a este tema. O apoio fornecido pelo terapeuta, incentivando a expressão de sentimentos, promove a experiência de partilha, desenvolvendo a confiança do paciente.

1. CONCEITO DE SAÚDE

O poder da cura está dentro de nós.

“O saúde é o nosso estado mental. A organização Mundial de Saúde define a saúde como algo mais do que ausência de doença. Saúde é um estado de perfeito bem-estar, mental e emocional. A isto se pode acrescentar bem-espíritual, estado em que sentimos em todos os momentos alegria e prazer de viver, um sentimento de plenitude e consciência de harmonia com o universo que nos cerca.” Não é fácil definir, visto que os seres humanos possuem o 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 das alterações externas às quais nos adaptamos no decurso da evolução.

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 ideias, afirma que saúde não é igual a ausência de enfermidade, um estado que o ser humano obtém ou perde de uma vez por todas e nem está relacionado a um desenvolvimento (rápido e longo) do indivíduo. Para ele, o conceito de saúde nunca pode ser um conceito estático. Preston(1959, apud Knobel, (1986) define a saúde mental como a capacidade que o homem tem de conviver com as limitações impostas do seu próprio corpo, na inter-relação que estabelece com as pessoas e sentindo-se produtivo e feliz.

Saúde é a harmonia entre o homem e o meio ambiente social. A ruptura dessa harmonia conduz à doença, podendo levar ao desequilíbrio total.

2. CANCRO

O Cancro é referido em papiros médicos desde o tempo dos egípcios e persas (3500 A.C.) no entanto è nos escritos de Hipócrates que se destaca a primeira definição de cancro, designadamente «carcinoma» (Dias & Miranda, 1993). O termo cancro tem origem do grego, da palavra “Karios” e do latim , da palavra câncer. O seu significado etimológico advém do termo «caranguejo», por semelhança das veias inchadas dos tumores como as patas de um caranguejo, (Holland, 1998, Pereira & Lopes, 2002, Santag, 1997).

No Dicionário Universal da Língua Portuguesa (1995), o cancro é definido como: “Doença provocada por uma reprodução descontrolada de células malignas, que são independentes de qualquer tipo, acabando por invadir tecidos e órgãos e provocar alterações orgânicas, livro, câncer, úlcera de proveniência venérea” (p.p. 289).

A célula é a unidade básica estrutural e funcional em todos os seres vivos. Encontrando-se aproximadamente 6º mil biliões de células no corpo humano do indivíduo adulto, a célula, etc. O cancro tem origem numa célula monocelular. AS células são todas iguais, e todas necessitam de oxigénio. Este interage com as gorduras, proteínas, hidratos de carbono para libertar energia necessária para o seu funcionamento. Todas as células libertam os produtos finais das reacções químicas sob a forma de fluidos.

O cancro é gerado por uma neoplasia, a qual é classificada como maligna devido á sua situação clínica potencialmente fatal que origina. O termo “neoplasia” é um termo grego e refere-se a novo crescimento. A carcinogénese é, então, o processo de transformação de uma célula normal em célula cancerosa, sendo que as substâncias responsáveis por esta transformação designam-se por agentes carcinogéneos e radiações solares, agentes químicos do tabaco.

As células cancerígenas podem ser de três tipos: carcinomas, que constituem 90% do total de células cancerígenas e têm origem nas células dos tecidos, sarcomas, que têm origem no tecido conjuntivo, e e as leucemias, que têm origem no sangue (Ogden, 1999). As células cancerígenas, são células neoplásicas que variam em tamanho e forma: umas são grandes e outras são demasiado pequenas. O núcleo é maior e varia de forma; observa-se um número invulgar de cromossomas. O processo pelo qual as células perdem as características das células normais chama-se diferenciação.

Estas alterações produzem-se de forma cumulativa e continuada durante um largo período de tempo, geralmente durante anos. A uniformidade e totalidade deste processo não foi, ainda possível de explicar (Moore, 1996, cit. por Santos, 2006), o que pode dever-se ao facto da neoplasia ser um novo tecido, resultando de um processo biológico multifactorial com intervenção de muitos factores causais. Assim, cada neoplasia é diferente das restantes, pelo que aquilo que é verdade para uma neoplasia, pode não o ser para outra. A primeira fase deste processo, designada de estágio de iniciação, começa quando os agentes carcinogéneos activam sobre a célula lesando o seu material genético mutação. Normalmente são necessárias várias para haver desregulação do ciclo celular e proliferação excessiva, e ainda mais outras para que haja invasão dos órgãos adjacentes ou distantes.

Uma primeira mutação não é suficiente para que surja um cancro, contudo, pode ser o início do processo, principalmente se houver exposição prolongada a acção de um carcinogéneo - promoção induzindo a divisão preferencial das células em causa. Este processo de formatação de neoplasias pode ser dificultado pela intervenção do sistema imunitário. Na última fase – progressão - o processo autonomiza-se, escapando, irreversivelmente ao controlo e adquirindo capacidade de tecidos vizinhos com consequente metastização (Murad, 1996, cit. por Santos 2006). A metástase é a disseminação de células cancerígenas de um lugar primário (origem), para lugares distantes (secundários), sendo auxiliados pela produção de enzimas na superfície da célula neoplásica. As células cancerígenas aumentam a malignidade em cada mutação. A disseminação do cancro depende de serie de acontecimentos que ocorrem na célula do tumor. À medida que se replicam geram mais células capacitadas para sobreviverem e para colonizarem outros órgãos.

O cancro é uma doença maligna porque nasce num órgão e pode espalhar-se pelo corpo, para metastizar. Quando célula pode multiplicar-se, poderá ser transformada numa célula neoplásica (tumoral) e dar origem a um cancro. As células que constituem esta doença têm capacidade superior de multiplicação, invasão e colonização de outros órgãos, à medida que o tempo decorre maior é a probabilidade de a doença estar inacessível aos actos cirúrgicos e resistente aos tratamentos médicos. É importante conhecer e detectar, sempre que possível os sintomas e sinais que provêm do órgão onde nasce o tumor. Em linguagem médica chamamos a estes quadros clínicos por síndromas paraneoplásicos. Quando uma célula normal deixa de ter função fisiológica ou sofre uma alteração genética ou celular, desencadeia um processo fisiológico para

induzir a sua morte, processo fisiológico para induzir a sua morte, processo esse denominado de apoptose.

O cancro, para poder desenvolver-se como um tumor maligno, necessita de ser aceite pelo organismo como um ego. Apesar do seu crescimento anárquico, há um conjunto de regras histológicas, físicas e químicas ao qual o cancro obedece. A sua estrutura histopatológica, reprodução, metabolismo, capacidade migratória, colonização, interdependência com o resto do organismo, é semelhante em cada tipo de tumor. Pensa-se que o cancro, além de ser “anárquico”, é uma estrutura que escapou ao plano geral do organismo.

2.1. Descrição histórica do cancro

No séc. XIX pouco se conhecia quanto ao diagnóstico e tratamento do cancro, sendo a cura algo de raro. Para além disso, as causas de cancro constituíam uma área por explorar, o que fez emergir uma crença negativa em relação a esta patologia, centrada numa ameaça forte à vida (Holland, 1998 a).

No início do séc. XX, um diagnóstico de cancro estava associado a uma sentença de morte e impulsionava a estigmatização dos pacientes, o seu isolamento e humilhação. Geralmente, a palavra cancro inibia a comunicação. Pouco se falava sobre a doença, donde o médico revelava o diagnóstico à família e nunca ao paciente (Holland, 1998 a). O estigma associado ao cancro inibia a transparência da comunicação sobre a doença, tornando-a informação ambígua e imprecisa colocando-a no domínio da mistificação. Neste sentido, a estigmatização social promoveu o afastamento social do paciente com cancro, a sobrestimação da mortalidade e a subestimação da capacidade de controlar o cancro (Blanco et al., 2001; Die-Trill, 2000, Holland, 1998 ; Pereira & Lopes, 2002).

Nos anos oitenta, a autora Susan Sontag, no livro “*Illness as a Metaphor*” (1977) expõe uma reflexão crítica relacionada com o baixo nível de conhecimento sobre as causas e tratamentos possíveis do cancro, na população em geral, e compara as crenças negativas relativas ao cancro com as que existiram em relação à tuberculose.

Todavia, ao longo do tempo e à medida que a cirurgia e os tratamentos adjuvantes (quimioterapia e radioterapia) permitiram controlar a evolução do cancro e, até mesmo, chegar à cura, começa-se a assistir a uma mudança na comunicação e nas crenças à volta desta patologia. Estas evoluções terapêuticas possibilitam a consideração

do cancro como uma doença crónica, o que desmistifica todas as crenças apresentadas (Blanco e tal., 2001; Buéla-Casal & Moreno, 1999; Ferreira, 1990).

Presentemente, a maioria dos cancros são tratáveis e curados, apesar de persistirem todos medos inerentes ao diagnóstico desta patologia, relacionados com a incerteza quanto ao futuro, para além da preocupação com quanto ao aspecto económico e profissional, uma vez que os tratamentos podem ser contínuos no tempo e impossibilitarem o paciente de estar profissionalmente activo durante o período da doença (Costa, 2004; Holland & Lewis, 2001; Pais Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2002).

2.2. Tratamentos do cancro

Tal como descrito por Santos (2006), os principais tratamentos de cancro são a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia. O tratamento de cada caso deve ser adaptado à realidade de cada doente, individualmente, envolvendo, muitas vezes uma terapêutica biológica (uma conjugação de vários tratamentos, com vista a melhorar os efeitos terapêuticos). A escolha do tratamento é realizada tendo em consideração as condições tumorais (localização do tamanho do tumor e tipo histológico) a cinética das células (taxa de crescimento e agressividade biológica, invasão e potencial metastático) e as variáveis associadas ao paciente (saúde em geral, competência imunológica, interesse do paciente e qualidade de vida).

Alguns tipos de cancro podem ser detectados antes de causarem problemas. Fazer exames para despiste do cancro, ou de alguma condição que possa levar o cancro, em pessoas que não têm sintomas chama-se de rastreio. Os doentes do cancro querem saber toda a informação possível sobre a sua doença e métodos de tratamentos; querem participar nas decisões relativas ao seu estado de saúde e cuidados médicos de que necessitam. Saber mais acerca da doença, ajuda a colaborar e reagir positivamente.

A terapêutica sistémica “entra “ na corrente sanguínea e “destrói “, ou controla, o cancro em todo o corpo; mata ou, pelo menos desacelera, o crescimento das células cancerígenas, que possam ter metastizado para além do tumor original. A quimioterapia, a terapêutica hormonal e a terapêutica biológica (imunoterapia) são tratamentos sistémicos.

2.2.1. Quimioterapia

A quimioterapia consiste no uso de drogas anticancerígenas, que são injectadas nas veias ou então são dadas em forma de comprimido. Estas drogas entram no sistema sanguíneo, circulando por todo o corpo, tendo como objectivo eliminar as células cancerígenas que eventualmente se tenham espalhado pelo corpo. A quimioterapia é feita por períodos cíclicos, sendo estes se estabelecem intervalos. O curso total do tratamento consiste em 6 meses. Podem ser dadas diversas drogas ou apenas um tipo de droga.

Os efeitos secundários são:

- cansaço e fadiga;
- náuseas e vómitos;
- perda ou diminuição de apetite;
- feridas na boca;
- diarreia;
- alterações no ciclo menstrual.

Após o término da quimioterapia a visita ao médico é essencial. Os pacientes não ficam internados no hospital. O tratamento pode ser feito durante uma ou mais sessões. Existe, depois, um período de descanso, para recuperação, que pode ser de vários dias; ou mesmo de semanas antes de fazer a próxima sessão de tratamento.

A quimioterapia pode ser utilizada como neo-adjuvante ou adjuvante. A primeira tem como objectivo reduzir o tamanho do tumor, antes da cirurgia e a segunda é utilizada, após a cirurgia para eliminar resíduos não usados no acto cirúrgico (no entanto a sua progressão para a via sanguínea ou linfática) e para erradicação de pequenos micrometástases. A escolha do tipo de medicamento depende de diversos factores,

como sejam o tipo de célula cancerosa, o tamanho e peso do tumor, a sua localização, a taxa de absorção das drogas.

As células do sangue ajudam a combater as infecções, ajudam a coagular e transportam oxigénio a todas as partes do organismo. Quando as células do sangue são afectadas, havendo diminuição do seu número total em circulação, a pessoa poderá ter maior possibilidade de sofrer infecções de hematomas, ou sangrar facilmente, podendo ainda, sentir-se mais fraca e cansada. A quimioterapia pode provocar a queda de cabelo e pelos do corpo; no entanto, este efeito é reversível e o cabelo volta a crescer, embora o cabelo novo passa apresentar cor e “textura” diferentes. Células do aparelho digestivo.

2.2.2. Radioterapia

Método capaz de distribuir as células tumorais pelo emprego de radiações ionizantes, a radioterapia actual a nível local ou regionalmente, podendo ser indicada ou forma exclusiva ou associada a outros métodos terapêuticos. Pode ser também prescrita para tratar o cancro recorrente ou inoperável e avaliar a dor provocar por cancro em fase avançada. Este tipo de tratamento começa mais ou menos 1 mês após a cirurgia , e é aplicada nos períodos de 5 semanas num total de 6 semanas este tratamento dura apenas uns minutos. Se por algum motivo há suspeita de uma recaída, é necessário que se recorra ao médico para que sejam feitos mais testes.

Santos (2006) refere que a radioterapia se baseia na utilização de raios ou partículas ionizantes de grande energia, no tratamento do cancro, tendo como objectivos o controlo do crescimento e disseminação do tumor, erradicação de células tumorais; e controlo dos sintomas associados à doença. Assim, a radiação ionizante destrói a capacidade de crescimento e multiplicação celular, sendo que algumas células são destruídas directamente pelos raios ou partículas ionizantes, embora outras não o sejam – limitando-se a penetrar no núcleo celular, pelo que se formam radicais de oxigénio, que por sua vez, danificam o DNA celular, com ruptura de cordões cromossómicos, podendo originar morte celular, com ruptura de cordões cromossómicos, podendo originar morte celular imediata ou apenas a sua incapacidade de divisão. O sucesso deste processo relaciona-se com a sua tipologia celular; a fase de vida celular sua taxa de divisão; o grau de diferenciação e a oxigenação tecidual.

2.2.3. Cirurgia

Tem como objectivo o diagnóstico da doença e o seu tratamento, ou a reconstrução das sequelas da doença e seu tratamento (Pfeifer, 2000 e Rosenberg, 2001, cit por Santos, 2006). A cirurgia pode então, corresponder à remoção do tumor maligno e de parte do tecido envolvente (excisão local), podendo também abranger a excisão alargada, gânglios linfáticos regionais, canais linfáticos intervenientes, bem como estruturas vizinhas envolvidas. O tratamento considera-se curativo quando a remoção completa da neoplasia se supõe como constituindo a cura. (Rosenberg, 2001, cit. Por Santos, 2006). O tratamento cirúrgico adjuvante envolve a remoção de tecido, impedindo a sua progressão ou recorrência, sendo que a redução do volume do tumor permite que as restantes células malignas sejam eliminadas através de tratamento complementar.

Quando a cura do cancro não é possível, recorre-se ao tratamento cirúrgico com carácter paliativo, cujos objectivos respeitam ao prolongamento da vida do doente; à melhoria dos seus sintomas; e á promoção de uma melhor qualidade de vida. Este tipo de tratamento pode revelar-se diferentemente benéfico, consoante as características biológicas do cancro, a esperança de vida do paciente e os efeitos esperados do tratamento.

Os efeitos secundários da cirurgia dependem essencialmente, do tamanho e localização do tumor, bem como do tipo de operação. O tempo necessário para a recuperação é diferente, de pessoa para pessoa. É normal sentir-se cansado ou fraco, durante algum tempo. No entanto, já há formas de controlar a dor. Antes da cirurgia, deverá perguntar ao médico qual a melhor forma de aliviar a dor. A medicação para a dor pode ser ajustada.

3. PSICOTERAPIA. O QUE É?

“Tratamento da alma”. Refere-se a uma variedade de meios psicológicos usados para remediar os distúrbios mentais, emocionais e comportamentais. Isto pode ocorrer em entrevistas individuais, em que o paciente e o terapeuta, exploram verbalmente conflitos, sentimentos, lembranças e fantasias do paciente.

A primeira definição de psicoterapia dada por Laplanche e Pontallis (1976) é: “No sentido lato qualquer método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilize meios psicológicos e mais precisamente, a relação entre o terapeuta e o doente: a hipnose, a sugestão, a reeducação psicológica, a persuasão, etc. Neste sentido, a psicanálise é uma forma de psicoterapia” (in Leal, I. (1985)).

A função terapêutica exerce-se, de forma pontual e particular, subsidiária de uma relação afectiva pré-estabelecida (um familiar ou um amigo) ou de uma relação de qualquer outro tipo, investida num dado momento como suficiente para desempenhar um papel tranquilizante, catártico, clarificador ou sugestivo. Quase tudo e quase todos podem desempenhar em algum momento esta função terapêutica para alguém, sem, no entanto, fazerem psicoterapia ou serem psicoterapeutas : grupos de amigos, os grupos de actividade e as próprias actividades. E por que não incluir cabeleireiros e outros que melhoram fácil e rapidamente a auto-estima?

Na década de 80 surgiu um interesse pelos processos de mudança em Psicoterapia. Beitman (1987), Fuhrman Paul e Burlingame (1986) e Prochaska (1984) propuseram modelos de estádios de mudança, um processo ao longo, tais como: pré- contemplação, contemplação, acção e manutenção.

Cada paciente é único em termos de amplitude e da gravidade dos seus problemas, tem a sua história de desenvolvimento único, as suas aquisições, as suas competências interpessoais, a sua capacidade intelectual, um estado de sofrimento específico e um desejo de mudança próprio que lhe são particulares.

3.1. Definição de grupo

O grupo pode ser definido como um conjunto estruturado de pessoas, determinado pelas inter-relações e interações entre os seus membros. A sua estrutura é definida, continuando a existir mesmo quando os seus membros não estão reunidos. Um grupo só consegue sobreviver com normas, que sejam e que conduzam as linhas do comportamento dos seus membros. Estas normas podem ser consideradas padrões e expectativas acerca do desempenho dos membros, e o seu seguimento das mesmas deve acarretar consequências.

Em termos os grupos cada membro tem um determinado papel a desempenhar papel associado a uma posição vai determinar o seu estatuto, que corresponde ao conjunto de comportamentos que os outros esperam do indivíduo tendo em conta a sua posição no grupo.

3.2. Principais psicoterapias de grupo

Revisão histórica do desenvolvimento da psicoterapia de grupo

As psicoterapias de grupo constituem-se, na actualidade, como uma enorme, talvez mesmo a maioritária, parte das intervenções psicoterapêuticas. Pode dizer-se que praticamente todas as terapias que se praticam individualmente podem também praticar-se em grupo e o inverso não é verdadeiro. Acresce às teorias e modelos que explicam e orientam as práticas psicoterapêuticas essa entidade específica e de difícil apreensão designada como “grupo”.

Sabe-se que em 1904, Camus e Pogniez dois psiquiatras franceses, publicavam num livro intitulado “ Isolamento e Psicoterapia” a ideia constatada a partir da prática clínica de ambos em La Salpêtrière de que os seus pacientes mais pobres, partilhando as grandes enfermarias comunais, evoluíam mais favoravelmente que os outros, mais ricos e ricos e internados em quartos particulares, embora todos fossem sujeitos ao mesmo regime terapêutico: repouso e super alimentação. Concluíram os psiquiatras que a diferença de resultados advinha do benefício que os pacientes que a diferença de

resultados adivinha do benefício que os pacientes em enfermaria retiravam da companhia uns de outros. Começou assim, no campo da saúde mental, a consolidar-se a ideia de que o grupo, em si mesmo, se constitui como uma entidade específica capaz de consequências terapêuticas dignas de registro para os membros seus participantes.

Mas é habitualmente a Joseph Pratt que se atribui o 1905/1906 em Boston, pode ser considerado como o de “ classes colectivas “ baseadas em teorias exortivas. O seu início reporta a pacientes tuberculosos em ambulatório e constitui-se num ensino de práticas de saúde em que, do ponto de vista de Pratt, o que ficava em destaque era o indivíduo e na a doença. Embora este processo tivesse começado a ser feito por intuição e sem haver pressupostos teóricos era muito superior.

No início dos anos 20, Edward Lazell, um psiquiatra conhecedor dos trabalhos de Pratt, começou a usar o mesmo sistema mas, desta feita, com pacientes esquizofrênicos, em Washington, D.C.. Por volta de 1930, o próprio Pratt começou a aplicar o mesmo tipo de intervenção em grupos diabéticos e depois neuróticos, sem nenhum outro tipo de coadjuvante psicoterapêutico, concluído que o ganho verificado decorria da acção e da pertença grupal.

Por volta dos anos 30 começaram a aparecer os grupos de auto-ajuda, que funcionavam por exemplo em áreas como os Alcoólicos Anónimos, que referem-se a uma problemática específica, pois os sujeitos partilham o mesmo problema entre si, acabando por se ajudarem mutuamente. Há sempre um testemunho partilhado, que produz sempre um efeito no outro, acabando o grupo por ser ao mesmo tempo apoiante e suportativo dos membros que a ele pertencem. Os Alcoólicos Anónimos constituíram-se como grupos de pares, por referência a uma problemática comum e partilha de vivências de todos conhecidas, eventuais aprendizagens decorrentes e o suporte correlativo à própria situação. Lieberman (1993) considera que “esses grupos partilham três elementos básicos a intensidade da necessidade expressa por aqueles que se lhe juntam; a exigência de compartilhar com o grupo algo pessoal, por banal que seja, e a semelhança real ou percebida em seu sofrimento”.

Nos anos 40, nos Estados Unidos, aparecem os T Grupo de Kurt Lewin, psicólogo do instituto de tecnologia de Massachusetts (MIT), que são grupos triádicos centrados sobre si mesmos, em que o grande objectivo é que o sujeito trabalhe sobre si mesmo enquanto grupo. O primeiro grupo foi realizado em Bethel-Maine no de 1947, após morte de Kurt Lewin. Os T-Grupo serviam como uma mais valia à problemática do sujeito, não tendo, no entanto, uma função claramente terapêutica. O treino em vista é o

da optimização relacional, da compreensão dos fenómenos de grupo e do desempenho de cada um de dos participantes nessa interacção dinâmica.

A ideia inicial, surgida ocasionalmente e em consequência de reuniões com professores, animadores e directores de escola em que se instalou um clima de feedback permanente, era de reunir um grupo de indivíduos (entre 8 e 15), na presença de um animador, apesar de tudo não actuante, e sem outra tarefa que não fosse pensar o próprio grupo e as experiências que iam acontecendo. Partindo desta observação, presumia-se que o grupo seria mais capaz de entender a sua própria maneira num grupo e no trabalho, bem como o impacto que poderiam ter sobre os outros, tornando-se mais competentes para lidar com situações interpessoais difíceis.

Nos grupos organizados pelo National Training Laboratories, constatou-se que as mudanças nas experiências eram profundas. O pensamento Lewiniano e a psicologia gestaltista de um lado e a terapia centrada no cliente por outro, foram as bases pelas quais o movimento foi inicialmente desenvolvido. Estes grupos dividem-se em diversos tipos, reunidos por uma direcção determinada; o grupo de encontro básico que objectiva o crescimento pessoal, o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação da comunicação e as relações interpessoais através de um processo de amadurecimento da comunicação e as relações interpessoais através de um processo de aperfeiçoamento e experiência vivencial; o grupo de treino de sensibilidade que pode assemelhar-se a qualquer dos grupos acima referidos; o grupo de desenvolvimento da organização, que tem por objectivo principal desenvolver a capacidade de liderança nos participantes, o grupo de formação, que tem por objectivo principal desenvolver a capacidade de liderança nos participantes, o grupo de formação, que tem por objectivo principal desenvolver a capacidade de liderança nos participantes, o grupo de formação de equipa que é amplamente usado na indústria.

Os grupos de auto-ajuda têm sobrevivido ao longo das décadas e mesmo ampliado fortemente o seu campo de actuação. Isto deve-se ao facto de os grupos gerarem um forte sentimento de pertença que, nestes casos, é ainda mais acentuado pelo facto de forte sentimento de pertença que, nestes casos, é ainda mais acentuado pelo facto de haver uma problemática comum estigmatizante, e por consequência uma enorme coesão.

3.3. Psicoterapias de auto-ajuda

O acompanhamento faz sentido, na medida em que a vida do paciente sofre grandes mudanças e ele pode experienciar sentimentos, tais como tristeza durante todo o dia; perda de interesse ou prazer e fadiga; insónias; dificuldades em concentrar-se, recordarem ou tomar decisões; pensamentos frequentes acerca da morte e do suicídio, que poderão dar origem a uma depressão clínica.

Têm sido criados grupos de auto-ajuda, que de acordo com Zimmerman & Osório (1977), que são grupos terapêuticos e homogêneos, que visam congregar pessoas que passam por sentimento idêntico. São grupos de também conhecidos como “self –help”, fundamentam-se em ajudar pessoas a resolver problemas relacionados com traumas decorrentes de distúrbios provocados por doenças de natureza aguda e, em especial crónicas. O que se faz nestes grupos de auto-ajuda? São desenvolvidas várias actividades, desde a discussão de um tema a exercícios corporais (de descontração e relaxamento).

O relaxamento mental é aqui muito usado, com a indução de imagens mentais positivas. Tem por objectivo desenvolver a crença na capacidade de recuperar, diminuir a tensão, o sofrimento e os medos. A meditação, entre outras técnicas que feitas por cada um isoladamente) poderão relaxar as pessoas e serem usadas em situações em que se encontrem mais sensibilizadas. Caso ninguém tome a iniciativa de argumentar cabe ao terapeuta, organizar um debate perante aquilo que se fala, até mesmo causando uma pequena polémica (o que acham desta forma, e depois nos conta como correu? Temos a certeza de que se irá sentir muito melhor).

Vantagens da terapia de grupo: muitas vezes o facto de se estar em grupo é um facilitador de mudança, uma vez que as pessoas se sentem seguras, sentem uma coesão tão grande que lhes permite relatar todo o seu sofrimento, dúvidas, medos... Segundo Spiegel, o trabalho de grupo é uma forma de criar relações sociais, facto importante, já que muitos pacientes tendem a isolar-se e a sentir-se rejeitados. Vários estudos da Psicologia da Saúde referem que há uma melhoria no sistema imunológico e neuroendócrino (isto devido ao benefício sobre os estados emocionais) interferindo na recuperação do cancro.

A comunicação é um dos instrumentos utilizados em grupos de ajuda na tentativa de oferecer uma melhoria qualidade de vida aos seus integrantes, podendo proporcionar um maior conhecimento de si mesmo e do próximo, tal como estabelecer relacionamentos significativos, examinar e estimular mudanças de atitudes e

comportamentos. Um exemplo: Uma mulher que depois de ter realizado cirurgia isola-se, sente-se feia. Porém, todos estes sentimentos são guardados para si mesma. Sente-se cada vez mais triste... Ora está a utilizar claramente um coping passivo, que a conduz à depressão, e ao isolamento social. O médico que se apercebe do caso, e recomenda-a a fazer parte de um grupo de auto-ajuda. Depois de algumas sessões, ela volta a ter esperança...entende que todas as pessoas do grupo, passam pelo o mesmo... que todas elas a entendem, que é capaz de ajudar alguém, e principalmente que é aceite por toda agente, que continua viva!!! Através desta experiência, ela irá conseguir aceitar-se e aceitar que os outros a irão aceitar de igual forma... Passando alguns meses, ela fala da sua experiência e o que lhe aconteceu sobre a sua experiência, sobre como a terapia a ajudou, proporcionando uma ajuda a novas mulheres que estão, hoje, a passar por aquilo que ela um dia passou. Ela sente que realmente pode ajudar outras pessoas, porque foi capaz de se ajudar a si e de permitir ser ajudada. “Nós partilhamos tudo, é uma forma de apoio. É incrível mesmo! Na semana que não posso vir, fica tudo mais chato”.

4. BIOGRAFIA DE CARL ROGERS

Carl Rogers (1902-1987) foi o mais influente psicólogo na história americana. Rogers foi considerado como sendo “o mais influente psicoterapeuta da história americana.” Mesmo que Carl Rogers não tenha sido o mais importante do seu tempo, mas foi considerado o mais influente psicoterapeuta da história americana, mas também a a psicologia em geral. Publicou mais de 250 artigos, cerca de 20 livros sozinho ou em colaboração com outros autores, e foram realizados cerca de 12 filmes sobre o seu trabalho, deixando um elevado número de documentos sonoros e audiovisuais que exemplificam a sua actividade. Quer se trate de “orientação não directiva” em psicoterapia, da terapia centrada no cliente, de Abordagem Centrada no Aluno, ou experiencial, de grupos de encontro, mediação de conflitos sociais, políticos ou raciais, a sua acção ao longo deste século foi de um contínuo empenho no caminho da liberdade e da libertação das forças que no humano são motoras de actualização de potencialidades.

Carl Ransom Rogers nasceu a 8 de Janeiro de 1902 nos arredores de Chicago. Tinha quatro irmãos e uma irmã; contudo, intelectualmente era muito estimulante. Faleceu na Califórnia, a 4 de Fevereiro de 1987 na sequência de uma fractura do colo do fémur. A família valorizava uma educação moral, religiosa, sendo muito enraizada nos valores tradicionais e fechada sobre ela mesma. Desde muito novo Carl Rogers mostrou-se interessado pela leitura e pelo “saber”. Foi sempre um aluno excepcionalmente brilhante, mantendo, no entanto, uma colaboração constante nos trabalhos do quotidiano familiar, reduzindo ao mínimo a sua rede relacional fora da família. A hipervalorização do trabalho físico ou intelectual, não dava azo a outras actividades de lazer, que não fosse a leitura dos clássicos, de preferência de carácter religioso. Entra em contacto com meios evangélicos militantes e decide mudar para o curso de história com a intenção de se dedicar posteriormente à carreira eclesiástica. No terceiro ano da faculdade faz uma viagem á China integrada numa delegação americana com o objectivo de participar no Congresso da Federação Mundial dos Estudantes Cristãos. A viagem dura 6 meses e , no decorrer da mesma, abandona parte das suas convicções religiosas, abrindo-se à diversificação das ideias e opiniões. Ao chegar de novo aos Estados Unidos ganha uma nova independência e autonomia face às opiniões e posições da família. Em 1924, Carl Rogers termina a sua licenciatura em História e casa-se com Hellen Elliot, sua amiga de infância, de quem virá a ter dois filhos : David e Natalie.

Em 1928, na sua tese desenvolvia um teste de personalidade para crianças ainda hoje utilizado. Durante 12 anos, interessa-se pelo trabalho com crianças delinquentes e marginais. Após vários anos de ensino nos departamentos de Sociologia e psicopedagogia, e quando já está para abandonar Rochester, o departamento de psicologia o reconhecerá como psicólogo e como docente.

Em 1939, publica o seu primeiro livro: “o tratamento clínico da criança no qual expõe o essencial das suas reflexões e pesquisas realizadas até esse momento. Com a publicação desse livro começa a ser conhecido na qualidade de psicólogo clínico e é convidado para professor catedrático da Universidade do Estado do Ohio. Carl Rogers só tem consciência da originalidade do seu pensamento quando é confrontado com as reacções provocadas pela conferência que faz na Universidade de Minnesota a 11 de Dezembro de 1940. O reconhecimento oficial de Carl Rogers exprime-se em honras profissionais - é eleito vice presidente da Associação Americana de Ortopsiquiatria e presidente da Associação Americana de psicologia Aplicada.

O período de 1945 a 1957 é para Carl Rogers muito rico também do ponto de vista científico, publicando extensa bibliografia e mais particularmente, o livro “Terapia Centrada no Cliente onde faz o ponto das suas pesquisas e reflexões. O seu reconhecimento profissional foi expresso pela sua eleição como presidente da Associação Americana de Psicoterapeutas.

O fulcro da sua abordagem passa da importância dada às técnicas para, progressivamente, acentuar as atitudes, isto é, da técnica da reformulação para as atitudes de compreensão empática, de aceitação do cliente, da congruência do terapeuta.

No Verão de 1961, Carl Rogers faz uma longa viagem ao Japão onde é recebido calorosamente e estabelece laços de amizade e de partilha e de partilha profissional que considera como muito enriquecedores. Nesse mesmo ano publica o livro “tornar-se pessoa” que rapidamente se torna um best-seller mundial. Nesse livro, Carl Rogers explora a aplicação dos princípios da terapia centrada no cliente a outros domínios do humano – educação, relações inter-pessoais, relações familiares, comunicação intergrupar, criatividade apresenta a sua abordagem como uma filosofia de vida, uma maneira de ser, com profundas implicações em todos os domínios do humano. Foram vendidos quase milhões de exemplares desta obra.

O livro “Grupos de Encontro”, publicado em 1970, aparece como um instrumento privilegiado não tanto pelos profissionais como pelos leigos e impõe-se

rapidamente como um livro de consulta obrigatória na área. Ele segue uma linha de divulgação e análise da sua pesquisa, que vê premiada, em 1966, através da atribuição do Óscar do melhor documentário de longa duração do ano.

Com 70 anos, Carl Rogers é o primeiro psicólogo americano a receber os dois maiores galardões da Associação Americana de Psicologia, tanto pelo seu contributo científico como pelo seu contributo profissional. A partir de 1972, dedica-se preferencialmente à intervenção e reflexão sobre os aspectos referentes às áreas do social e do político. Um grande esforço pela paz e, finalmente em 1987, o seu nome faz parte do grupo das personalidades indicadas para a atribuição do prémio Nobel da paz.

Carl Rogers chega ao fim da sua vida a um interesse renovado pelo campo do espiritual no homem, mas num espírito de liberdade e de tolerância, muito longe da visão fundamentalista e estreita da sua juventude.

4.1. Grupos de encontro

“Uma oportunidade para as mais diversas pessoas se encontrarem, sem nenhum planeamento, a não ser elas mesmas e seus inter-relacionamento. Não existe um tópico a ser discutido nem problemas imediatos a serem resolvidos. Então, Sobre o que se vai falar? Quando as pessoas percebem que qualquer coisa pode ser discutida, então começam a falar mais de si mesmas, e o encontro torna-se mais profundo. A pessoa começa a acreditar que o grupo pode compreendê-la e o processo pode ser descrito como uma percepção dos sentimentos, que as pessoas nunca pensaram possuir, tentando novas maneiras de se comportar no grupo, desenvolvendo relacionamentos mais íntimos, sejam eles positivos e de amor, ou de outro, se aproximando mais como pessoas.” - Entrevista concedida por Carl Rogers , em 1977.

A ansiedade, a surpresa e a irritação é a marca registada de qualquer grupo na fase inicial, devendo-se isto geralmente à falta de infra-estrutura, sendo que o maior problema que se apresenta aos participantes é a maneira como vão passar o tempo juntos. Aos poucos se vai tornando visível que meta principal do é encontrar meios para consigo mesmos e de uns para com os outros. Apenas de algum tempo e com o devido cuidado, emergem os verdadeiros sentimentos revelando verdadeiras pessoas. Desta forma, os participantes acabam por conhecer mais a si próprios e a cada participante, o que não seria possível na relação quotidiana. A partir deste ponto, inicia-se uma relação

melhor com os participantes do grupo e também, futuramente, as vinte, sessenta ou mais horas nota-se a complexidade das interações que surgem, descobrindo certas linhas que podem se interceder.

Os grupos de encontro procuram criar um clima de segurança psicológica, encorajando a expressão dos sentimentos imediatos e a resposta dos membros do grupo. O psicólogo deve estabelecer e manter o tom e o foco de um grupo.

A contribuição de Rogers e seu trabalho contínuo com grupos de encontro são aplicações de sua teoria. Ele descreve os principais fenômenos que ocorrem nos grupos que se prolongam por vários dias. Embora haja muitos períodos de insatisfação, incerteza e ansiedade na descrição de encontros que se segue, cada um desses períodos conduz a um clima mais aberto, menos defensivo, mais exposto e mais confiante. A intensidade emocional e a capacidade de tolerar a intensidade parecem aumentar à medida que o grupo prossegue.

4.2. Processo de Encontro

O grupo começa por esperar indicações acerca do comportamento esperado. Com o passar do tempo, o grupo percebe que os próprios membros determinarão a forma pela qual o grupo funcionará. Há uma resistência inicial à expressão ou exploração pessoais. Os membros têm tendência a mostrar apenas o seu eu exterior, só revelando o seu eu interior gradualmente. Um grupo de encontro desencoraja a busca de qualquer outra atividade. Com a interação, elas compartilham sentimentos passados associados a pessoas ausentes no grupo. Ainda que possam ser experiências importantes para o indivíduo, não passam de uma forma de resistência inicial; as experiências passadas são mais seguras e é pouco provável que recebam críticas ou apoio.

Qualquer grupo na fase inicial é marcado pela ansiedade, a surpresa e a irritação, o que se deve geralmente à falta de infra-estrutura. O objectivo principal do participante é encontrar meios para se relacionar com os outros e consigo próprio. As primeiras manifestações são de aparência, pois apenas gradualmente se começa a explorar os sentimentos e atitudes para consigo mesmos e de uns para com os outros. Apenas depois de algum tempo e com o devido cuidado, emergem os verdadeiros sentimentos

revelando verdadeiras pessoas. Desta forma, os participantes acabam por conhecer mais a si próprios e a cada participante, o que não seria possível no dia-a-dia. A partir deste ponto, inicia-se uma relação melhor com os participantes do grupo e também, futuramente, nas variadas situações do dia a dia. No decorrer das sessões, nota-se a complexidade das interações que surgem. Não existe uma sequência definida. Certas espécies de tendências ficam evidentes na maior parte destes encontros intensivos. A criação de um grupo de encontro é algo invulgar. Inicialmente, o psicólogo, ao dar total liberdade ao grupo, acaba por trazer ao grupo uma tendência natural a um período de confusão, silêncio desconcertante, de comunicação superficial, conversas sem profundidade, frustração e descontinuidade, pois pessoas que não se conhecem deverão permanecer muito tempo juntas. A confusão e a frustração são naturais neste processo inicial. A tendência para provocar uma reacção ambígua no grupo, acontece no período de hesitação onde atitudes pessoais podem ser vistas.

Uma das melhores maneiras de avaliar a liberdade e a confiança do grupo são as expressões negativas como os primeiros sentimentos. Conclui-se que os sentimentos profundos e positivos são mais difíceis de exprimir do que os negativos. Nos grupos de encontro, os participantes são expostos a confrontações directas. Tanto a aceitação como a repulsa fazem parte do processo de grupo. O início de qualquer mudança no nível pessoal é a auto-aceitação, e, a partir do processo de auto-conhecimento é que são lançadas as bases para as mudanças. O termo *feedback* é a forma que os integrantes do grupo desenvolvem para interagirem entre si, e o mesmo pode vir a se desenvolver sob a forma de confronto, o qual poderá ser positivo ou negativo.

Nos grupos de encontro, o chamado "encontro básico", é o contacto mais directamente ligado a uma maior intimidade social - usual na vida quotidiana - sendo que um dos factores de maior estímulo nos grupos de encontro é quando o indivíduo se esforça ou sofre com um problema e o grupo o ajuda. Está entre os aspectos mais importantes no âmbito da experiência de grupo, pois pode expandir-se fora da acção do próprio grupo, facto que é muito estimulante e benéfico. Rogers diz que quando existe a livre expressão dos sentimentos e os mesmos são aceites, eles acabam por trazer a positividade e empatia entre os participantes, e isto acontece cada vez que as sessões prosseguem em mútua confiança com o desenvolvimento de um maior compromisso afectivo do grupo, que tenderá para desenvolver o sentimento de positividade - e de forma especial - a verdade, seja ela positiva ou negativa.

A experiência de grupo não é um fim em si, mas o seu significado é mais importante quando reside na influência que tem sobre o comportamento mais tarde, fora do grupo. É onde se constata as verdadeiras mudanças e influências na vida de cada indivíduo, resumindo-se em diversas mutações, sejam elas a nível pessoal, profissional, intelectual, filosófico, entre outros, o que pode significar mudanças na qualidade da comunicação entre pais e filhos, na escola, nos negócios, ou na vida. À mudança e crescimento pessoal, seguem a agitação na vida dos indivíduos e inequivocamente, nas instituições. Contudo, existem casos em que as pessoas se desenvolveram, mas, as instituições não. No âmbito académico podem ocorrer mudanças nas posições dos professores e na comunicação entre professores, administradores e alunos. A libertação de maus hábitos adquiridos, o encontro da felicidade na liberdade, o enfrentamento da ausência e dor na vida pessoal, a autoconfiança e coragem entre tantos outros factores, são os resultados da vivência dos grupos de encontro, que, se seriamente conduzida, pode vir a ser uma das mais importantes experiências na vida de um indivíduo.

4.3. Papel do líder

O grupo concentra-se no processo e na dinâmica das interações pessoais imediatas no líder e nos membros. Um facilitador pode desenvolver num grupo que se reúne intensamente um clima psicológico de segurança, no qual a liberdade de expressão e o aumento da confiança. Há um *feedback* entre os membros, de tal modo que cada indivíduo aprende de que maneira é visto pelos outros e que efeito tem nas relações interpessoais. Deve notar-se que o estilo do líder e os seus próprios conceitos do processo de grupo têm grande importância na condução da experiência de grupo, influenciando nas variações do mesmo. A necessidade psicológica que atrai as pessoas para os grupos de encontro está relacionada com a procura de relações próximas e verdadeiras, onde sentimentos e emoções se possam manifestar espontaneamente, tornando-se possível uma maior evolução.

Os grupos de encontro conduzem a uma maior independência pessoal, a menos sentimentos escondidos, maior interesse em inovar, a maior oposição à rigidez institucional. Por isso, se uma pessoa receia, sob qualquer forma, a mudança, receia, justamente os grupos de encontro.

Quando o líder ou facilitador esclarece, logo ao princípio, que se trata de um grupo com liberdade invulgar, surge um período inicial de confusão e silêncio. Os indivíduos apercebem-se de que "não há aqui qualquer estrutura, a não ser a que organizarmos. Não sabemos os objectivos, nem mesmo nos conhecemos, e teremos de permanecer juntos durante bastante tempo." Nesta situação, são naturais a confusão e a frustração. Durante o período de hesitação, alguns indivíduos revelarão atitudes bastante pessoais. Sentimentos de verdadeiro significado "aqui e agora" têm tendência para surgir em atitudes negativas em relação a outros membros do grupo ou ao líder. Muitas vezes, o líder é atacado por não conseguir imprimir uma orientação conveniente. As expressões negativas são os primeiros sentimentos actuais a manifestar-se porque é uma das melhores maneiras de avaliar a liberdade e confiança do grupo. Os sentimentos profundos positivos são muito mais difíceis e perigosos de exprimir do que os negativos.

O indivíduo começa a ter chegado à conclusão de que se trata, de certo modo, do seu grupo. Ele pode ajudar a fazer dele o que deseja. Começa a desenvolver-se um clima de confiança. Assim, ele principia a arriscar e a apostar em deixar que o grupo conheça alguma das suas facetas mais íntimas. Um dos mais fascinantes aspectos de qualquer experiência intensiva de grupo é a observação de como certos mostram uma capacidade natural e espontânea para tratar, de um modo útil, simples e terapêutico, a dor e o sofrimento dos outros.

Muitas pessoas crêem que a auto-aceitação deve estar na origem da mudança. Na verdade, nestas experiências de grupo, tal como em psicoterapia, ela é o começo da mudança. Rogers destaca o facto de os indivíduos tomarem entre si um contacto mais íntimo e directo do que é frequente na vida corrente. Este é um dos aspectos mais determinantes da mudança na experiência de grupo. Uma parte inevitável do processo de grupo parece ser de que se os sentimentos forem expressos e puderem ser aceites numa relação, resultam em intimidade e sentimentos positivos. Rogers afirma que cada indivíduo que fala de si tão cuidadosa, exacta e sensivelmente quanto é capaz. Para Rogers, o indivíduo que fala é importante, merece compreensão; consequentemente, ele é importante por ter exprimido qualquer coisa.

O líder é quem, dentro do grupo, possui o mais alto grau de informação, inclusive pelo de ele ser o único profissional competente, sabendo focar melhor o objectivo do grupo: a cura dos analisandos. A sua palavra pesa mais do que a de todos os demais membros. O líder tem que ser mesmo um homem "bom", acessível, amável e,

se for possível, até "sábio". Ele deve dirigir as actividades do grupo, mas o importante é que ele não deve pôr em evidência a sua pessoa.

Quando o grupo funciona bem, ele representa para todos os participantes um factor de estabilização psíquica de inestimável valor. Tem-se mesmo a impressão de que o facto de pertencer a um grupo já confirma e promove substancialmente a saúde psíquica. Quando o grupo já está bem treinado, ele desempenha com êxito sua difícil tarefa, sem necessidade de muita ajuda da parte do terapeuta. Mas muitíssimas vezes os membros do grupo ficam-lhe gratos quando ele, pelo fim da sessão, resume em poucas palavras os resultados, as questões que continuaram abertas, os rumos da investigação. A palavra do terapeuta naturalmente pesa mais; e é preciso saber usar a palavra certa no momento certo, o que os analisandos muitas vezes ainda não sabem fazer. Ele tem que resumir o que todos disseram, mas de tal maneira que cada um sinta a sua contribuição valorizada.

4.4. Método clínico

Rogers desenvolveu a sua terapia centrada no cliente a partir de observações tiradas directamente da clínica, não sendo uma mera especulação para ser aplicada na prática. A partir de factos observados na clínica Rogers desenvolveu as suas teorias, tanto a de intervenção clínica quanto a de personalidade. Rogers foi pioneiro na psicologia na colheita de dados através de sessões gravadas, tanto em vídeo como em áudio. O objectivo da psicologia não é algo estático, pois responde ao que é dito a seu respeito.

Sobre o seu objecto de estudos, Rogers não o parece centrar nem no terapeuta mas no entre. O objectivo de estudo de uma abordagem centrada na Pessoa não é exactamente o sujeito em terapia (ou os sujeitos) mas a relação terapêutica.

Segundo Kinget (1977 b, p.9) “A afirmação de que não existem técnicas Rogerianas, por mais paradoxal que seja, não deixa de exprimir uma característica primordial desta prática terapêutica tal como Rogers a concebe. Para ele, o terapeuta deve esforçar-se, tão plenamente quanto possível, em conduzir-se como pessoa – não como especialista. O seu papel consiste em pôr em prática atitudes e concepções fundamentais relativas ao ser humano.”

Portanto, é um meio para chegar a um fim, pois Rogers mostra de uma forma muito clara os meios para se chegar a um sucesso em terapia, através do que ele chama de três

atitudes fundamentais facilitadoras. Estas atitudes são: a consideração positiva incondicional, a empatia e a autenticidade.

Segundo Rogers (1970 a. P. 221) “A partir de um ponto de vista limitado largamente apoiado, chegou-se a uma teoria da personalidade e das relações interpessoais bem como da terapia, que coordena à sua volta um notável corpo de conhecimentos experimentalmente conhecidos”. “Consideração positiva incondicional: “Consiste em considerar o cliente como um todo, sem submetê-lo a qualquer empecilho de bloqueio de sua consciência aos seus sentimentos de atitudes”. A pessoa, normalmente, sente-se motivada a comunicar seu próprio mundo especial.

Empatia: é a capacidade de colocar-se no lugar do outro como se fosse o outro, fazer com que este outro saiba que está sendo compreendido e respeitado, mesmo que na relação haja uma gama de diferenças entre este e o terapeuta. Aliás, a diferença para uma abordagem centrada na pessoa é algo de fundamental, pois implica em saúde, em “ser você mesmo”, num sentido de não se deixar por referencial que não da sua própria avaliação enquanto sujeito livre. Convém lembrar que Rogers utilizava o termo atitudes. Não se trata de ações pré-fabricadas para determinadas situações, mas de atitudes vividas e experienciadas no momento de uma específica relação, tendo estas atitudes um total imbricamento entre si, sendo uma total dependente uma da outra.

Autenticidade: trata-se da capacidade do terapeuta de ter abertura para a alteridade do cliente, sem precisar de esconder por trás de uma máscara de profissionalismo, tendo acessível, à sua consciência, os dados do momento em que se desenvolve a relação e expressar o que se sente ou pensa a qualquer momento em que se achar conveniente.”

Para Rogers, o indivíduo cria uma imagem de si, chamada de self, que pode ou não reagir a uma experiência de maneira realista; ou seja, se o indivíduo se percebe como alguém “bonzinho” e que as exigências do meio social onde convive definem que ter atitudes agressivas é algo de terrível, quando uma reação de raiva for desencadeada pelo organismo. Esta poderá até nem ser experimentada, ou na melhor das hipóteses, negada, pois, segundo a imagem que o indivíduo tem de si mesmo, ele não é alguém que experimente este tipo de sentimento. Para Rogers (1987 b, p. 197), as religiões e a família vêm a ser as grandes causadoras de distúrbios psicológicos, com noções como o pecado. O grande mérito da terapia, portanto, é o de deixar com que o indivíduo seja livre para poder experimentar todo e qualquer sentimento sem qualquer medo de repressões sociais, uma vez que o terapeuta mantém uma atitude de consideração positiva incondicional, empatia e autenticidade.

A atmosfera que caracteriza o grupo é muito experimentada na Psicoterapia centrada na Pessoa, onde as pessoas têm toda uma liberdade para se experimentarem, expressando aquilo que sentem, inclusive sentimentos hostis com relação a outros membros do grupo, sem que isso venha a prejudicar os seus relacionamentos.

Rogers (1978, p. 17) afirma que “há um maior feedback” de uma pessoa para outra de tal modo que cada indivíduo apreende de que maneira é visto pelos outros e que efeito tem nas relações interpessoais. A terapia grupal é recomendada para comparar a terapia individual. Soloman & Patch (1975) afirmam a terapia de grupo proporciona a cada participante dar e receber auxílio, pois respostas e interpretações de relatos são oferecidas por um paciente para outro, e nessa troca harmoniosa o paciente também se torna terapeuta.

O papel do terapeuta é não-directivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o cliente, oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural: tenta-se buscar as razões para mudança no cliente ao invés de impor ou tentar persuadi-lo sobre a mudança. Para que esta técnica funcione, a principal é a empatia, que Rogers define como uma “escuta técnico reflexiva” que clarifique e amplie a experiência pessoal do cliente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. A relação terapeuta-cliente é mais de troca, visando a autonomia, liberdade de escolha do cliente e sua eficácia.

Os papéis do terapeuta são:

- Aconselhar: por mais valorizados que sejam os “insights” e o aspecto não directivo, às vezes, um conselho claro a diferença. É de bom conselho por parte: identificar o problema ou a área de risco, explicar porque a mudança é necessária recomendar uma mudança específica.
- “Remover barreiras: uma pessoa no estágio de contemplação pode estar considerando vir ao tratamento mas estar preocupado em devido a alguns obstáculos do tipo custo, transporte, horário, etc. Essas barreiras são mais de atitude de internas do que abertas.”
- “Oferecer opções de escolha: é provado que a motivação é aumentada quando a pessoa percebe-se capaz de decidir livremente sem influência externa ou sem ter sido obrigada a fazê-lo. Portanto é essencial que o terapeuta ajude o cliente a sentir sua liberdade.”
- Diminuir a vontade: se um comportamento é mantido apesar de suas más consequências, é porque este também traz algo de função. É função do

terapeuta identificar os aspectos positivos do comportamento de uso de uma substância do cliente que o está estimulando diminuir esses incentivos. Nem sempre a simples constatação racional destes aspectos negativos é suficiente. As pesquisas mostram que o comportamento tem mais hipótese de mudar se as dimensões afectivas ou de valor forem afectadas.”

- “Praticar empatia: esta consiste não na habilidade em identificar-se com o cliente mas sim de entender o outro através da chamada escuta crítica.”
- “Se o terapeuta não sabe bem onde se encontra do processo terapêutico, fica difícil saber mudar para onde ir. Muitas pessoas acabam por falta de retorno, quanto á sua actual situação. Portanto, deixar o cliente sempre a par do seu estado presente é um elemento essencial para motivá-lo a mudanças.”
- “Clarificar os objectivos: só dar feedback também não é suficiente. É importante compará-lo com uma meta pré-estabelecida, que oriente o processo de acção. É importante auxiliar o cliente a estabelecer certos objectivos e que estes sejam realistas e atingíveis.”
- “O terapeuta deve estar activo e positivamente interessado no processo de mudança do cliente e isto pode ser expresso pela iniciativa do terapeuta de ajudar e pela expressão de cuidado. Muito se discute se esta atitude estaria tomando das mãos do cliente a responsabilidade do tratamento.” A primeira sessão é crucial e portanto há algumas coisas que precisam ser contadas. Perguntas e respostas, onde o terapeuta faz as primeiras e o cliente a dar respostas curtas e por outro pressupõe uma dinâmica onde há uma pessoa activa (o terapeuta) e outra passiva (cliente).

5. BIOGRAFIA DE JACOB LEVY MORENO

Jacob Levy Moreno nasceu em Bucareste, na Roménia, a 18 Maio de 1889. Sua mãe, Pauline, teve-o com 16 anos. Uma mulher cheia de ideias e sonhos, contadora de histórias, poliglota. Ela fazia a transmissão das tradições judaicas no lar. O pai de Moreno era sério e autoritário. Ausentava-se muito de casa e iniciou sem sucesso diversos negócios.

Aos seis anos de idade, Moreno mudou-se com a família de Bucareste para Viena. Com o pai cada vez mais ausente, Jacob, o primogénito de seis filhos, acabou por ter uma posição especial de autoridade. A família era tradicional e Moreno fez seu barmitzvah numa sinagoga sefaradita em Viena. Quando estava com catorze anos de idade, em 1903, seu pai fez uma última tentativa de manter a família unida e de prover o seu sustento, mudando-se para Berlim.

Moreno voltou a Viena sozinho para dar continuidade a seus estudos, e se sustentava trabalhando com jovens. Enquanto isso, os negócios do pai em Berlim fracassaram. O casal acabou separando-se definitivamente: o pai mudou-se para Istambul e a mãe voltou para Viena. Após a separação, Jacob continuou a viver sozinho, havia se tornado rebelde; deixou crescer a barba, largou a escola e vivia uma vida errante e boémia. Em 1938, casa-se com Florence, com quem teve uma filha, Regina, casamento este que durou pouco tempo.

Moreno faleceu aos oitenta anos em 14 de Maio de 1974. No Instituto Moreno de Nova York, EUA solicitaram que fosse gravado em sua sepultura: “Aqui jaz aquele que abriu as portas da psiquiatria à alegria” .

A sua inspiração provinha das tradições antigas da filosofia grega e do drama clássico como catarse, embora fosse um profundo estudioso de sociologia e psiquiatria. Personalidade independente e megalomaniaca, ainda jovem fundou uma espécie de movimento espiritual, um teatro e uma revista próprios e, no auge da carreira, possuía um hospital psiquiátrico, uma escola e uma editora.

Moreno encontrava-se isolado na propagação de métodos de psicoterapia de grupo. Não conseguia submeter-se às restrições de instituições. Também não se preocupava em associar seu nome a sua produção: suas primeiras obras foram publicadas anonimamente, frequentemente suas ideias acabavam permeando a cultura geral.

O Jovem Moreno se sentia uma espécie de “escolhido”. Sua barba ruiva lhe dava um aspecto paternal e sábio, apesar da pouca idade. Seus olhos azuis pareciam ler a mente de seus interlocutores. Toda sua pessoa transmitia ternura, bondade e altruísmo. Sua conduta o havia tornado conhecido e era procurado por pessoas com problemas. Fiel ao papel que criara para si, usava sempre um longo manto verde, no Inverno e no Verão. Em 1917 Moreno recebeu seu diploma de Doutor em Medicina pela Universidade de Viena. Seu diploma foi um dos últimos assinados pelo Imperador Francisco José.

Moreno queria seguir sua vocação em Nova York. Após uma demonstração da aplicação das técnicas de psicodrama para crianças com problemas, começou a trabalhar na clínica do Hospital Monte Sinai, em Nova York. Lá foram desenvolvidos e aperfeiçoados vários testes sociométricos e da espontaneidade.

Nos anos da Segunda Mundial, a sociometria, a terapia de grupo e o psicodrama tiveram aplicações práticas e um reconhecimento. Os funcionários da Cruz Vermelha recebiam treino psicodramático e sóciométrico para tornar mais humano seu atendimento. Essas técnicas tiveram também um papel importante nas Forças Armadas britânicas. Foram usadas na selecção e no treino de soldados e para reduzir as perdas por problemas psicológicos. A psicoterapia de grupo tornou-se o tratamento preferido nos hospitais militares, não somente em vista do custo mais baixo, mas por tratar-se de uma terapia eficaz.” As pessoas ficam doentes num grupo; elas se recuperam melhor num grupo”...

5.1. O Psicodrama

Moreno e o Psicodrama tiveram uma contribuição significativa no desenvolvimento da terapia de grupo. Partindo do princípio do jogo teatral, potenciando uma abordagem terapêutica da dinâmica entre indivíduo e grupo. Esta abordagem desenvolveu-se a partir do reconhecimento de que o desempenho de papéis podia facilitar a concretização de mudanças comportamentais fora do espaço teatral. Moreno designou este processo de aquisição de conhecimentos que conflui num momento em que a percepção que o sujeito tem de si mesmo resulta melhorada de catarse de integração.

Outro conceito basilar desta teoria é a espontaneidade, ou factor E, que consiste na capacidade de responder de forma adequada a novas situações, bem como de responder

de forma nova e também adequada a situações antigas. Podemos afirmar que o psicodrama procura desbloquear e aumentar a espontaneidade.

Por papel entende-se o desempenho da personalidade na sua interacção com o meio ambiente. Já a capacidade de compreender o outro sem distorções é denominada de Tele. Este conceito opõe-se ao de transferência, pelo que o encontro entre paciente e terapeuta é sempre o encontro entre duas pessoas e não a revivência de sentimentos antigos. O terapeuta funciona aqui como director do psicodrama, que inclui um protagonista que entra em cena em frente a um público.

As Psicoterapias de Grupo de Inspiração Psicanalítica

Aspectos históricos

Considera-se que o precursor das actuais psicoterapias de grupo é Trigant Burrow, que estudou o comportamento social em pequenos grupos. Também Wender e Schilder começaram a trabalhar com grupos, neste último caso, depois de uma análise individual. Já Slavson, um educador, e Redl, utilizaram os grupos com fins terapêuticos com crianças e jovens. Já Wolf recorreu a sessões grupais com adultos, algumas das quais sem a presença do terapeuta.

Na Europa destacam-se Foulkes e Bion. O contexto de guerra em que viveram, que produziu uma grande quantidade de jovens militares com perturbações psicológicas geralmente desencadeadas pelo cenário bélico, resultou em práticas de psicoterapias de grupo de inspiração psicanalítica. Foulkes e Antony (1967) destacam as diferenças entre a psicanálise aplicada ao indivíduo e aplicada ao grupo, mas salientam tratar-se ainda de psicoterapia de orientação analítica.

Foulkes e Antony identificaram vários fenómenos específicos dos grupos:

- A Teorização, que constitui o início de qualquer grupo, corresponde às diferentes ficções a que cada sujeito recorre para se explicar e para explicar a sua presença no seio do grupo.
- O Apoio, que engloba o aumento da auto-estima e permite a exposição pessoal, mas, diminui a responsabilidade individual
- Os Sub-agrupamentos – frequentes, mas ocasionais. Os mais estáveis comprometem o funcionamento do grupo.

- O Silêncios.
- O Bode-expiatório – traduz um deslocamento da agressividade.
- O estrangeiro, ou novo membro do grupo.
- O Historiador, que guarda a memória colectiva, constituindo um factor de coesão.
- O Líder – Num grupo psicoterapêutico, corresponde sempre ao terapeuta, catalisador das tensões grupais.
- Ritmos e tensões.
- A socialização
- Os fenómenos de espelho, através dos quais o sujeito é confrontado com aspectos da própria imagem
- Os fenómenos de condensador
- O fenómeno de ressonância
- Os fenómenos de cadeia.

Os mesmos autores classificaram os grupos em:

- Grupos de actividade – centrados numa actividade, os efeitos terapêuticos são secundários.
- Grupos terapêuticos – constituem-se com fins terapêuticos, desenvolvendo-se em torno de uma actividade.
- Grupos Psicoterapêuticos – o grupo é o principal agente terapêutico.

Relativamente à entrada e saída de membros, os grupos podem ser:

- Fechados – constituídos sempre pelos mesmos membros;
- Abertos – com flutuação constante de membros;
- Lentamente abertos – os membros tendem a manter-se por longos períodos de tempo, com entradas e saídas ocasionais.

A Grupanálise

A Grupanálise, que Eduardo Luís Cortesão introduziu em Portugal na década de 50 do século passado, baseia-se, em termos teóricos, na teoria psicanalítica e nos fenómenos de grupo. O seu objectivo é a cura através do estabelecimento da neurose de transferência com o terapeuta. Aponta também ao “Ego training in action” – o aumento

de competências relacionais, afectivas e de “insight”. As modalidades práticas da grupalise são a realização de 3 ou 4 sessões semanais com a duração média de 1h 20m, em grupos de 8/9 participantes, além do terapeuta. Estes grupos são lentamente abertos.

O terapeuta deve manter-se neutro. As indicações individuais são inteligência média, insight e força do ego. As indicações psicopatológicas são as neuroses e algumas perturbações border-line. As contra-indicações são as psicoses, as perversões e algumas neuroses de carácter. A relação dinâmica entre os diversos elementos do grupo, passados e actuais, constitui a matriz grupalítica. Já o padrão grupalítico é constituído pela atitude individual do terapeuta, para além da neutralidade esperada.

Eduardo Luís Cortesão definiu diferentes níveis de comunicação no grupo:

1. Nível de experiência subjectiva singular – o discurso simples, a comunicação de um indivíduo em determinada circunstância.
2. Nível de experiência subjectiva plural – experiência partilhada e comunicada por diversos elementos.
3. Nível de comunicação – há um emissor e um receptor.
4. Nível interpretativo genético-evolutivo – o terapeuta ou o grupo responde à comunicação, relacionando-a com a história passada do sujeito.
5. Nível de interpretação transferencial – interpretação na transferência, relacionando-a com a situação actual.

6. GRUPOS DE ENCONTRO COM DOENTES CANCEROSOS

Os progressos na medicina contemporânea traduziram-se em tratamentos efectivos como a remoção cirúrgica de tumores, a radioterapia e a quimioterapia. O tempo mostrou que estas terapêuticas são acompanhadas de grande sofrimento tanto do doente como dos seus familiares. O modelo biomédico mostra-se insuficiente para lidar com estes problemas, apesar dos recentes problemas. Importa avaliar os comportamentos do paciente que possam ser prejudiciais ao seu processo de recuperação, auxiliando-o na reorganização da sua vida.

Presron (1959, apud Knobel, 1986) define saúde mental como a capacidade do sujeito de conviver com as suas limitações físicas, na interrelação que estabelece com os outros, mantendo um sentimento de produtividade e felicidade. Já a saúde pode ser definida como a harmonia entre o homem e o meio social que o rodeia. A quebra dessa harmonia conduz à doença.

O grupo é um tipo de intervenção utilizado com frequência na prática da psicologia oncológica, ou psico-oncologia (de psico – psique, mente + onco – do grego “ogkos”, tumor + lógia – conhecimento, estudo). Esta nova área de estudo e actuação aborda os aspectos psicológicos relativos ao adoecimento e ao tratamento, englobando os contextos familiar e social, facultando apoio a outros profissionais. Esta área surgiu porque não só os aspectos biológicos determinam o desenrolar da doença, mas também, e com um papel significativo, os aspectos psicológicos e sociais.

A psico-oncologia tem como objectivo primordial a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, proporcionando apoio psicológico durante as intervenções terapêuticas, como a quimioterapia e a radioterapia, que são acompanhadas de efeitos secundários agressivos e desconfortáveis. Visa ainda auxiliar o doente a lidar com o diagnóstico, tornando-se parte activa no tratamento, melhorando as possibilidades de melhoria ou cura.

Mello Filho, citando Irvin Yalom, define características exclusivas dos grupos psicoterapêuticos que contribuem para a sua eficácia: a partilha de informação, a universalidade dos conflitos, o altruísmo, o comportamento identificativo, a aprendizagem interpessoal, a coesão grupal e a catarse. Na prática, existem diversas abordagens grupais, tais como: o ensino-aprendizagem, comunitário, terapêutica, psicodramática, da teoria sistémica, cognitiva-comportamental e psicoanalítico.

Segundo Mello Filho, nos grupos somáticos, devem ser evitadas as interpretações psicanalíticas, uma vez que o paciente já se encontra sobrecarregado com a doença somática, com a auto-estima em baixo, com propensão a depressões e atitudes auto-agressivas. Devem ser utilizadas interpretações prévias como a clarificação, o assinalamento e a confrontação, tendo em conta o nível de tolerância do paciente.

Spiegel afirma que o trabalho de grupo serve para criar relações sociais, o que é significativo já que o doente de cancro tende a isolar-se e a experimentar sentimentos de rejeição. Estes grupos contribuem, segundo Zukerfiel (1992) para a ressocialização e a recuperação. Desenvolvem-se actividades como as técnicas de Jacobson e o método de Schultz.

A psicoterapia de grupo – os grupos de apoio

As terapias de grupo representam actualmente a maioria das intervenções psicoterapêuticas, uma vez que possibilitam ganhos que as terapias individuais não fornecem. O grupo gera um sentimento de pertença e de partilha que facilita a descoberta de soluções ou formas de lidar com a problemática.

Lemperière e Feline (1977) identificam como objectivos das Psicoterapias de Apoio:

- O restabelecimento rápido do equilíbrio psicológico do indivíduo.
- A obtenção da máxima melhoria sintomática.
- O reforço das defesas
- A melhoria da adaptação ao meio.

Já Cordioli, Wagner e Cechin, afirmam que as Psicoterapias de Apoio têm como objectivo manter ou restabelecer o nível de funcionamento prévio do sujeito, reforçando os mecanismos de defesa adaptáveis, afastando pressões ambientais demasiado intensas, e adoptando medidas que visam o alívio dos sintomas. A comunicação funciona como um mecanismo de melhoria da auto-estima e da qualidade de vida, e obtenção de harmonia interior.

O psicólogo utiliza vários exercícios nos grupos de apoio, que podem ser realizados também em casa. A relaxação mental é muito utilizada, com o objectivo de

potenciar a crença na capacidade de recuperação, reduzir a tensão, o sofrimento e o medo. A meditação pode também ser utilizada com os mesmos objectivos.

Estes grupos proporcionam um espaço terapêutico onde é possível partilhar angústias, problemas, experiências, pensamentos e percepções, divulgando estratégias positivas na convivência com a doença, para que possam ser incorporadas no quotidiano.

A formação destes grupos obedece a regras que visam o sucesso da intervenção. O grupo deve ser homogéneo, para que os seus membros sintam identificação entre si. A formação de grupos de pessoas em risco de vida é de reconhecido potencial terapêutico, acarretando benefícios ao nível do suporte social, bem como a redução de custos de saúde.

Ainda que muitos doentes contem apenas com o apoio de familiares e amigos, o apoio psicossocial tem vindo a generalizar-se. Têm sido criados programas de intervenção psicossocial em oncologia, com o objectivo de desenvolver a adesão ao tratamento, actuando sobre a dor, a morbilidade psicológica, o stress, os efeitos secundários do tratamento, as crenças face à doença e a relação entre o profissional de saúde e o doente.

Para o autor (1959), a psicoterapia de grupo é uma forma de tratar as relações inter-pessoais e os problemas psíquicos dos indivíduos de um grupo. Na sua concepção todos os participantes do grupo são agentes terapêuticos somente dos indivíduos, mas de todo o grupo e indivíduos, que estão em relação com ele. Além disso, o trabalho com grupos possibilita e favorece o «sharing», o partilhar. Moreno denomina também esta 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 ou da sessão que assistiu.

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

Não é possível estabelecer uma relação causa-efeito, a fim de concluirmos que pacientes que participam do grupo de encontro tenham um melhor desenvolvimento no seu processo de cura ou que conflitos emocionais são directamente responsáveis pelo aparecimento da morbilidade, mas por outro lado, não podemos furtar-nos ao facto 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 levados em consideração, com o facto do diagnóstico de cancro ser um sinónimo de morte, e como tal, aparecem desordens depressivas. Numa situação de crise, como é a doença (crónica, incapacitante, ou incurável), várias reacções depressivas podem eclodir a partir de factores pessoais como, sentimento de culpa, negação, reestruturação da escala de valores (Schwab , 1967) e internamentos ou idas frequentes ao hospital.

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 de S.Mateus. “No princípio foi o Acto” diz Fausto. “No princípio foi o Encontro”, insiste Moreno, percebendo-o como uma das possibilidades humanos 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.

Objectivos:

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

Tema dos Encontros:

- “ Como é que se sente hoje vindo para uma consulta médica?”
- Quais as expectativas?
- Como é conviver com o cancro e suas consequências?

Alguns pacientes deram a entender que era importante conhecer o diagnóstico da doença que se tem, é melhor saber o diagnóstico, pois assim pode-se dividir essa dor com os seus familiares, sabendo o diagnóstico pode preparar-se psicologicamente para suportar a dor. O grupo tenta mostrar que é possível resgatar a vontade de viver e a auto-estima. Contam as suas dificuldades iniciais ao enfrentarem a doença e o que fizeram para continuar a lutar e viver mesmo tendo cancro. Os depoimentos são bastante

intensos em suas emoções, crenças, e percepções. Percebe-se que não é a única pessoa que está a passar por essa fase e que a doença é um estado mutável e por vezes reversível. Comunicar ao paciente cria o “*setting*” necessário para o trabalho do terapeuta. Do apoio à escrita psicológica o profissional com o seu “saber específico” deve objectivar atenuação na dicotomia mente-corpo, visualizando o paciente em sua globalidade e integridade bio – psicossocial, considerando – o essencialmente como ser “humano”.

7. CANCRO E OS SEUS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a World Health Organization (2002), entende-se que os cuidados paliativos são “ uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes , e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado”, por meio”da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças graves, tanto para o doente em fim de vida como para os seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento. Estes tipos de cuidados são prestados por uma equipa interdisciplinar com formação específica e treino adequado, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, cuidadores espirituais, fisioterapeutas, entre outros. Os cuidados paliativos devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto, tendo o grau de sofrimento associado (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006). As necessidades de palição devem alcançar três vertentes: os doentes, os familiares e os profissionais de saúde. A unidade de recepção de cuidados deverá ser sempre o binómio doente-família.

O papel do familiar é essencial para garantir o bem – estar e a qualidade de vida do doente, perante as permanentes dores, a incapacidade e a dependência. Desta forma o familiar ajuda o doente a manter a sua identidade, e colabora com os profissionais de saúde nos cuidados diários e dá “ feedback” permanente quanto aos resultados dos serviços prestados. É necessário apelar também à responsabilidade da sociedade. A comunidade através de inúmeros recursos gera a possibilidade de ajudar os doentes em sofrimento, através por exemplo de associações de voluntários e instituições de solidariedade.

Não menos importante é o papel do voluntariado que deve ser encarado como uma ajuda importante nos cuidados destes doentes. O voluntario não substitui o profissional de saúde mas completa a sua acção (Meireles, 2008).

Os cuidados paliativos destinam-se essencialmente a doentes (e respectivos familiares) que:

- Têm prognóstico de vida limitado;
- Intenso sofrimento;
- Problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.
- Sofram de doenças oncológicas, SIDA, entre outras.

Importa clarificar adequadamente o que queremos dizer quando falamos em doente terminal e paliativo, conceitos que, por vezes, entre profissionais de saúde, geram bastante confusão, principalmente, quando usada a terminologia “doente terminal” e “doente agónico”. É assumido, de forma consensual, que no âmbito dos cuidados paliativos, doente terminal significa, doente portador de doença avançada, incurável e evolutiva, com diversos problemas de saúde associados a um elevado sofrimento, sendo, em média, esperada uma sobrevida de 3-6 meses. Por doente agónico, entende-se aquele que apresenta uma sobrevida de horas ou dias.

Os doentes com cancro são actualmente o grupo com maior número que requerem o apoio de cuidados paliativos, pelo que a capacidade de responder às necessidades específicas destes doentes é considerada um dos elementos de avaliação da eficácia de um programa nacional. Os cuidados paliativos que integram planos oncológicos têm como objectivo proporcionar o máximo de conforto físico, psíquico e social ao doente, independentemente do curso e da duração da sobrevivência.

O interesse pelos cuidados paliativos partiu de pessoas interessadas no tratamento da dor crónica em doentes que sofrem de cancro avançado e desta forma, garantir a continuidade do atendimento aos doentes que sofrem de cancro avançado e desta forma, garantir a continuidade do atendimento aos doentes de estádios avançados e doença incurável.

Os cuidados paliativos são, hoje em dia, um direito humano, recomendando desta forma três princípios fundamentais:

Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;

Proteger autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final de vida;

Manter a interdição de intencionalmente se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

8. O APOIO SÓCIO-FAMILIAR

O diagnóstico de cancro afecta a vida de toda a família. O prolongamento da vida gera novas doenças crónicas. Por outro lado, os avanços nos tratamentos acarretaram efeitos secundários com os quais doentes e familiares têm de lidar (por exemplo, náuseas e queda de cabelo). É necessário apoio específico aos níveis educativo, psicológico e social, sob pena de se produzirem danos irreparáveis a diversos níveis.

A doença crónica grave afecta a família no seu todo, rivalizando em importância e gravidade com os problemas causados pela patologia. O enfrentamento através do isolamento, por exemplo, acarreta problemas ao funcionamento familiar e individual de cada membro.

É necessário aprender a conviver com a doença e seus problemas associados, evitando o isolamento social e emocional. Isto pode ser alcançado através da constituição de uma rede social de apoio. Ao mesmo tempo, pode ser necessária a reorganização de papéis e estilos de vida dentro do núcleo familiar, para perceber a melhor forma de lidar com a doença, a dor, o medo e a ansiedade.

No caso dos doentes terminais, a estes factores acresce o medo de uma morte dolorosa, que da parte do doente, quer da sua família, ao qual se junta um forte sentimento de impotência de ambos. O doente chega a sentir-se um “fardo”, pois que muitas vezes depende totalmente do apoio dos familiares. Um apoio sócio-familiar adequado permite reduzir significativamente o stress e a ansiedade de ambas as partes.

8.1. O PAPEL DA EQUIPA DE SAÚDE

8.1.1. Papel do psicólogo

As intervenções psicológicas podem ter consequências positivas tanto no aspecto emocional (depressão e ansiedade) quanto nos sintomas físicos (náuseas, vómitos e fadiga). Pesquisas mostram que as intervenções psicossociais influenciam positivamente o ajustamento emocional e funcional do paciente e aliviam os sintomas adversos decorrentes do cancro e do seu tratamento. Outra consequência de um bom trabalho

psicotrópico é a participação mais activa e positiva da paciente durante o tratamento, resultando numa melhor adesão, evitando assim, o abandono. Estes evidenciam que quando o paciente se encontra mais participativo durante o tratamento, há menor probabilidade do surgimento de intercorrências clínicas e psicológicas. Poderão ocorrer efeitos adicionais como o aumento do tempo de sobrevivência da paciente.

A expressão dos sentimentos, vontade de viver, reacção activa em relação ao tratamento e bom suporte social e afectivo são factores incentivados no trabalho psicotrópico. O psicólogo deve buscar reforçar os vínculos afectivos entre família e paciente facilitando um diálogo verdadeiro, capacitando-os a partilhar experiências e emoções. A participação dos familiares nas decisões, junto ao paciente, deve também ser estimulado pelo psicólogo.

É importante mencionar que o psicólogo oncológico trabalha numa rede de contactos, ou seja, não trabalha sozinho e sim com a equipa de saúde. A interacção entre todos os profissionais envolvidos no tratamento é fundamental para a conquista de um bom resultado já que a actuação passa a ser global. O psicólogo deve estar atento aos focos de conflitos dentro da equipa de saúde.

Técnicas de relaxamento, como a auto-hipnose ou o relaxamento progressivo, são muito utilizadas com pacientes oncológicos, já que permitem que o mesmo consiga ter um maior controle sobre os sintomas decorrentes da doença ou tratamentos é muito positiva para o paciente, pois se vê capaz de fazer algo em seu próprio benefício.

O grupo é outra intervenção muito utilizada na prática da psicologia oncológica: partilhar informações, universalidade de conflitos, altruísmo, comportamento identificativo, aprendizagem interpessoal, coesão grupal e catarse.

Na prática existem diferentes abordagens grupais que diferem em sua finalidade, tais como: ensino-aprendizagem, comunitário, terapêutico, psicodramático, da teoria Sistémica, cognitivo-comportamental e psicanalítico.

Segundo Mello Filho, as interpretações psicanalíticas são contra-indicadas, uma vez que o paciente já se encontra sobrecarregado com a doença somática, com o auto-estima baixa, frágil, propenso a depressões, regressões e atitudes auto-agressivas. Esse mesmo autor reforça que é mais indicado utilizar interpretações prévias tais como: clarificação, assinalamento e confrontação, estando sempre atento ao que o paciente possa tolerar.

O psicólogo actuante na área de psicologia oncológica visa manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os factores emocionais que intervêm na sua saúde. Outros objectivos do trabalho desse profissional são prevenir e

reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo cancro e seus tratamentos. Em sua actuação, o psicólogo deve estar atento também aos distúrbios psicopatológicos, como depressão e ansiedade graves.

Quanto mais informado o paciente estiver de sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentar o adoecer e mais confiança terá na equipa. Pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento. Desta forma, o psicólogo deve preocupar-se em falar numa linguagem acessível ao paciente e verificar se as informações e orientações dados pela equipa foram efectivamente compreendidas. Os sintomas são: sensação de falta de controlo sobre a sua própria existência, medo da solidão e da própria morte, sentimentos de impotência e fracasso e temor dos efeitos adversos do tratamento oncológico.

Para Simpson *et al.*, o suporte social também é um factor importante na prevenção e alívio da depressão e ansiedade nos pacientes com cancro.

Tratamento - Procuraram estudar os efeitos da psicoterapia de grupo ao nível do stress físico e emocional em doentes com cancro submetidos a radioterapia.

No tratamento do cancro, recorre-se à cirurgia, radioterapia e quimioterapia, visando controlar ou exterminar a doença.

Quer os tratamentos sejam de natureza física (radioterapia) quer de natureza química (quimioterapia), a probabilidade de desencadeamento de náuseas e vômitos, perda de apetite, fadiga, perda de cabelo é significativa.

Embora alguns doentes consigam adaptar-se bem à doença, nem todos reagem bem ao diagnóstico de cancro, incluindo a expressão de sentimentos de medo, raiva, revolta, desesperança, culpa e pensamentos suicidas e que foi privado do futuro, de objectivos que não foram alcançados ou realizados de esperanças abandonadas e ameaças à auto-estima. Estas respostas são acompanhadas de sintomas físicos de fadiga, perturbações do sono, sexuais e alimentares.

Verificou-se que programas de terapia estruturada foram altamente eficazes para reduzir a depressão, a ansiedade e melhorar o auto conceito.

Existem quatro tipos de reacções dos cancerosos:

1. Espírito de luta: doentes que aceitam o diagnóstico mas que permanecem optimistas, estando determinados a combater a doença.
2. Doentes que rejeitam o diagnóstico ou minimizam a seriedade deste.

3. Fatalismo - doentes que aceitam e que o seu futuro está nas mãos dos doentes ou de Deus.
4. Doentes que acreditam que as suas vidas chegaram ao fim, sentem que ninguém as pode ajudar e que não há nada a fazer, deixando-se consumir pela doença.

A psicoterapia tem muito para oferecer também na fase final da vida do doente e dados recentes revelam que é eficaz em reduzir o “stress “ e a depressão, aumentar a auto-estima e a satisfação com a vida, promover um maior de controlo, melhorar as relações interpessoais e reduzir a dor e medo da morte.

Encorajar o doente a viver um dia de cada vez e a centrar-se naquilo que ainda é capaz de, fazer, que pode e deve mesmo fazer.

O papel do psicólogo na psicoterapia as sessões são coordenadas por dois psicólogos, de preferência com formação na área de intervenção familiar sistémica. Pelo que conta algumas das sessões com a participação de outros profissionais de saúde, designadamente médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social.

Cabe-lhes normalizar a experiência de alguns sentimentos: sofrimento, impotência, angústia, exaustão e medo reforçar competências e recursos das famílias e da sua rede social mediar a interacção entre os vários elementos do grupo e incentivar o esclarecimento de dúvidas.

Refere a capacidade para estimular emocionalmente, confrontar, cuidar e oferecer apoio. Realçam-se algumas características cruciais: criatividade, humor, imaginação, capacidade de simbolização e flexibilidade de modo a operar as necessárias adaptações, consoante as necessidades do grupo.

Antes de começar a sessão deve haver uma distribuição de tarefas, tais como:

- Introdução dos temas.
- Distribuição dos folhetos informativos.
- gestão do tempo total da sessão e de cada actividade.

No final de cada sessão deve ser assegurada uma data e hora para a sessão seguinte.

Nas sessões após a exposição do médico, os participantes colocam as suas dúvidas:

- Efeitos secundários dos tratamentos (em especial da quimioterapia).
- Cuidados alimentares.
- Aspectos positivos na família: apoio da família e dos amigos.

Geralmente dizem este grupo foi importante para eles porque houve uma diminuição do medo; pode dizer tudo o que se sente com sinceridade e sem censura dos outros... partilha de emoções e compreensão dos outros elementos do grupo que são iguais a nós; fornecer um sentimento de força e ânimo extra; discurso e perspectiva diferente da doença, mais voltado para quem cuida.

“Para mim é importante porque fico a saber que existem outros a sentir o mesmo que eu e a passar pela mesma situação”

Aqui sentem-se em casa, podem partilhar ideias, pois todos têm as mesmas preocupações e receios.

Os doentes indicaram que foi importante conhecer outras pessoas a passarem pelo mesmo o que diminui o sentimento de estar só e de ser doente e diferente. Sentirem-se menos infelizes e deprimidos.

A psicoterapia pode ajudar o doente a alcançar os seguintes objectivos:

1. Tomar consciência dos seus medos e sentimentos sobre a doença, o tratamento e a acerca do futuro, expressando-os de uma forma positiva.
2. Diminuir os níveis de depressão, ansiedade e stress.
3. Desenvolver competências para lidar com o stress.
4. Desenvolver um sentimento de optimismo e de que tem poder sobre a doença - espírito de luta.
5. Aquirir uma sensação de controlo e de auto-eficácia.
6. Aquirir competências de comunicação e assertividade e usá-las eficazmente com a saúde os amigos e a equipa de saúde.
7. Recuperar ou estabelecer relações familiares ou interpessoais positivas .
8. Desenvolver ou recorrer a sistemas de suporte, incluindo o terapeuta;
9. Adquirir informação acerca da doença e das opções de tratamento.
10. Tomar decisões acerca do tratamento e de outras questões.
11. Reduzir os efeitos secundários do tratamento
12. Manter o auto-conceito durante o curso da doença e tratamento.
13. Criar um estilo de vida saudável e gratificante.
14. Lidar eficazmente com os medos de recorrência da doença e morte.

Voltar à normalidade é uma concepção e facto completamente diferente para o médico e para o paciente. A normalidade do paciente é aquilo que o deixou

doente! Estas realidades encontradas deveriam ser resolvidas a favor do paciente, no caso de uma psicoterapia adequada, devendo ser meditada previamente qualquer intenção de convencê-lo ou trazê-lo para a nossa realidade. No paciente com cancro, cada entrevista cada entrevista pode ser a última, devendo-se ponderar previamente a conveniência de fomentar a regressão.

Os tratamentos actuais do tumor são profundamente agressivos para a parte orgânica funcional, e especialmente, para a fantasiada pelos meios de significação sócio-afectiva, diante de si mesma e dos demais (o aspecto, a face, a voz, os cabelos, os órgãos sexuais, etc.). Além de viver o luto por esta perda, o paciente deve aceitar as modificações ou mudanças da imagem e do esquema corporal. Tudo o que faz, pensa e diz um elemento um elemento integrante da nossa cultura não é punível nem criticável, porque está doente! Este mal estar que é permanente, e que exige muitos anos para ser controlado, é completado pelo medo da dor, do sofrimento e do isolamento.

O factor mais agressivo recebido por um paciente com cancro é a modificação das atitudes e comportamentos que lhes estão próximos. Podem chegar a um nível terrível de agressividade e representar, a partir do próprio universo emocional, a concentração de sentimentos históricos agressivos e sádicos, muitos difíceis de lidar ou de serem evitados por parte do doente.

Propomos que todo o psicoterapeuta comece por reconhecer que “agora tudo é diferente”. Somente assim poderá readaptar o paciente aos seus familiares. Cada paciente tem uma história pessoal, com uma biografia e um ambiente psicossocial. A doença e o seu tratamento representam uma marca, um acréscimo a essa história. O ser humano precisa de cada órgão de segmento e da sua função real, e além disso, da atribuída pela cultura, para ser considerado, por si mesmo e pelos demais, como ser humano.

Assim por exemplo, a mama, o estômago, uma perna, o esfíncter anal ou vesicular, o pulmão etc, integram o esquema e a imagem corporal que, repito, são imagens mentais. Se, devido ao cancro ou seu tratamento, for afectado ou perdido um órgão, uma função de o aspecto exterior, produz-se uma “fractura” da capacidade de adaptação físico-emocional, que é temida especialmente diante das exigências socioculturais, reais e/ou supostas. Esta ruptura produz graves perturbações psicológicas e de desadaptação que são vivenciadas como verdadeiras lutas.

Se inúmeros trabalhos ligam stress a doença (Cassel; Doge; e Martins; Holmes e Rahe; Selye; Wolft etc. citados por Jalowiec e Pauers, 1981) a natureza dessa ligação

permanece obscura. As pessoas reagem diferentemente ao stress, inclusive em termos de doença. Parece haver uma espécie de filtro através do qual os eventos ambientais são percebidos pelo indivíduo sem dúvida, parece haver uma correlação entre quantidade de situações stressantes e a resultante percepção desse stress. O mesmo se aplica ao modo de reagir, de enfrentar, de se adaptar ao stress, que aparece também influenciando por circunstanciais particulares, próprias do indivíduo.

Selye define o stress como uma tensão entre um agente que ameaça o organismo e a resistência que lhe oferece esse organismo. Afirma que essa possibilidade de condicionamento selectivo que explica a razão por que todas as pessoas reagem diversamente ao stress, dependendo de características herdadas e adquiridas. Podemos compreender que, face às mesmas situações, os indivíduos reagirão de forma diferente, conforme o seu modo particular de avaliar as situações, o que por sua vez, estará na dependência directa da história e circunstâncias das suas vidas. O que é stressante para um pode não ser para outro.

Acreditamos que o ritmo alucinante da vida de hoje, a transitoriedade das coisas, das pessoas e dos valores, a valorização do material e do tecnológico, o individualismo crescente na área específica da psicologia, multiplicam-se as terapias comportamentais e as psicoterapias das mais variadas linhas teóricas, oferecendo ao indivíduo maiores e melhores recursos para lidar com o stress.

Stress psicológico pode ser constituído simplesmente por um pequeno discurso no qual o paciente é solicitado a discorrer sobre um assunto pessoal que lhe causa uma viva emoção, ou mesmo constrangimento. Não tendo recebido amor, o indivíduo não vive a experiência de ser amado; sem ela, não há o movimento de expansão a que chamamos mente a criação contínua. Deveras, ter mente é criar.

Segundo António Coimbra Matos (2007), sempre que o sofrimento psíquico não é suficientemente expresso a nível afectivo e ideativo por emoções e pensamentos, comunicado em palavras e gestos e descarregado em actos, a saúde física e o caminho para a doença está aberto. Esse sofrimento psíquico pode ser o mais diverso; a dor; o medo, a vergonha a culpa ou o ressentimento. São, porém, a ansiedade, a depressão e o ressentimento os afectos que mais desgaste provocam no organismo. A ansiedade persistente e flutuante a expectativa ansiosa e os ataques de pânico são perturbadores do normal funcionamento orgânico. Todas as doenças têm factores psicológicos mas em algumas estes são tão pequenos que não lhes chamamos psicossomáticos.

Hoje é o amanhã de ontem

Quando as pessoas estão em plena fase depressiva, ou padecem de uma forte crise de ansiedade, sentem-se muito sozinhas, porque dificilmente de fora as pessoas que as rodeiam entendem o que têm e não sabem como ajudá-las. A realidade é que essas pessoas estão esgotadas, sem forças, sem ânimo e, pior ainda, nesse momento estão sem esperanças.

A pessoa sofre, mas não raciocina. Quando o ser humano se depara com uma situação percebida como “problemática” ou como “prova a superar”, produzem-se nele uma série de reacções fisiológicas (dificuldades em respirar, dor de cabeça, dores no abdómen, sensação de tontura, sudação etc.) Ansiedade positiva ou favorecedora do rendimento e da ansiedade negativa ou que inibe e perturba o dito rendimento. A esta situação de ansiedade constante, particularmente quando afecta os contextos laborais, dá-se o nome de stress. Fujamos dos sofrimentos inúteis e procuramos a felicidade em cada dia, em cada acção, em cada momento, em cada pessoa.

O stress é outro dos factores que surge frequentemente associado ao cancro (Anderson, Kiecolt-Glaser e Glaser, 1944), o biocomportamental propõe uma abordagem tanto biológica como comportamental do cancro associado ao stress, defendendo que reduzindo o stress, aumentamos a capacidade do sistema imunitário para dar á resposta á doença daí a necessidade de actuar ao nível dos comportamentos de saúde de modo a aumentar a adesão aos tratamentos e assim a qualidade de vida dos doentes. A terapia individualizada era particularmente útil para aliviar o distress (stress prejudicial), aumentar a auto estima e estabelecer um sentido de controlo que parte do doente, para além de ter aliviado problemas físicos (náuseas, fadiga, perda de peso). O stress agudo engloba ansiedade e raiva e protesto. Geralmente estão sempre associados a sentimentos como culpa, depressão, exaustão e desconforto físico. Passadas algumas semanas, a ansiedade começa a descer enquanto a depressão e o desespero aumentam (Barraclough), 1994. O futuro parece vazio e os pensamentos sobre a morte são inevitáveis, sendo esta encarada como o futuro que os espera.

Quando uma pessoa depara com uma situação ameaçadora (stressant), o organismo produz de imediato uma reacção fisiológica visa preparar o indivíduo para a fuga ou para o ataque, desencadeando assim a libertação das chamadas hormonas de stress, adrenalina ou epinefrina, norepinefrina e cortisol.

No entanto, a libertação de adrenalina e do cortisol tem uma contrapartida que pode ser muito prejudicial para qualquer pessoa, mas sobre tudo para doentes oncológicos e em particular quando se prolonga no tempo inibe o sistema imunológico. Assim, é fundamental desde o início providenciar técnicas que visem a manutenção de um estado de relaxamento do doente.

Para além do ensino de técnicas específicas para lidar com o stress e reduzir a ansiedade e a tensão, deve explicar-se ao doente o motivo da necessidade de as praticar e os seus efeitos, de modo, a que compreende a importância dos exercícios para o seu bem estar e os pratique, tendo a noção e sensação de que está a controlar a sua doença e a combatê-la com cada técnica e estratégia que utiliza.

Ansiedade

Segundo Stedeford (1986), a doença terminal é acompanhada de ansiedade. A ansiedade está muitas vezes relacionadas com a incerteza, o medo do futuro e com a ameaça de separação dos ente queridos. Alguns pacientes negam estar ansiosos mas são traídos pelos seus comportamentos “mascarados” como as perturbações do sono (insónias e/ou pesadelos). Para outros verificamos que a ansiedade ocorre através de sintomas físicos tais como dores, vómitos ou agitação, não respondendo aos níveis de medicação previstos e adequados. Um dos indicadores da ansiedade é a dor, que pode ser um resultado directo da tensão muscular, associado à ansiedade - dores de cabeça, pescoço, ombros, braços, e costas.

8.1.2. O papel do cuidador

Os cuidadores podem ter muitos papéis e os papéis podem mudar consoante a evolução dos pacientes durante os tratamentos da doença. Os acompanhantes funcionam em casa também como companhia. Poderão ajudar a dar de comer, vestir e dar banho ao paciente. Os cuidadores controlam os horários tratam dos problemas com seguros, transporte. Eles podem ser assistentes legais podem cuidar das finanças e serem governantes/as. Eles têm frequentemente de tomar as tarefas que antes eram feitas pelo paciente dando continuidade de acordo com os interesses do doente e da família.

Com o cuidador pode ter uma enorme influência (positiva e negativa) na forma como o doente com cancro lida com a própria doença. O seu encorajamento pode ajudar o doente a lidar com o exigente plano de tratamento e tomar outras medidas necessárias ao seu tratamento, como comer refeições nutricionais ou descansar o suficiente.

Os cuidadores que são realistas, mais positivos cuidadosos, criativos, empenhados mas flexíveis são fontes de energia para doentes cancerosos. Ter a certeza que o paciente que necessita enquanto está no hospital, incluindo relatórios médicos. Medicação não relacionada com o cancro que possa ajudar, tal como medicação para a tiróide ou a tensão. Tomar os cuidados com todos os tratamentos em casa, ou ao paciente externo depois de sair do hospital.

O cuidador é uma parte da equipa de saúde médica constituída pelo doente, outros familiares e amigos e um staff médico. Tem que encontrar-se a trabalhar de perto com a equipa de cuidados de saúde dando medicamentos, lidando com os efeitos secundários, reportando problemas, tentando manter a família informada sobre os acontecimentos, e ajudando a decidir se um tratamento está ou não a funcionar. Se sentir que o paciente não está a conversar porque quer preservar os seus sentimentos, ele estará sempre disponível para o ouvir até mesmo relativamente a assuntos graves ou dolorosos. Ser o diálogo com o paciente não resultar deve dizer que vai informar o resto da equipa médica e obter a sua ajuda. Fazer comunicação aberta com a pessoa que você toma conta é a parte mais importante do seu papel.

Tem que ajudar o paciente a obter todas as informações que ela precisa de obter dos membros da equipa e depois ofereça a sua ajuda e encorajamento a decisão do paciente prevalece. Tem congratular por ser capaz de tomar uma decisão. A ajuda profissional é sempre disponível. Geralmente é normal o cuidador sentir-se frustrado, chateado e stressado quando cuidando de alguém com cancro. Os cuidadores têm que usar as fontes “Os recursos” e serviços de ajuda da equipa de cuidados médicos quando também precisar deles. Eles podem ajudá-los a encontrar o suporte que o cuidador precisa, tal como serviços de cuidados em casa ou assistência financeira.

O cuidador é uma pessoa que constantemente ajuda a pessoa com cancro sem ser pago para o fazer. Pode parecer que dar cuidados enriquece a sua vida. Poderá sentir satisfação, confiança e auto estima em cuidar de alguém. Também pode aprender acerca de forças interiores, descobrir habilidades e competências que nem sequer sabia possuir e encontrar sentido para a sua vida.

A acção de um cuidador pode abrir portas para novas amizades e relacionamentos, conhecer pessoas que já tenham passado por essas experiências tais como equipas de apoio a doentes. Poderá também juntar famílias e ajudar as pessoas a sentirem-se mais perto de quem precisa de cuidados. Cuidar de alguém que atravessa o tratamento do cancro é um papel exigente, mas sendo bem sucedida pode dar-lhe um sentido de orgulho pessoal. Estes sentimentos positivos podem dar-lhe a força e coragem para continuar por quanto tempo for necessário. É normal fecharem-se sobre si mesmo enquanto cuidam do paciente.

8.1.3. **Voluntários no IPO**

No IPO, o sofrimento está omnipresente, mas a satisfação interior que os voluntários nos revelaram, acaba por funcionar como um tempo de auto-terapia - "Ele (o voluntário) vai porque ir, ele vai porque quer ajudar. Ajuda os outros e ajuda-se a si próprio. Abnegação, espírito de sacrifício. É preciso ser humano e a maior parte das vezes as pessoas esquecem-se que nós somos todos humanos..." "Nós temos de pensar que podíamos estar na posição dos doentes." "Eu acho que deve ser paciente, compreensivo." "Eu acho que acima de tudo, (...) tem que ter muito amor para dar, muita ternura, muito carinho, ser uma pessoa sorridente, carinhosa e que estivesse de alma e coração. É preciso dar e não receber." " Ainda há pouco tempo fui para junto de um moço de 35 anos que estava mesmo quase a morrer e a família estava toda cá fora a chorar, e fui...para ele não morrer sozinho; é assim e a enfermeira não podia.". "Se não fossem as voluntárias, as empregadas, as auxiliares não tinham tanta disponibilidade para o doente, se não fossemos nós a ajudar; porque elas têm muito mais que fazer do que estar com o doente."

A função dos voluntários é estar junto deles e acalmá-los. Há cerca de 600 voluntários no IPO. Os pacientes isolam-se, preferem estar sozinhos. "Obrigado por me ter escutado porque eu estou-me sentindo melhor." Salienta-se a importância de "Nunca tratar o doente oncológico como uma pessoa diferente, não o distinguir; e principalmente, não ter dó. O "coitadinho" é a pior coisa que se pode fazer." É importante ter uma pessoa que saiba escutar os seus desabafos, a sua dor e preocupação. "Tentamos o máximo que eles comam, que se animem, porque não é só o comer que

chega.” “Uma palavrinha, uma festinha, uma anedota, uma conversa qualquer acerca de futebol, de qualquer assunto...”

O voluntariado serve para ajudar o doente, não deve interferir em nada. "Aquilo que deles se espera é que intervenham somente em gestos de conforto e fazendo-lhes companhia, animando-o com conversas." É preciso esquecer o meu eu para que o eu do outro tenha alguma comodidade tenha alguma esperança. Os voluntários estabelecem um inter-relacionamento com todos aqueles que no espaço hospitalar se encontram, quer como profissionais de saúde, quer como doentes ou ainda como visitas.

O espaço hospitalar é sinónimo de sofrimento e "basta só o nome para que as pessoas que chegam aqui se sintam constrangidas e nervosas."

Os "serviços " distribuídos por grupos são:

- serviço de "coordenação".
- serviço de acolhimento.
- o "café com leite ".
- a biblioteca.
- o apoio às refeições.
- o apoio às visitas.
- a costura.
- o cabeleireiro / barbeiro.
- o cantinho.
- o serviço de visita à enfermaria.
- o serviço de apoio à pediatria.
- o movimento vencer e viver.

Existem vários grupos de voluntários para um mesmo serviço:

- o serviço de guias, como o nome indica, guia as pessoas dentro do hospital; as guias servem para encaminhar as pessoas e para apoiá-las. É que nesse momento esse guia, é um ser humano que está ao lado de outro ser humano, com "todo o tempo do mundo ".
- A biblioteca - distribuir revistas (o papel dos voluntários, neste caso, é falar com o doente).
- Apoio às refeições.

- O cantinho - é um espaço de convívio e de lazer, onde os doentes que se encontram, se podem deslocar para trocarem uma conversa entre si.
- O serviço de visita às enfermarias: "basta um sorriso, basta que a gente chegue e lhes diga "boas-tardes " e a gente vê na cara deles que esperam por nós e que têm um grande carinho.
- O serviço de apoio à Pediatria. "Com as crianças faz-se tudo, desde dar de comer, brincar, andar com elas às costas, brincar com elas, correr, jogar à bola... Eles têm muita necessidade do toque da pele."

Para se pertencer ao quadro de voluntários, depois de um formulário, o candidato passa por uma entrevista com um psicólogo. É preciso ter conhecimento mínimo e básico da doença oncológica, das várias fases por que o doente oncológico passa e a partir daí, entrar nas técnicas de comunicação. Para cada fase do doente há várias técnicas, há comunicações, ou várias técnicas de comunicação diferentes.

Sete meses passados, após uma pequena cerimónia, de grande importância simbólica para os novos voluntários, é-lhes entregue uma insígnia que constitui o símbolo do voluntariado da liga, é-lhes atribuída uma bata que as distingue do restante pessoal da unidade hospitalar. Esta última segue um desenho que joga com o branco e o azul, as cores do voluntariado, de tal forma que, ao olhar-se de longe para um voluntário, sobressai o V no seu traje.

9. ENTREVISTA COM UM TÉCNICO

COMO É TRABALHAR COM PESSOAS COM CANCRO?

Os primeiros contactos com pessoas com cancro não são de facto, fáceis pela ausência de experiência. Apesar de no início fazermos uma pesquisa bibliográfica a todos os estudos publicados e livros já publicados e livros sobre a área, para sabermos como melhor intervirmos com estes tipos de tipos de pacientes, no inicio não é fácil, é importante que o terapeuta ou o psicólogo faça uma reflexão sobre algumas competências enquanto terapeuta no seu desenvolvimento pessoal que têm que estar operacionais para que as coisas corram de forma a que o psicólogo consiga prestar melhores resultados e consiga prestar melhores resultados e consiga ser empático e ser empático e ser autêntico. Por vezes a pessoa apresenta vários níveis de ansiedade, de depressão porque os tratamentos são prolongados no tempo. Há vários tipos de cancro e de tratamentos diferentes, geralmente um ano e meio em média.

Do ponto de vista de intervenção psicológica parece que não estamos a intervir bem, mas estamos a dar suporte na crise e estamos ajudar o paciente a lidar nesta estrada.

No inicio pode não de ser facto muito fácil, mas com a experiência e com algum desenvolvimento pessoal e com o acompanhar a investigação nesta área, eu penso que pode uma área muito interessante onde as pessoas redefinem as suas prioridades na vida até às vezes trazem alguns ensinamentos aos terapeutas e que e que nos põem a pensar o que nós interiorizamos. Pode ser uma mais valia. Pode ser uma boa troca.

QUAL É A DIFERENÇA EM TRABALHAR COM PESSOAS COM CANCRO E OUTROS PACIENTES?

Hoje em dia, cada vez mais, o cancro é uma doença crónica como a diabetes, por exemplo, é no fundo, todos estes pacientes chegam-se na primeira fase com o choque e com a adaptação a um diagnóstico e todos os tratamentos que têm que fazer. Os

tratamentos para o cancro são mais intensivos e agressivos num período de tempo. Para muita gente é a representação da morte. Obviamente o diabético não chega com esta representação social: “ agora não posso ir ao casamento “ ; “ agora não posso ir correr “; Agora não posso comer isto”. Assim, uma pessoa com cancro a taxa de sobrevivência é tal. Têm que se adaptar. O cancro não é igual à morte, acabamos por desmitificá-los. Assim sendo, nesta base de acontecer, um diabético, assim como um doente com cancro são pessoas que exigem ao terapeuta ou ao psicólogo basicamente o mesmo, têm bases psico-sociais semelhantes.

10. DIAGRAMAS

Diagrama 1. As necessidades do doente com cancro

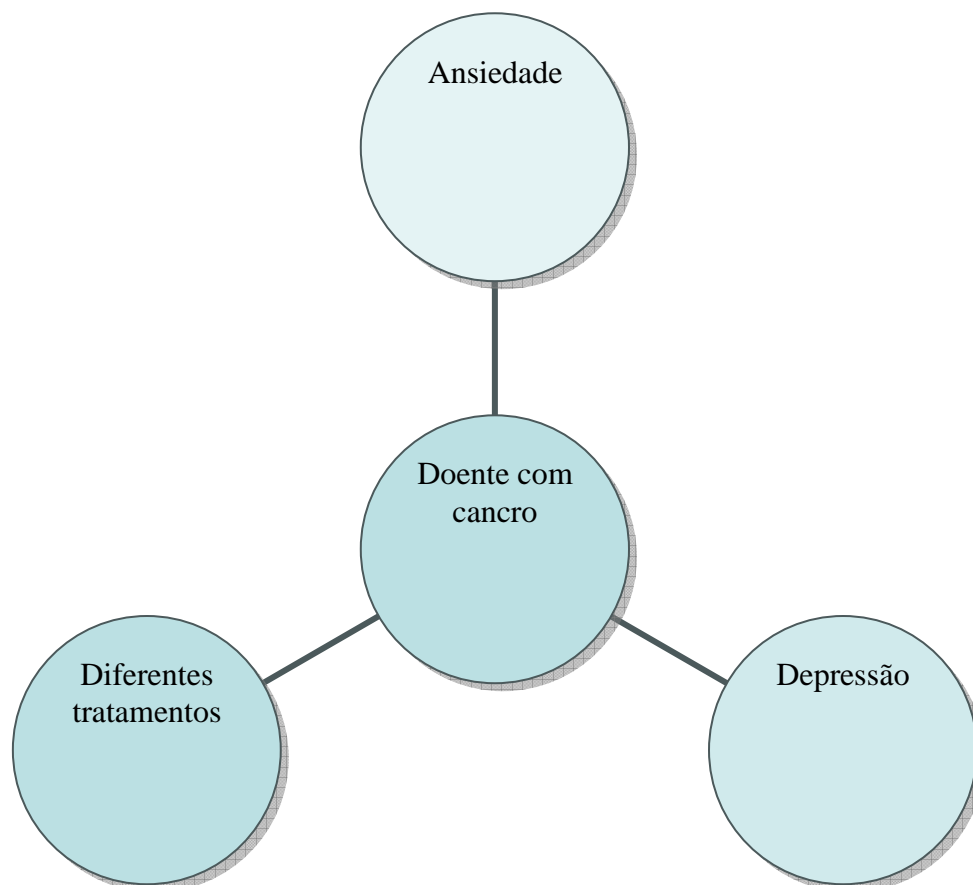


Diagrama 2. O terapeuta

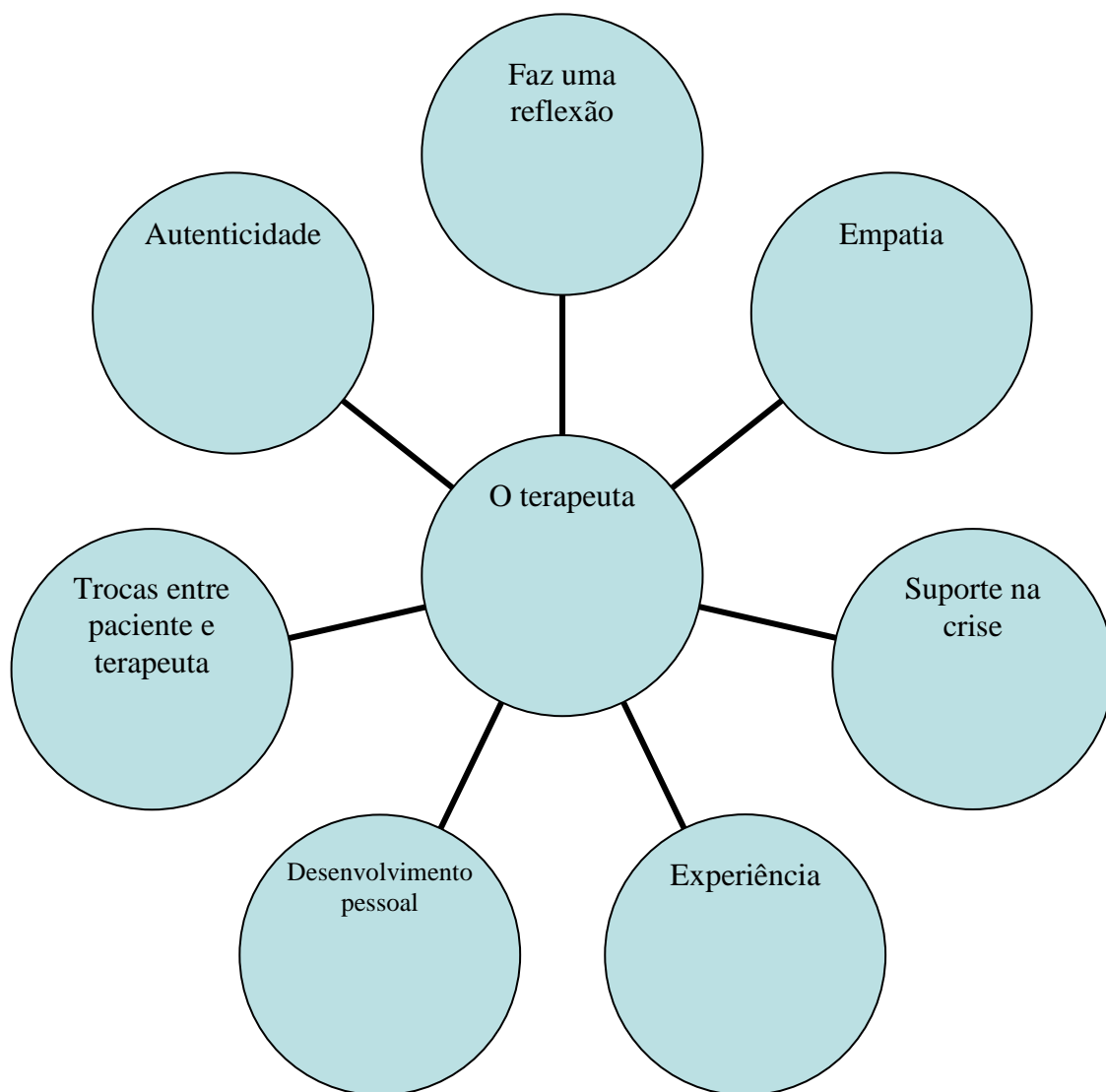
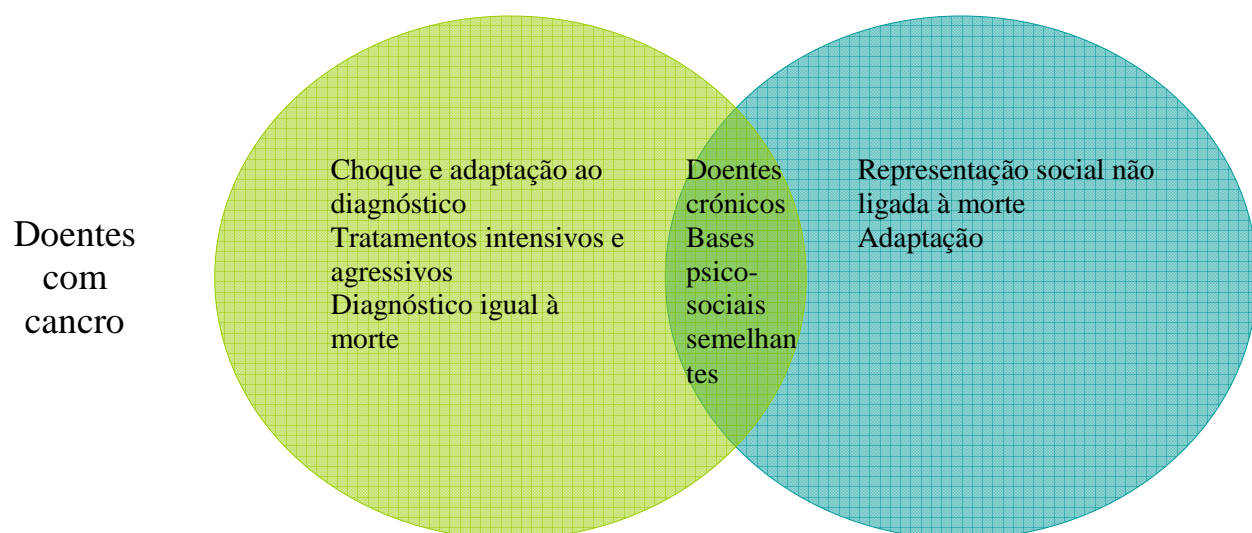


Diagrama 3. Doentes cancerosos vs outros doentes



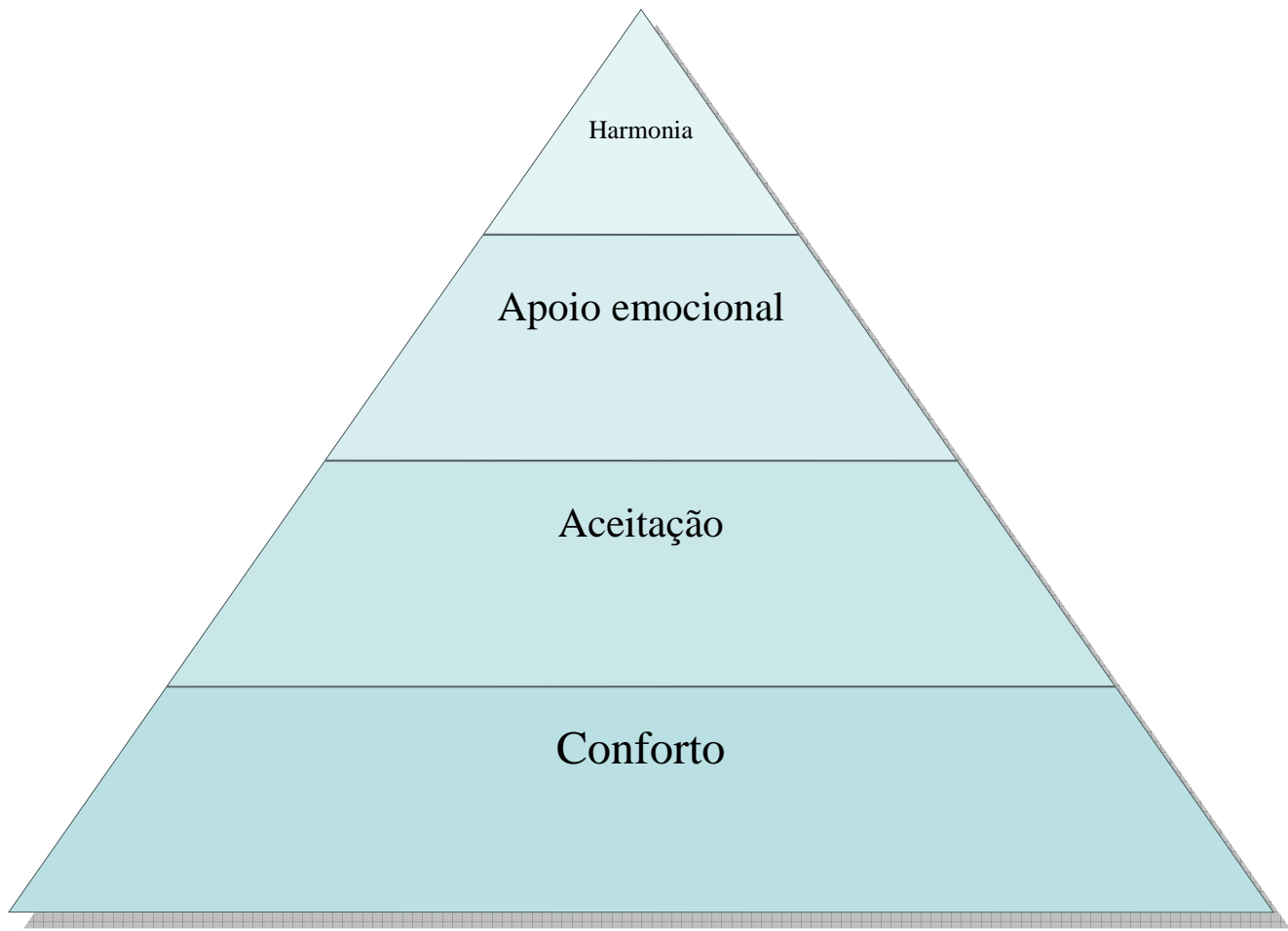


Diagrama 4. O papel do terapeuta

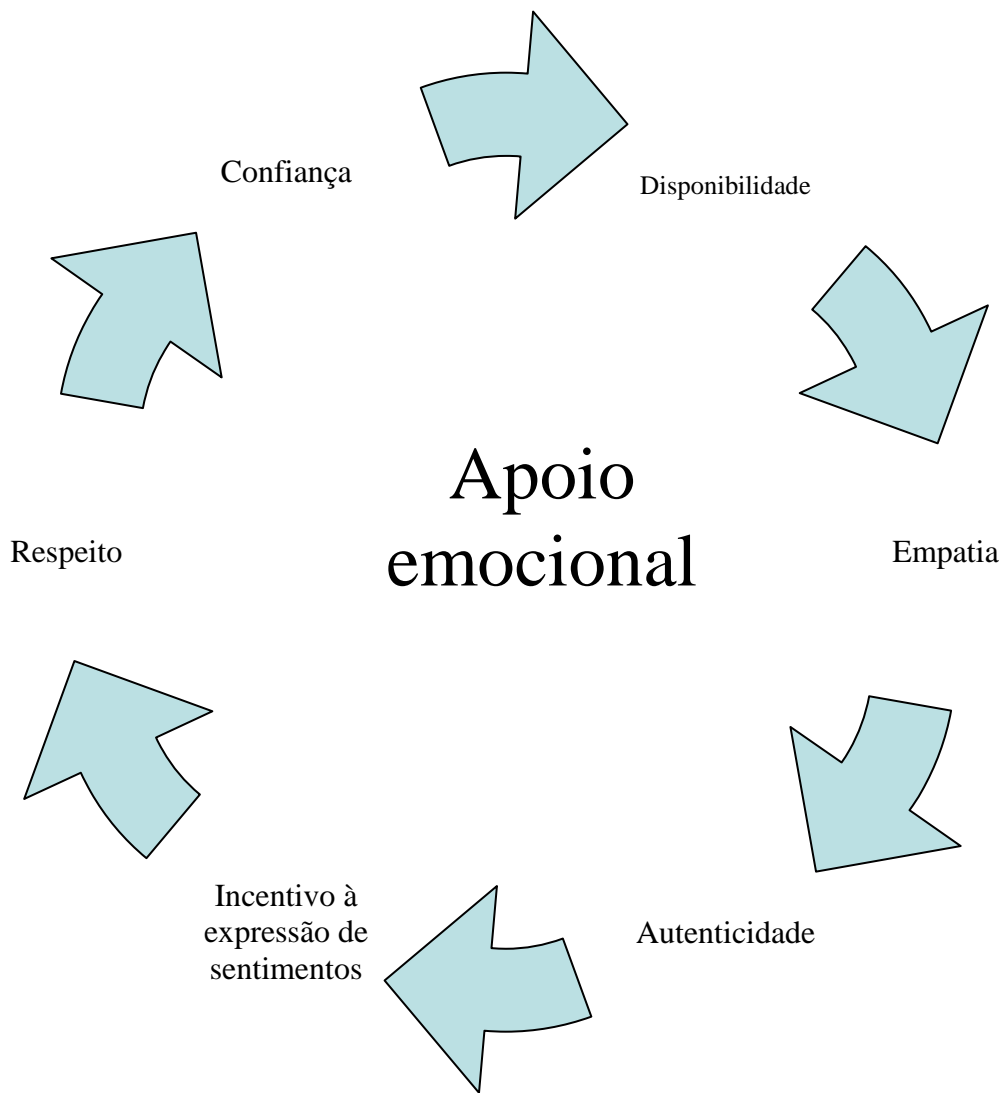


Diagrama 5. Apoio Emocional

11. SÍNTESE

O doente com cancro sofre frequentemente de depressão e ansiedade, não só pelo diagnóstico, mas também como resultado dos diferentes tratamentos. A quimioterapia e a radioterapia, bem como a cirurgia, constituem um conjunto de tratamentos muito agressivo para o corpo, com repercussões também a nível psicológico.

Neste processo, o papel do terapeuta reveste-se de profunda importância, representando um núcleo de suporte na crise, não só através da sua experiência, mas também através da empatia. De acordo com Rogers, empatia é a capacidade de colocar-se no lugar do outro como se fosse o outro, fazendo com que este outro saiba que é compreendido e respeitado, mesmo que exista um leque de diferenças entre o paciente e o terapeuta.

O papel do terapeuta reveste-se de autenticidade, entendida como a sua capacidade de ter abertura para a alteridade do doente, sem precisar de esconder-se por trás de uma máscara de profissionalismo, tendo acessível, à sua consciência, os dados do momento em que se desenvolve a relação e expressar o que se sente ou pensa a qualquer momento em que se achar conveniente.

A relação terapeuta-doente é mais de troca, visando a autonomia, a liberdade de escolha do doente e a sua eficácia. Este processo promove o desenvolvimento pessoal tanto do doente como do próprio terapeuta, contribuindo para fomentar a confiança e a aceitação do paciente.

Comparando duas doenças crónicas com bases psico-sociais semelhantes, o cancro e a diabetes, verificamos que têm representações sociais distintas. A diabetes não é habitualmente associada à morte, acarretando apenas um processo de adaptação. Já o cancro representa um impacto resultante de um diagnóstico que é igual à morte, bem como dos tratamentos intensivos e agressivos.

12. CONCLUSÃO

As terapias de grupo desempenham um papel de extrema importância no processo de recuperação da qualidade de vida e do bem-estar dos doentes oncológicos. Facultam uma estrutura de suporte cujo apoio psicológico e social dota os pacientes de ferramentas que facilitam o processo de aceitação do diagnóstico, promovendo a participação activa na cura. Este trabalho baseia-se na troca de experiências, sentimentos e percepções, com o objectivo de legitimar e valorizar significados e saberes obtidos a partir das vivências individuais e colectivas. Por outro lado, procura potenciar mudanças nas concepções dos membros do grupo acerca do processo saúde-doença.

Estas terapias permitem estabelecer um núcleo de suporte ao doente e à sua família que vai para além do que a estrita relação biomédica entre o médico e o seu paciente consegue oferecer. O processo dialógico inerente às terapias de grupo contribui para desenvolver a autonomia dos doentes, através do sentimento de pertença e integração que esta troca de experiências promove. Para que isto suceda, é necessário que exista uma identificação entre os membros do grupo a nível etário, cultural, socioeconómico ou outro. Desta forma, a partilha de saberes empíricos não reconhecidos pelo conhecimento médico-científico passa a ser valorizada.

O diagnóstico de cancro representa uma reavaliação dos valores do doente, que, subitamente, se vê confrontado com a perspectiva de morte iminente e com a sua finitude e impotência perante a mesma, por oposição a um doente que se dirige a um consultório para procurar uma melhoria do seu bem-estar. A intervenção junto a estes doentes constitui um processo de inter-relação entre as adaptações fisiológicas, médicas e psicológicas, tendo sempre em consideração os sistemas intrapsíquicos e familiares dos mesmos. Consideramos que as terapias de grupo deveriam fazer parte do conjunto de terapias habituais de resposta ao diagnóstico de cancro, não só como forma de auxiliar no processo de enfrentamento da doença, mas também como forma de melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, estabelecendo uma rede de cuidados global e eficaz.

Falar da morte é sempre um assunto polémico e delicado. Os doentes terminais que sabem que vão morrer devido a alguma patologia clínica experimentam grande sofrimento e agonia com esse conhecimento. Este sofrimento manifesta-se também nos familiares, num nível de intensidade que pode considerar-se similar.

A intervenção terapêutica junto desta população é demorada e complexa. A experiência de luto, apesar de universal, é desorganizada e assustadora. Durante a intervenção, desenvolve-se uma relação de cooperação e partilha que resulta em desenvolvimento pessoal e transformação, num processo que cria indivíduos mais aptos e capazes de lidar com o sofrimento e a perspectiva de morte associados ao diagnóstico de cancro.

No contexto das terapias de grupo, o papel do terapeuta reveste-se de importância basilar, não só como facilitador das interações e dinâmicas interpessoais, mas também como catalisador de um clima de segurança e conforto que potencie a partilha e a troca, resultando num processo benéfico e terapêutico para todos os intervenientes. Podemos afirmar que se trata de um processo de estabilização psíquica.

Compreender o paciente passa por uma capacidade autêntica de colocar-se no lugar do outro, uma espécie de despersonalização que o Psicodrama denomina de “inversão de papéis”. Infelizmente, essa capacidade nem sempre se revela. É preciso que o profissional tenha em mente que o doente à sua frente é um ser humano, cuja integridade bio-psico-social deve ser promovida, sendo a saúde, neste contexto, abordada como um conceito mais pleno e global.

Os grupos de encontro podem e devem desempenhar um papel significativo na luta contra a solidão e a alienação, contribuindo para uma re-humanização da sociedade contemporânea. Como ferramenta utilizada no acompanhamento da mudança, é crucial não só para doentes oncológicos, mas também no tratamento de outras patologias.

A mudança, no doente com cancro, revela-se em dimensões mais profundas relativamente a outras patologias. Não só com o diagnóstico, encarado frequentemente como uma sentença de morte, mas também com todas as alterações físicas decorrentes das terapêuticas, e consequentes alterações psicológicas, que, globalmente, se traduzem num sentimento de perda e vazio que importa combater e afastar.

A vida e os relacionamentos são repensados e reorganizados, os significados questionados e analisados. Podemos afirmar que há lugar a uma transformação profunda da identidade pessoal. Apesar de tudo, há vida no luto, uma esperança de recomeço...

“Quem melhor do que aquele que sentiu em carne própria uma ferida, pode suavemente curar a mesma no outro.”

Thomas Jefferson

“ [...] Renascer de novo e levar uma vida normal” (JC, 44 anos, sexo masculino)

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. (2005), *Carl Rogers*, in. PsiqWeb, consultado em 12 de Maio de 2012 em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=188>.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino *et al.* (2006) *Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento*. *Psicol. estud.* [online]. vol.11, n.2, pp. 361-369.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba, ALVARES, Margareth (2003), *Estados Emocionais do Paciente Candidato a Transplante de Medula Óssea*, *Psicologia: Teoria e Prática*, v.5, Nº 2, consultado em 9 de Julho de 2012 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872003000200.

CHAREPE, Zaida (2010), *Intervenção de Enfermagem em Grupos de Ajuda Mútua*, coconsultado em 9 de Julho de 2012 em <http://ajuda-mutua.blogspot.pt/>.

COSTA, Luís (2004), *O Cancro Também Pode Morrer*, Âmbar, Porto.

COSTA, Marta Cristina Pereira da (2009-2011), *Indicadores de Qualidade para a Contratualização de Cuidados Paliativos*, Mestrado em Gestão de Saúde.

DIAS, Maria do Rosário, DURÁ, Estrella (coord.) (2002), *Territórios da Psicologia Oncológica*, Climepsi Edidores, Lisboa.

FAVORETO, César Augusto Orazem, CABRAL, Cristiane Coelho (2009), *Narrativas sobre o Processo Saúde-Doença: Experiência em Grupos Operativos de Educação em Saúde*, *Interface* (Botucatu), vol. 13, nº 28, consultado em 9 de Julho de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100002.

FERNANDES, João Cabral (ed.) (2002), *American Psychiatric Association DSM-IV-TR*, Climepsi Editores, Lisboa, pp. 469 – 484.

LEAL, Isabel (2005), *Iniciação às Psicoterapias*, Universidade Nova de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Fim de Século Edições, Sociedade Unipessoa, Lda, Lisboa.

LOPES, Helena Baltar, RIBEIRO, José Luís Pais, e LEAL, Isabel Pereira (1999), *Estudos sobre Qualidade de Vida em Mulheres submetidas a Histerectomia ou Anexectomia para Tratamento de Cancro do Útero ou Ovário*, *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 483-497.

MARTINS, Maria Clara Sales Fernandes Correia Martins (2010), *Aliviando o Sofrimento. O processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*, Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa.

MATOS, António Coimbra de (2007), *Vária. Existo Porque Fui Amado*, Climepsi Editores, Lisboa.

OTTO, Shirley E. (2000), *Enfermagem em Oncologia*, Lusociência, Loures, pp. 3 – 21.

PATRÃO, Ivone A. M. (2007), *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama*, Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada na Especialidade de Psicologia da Saúde.

PEREIRA, Maria da Graça, LOPES, Cristiana (2005), *O Doente Oncológico e a Sua Família*, Climepsi Editores, Lisboa.

PIMENTEL, Francisco Luís (2006), *Qualidade de Vida e Oncologia*, Almedina, Coimbra.

PINTO, Cândida, RIBEIRO, José Luís Pais (2006), “A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 37 – 48.

PY, Lúgia (2004), “Cuidar do Cuidador: transbordamento e carência”, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), pp. 346 – 350.

REIS, Teresa Cristina da Silva *et al.* (2004), “Relato de caso: cuidar do paciente e do cuidador”, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), pp. 328-329.

RESENDE, José Manuel (2005), *Do Sofrimento e da Bondade: o Cancro em Questão, O lugar da saúde, do sofrimento e do corpo doente nas representações construídas por actores classificados pelo corpo clínico como padecendo de neoplasia da próstata: julgamentos e regimes de acção*, Fórum Sociológico – Centro de Estudos, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

ROGERS, Carl (1970), *Grupos de Encontro*, Moraes Editora, São Paulo.

SALTO, Maria Cristina Elias (2000), *Da Espera ao Encontro, Na Sala de Espera com Pacientes Oncológicos; Um Processo de Intervenção e Promoção de Saúde*, 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, consultada em 20 de Junho de 2012 em http://www.febrap.org.br/pdf/Da_Espera_Encontro.pdf.

SILVA, Sandra, LOUREIRO, Joana, e SOUSA, Gisela (2004), *Psicoterapia de Grupo com Mulheres Mastectomizadas*, consultado em 10 de Maio de 2012 em www.psicologia.com.pt.

VIANA, Andersen (2008), *Os Grupos de Encontro de Carl R. Rogers*, consultado em 17 de Julho de 2012 em http://www.marketing-e-cultura.com.br/website/teoria/teo001-b.php?cod_artigo=34.