

O Grupo de Suporte como espaço promotor de *holding* para mulheres com câncer de mama*¹

The Support Group as a holding promoter for women with breast cancer

Hila Martins Campos Faria*²
Isabella Cristina Barral Faria Lima*³
Maria Stella Tavares Filgueiras*⁴

Fundamentado na psicanálise e no conceito de suporte social, este trabalho busca explorar as repercussões psíquicas do adoecimento de mulheres com câncer de mama e o potencial de reintegração do Grupo de Suporte. Os resultados apontam para o fortalecimento das defesas psicossomáticas, através dos vínculos estabelecidos no Grupo, considerado um espaço promotor de holding, por propiciar suporte social, compartilhamento de sentimentos e melhor integração entre psíquico e somático, possibilitando a reinserção social e o enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Grupos de apoio, neoplasia mamária, trauma psíquico, fatores psicossociais

*¹ Este artigo decorre de um trabalho independente, mas amparou-se em contribuições teóricas que são apresentadas na Dissertação de Mestrado de uma das autoras, Hila Martins Campos Faria. A dissertação, intitulada *Impacto do grupo de suporte em mulheres acometidas por câncer de mama*, foi defendida em 2014, na Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O texto deste artigo foi apresentado, com modificações, por uma de suas autoras, Isabella Cristina Barral Faria Lima, no V Simpósio de Psicossomática Psicanalítica, realizado em 2013 em São Paulo.

*² Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (Juiz de Fora, MG, Brasil).

*³ Doutoranda da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Brasil).

*⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora, MG, Brasil).

Introdução

O diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia usualmente acarreta intenso impacto emocional para quem o recebe, seja pelo temor aos desconfortos, às mutilações e às desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas nas esferas emocional, social e material que frequentemente ocorrem. Não obstante os avanços da medicina e a ampliação de informações difundidas pela mídia, o câncer, ainda compreendido como uma “sentença de morte”, geralmente é associado à dor e ao sofrimento (Silva, 2008; Tavares & Trad, 2005; Volich, 1998).

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres e o segundo tipo mais frequente a nível mundial, possuindo a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina. É considerado a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos (atrás do câncer de pulmão) e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. A estimativa para o Brasil no ano de 2016 foi de 57.960 novos casos de câncer de mama (Brasil, 2015).

Pela relevância da doença, não apenas como causa de morte, mas também por sua morbidade e comprometimento da qualidade de vida, são necessárias intervenções junto às mulheres que não se restrinjam exclusivamente às condutas clínicas. Tais intervenções precisam abarcar um conjunto de cuidados que permitam que cada uma dessas mulheres possa situar-se em sua nova condição, adaptando-se física, psicológica e socialmente a ela.

Nesse sentido, foi realizado durante quase uma década (2006 a 2015), no contexto de um Hospital Universitário vinculado ao Sistema Único de Saúde, o Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI), oferecido às mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com o propósito de promover o suporte emocional por meio da

troca de experiências entre as participantes, do acolhimento e da elaboração de medos e fantasias relacionados à doença, de maneira a fortalecer suas defesas egoicas, no sentido de alcançarem melhor equilíbrio psicossomático e qualidade de vida.¹ O grupo ocorria com frequência quinzenal, com aproximadamente uma hora e meia de duração, no espaço hospitalar, sendo aberto (integrantes poderiam entrar no grupo a qualquer momento) e homogêneo (composto por mulheres que têm ou tiveram câncer de mama). Segundo Mello Filho (2000), muitas vantagens do grupo homogêneo também estão presentes nos grupos heterogêneos (simpatia, privacidade, sofrimentos em comum); entretanto, quando se trata de uma questão mais íntima (por exemplo, a vida sexual das mulheres mastectomizadas, ou seja, daquelas que se submeteram à cirurgia para retirada total ou parcial da mama), a disposição para compreensão das vivências no grupo homogêneo é mais intensa.

O GAI foi constituído por mulheres dos 38 aos 91 anos, casadas, viúvas e solteiras; algumas aposentadas e satisfeitas com essa condição; outras desejavam muito continuar trabalhando, sendo o afastamento das atividades laborais sentido como extremamente negativo; algumas tiveram filhos, outras não, algumas têm netos, outras já têm bisnetos; algumas assinalavam grande incômodo com a perda da mama (mastectomia), outras nem tanto; algumas fizeram cirurgia de reconstrução da mama, outras diziam que jamais passariam por tal intervenção. Algumas mulheres estiveram no GAI desde seu início, outras foram chegando ao longo do tempo. Tratou-se, portanto, de um grupo com uma “homogeneidade profundamente heterógena” (Mello Filho, 2000, p. 135).

467

¹ O Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI) era uma das atividades do Projeto de Pesquisa e Extensão De Peito Aberto: Programa de Prevenção e Acompanhamento Integrado no Câncer de Mama, que visa assistir as usuárias do Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário através de um atendimento contínuo, integral e humanizado. A equipe do Projeto De Peito Aberto, composta por profissionais, residentes e acadêmicos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social, atua junto às mulheres e seus familiares desde a prevenção até o momento do diagnóstico, tratamento e reabilitação, possibilitando espaços de troca de experiências, de esclarecimentos, de expressão dos sentimentos e o acesso à informação acerca do câncer de mama e dos fatores a ele relacionados (Tergolino, Faria, Brito e Carvalho, 2013). O Projeto De Peito Aberto continua vigente e está vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Os encontros eram realizados por acadêmicos e profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social, porém sob a coordenação constante de uma profissional da Psicologia, tida como referência, pois, como afirma Dunley (2000), o vínculo com o psicoterapeuta é um dos principais fatores de agregação para o grupo.

Embora alguns autores considerem que o Grupo de Suporte tem o mesmo sentido e a mesma dinâmica que o Grupo de Apoio (Oliveira et al., 2008), optamos pelo termo Grupo de Suporte, na medida em que este encontra-se articulado a dois conceitos de suma relevância neste trabalho — o de Suporte Social e o de *holding* — destacando-se ainda o fato de que o Grupo de Suporte e o *holding* apresentam a mesma psicodinâmica, conforme será esclarecido adiante.

A proposta de trabalhar com esta modalidade de grupo baseia-se na premissa de que este é um excelente recurso terapêutico para lidar com pessoas doentes física ou psiquicamente, ou que vivem situações de crise existencial (Campos, 2000). Em outro trabalho, o mesmo autor reitera a necessidade de oferecer aos pacientes um ambiente de acolhimento, suporte e apoio que lhes permita pensar sobre a doença, expressar sentimentos relacionados a ela e estabelecer ligações entre a doença e sua vida (Campos, 1992). Conforme pondera esse autor, a condição inicial para o Grupo de Suporte é que as pessoas estejam reunidas de modo relativamente constante. Não há suporte se não há encontro.

468

Objetivos e metodologia

O conhecimento do diagnóstico de câncer de mama implica, geralmente, vivências extremamente dolorosas para as mulheres. Motivado pela pesquisa de mestrado de uma das autoras (Faria, 2014), procuramos neste trabalho, a partir do referencial psicanalítico, explorar as repercussões psíquicas do adoecimento de mulheres com câncer de mama, compreendendo o Grupo de Suporte como possibilitador da elaboração psíquica, que se dá por meio dos vínculos estabelecidos entre as mulheres participantes, e delas com os psicoterapeutas/facilitadores, no contexto do grupo.

A fim de preservar a identidade das mulheres envolvidas, os nomes atribuídos a elas são fictícios, inspirados em notáveis escritoras da literatura brasileira. Como material de análise, utilizamos a pesquisa documental que envolve o Livro de Registro do GAI, em que constam relatos dos encontros

desde o ano de 2008, a Ficha de Cadastro das participantes, construída pela entrevista individual realizada com todas as integrantes do Grupo e, com mais detalhes, os conteúdos suscitados a partir da dinâmica realizada em um dos encontros, em abril de 2013, no qual se manifestou com clareza para as psicoterapeutas/facilitadoras o foco de angústia das participantes. O encontro foi gravado e transcrito, com a autorização das participantes. Ressaltamos que não deixamos de considerar a experiência clínica das autoras no GAI. É também necessário demarcar que, por se tratar de um Hospital Universitário, que tem como objetivo, além da assistência, a formação, é comum que os pacientes sejam convidados a participar de diversas pesquisas.²

Com o propósito de explorar o impacto desorganizador do diagnóstico, as angústias e fantasias decorrentes da doença e seus desdobramentos, preparamos uma dinâmica de grupo que propiciasse o surgimento dos assuntos mais relevantes para elas. Dessa forma, propusemos que cada uma das participantes escrevesse acerca de um acontecimento marcante, anterior ou simultâneo ao descobrimento do câncer. Depois trocariam os papéis entre si, fariam a leitura na primeira pessoa (uma forma de se trabalhar a empatia), comentariam como se sentiram ao ler o que estava escrito e, por fim, poderíamos conversar livremente a respeito. Surpreendentemente, todas, sem exceção, escreveram sobre a descoberta diagnóstica, a mastectomia e as dificuldades enfrentadas durante o tratamento, como veremos adiante. Talvez essa tenha sido a forma que encontraram para expressar todo o sofrimento gerado pelas circunstâncias vividas com a doença. A direção do tratamento foi dada pelas mulheres, em um fenômeno grupal, já que todas as participantes responderam à dinâmica da mesma forma, o que parece ter sido favorecido pela oferta de um espaço acolhedor revestido de ética, respeito e vínculos estreitos.

469

O impacto traumático do diagnóstico

O trauma deve ser compreendido não como o acontecimento em si, mas o modo como esse acontecimento incide sobre o psiquismo de alguém e como ele é processado (Rudge, 2009). O termo *trauma* vem do grego e significa *ferida*. Na esfera da psicopatologia, designa “os acontecimentos que

² Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora.

rompem radicalmente com um estado de coisas do psiquismo, provocando um desarranjo em nossas formas habituais de funcionar e compreender as coisas impondo o árduo trabalho da construção de uma nova ordenação do mundo” (Rudge, 2009, pp. 8-9).

Geralmente o anúncio de um câncer não surge após algum sinal preexistente, sendo que muitas mulheres descobrem o câncer de mama, de maneira súbita e inesperada, através de exames e consultas de rotina. Dessa forma, Ferrant (2007) aponta que o anúncio do câncer abarca dois elementos típicos de um evento traumático: a falta de preparação psíquica do paciente e uma irrupção brutal de um afluxo externo. No mesmo sentido, Laplanche e Pontalis (2004) afirmam que o trauma se define pela intensidade do estímulo e a incapacidade de reação adequada do sujeito. Na fala de uma das participantes do GAI, ouvir do médico sobre o diagnóstico parece ter tido exatamente tais características:

Eu, quando soube [...] da notícia, eu desesperei. Pra mim [...] eu afundei na cadeira do consultório do médico e fiquei imaginando [...] porque outras pessoas tendo, é uma coisa [...] agora você, é diferente. Na hora eu nem pensei em Deus. Eu entrei foi em desespero. (Adélia, 61 anos, mastectomizada em 2001)

470

Na teoria freudiana, compreende-se o trauma como sendo constituído em dois tempos: num primeiro, uma cena de fora, cujo sentido não pode ser apreendido, produz impacto no psiquismo; e, num segundo tempo, um incidente lembra, a partir de um traço associativo, o primeiro tempo (Fuks, 2000). Essa associação e a nova significação que o primeiro momento ganha relacionam-se com o conceito freudiano de *Nachträglich* (ou a *posteriori* ou *après coup*). A tradicional concepção de causalidade prevê uma linearidade entre ações do passado e do presente; já o conceito de *Nachträglich* “indica que a cada momento, o presente se associa ao passado e transforma sua significação” (Rudge, 2009, p. 21).

Ferrant (2007) propõe que diagnósticos como o de câncer alteram o funcionamento do psiquismo, fazendo com que o sujeito vivencie aquilo que denomina “princípio do sofrimento”, em vez de vivenciar apenas o conflito entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. Para esse autor, as mudanças psíquicas decorrentes do efeito do diagnóstico de câncer fazem com que o funcionamento mental do sujeito se altere entre as lógicas da vida e da sobrevivência. É como se o psiquismo oscilasse entre uma “economia do desejo” e uma “economia da necessidade”. Isso ocorre devido à presença do

fantasma da morte, o imperativo de que o paciente terá que “suportar o insuportável” (Ferrant, 2007, p. 501). É o que podemos perceber nas falas a seguir:

Foi o momento mais difícil de minha vida, fiquei sem chão. Nada foi tão difícil em minha vida. [...] Desde o dia que fiquei sem mama, eu pensei que tudo estava acabado. (Rachel, 68 anos, mastectomizada em 2010)

É um choque terrível. O tratamento é horrível. Eu me perguntei será que sou eu mesmo que estou passando por isso? (Adélia, 61 anos, mastectomizada em 2001)

“O que faz a singularidade do trauma para um sujeito é [...] aquilo no que foi pego de surpresa” (Fuks, 2000, p. 124). O acontecimento factual, no caso o diagnóstico da neoplasia mamária, toma um significado diferente para cada uma das mulheres, pois a notícia é compreendida a partir de suas próprias fantasias e de suas histórias particulares. Em termos econômicos, podemos afirmar, de acordo com Laplanche e Pontalis (2004), que o traumatismo se caracteriza pela impossibilidade de elaborar psiquicamente as excessivas excitações que invadem o sujeito.

Como destaca Ferrant (2007), é importante que os profissionais da saúde não atribuam uma hipótese causal — seja física ou psíquica — para a doença, pois essa posição é possivelmente mais prejudicial para o paciente, uma vez que pode provocar duas posturas impossíveis de serem elaboradas: a *inocência imposta* (em que o paciente não teria nada a ver com a doença) e a *culpabilidade imposta* (que define um motivo pessoal para a doença ter sido desenvolvida). Muito distante dessa determinação, um paciente diagnosticado com um câncer necessita fazer um trabalho de urgência para poder se apropriar do que se passa com ele. Esse trabalho de elaboração psíquica, de apropriação de sua própria doença, faz emergir antigos conflitos psíquicos não solucionados e fragmentos da história do sujeito.

É possível observar no trecho a seguir a presentificação do desamparo vivido na ocasião da descoberta diagnóstica, a necessidade de elaboração psíquica da vivência traumática e a conexão entre passado e presente, no sentido de uma vivência do passado ter desencadeado sentimentos que ainda se fazem presentes, demonstrando a subjetividade temporal.

Eu não esperava que aquilo fosse acontecer comigo. Eu já passei antes, por outras coisas e Deus nunca me abandonou, sempre me amparou. E não é dessa vez que ele vai me deixar na mão. (Adélia, 61 anos, mastectomizada em 2001)

A elaboração psíquica pode ser compreendida como o trabalho que o aparelho psíquico realiza com objetivo de “dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 143).

Como será abordado mais claramente adiante, o processo que se desenvolveu no GAI, através do trabalho dos profissionais envolvidos e também das relações estabelecidas entre as participantes do grupo, favoreceu a elaboração psíquica do trauma vivenciado e o fortalecimento egoico, possibilitando, dessa maneira, o enfrentamento dos efeitos psicossociais da doença. No GAI, buscamos abordar o câncer de mama sob a perspectiva da experiência subjetiva da enfermidade, considerando a maneira singular de cada mulher lidar com o câncer de mama, com os tratamentos e com as consequências advindas dos mesmos.

Volich (1998) esclarece que a maneira com a qual as mulheres lidam com a doença está diretamente relacionada às representações e aos significados muito particulares que elas têm de suas doenças e de seus corpos. Essas mesmas razões contribuem para que alguns casos de câncer, com excelente prognóstico, evoluam, inesperadamente, de maneira fatal; ou que, ao contrário, um paciente com prognóstico desfavorável, de maneira surpreendente, evolua bem, podendo até mesmo atingir a cura; ou, ainda, para que algumas reconstruções da mama, consideradas perfeitas pelo cirurgião plástico, desencadeiem nas pacientes uma profunda depressão.

Nesse sentido, a psicanálise viabiliza uma considerável ampliação da compreensão da doença e do adoecer ao introduzir a ideia de um corpo simbólico. A enfermidade somática torna-se, desse modo, veículo de uma mensagem inconsciente, carregada de conteúdos, apreensões e expectativas arcaicas, que só a atenção bem dirigida do profissional pode evidenciar. Por este enfoque, a queixa de um paciente e seu posicionamento frente à doença tornam-se traduções particulares de mobilizações inconscientes que se produzem em articulação com o anatomofisiológico. Assim, a doença é vivenciada de modo singular e coerente com a dinâmica interna da pessoa que adocece. Esse processo reflete a interação entre estes elementos individuais/internos, as características da doença e fatores ambientais, considerando-se aí o grupo familiar e o social, mas também o profissional da saúde e, eventualmente, uma equipe ou uma instituição. O corpo do sujeito doente será, então, como um cenário por onde desfila sua história imaginária, remetendo às experiências que participaram de sua constituição (Schmidt & Mata, 2008), principalmente àquelas relacionadas às situações de perdas.

Suporte Social e Grupo de Suporte

O Suporte Social é um construto importante neste trabalho, pois é a partir dele que se define Grupo de Suporte, além de oferecer subsídios para se pensar as repercussões psíquicas do adoecimento.

É consensual a compreensão do Suporte Social como um conceito complexo, dinâmico, e a maneira como é percebido varia de acordo com as circunstâncias (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Esse conceito foi sendo construído nos campos da Psicologia Social e da Saúde Comunitária em torno de duas premissas básicas: o estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários próximos, capazes de proporcionar sentimento de proteção e apoio às pessoas envolvidas; e a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos (Campos, 2007). Suporte Social, portanto, se refere a uma forma de relacionamento grupal em que prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. A rede grupal constituída é solidária, tem papéis definidos e ocorre de maneira constante e contínua. O resultado é um sentimento de coesão e de apoio que empresta ao grupo subsídios para o enfrentamento da realidade vivida (Cobb, 1976). Campos (2000) define Grupo de Suporte como aquele que funciona como Suporte Social para seus membros. Ressaltamos que, segundo Campos (2007), o Suporte Social faz coexistir um fato ao mesmo tempo social e psicológico.

Enfatiza-se hoje a importância do Suporte Social na redução do impacto de vivências estressoras, no aumento da qualidade de vida de indivíduos saudáveis ou doentes (Ribeiro, 1999) e no bem-estar físico e psicológico, funcionando como agente protetor da saúde (Pietrukowicz, 2001). O Suporte Social refere-se ao suporte emocional ou prático ofertado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, enfim, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (Antunes & Fontaine, 2005).

A assistência oferecida no GAI pretendia ser uma fonte de Suporte Social, estando nela envolvido também o apoio emocional. O trabalho de grupo, subsidiado pela teoria psicanalítica, visava, primordialmente, promover e fortalecer os recursos psíquicos das mulheres afetadas pela enfermidade, possibilitando o enfrentamento da doença e a integração social. Nele, era destacada, principalmente, a dimensão subjetiva presente na experiência do adoecimento e dos tratamentos realizados, buscando compreender e intervir nos mecanismos psíquicos envolvidos em todo o processo. A dimensão

inconsciente não poderia deixar de ser considerada por estar implícita em tais mecanismos psíquicos e na relação engendrada entre a paciente e a doença.

O apoio emocional e social que se fornece por meio da intervenção grupal é de suma importância para que o trabalho seja capaz de promover os recursos psíquicos necessários para o enfrentamento da doença e a integração social das participantes. Campos (2007) ilustra bem o papel do Suporte Social, sendo possível compreender o contexto em que se insere o Grupo de Suporte com mulheres com câncer de mama:

O Suporte Social se apresenta em momentos em que o indivíduo, na vida adulta, se mostra fragilizado, em crise, ameaçado na sua integridade. Ele busca alguém que o acolha, que o apoie. Busca alguém que “cuide” dele. Assim como no *holding*, para que o Suporte Social funcione, torna-se necessário um adequado relacionamento cuidador-cuidado ou, em termos winnicottianos, um provedor suficientemente bom, capaz de captar e atender as necessidades do receptor, oferecendo-lhe carinho, cuidado, acolhimento, reconhecimento, compreensão e informação. (p. 84)

E logo em seguida:

474 O Suporte Social é uma função atenuada e síntese do que em época remota foi função primordial e progressiva. Defendemos, pois, a ideia de que o Suporte Social funciona como atualização ou revivência do *holding* em situações que o indivíduo se sinta vulnerável ou ameaçado em sua integridade física ou psicológica. (p. 84)

É nessa vertente que o Grupo de Suporte, como uma estratégia de intervenção psíquica e social, funciona como Suporte Social para os seus membros na medida em que contribui para melhorar a qualidade de vida, o equilíbrio psicossomático e o aumento da sobrevida, através da integração psíquica e do fortalecimento dos recursos defensivos para o enfrentamento da enfermidade oncológica (Faria, 2014).

Grupo de Suporte como *holding* e seu potencial integrador

Fui orientada a participar do GAI (Peito Aberto), quando eu ia desistindo da reconstrução, o grupo me deu força para continuar. Fiz a reconstrução da minha mama direita, agora só falta a aréola. Estou muito feliz, pois ganhei uma mama nova. (Lygia, 38 anos, mastectomizada em 2012)

Tive um grande apoio no GAI, fiz terapia e tive força. No momento que estou aqui sinto tão bem e só agradeço por todas essas pessoas que cuidaram de mim. (Rachel, 68 anos, mastectomizada em 2010)

Para compreendermos a função básica do Grupo de Suporte, que é proporcionar trocas afetivas, cuidados mútuos e sentimento de coesão e apoio, utilizaremos o conceito winnicottiano de *holding*. O verbo da língua inglesa *to hold* significa conter, segurar, sustentar, relacionando-se, dentro do referencial winnicottiano, sobretudo, ao ato da mãe segurar fisicamente seu bebê. Campos (2007) ressalta o aspecto afetivo do *holding* na medida em que, através dele, a mãe comunica o seu amor.

O conceito se refere “ao conjunto de cuidados que o ambiente, sobretudo representado pela mãe, dispensa ao bebê” (Campos, 2007, p. 55). A “boa” provisão de cuidados, ou seja, aquela que atende as necessidades do bebê, considerando sua fragilidade e imaturidade, é que permitirá o satisfatório desenvolvimento psicológico da criança.

Conforme Winnicott (1988a), a função primária do *holding* é a de garantir ao bebê o desenvolvimento do estado de não integração para o de integração, sendo que esta última “parece estar ligada às experiências emocionais ou afetivas de caráter mais definido, como a raiva ou a excitação” (Winnicott, 2001, p. 7) e não acontece automaticamente, necessitando de condições suficientemente boas. Aos poucos o bebê vai se integrando e a volta à não integração não é necessariamente fonte de ansiedade, caso alguém proporcione a ele um senso de segurança. Não integração e desintegração são conceituações winnicottianas distintas. A não integração é um estado anterior à integração, e não é causa de angústias. A boa integração do *self*, quando ocorre, é após a separação do objeto primário. Já a desintegração é sempre dolorosa e pode acontecer devido a alguma falha no processo de desenvolvimento nesse período da separação. A desintegração é compreendida por Winnicott como o oposto da integração (Winnicott, 1988a).

Schmidt e Mata (2008) destacam que, dos cuidados prestados pela mãe ao bebê, formam-se registros psíquicos derivados do prazer e desprazer corporais que, articulados entre si como traços inconscientes de memória, determinam uma referência afetiva a cada aspecto do funcionamento do corpo. Assim, se estabelece a ponte entre o somático e o psíquico, criando, pouco a pouco, a trama de imagens afetivas a que se refere o corpo simbólico.

As articulações entre as inúmeras imagens de cuidado que farão parte da vida de um sujeito irão compor o seu mundo interno, o que inclui as representações de desprazer e prazer, dor e alívio, capacidades e impotências,

apreensões e confiança, entre tantas outras, transformadas em registros a partir de sensações corporais. Isto irá caracterizar um Eu, de que o corpo passará a ser a sede. A sobrevivência deste Eu se confundirá com a sobrevivência do corpo que, atingido pelo adoecer tenderá a desencadear, em algum nível, uma desarticulação subjetiva, que se dá por um caminho regressivo em direção às apreensões e aos expedientes psíquicos com que encarava primitivamente sua própria impotência (Schmidt & Mata, 2008).

Campos (2007) menciona os efeitos do *holding* no decorrer da vida adulta:

A dinâmica instituída pelo *holding*, ou o conjunto de cuidados oferecidos à criança pelo ambiente provedor, além de contribuir para a estruturação de um *self* coeso, confiante e criativo, fica registrada como experiência a ser resgatada, ou revivida, em momentos de crise ou vulnerabilidade. (p. 69)

Dois relatos de mulheres do GAI, nos quais é narrada a descoberta do câncer, evidenciam o momento de vulnerabilidade vivenciado por elas.

476 *Apareceu no seio, assim, pequeno, mas eu achei que não era nada. Aí foi crescendo, crescendo. O médico falou pra mim voltar daqui dois anos. [...] [a seguir refere-se ao momento de retorno ao médico, após dois anos]. Aí chegou, na hora que ele me chamou, eu entrei... Mas aí me deu um nervoso, me deu um repente assim, que se eu ficasse mais nervosa, acho que eu pulava nele. “E a senhora, quê que é?”. E eu com o resultado da chapa, da radiografia na bolsa. Eu só fiz assim com a blusa, ó. [gesto brusco como se estivesse levantando a blusa e mostrando o seio, demonstrando raiva]. “Agora eu quero ver o que que você vai fazer comigo, que o senhor mandou eu voltar daqui há dois anos e eu estou aqui. Dois anos! O que que o senhor vai fazer comigo?” [...] Ah, mas não chorei, nem nada. [...] Na hora que ele me chamou... eu fui lá. Ele ficou apavorado. Aí chamou os estudantes que estavam lá... Todo mundo ficou apavorado. [...] Aí mandaram bilhetinho pro doutor X, ... lá vou eu no doutor X. Quando eu cheguei lá no doutor X, ele falou assim... olhou, olhou... ficou apavorado. [...] [foi para outro médico] Chegou lá, ele me chamou... Ele não tinha visto ainda não. Quando ele viu, ele ficou apavorado. Aí chamou o colega dele do lado, da outra sala. Ele veio... ele viu e falou assim: “Meu Deus do céu! Manda ela pro Hospital! [...] Manda pra qualquer hospital, que ela tem que ser operada agora.” (Carolina, 74 anos, mastectomizada em 2007)*

Fica explícito o sentimento de incerteza e de raiva de Carolina ao descrever o que representaram para ela as reações que os médicos tiveram

diante de sua doença, todos eles *apavorados*, encaminhando-a de um lado para outro, através de *bilhetinhos*. O *pavor* mencionado pela paciente refere-se ao tamanho do tumor mamário que, de tão grande, chegava a provocar deformação na mama.

Segundo Winnicott (1958, citado por Dias, 2008), “a ansiedade mais antiga é aquela relativa a ser segurado de um modo inseguro” (p. 113). No momento da descoberta da doença, Carolina não recebeu o amparo necessário, já que foi *segurada de um modo inseguro* pelos profissionais de saúde que a assistiam, podendo, no entanto, trabalhar sua angústia e ser acolhida no GAI. Já Lygia, parece ter experienciado a descoberta diagnóstica de maneira mais satisfatória:

Quando eu tive a doença, o resultado da biópsia que a doutora X me passou, primeiramente ela falou muito de Deus pra mim, falou que eu tinha ganhado na loteria e que eu tinha 90% de chance de vida. Que não era pra me desesperar, porque ela sempre ia estar lá para me ajudar. Então assim, eu chorei. Meu namorado também chorou. Mas ao mesmo tempo eu me senti fortalecida naquele momento. Recebi uma notícia triste, mas ao mesmo tempo eu fui amparada. Então assim, foi difícil pra mim em algumas partes, né? É ... como... como que eu vou te explicar... é... em querer entender o por que que estava acontecendo aquilo comigo, né? Mas eu acredito também que ninguém recebe uma notícia dessa sem estar preparado. Não tem como você receber uma notícia dessa sem estar preparada. Eu não tive medo de morrer. Em todos os aspectos... Porque quando eu fui fazer a cintilografia óssea, o doutor X conversou comigo sobre vários tipos de câncer. Então eu estava sendo preparada por vários tipos de profissionais. Então eu resolvi, para cortar o mal pela raiz, eu resolvi tirar a mama inteira. Foi uma opção minha. Independente se ia dar certo ou não. Eu escolhi, eu assinei o termo, eu que quis. [...] Ao mesmo tempo que eu fiquei sabendo da notícia, eu perdi o chão, mas foi ao mesmo tempo colocado debaixo de novo. (Lygia, 38 anos, mastectomizada em 2012)

477

Como podemos observar, o relato de Lygia é marcadamente diferente do de Carolina. Lygia, ao perder o chão, sente que algo ou alguém o recoloca sob seus pés, demonstrando sentimentos de amparo e proteção.

Segundo Campos (2007), existe uma relação indissociável entre *cuidador e cuidado*, ficando aquela experiência da relação entre mãe e bebê marcada na psique e podendo ser novamente vivenciada em momentos de vulnerabilidade, tal como no processo do adoecer. De acordo com o autor, “se o *holding* nos

estruturou, o retorno a ele nos reabastece” (p. 38), pois o cuidado ofertado à criança dará margem a sentimentos de segurança ou de insegurança na vida adulta, que serão transferidos para a relação com aquele que cuida.

Nessa lógica, o Grupo de Suporte pode ser considerado um espaço no qual as necessidades infantis, originais de um ambiente protetor e acolhedor, capaz de contribuir para a integração, sejam atendidas (mesmo que parcialmente) e, gradualmente, vá restituindo ao paciente sua capacidade de reunir as partes de seu psicossoma desintegrado pelas circunstâncias traumáticas que podem ter sido vividas como tal com o surgimento da doença.

De acordo com Winnicott (1988b), o *holding* também pode caracterizar o trabalho de profissionais que se propõem a prestar cuidados à saúde do paciente. A este respeito, Campos (2007) menciona a importância do *holding* ofertado pelos profissionais de saúde e explica que “o paciente, vulnerabilizado pela doença, comporta-se psicologicamente como um bebê e anseia encontrar um ambiente cuidador capaz de lhe propiciar o resgate de sua integridade” (p. 74). Contudo, no Grupo de Suporte, não apenas a equipe de profissionais de saúde, mas toda a rede grupal, constituída também pelas mulheres participantes, pode representar um *ambiente familiar* no qual cada integrante mostre-se desejoso de cuidar do outro, como uma mãe que se sensibiliza e se disponibiliza para cuidar de seu bebê. Apenas nessas condições a ação do Grupo de Suporte se constitui num ato de cuidar, favorecendo o estabelecimento de relações muito semelhantes às que ocorrem no grupo familiar original.

Em dinâmica realizada anteriormente (Livro de Registro do GAI), quando as mulheres foram questionadas sobre o que receberam e o que ofereceram ao grupo, as participantes, anonimamente, deram como respostas:

Eu recebo no grupo orientação, muitas coisas que não sabia fiquei sabendo, amizade. E ofereço a minha amizade.

Eu recebo muito carinho e ofereço muito carinho e amor ao grupo. Ajuda. Fé.

Apoio para seguir adiante, sem medos.

Carolina, que recebera um *holding* precário durante o curso inicial de sua doença, tanto por parte de alguns profissionais, quanto de sua família, destaca a importância do GAI pelo que este a fizera sentir-se mais leve, mais crédula:

Por isso que às vezes o pessoal pensa... eu não penso, porque eu vivi. Que às vezes a gente vir aqui... “Ah, é bobagem, fica falando bobagem”.

A gente tem que vir pra crer. [...] A gente sai leve, né?! (Carolina, 74 anos, mastectomizada em 2007)

As respostas fornecidas pelas participantes, assim como vários outros relatos produzidos no GAI, evidenciaram a presença de um componente afetivo nas relações estabelecidas, que é o principal elemento propiciador do *holding*.

Considerações finais

Durante os anos em que o GAI ocorreu, foi possível observarmos melhora na qualidade de vida e na saúde mental das mulheres, a partir de suas próprias manifestações. Isso se deve, sobretudo, aos processos de identificação que ocorrem no compartilhamento dos problemas dentro de um grupo, o que pode se tornar uma poderosa fonte de alívio e de possibilidade de elaboração da situação traumática vivida com a doença. O trabalho possibilitou que as integrantes dividissem suas angústias, esperanças, limitações, dificuldades e dúvidas, propiciando o enfrentamento e a superação do sofrimento decorrente do adoecimento por câncer de mama. Realizamos no GAI a aposta de que, ao suspender as teorias causais, as quais estabelecem uma relação de causa e efeito no que se refere ao adoecimento, abríamos espaço para que as mulheres pudessem elaborar suas perdas, dores e medos.

Dessa forma, podemos pensar o GAI como uma instância representativa de um ambiente familiar acolhedor, que promoveu uma atmosfera favorecedora de suporte social, de compartilhamento de sentimentos, de fortalecimento psíquico para o enfrentamento de situações difíceis tais como a descoberta diagnóstica e o lidar com os tratamentos e suas repercussões psicossociais. Além desses recursos, destacamos a oportunidade de encontro que o Grupo propiciava no âmbito da educação em saúde, informação e discussão de questões existenciais. É importante marcar que as mulheres do grupo usualmente demonstravam o desejo de ofertar e de receber cuidados, sendo que “a motivação para cuidar provavelmente mobiliza no cuidador a necessária agudeza de sensibilidade que lhe permite captar as necessidades de quem é cuidado” (Campos, 2000, p. 65).

Para Dias (2008), a tendência inata para a coesão psicossomática “não pode ser suposta como dada [...] é preciso haver a presença viva e contínua de um ser humano” que propicie “a experiência de estar reunido no olhar

e no colo” (pp. 110-111). Assim como o trabalho realizado pelos primeiros cuidadores de um bebê, o Grupo oferta o *holding* para suas integrantes. Entendemos que esse retorno ao *holding* (Campos, 2007), a partir do suporte promovido pelo Grupo, é fundamental nos casos de mastectomia em que há uma modificação corpórea radical, na qual uma ferida narcísica e uma ameaça de morte se fazem tão presentes. Dunley (2000) afirma que o corpo que é acometido por um câncer é um “corpo enlutado, não um corpo erótico” (p. 353) e que existe a necessidade de que “o medo da morte seja sentido, [e] que a experiência da mutilação seja vivida como dolorosa” (p. 353). No GAI, as participantes encontraram um ambiente acolhedor e propício para que a vivência desse luto relacionado às perdas decorrentes da neoplasia fosse experimentado de forma mais segura e integrada.

A maneira com a qual a mulher lida com a doença está diretamente relacionada às representações e significados muito particulares que elas têm de suas doenças e de seus corpos (Ferrant, 2007; Volich, 1998). Ao serem abordados no GAI temas como autoestima, sexualidade, autocuidado, qualidade de vida, climatério, estigma, preconceito e trabalho, acreditamos que as mulheres puderam dar novos significados às suas doenças e a outras experiências marcantes que viveram.

480

Como afirma Dunley (2000), o Grupo de Suporte pode contribuir para a prevenção de metástases, assim como para o aumento da sobrevivência, da qualidade de vida e até para a cura, pois a prevenção está relacionada com a capacidade de as pacientes subjetivarem a perda da mama, para não sucumbirem ao medo da morte e à depressão ansiosa que ela acarreta. De acordo com a autora, muitos trabalhos científicos mostram que as funções linfocitárias estão alteradas em estados psicológicos diversos, como nas situações de estresse e de depressão, o que pode levar o organismo a um estado de imunodepressão propício ao desencadeamento de um câncer. Em outras palavras, sabemos que “a desorganização das defesas psíquicas coincide com a desorganização das defesas biológicas” (Fuks, 2008, p. 313). Com base na fundamentação teórica apresentada e na análise do material produzido, podemos concluir que o suporte psicossocial oferecido no GAI contribuiu para o fortalecimento psíquico e a consequente melhora das defesas somáticas das mulheres que dele participaram.

Justificativa de participação: Hila Martins Campos Faria é autora da Dissertação de Mestrado intitulada *Impacto do grupo de Suporte em Mulheres Acometidas por Câncer de Mama* que embasou parte do arcabouço teórico do

presente artigo, e participou ainda da concepção e planejamento do estudo, produção e análise dos dados e redação do artigo. Isabella Cristina Barral Faria Lima participou da concepção e planejamento do estudo, produção e análise dos dados e redação do artigo. Maria Stella Tavares Filgueiras orientou e participou da revisão final do artigo.

Referências

- American Psychological Association [APA] (2012). *Manual de publicação da APA/ American Psychological Association*. (D, Bueno; trad.; Nunes, M. L. T., rev. tec., 6ª ed.). Porto Alegre, RS: Penso.
- Antunes, C., & Fontaine, A. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social Support Appraisals. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(32), 355-366. Recuperado em 22 jul. 2017 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2005000300005>.
- Brasil (2015). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: INCA.
- Campos, E. P. (1992). O paciente somático no Grupo Terapêutico. In J. Mello Filho, & M. Burd, *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Campos, E. P. (2000). Grupos de Suporte. In J. Mello Filho, *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Campos, E. P. (2007). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Dias, E. O. (2008). O distúrbio psicossomático em Winnicott. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & W. Ranña (Orgs), *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dunley, G. (2000). Grupos com pacientes mastectomizadas: aplicações da psicanálise no trabalho institucional. In J. Mello Filho, *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Faria, H. M. C. (2014). *Impacto do grupo de suporte em mulheres acometidas por câncer de mama*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG.
- Ferrant, A. (2007). Psychopathologie de l'adulte. Pôle psychosomatique. In R. Roussillon (Org.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris, França: Elsevier Masson.

- Fuks, L. B. (2000). A insistência do traumático. In L. B. Fuks, & F. C. Ferraz (Orgs.). *A clínica conta histórias*. São Paulo, SP: Escuta.
- Fuks, L. B. (2008). Trauma, elaboração psíquica e desorganização somática. In R. M. Volich, R. M., F. C. Ferraz, & W. Ranña (Orgs), *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Mello Filho, J. (2000). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.
- Oliveira, L. M. et al. (2008). Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em Grupos de Suporte, *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 432-438. Recuperado em 22 jul.1027 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300008>.
- Pietrukowicz, M. (2001). *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Ribeiro, P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558. Recuperado em 22 jul.1027 de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311999000300010&lng=pt&tlng=pt.
- Rudge, A. M. (2009). *Trauma: psicanálise passo-a-passo*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Schmidt, E., & Mata, G. F. (2008). Transferência e iatrogenia na relação médico-paciente, *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(1), 37-40.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica, *Psicologia, Saúde e Doenças*, Lisboa, 4(2), 185-204.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e o sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino, *Psicologia em Estudo*, 13(2), 231-237. Recuperado em 22 jul.2017de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>.
- Tavares, J. S. C.; & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas, *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 426-435. Recuperado em 22 jul.2017 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200009>.
- Tergolino, B. M., Faria, H. M. C., Brito, N. M., & Carvalho, S. M. (2013). De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama. In M. S. T. Filgueiras, G. G. Gonze, & R. A. N. D. Villela (Orgs.), *Residência em Psicologia: novos contextos e desafios para a formação em saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.

ARTIGOS

- Volich, R. M. (1998). Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fantas(má)tica da hereditariedade, *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 1(2), 137-152.
- Winnicott, D. W. (1988a). *O ambiente e os processos de maturação* (2. ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1988b). *Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento individual* (2. ed.) São Paulo, SP: Martins Fontes.

Resumos

(The Support Group as a holding promoter for women with breast cancer)

Anchored on psychoanalysis and on the concept of social support, this paper aims to explore the psychic repercussions of the illness of women with breast cancer and the reintegration potential by the Support Group. The results point to the strengthening of the women's psychosomatic defenses, by means of the ties created in the Group, regarded as a space that promotes holding, by providing social support, sharing of feelings and better psychological and somatic integration, making social reintegration and the confrontation of the disease possible.

Key words: Support group, breast neoplasia, psychic trauma, psychosocial factors

(Le Groupe de Soutien comme espace promoteur de holding pour des femmes ayant un cancer du sein)

Sur la base de la psychanalyse et du concept de soutien social, ce travail vise à explorer les répercussions psychologiques de la maladie des femmes atteintes du cancer du sein et de la réinsertion potentielle du Groupe de Soutien. Les résultats indiquent un renforcement des défenses psychosomatiques à travers des liens établis au sein du groupe, considéré comme un espace promoteur de maintien, pour apporter un soutien social, partage de sentiments et une meilleure intégration entre le psychique et le somatique, rendant ainsi possible la réinsertion sociale et la lutte contre la maladie.

Mots clés: Groupes de soutien, néoplasie mammaire, traumatisme psychique, facteurs psychosociaux

(El Grupo de Apoyo como un espacio de promoción de sostén (holding) entre mujeres con cáncer de mama)

Basado en el psicoanálisis y en el concepto de apoyo social, este trabajo pretende explorar las repercusiones psíquicas, entre las mujeres, repercusiones

provenientes del diagnóstico de cáncer de mama, y el potencial de reintegración del Grupo de Apoyo. Los resultados apuntan al fortalecimiento de las defensas psicosomáticas de las mujeres, a través de los vínculos establecidos dentro del Grupo, que es considerado un espacio que promueve el sostén (holding) al proporcionar apoyo social, permitir compartir sentimientos y promover una mejor integración entre lo psíquico y lo somático, haciendo posible la reintegración social y el manejo de la enfermedad.

Palabras clave: Grupos de apoyo, neoplasia mamaria, trauma psíquico, factores psicosociales

(Die Unterstutzungsgruppe als Raum der das „Holding“ fördert für Frauen mit Brustkrebs)

Basierend auf die Psychoanalyse und auf das Konzept der sozialen Unterstutzung, zielt diese Arbeit darauf ab, die psychischen Auswirkungen der Erkrankung bei Frauen mit Brustkrebs und das Wiedereingliederungspotential einer Unterstutzungsgruppe zu erforschen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die psychosomatische Widerstandskraft der Frauen durch die in der Gruppe geknupften Verhältnisse gestärkt wurde. Die Gruppe wird als Raum beschrieben, der das Holding fördert, da sie soziale Unterstutzung leistet, es erlaubt Gefühle zu teilen, die Integration psychologischer und somatischer Aspekte fördert, die soziale Wiedereingliederung ermöglicht und den Patientinnen hilft, die Krankheit zu konfrontieren.

Schlüsselwörter: Unterstutzungsgruppe, Brust-Neoplasie, Psychisches Trauma, Psychosoziale Faktoren

Citação/Citation: Faria, H. M. C., Lima, I. C.B. F., Filgueiras, M. S.T. (2018, setembro). O Grupo de Suporte como espaço promotor de *holding* para mulheres com câncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(3), 465-485. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n3p465.4>.

Editores do artigo/Editors: Profa. Dra. Ana Maria Rudge e Profa. Dra. Sonia Leite.

Recebido/Received: 15.5.2018/ 5.15.2017 **Aceito/Accepted:** 13.6.2018 / 6.13.2018

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

ARTIGOS

Financiamento/Funding: As autoras declaram não terem sido financiadas ou apoiadas / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: As autoras declaram que não há conflito de interesses / The authors have no conflict of interest to declare.

HILA MARTINS CAMPOS FARIA

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz Fora. Professora do Curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (Juiz de Fora, MG, Br).
hila.jf@hotmail.com

ISABELLA CRISTINA BARRAL FARIA LIMA

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Belo Horizonte, MG, Br). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, com bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Membro do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG.
Avenida Antônio Carlos, 6627, FAFICH, Sala 4040 UFMG, *Campus Pampulha*
Belo Horizonte, MG, Br
isa.farialima@gmail.com ou isabarral@ufmg.br

MARIA STELLA TAVARES FILGUEIRAS

Psicanalista. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br). Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RJ (Rio de Janeiro, RJ, Br). Ex-Professora Associada e Ex-Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora, MG, Br). Ex-Coordenadora da Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde do HU-UFJF.
stellarc@uol.com.br



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.