

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
HECI
PSICOLOGIA – ATENÇÃO AO CÂNCER

THAMIRIS MONTEIRO MORENO

CÂNCER GINECOLÓGICO E BRAQUITERAPIA: A
SUBJETIVIDADE EM QUESTÃO

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES
JANEIRO/2020

CÂNCER GINECOLÓGICO E BRAQUITERAPIA: A SUBJETIVIDADE EM QUESTÃO

GYNECOLOGICAL CANCER AND BRACHYTHERAPY: THE SUBJECTIVITY IN QUESTION

MORENO, Thamiris Monteiro¹
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira ²
TEIXEIRA, Kathia Braga da Silva³

RESUMO

O câncer de colo de útero está entre as doenças crônicas não transmissíveis mais incidentes no Brasil. A radioterapia externa e a braquiterapia são uma das principais estratégias para o seu tratamento, a braquiterapia (do grego, terapia próxima) é uma modalidade de radioterapia onde a fonte de radiação é posicionada próxima a área a ser tratada. A braquiterapia é um procedimento invasivo em que a mulher é colocada em posição ginecológica durante a exposição à radiação. Devido às particularidades da braquiterapia, têm-se como questão de pesquisa a investigação dos aspectos subjetivos relacionados a este tratamento. Para tal, trata-se de uma revisão narrativa de literatura e análise do material a partir do método cartográfico, usando como referencial teórico a esquizoanálise, que propõe a ruptura com o modelo clássico de uma psicologia que concebe um sujeito previamente constituído e inserido em relações inteiramente dadas. As discussões colocadas apontam para a importância da escuta e da autonomia da mulher em tratamento, marcando a comunicação efetiva como excelente ferramenta para a produção de um cuidado integral e efetivo, que reduz o sofrimento e auxilia o profissional da psicologia trabalhar as demandas subjetivas e emocionais, produzindo saúde mesmo mediante a um tratamento.

Palavras-chave: Braquiterapia; Câncer Ginecológico; Subjetividade; Psicologia.

ABSTRACT

The Cervical cancer is among the most common non-communicable diseases in Brazil. External radiotherapy and brachytherapy are one of the main strategies for its treatment. Brachytherapy is a type of radiotherapy where the radiation source is positioned near the area to be treated. Brachytherapy is an invasive procedure in which a woman is placed in a gynecological position during radiation exposure. Due to the particularities of brachytherapy, the research question is the investigation of subjective aspects related to this treatment. For such, it is a narrative review of

¹ Psicóloga Residente do Programa de Residência Multiprofissional em atenção ao câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, thamismmoreno@gmail.com

² Gustavo Zigone de Oliveira Ribeiro, enfermeiro mestre em administração de empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.ribeiro@heci.com.br

³ Kathia Braga da Silva Teixeira, Psicóloga pós-graduada e coordenadora do serviço de psicologia no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, kathiabraga@hotmail.com

literature and analysis of the material from the cartographic method, using as schizoanalysis, which proposes the break with the classic model of a psychology that conceives a subject previously constituted and inserted in relationships. entirely given. The discussions pointed to the importance of listening and autonomy of women in treatment, marking effective communication as an excellent tool for the production of comprehensive and effective care, which reduces suffering and assists the psychologist to work with subjective and emotional demands, producing health even through treatment.

Keywords: Brachytherapy; Gynecological cancer; Subjectivity; Psychology.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de adoecimento e óbito na população mundial. Segundo Brasil (2018), as DCNT foram responsáveis, em 2015, por 51,6% dos óbitos na população dentro da faixa etária de 30 a 69 anos no país. A World Health Organization (2013) aponta que entre as DCNT's mais comuns estão as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes, onde o câncer, neste contexto, corresponde a 21% dos óbitos.

Como descrito por Kersul (2014), câncer é o nome dado ao crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras partes do corpo. Ferlay *et al.* (2013) aponta que em 2012 ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos pela doença, sendo nos países desenvolvidos mais predominantes os cânceres de pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto e nos países de baixo e médio desenvolvimento os de colo de útero, estômago, esôfago e fígado.

No Brasil a estimativa para os anos de 2018-2019 é da ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, apresentando taxas de 8,1% para a incidência do câncer de colo de útero. O estudo realizado no ano de 2017 pontua que a taxa de incidência se difere de acordo com a região do país pois as variáveis envolvendo as condições sociais, econômicas e acesso à saúde pública de qualidade tem influência direta na incidência do câncer de colo uterino (INCA, 2017).

O câncer de colo de útero é uma lesão neoplásica que acomete o órgão,

Stewart e Wild (2014) apontam vários fatores envolvidos na formação da neoplasia, entretanto as infecções geradas pelo vírus HPV é o principal deles, onde o HPV16 e HPV18, dentre os 13 tipos oncogênicos, são os mais associados. Além da infecção pelo HPV, estão associados ao câncer ginecológico o uso prolongado de contraceptivos orais, devido ao estrogênio, e o tabagismo.

Conforme apontado por INCA (2017), os principais tipos de tratamento para o câncer de colo de útero podem ser a cirurgia, a radioterapia ou a quimioterapia e, diante de tal cenário, de acordo com Ayoub *et al.* (2000) cerca de pelo menos metade dos pacientes que passam por tratamento oncológico farão uso da radioterapia em algum momento.

A radioterapia, de acordo com Almeida *et al.* (2008) é um método capaz de destruir as células tumorais através de feixes de radiação, buscando erradicar as células tumorais preservando o máximo possível as áreas saudáveis. Ela pode se apresentar em diferentes modalidades, sendo as utilizadas no tratamento de câncer de colo de útero a teleterapia (do grego, terapia à distância), onde os feixes de radiação são aplicados de maneira externa, e a braquiterapia (do grego, terapia próxima), onde a fonte de radiação fica a uma curta distância da área a ser tratada, podendo entrar em contato ou até mesmo ser implantada na região que deve ser tratada (SCAFF, 1997).

Conforme apontado por Frigato e Hoga (2003), a paciente diagnosticada com câncer colo uterino que é submetida à braquiterapia é colocada em posição ginecológica para a introdução das sondas e aplicadores que, ligadas a fonte radioativa, emitem a dose de radiação calculada para o tratamento. Esta rotina se repete durante todas as sessões calculadas para o tratamento.

A partir das particularidades instaladas com o tratamento de braquiterapia e levando em consideração a dimensão biopsicossocial do sujeito, Pereira (2011) aponta para a necessidade do resgate das dimensões humanas, onde a subjetividade e o cuidado se tornam elementos essenciais.

É importante salientar que a subjetividade aqui é vista através dos processos de subjetivação, onde fala-se sobre a subjetividade como processualidade, como produção que a todo tempo inventa modos de existência, modos de agir, de sentir e

de pensar no mundo (TEDESCO, 2006). Nesta perspectiva a subjetividade não está dada como algo individual e imutável, pelo contrário, ela se produz e se modifica a todo tempo nas relações, caracterizando-se como processos. Portanto, falar sobre a subjetividade dessas mulheres é falar sobre as relações, sobre as redes de conexão que as constituem enquanto sujeito.

Sendo assim, o presente texto pretende discutir sobre os processos de subjetivação a partir do olhar da esquizoanálise e construir possíveis ferramentas de cuidado direcionados a mulheres diagnosticadas com câncer do colo e corpo do útero indicadas ao tratamento de braquiterapia. Tais ferramentas não pretendem funcionar de maneira rígida, mas sim servirem de apoio para uma prática singular desenvolvida a partir da experiência entre a equipe e mulher assistida, levando em consideração os relatos destas mulheres e a análise de quais processos de subjetivação estão sendo engendrados, podendo auxiliar na construção de autonomia, bem-estar e modos de vida produtores de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão narrativa de literatura que, como descrito por Rhoter (2007), não utiliza critérios enrijecidos e não se propõe a esgotar as fontes de informação, sendo a seleção do material e sua interpretação sujeita a análise crítica do pesquisador. A filiação metodológica da análise deste material é respaldada no método cartográfico apresentado por Gilles Deleuze e Felix Guattari no livro *Mil Platôs* (PASSOS; BARROS, 2010).

Sob a perspectiva teórica da cartografia, Deleuze e Guattari (1995) apontam seu princípio “inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real”, onde compreende-se a pesquisa como um posicionamento ético-político no campo da experiência, em que sujeito e objeto de pesquisa emergem de sua relação, como processo (BARROS; KASTRUP, 2010). Nesta ótica, a escolha metodológica pretende apreender o contexto da pesquisa na área social, que como sugerida por Foucault, “só pode se fazer aos poucos, a partir de uma reflexão (necessariamente

histórica em algumas de suas dimensões) sobre situações dadas” (FOUCAULT, 2012, p.251).

Para o procedimento da pesquisa foram feitas buscas pelos descritores “braquiterapia”, “subjetividade” e “psicologia” nas bases de dados *lillacs*, *Bvs* e *Scielo*, os descritores foram buscados tanto na língua portuguesa como na língua inglesa e espanhola. O material levantado foi lido e transformado em fichamentos, que foram analisados inspirado no método cartográfico, com o suporte de livros e publicações de autores da área da saúde e da psicologia que discutem os temas propostos para discussão, como embasamento dentro da psicologia foi utilizado o referencial teórico da esquizoanálise, produzindo assim um trabalho bibliográfico.

DESENVOLVIMENTO

Produção de Saúde, uma discussão possível na oncologia

Na década de 1980 o campo da saúde inicia uma discussão acerca de uma nova temática: a promoção de saúde. Segundo Buss (2003) o conceito de promoção de saúde visa debater sobre as condições que são favoráveis, necessárias e indispensáveis para a promoção e proteção da vida humana, Costa (2012) aponta que tal discussão deve considerar os fatores que determinam o processo saúde-doença da sociedade que se analisa, levando em consideração aspectos como a violência, o desemprego e subemprego, o saneamento básico (ou falta do mesmo), a qualidade e/ou existência de habitação, as condições climáticas e ambientais entre outros.

Nesta perspectiva, se é possível falar sobre promoção da saúde, é preciso também discutir acerca da produção de saúde. A portaria nº 687 de 2006, que apresenta a Política Nacional de Promoção da Saúde, se refere a produção de saúde como "produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias".

Saúde, neste caso, é pensada na perspectiva de Canguilhem (2009) e não

tem o sentido de ausência de doença, mas a possibilidade de criação de estratégias e saídas para que a vida possa ser potencializada. Um organismo doente é aquele que imobiliza-se diante do obstáculo que se coloca à sua frente.

(...) Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2009, p. 148).

A vida, não a saúde - e menos ainda a doença – como Hinkelammert (1990) atenta-nos, é a condição última de possibilidade de todas as ações e construções humanas, já não é possível que haja qualquer ação ou construção humana fora do marco da vida. Estabelecer uma correlação entre vida e saúde prescinde repensar as implicações da relação entre doença e saúde, na medida em que considerar a saúde como negação da doença implica separar saúde de vida. Aqui a proposta é de pensar a vida como condição de possibilidade de ações onde a potência reside justamente nesta possibilidade de agir e, ao mesmo tempo, a vida se torna o critério de avaliação da ação, pois as ações sugerem a afirmação da potência da vida (NIETZSCHE, 1998).

Segundo Fontoura e Lanzetta (2019), em oncologia costuma-se a associar a saúde como a ausência da evidência de doença, entretanto, o desafio proposto aqui é a possibilidade em pensar a saúde não como a ausência da doença, mas como criação de estratégias para que a vida possa ser potencializada (CANGUILHEM, 2009), permitindo a construção de estratégias de cuidado que possibilitem a potencialização da vida frente aos sujeitos diagnosticados e em tratamento contra o câncer.

O Câncer ginecológico e a Braquiterapia: uma possível contribuição da esquizoanálise

O câncer de colo de útero, segundo dados do INCA (2017), apresentaria o número de 16.370 novos casos no biênio de 2018/2019, tendendo a se tornar o terceiro mais comum entre as mulheres brasileiras. Diante deste número expressivo

e da complexidade deste tratamento que, também segundo o INCA (2017), envolve a cirurgia, radioterapia (externa e braquiterapia) e quimioterapia. Barros (2008) aponta em seu trabalho a importância de aprofundar a investigação sobre a experiência das pacientes com esse diagnóstico que passam pelo tratamento, considerando não apenas os aspectos conscientes, mas também questões inconscientes e subjetivas.

Neste trabalho, o referencial teórico utilizado para discutir a subjetividade dentro da psicologia é o pensamento esquizoanalítico, que rompe com o modelo clássico de uma psicologia que concebe um sujeito previamente constituído e inserido em relações inteiramente dadas: “Partimos mais da ideia de uma economia coletiva, de agenciamentos coletivos de desejo e subjetividade que, em algumas circunstâncias, alguns contextos sociais, podem se individualizar” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 232).

Nesta perspectiva, a esquizoanálise formulada por Deleuze e Guattari a partir dos livros o Anti-Édipo (1972) e Mil Platôs (1980), estabelece uma crítica direta não só a psicanálise, mas a corrente estruturalista, que segundo Orlandi (1995), privilegia algumas dimensões da constituição subjetiva em detrimento de outras. Emerge então, na Esquizoanálise, uma nova proposta de olhar, uma teoria que interessa-se pelos sujeitos, grupos e instituições na sua composição com o mundo, se debruçando a compreender a mobilidade existencial do sujeito considerando suas interações como processos de subjetivação, afinal o homem se constrói a partir de inúmeras relações e se desconstrói em diversas outras (CASSIANO; FURLAN, 2013).

Fazendo-nos pensar nas influências do meio nos processos de subjetivação e emocionais, Humphrey P, *et al* (2018) apresenta dados mostrando que de dez estudos sobre questões psicológicas envolvendo o câncer ginecológico, nove relataram que a braquiterapia causou ansiedade e sofrimento para a maioria das mulheres e, além disso, dois estudos relataram o aumento do sofrimento na experiência de mulheres com falta de informação antes do procedimento. Na perspectiva da esquizoanálise, que se propõe a pensar a saúde a partir dos agenciamentos, que estão além de uma estrutura psíquica dada, e que englobam

elementos de ordem material, biológica, política e social é uma aposta que se considere cada um destes componentes e como elas podem interferir na resposta emocional das mulheres que passam por este tratamento.

Araújo (2018) aponta em seu estudo sobre o significado da dor para mulheres em braquiterapia que, em relação ao sofrimento emocional, as mulheres relatam suas angústias relacionadas ao fato de serem portadoras de uma enfermidade de prognóstico incerto. O autor aponta ainda que em seus discursos as mulheres trazem preocupações com familiares, medo da morte e com as limitações físicas impostas pela doença. Toriy (2015) pontua sobre os impactos na resposta física das pacientes frente às implicações emocionais vivenciadas pelas mesmas, apontando para a relação entre o estado de saúde em geral e a qualidade de vida das mulheres após a braquiterapia.

É importante marcar, neste sentido, como este corpo do qual falamos é um corpo que passa por inúmeras intervenções e, por isso, passa a constituir-se de forma diferenciada a partir delas. Tais intervenções são marcadas por aquilo que Foucault vem a chamar de relação de saber-poder, onde os detentores do saber atuam de tal forma a exercer o poder que se tem sobre aquele sujeito: a partir do tratamento, quem passa a saber e falar sobre o corpo não é mais o sujeito e sim a equipe de saúde (FOUCAULT, 1979). Segundo Foucault, "(...) não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder" (FOUCAULT 1986, p.28).

Essas relações de saber-poder intervêm atingindo aquilo que é a realidade mais concreta do sujeito, o seu corpo. Foucault (1979) considera o corpo como a superfície onde os acontecimentos se inscrevem e, por isso, ao hospital constituir-se enquanto ambiente de saber sobre o corpo, o mesmo depara-se com o risco de ser o ambiente que cala o sujeito,

(...) onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica, contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos (FOUCAULT 1975/1986, p.175).

Humphrey P. *et al* (2018) em sua pesquisa analisa 22 estudos e, dentre eles, dois relataram o aumento do sofrimento na experiência de mulheres com falta de informação antes do procedimento de braquiterapia. Um estudo brasileiro, realizado por Soares (2016), também aponta para o mesmo problema ao identificar que o não esclarecimento sobre o tratamento por parte da equipe acarretou em reações aumentadas de medo nas mulheres que realizaram o procedimento. Dzaka e Maree (2016), encontram resultados semelhantes em um estudo realizado em um hospital universitário na África do Sul, onde grande maioria das participantes relataram não se sentir preparada para o tratamento, queixando da falta de informação durante o procedimento. Esses achados na literatura apontam para os riscos do endurecimento da prática frente às relações hierárquicas de poder, onde o saber da equipe se sobressai e quem recebe o tratamento não participa efetivamente das decisões acerca do mesmo.

Em uma perspectiva nacional, Riccieri *et al.* (2019), ao discutir sobre a passividade daqueles que estão em tratamento, lembra-nos dos desgastes que esses sujeitos passam até obter o diagnóstico e serem encaminhados à unidade de tratamento especializado, sobretudo dentro da realidade do SUS. As autoras discutem, entre alguns pontos, sobre as dificuldades de acesso e diagnóstico decorrentes da falta de subsídios efetivos para o sistema único de saúde e sobre o desamparo produzido pelos poucos direitos trabalhistas - ou inexistentes, nos casos de alguns trabalhadores autônomos -, que acabam por acarretar a demora na procura por atendimento médico ao constatar a dificuldade em ausentar-se do trabalho para realizar exames e exercer o autocuidado. Tais fatores, ainda segundo as autoras, levam os pacientes a sentirem alívio quando, finalmente, chegam à unidade de tratamento especializado, alívio este que somado aos impactos gerados pelo tratamento (em seu corpo e relações familiares/sociais) o levam a um comportamento passivo e pouco questionador.

É importante salientar que a discussão sobre as dificuldades do acesso dessas mulheres ao serviço de saúde pública se fazem de extrema importância, visto que, segundo Girianelli *et al.* (2014) os números de mortalidade por câncer de colo do útero são diretamente relacionados com os indicadores negativos de nível

socioeconômico, demonstrando os atravessamentos de fatores políticos e sociais na vida e saúde da população. Segundo Brasil (2002), essa correlação é resultado justamente das dificuldades econômicas, geográficas e de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e do HPV (sua lesão precursora), que acontecem devido a insuficiência de serviços que disponibilizam o exame preventivo, além das questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros.

Ainda sobre o corpo desta mulher que passa pelo tratamento de braquiterapia, Araújo (2018) em sua pesquisa correlaciona o sofrimento emocional com o medo em relação às limitações físicas impostas pelo tratamento e pela própria doença. O mesmo autor ainda aponta para a influência de fatores como a sexualidade e a possibilidade de mutilação (por histerectomia, entre outras cirurgias).

O desafio que se coloca, portanto, é oferecer cuidado sem assujeitar⁴ aquele que passa pelo tratamento. Como podemos pensar sobre o trabalho do psicólogo inserido neste contexto? O trabalho de produção de saúde a partir da esquizoanálise nos deixa pistas de uma possível atuação, justamente por atuar em uma perspectiva contra-hegemônica a partir de seu posicionamento ético-estético-político – ético por afirmar a diferença, não tratando um conjunto de regras tomadas como um valor em si (isto seria moral); estética por apostar na criação; e política por lutar contra as forças de homogeneização que obstruem o devir e sabotam a diferença, buscando comportamentos tipicamente iguais em pessoas com histórias e experiências de vida diferentes (ROLNIK, 1993b).

A Escuta como estratégia de cuidado

Uma comunicação eficiente é fundamental para o cuidado integral e humanizado. O Art 7º da Portaria nº 1820 de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, afirma que “Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.”, ainda

⁴ Pêcheux (1997) se remete ao **assujeitamento** como uma estratégia onde o sujeito é atravessado por diversos discursos (neste contexto, o discurso da equipe de saúde) e encontra-se assim sem controle sobre si próprio, aquilo que diz ou que pensa.

neste artigo, o Inciso IV, Parágrafo 4º designa que “As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa”. Neste sentido, Bertachini (2012) atenta-nos para a importância do protagonismo da comunicação para a efetivação de um cuidado humanizado, lembrando que o acolhimento e a escuta atenta são os principais pilares da comunicação terapêutica.

Arantes (2012) se remete a escuta como sendo o que permite ao sujeito “adquirir e dizer o discurso verdadeiro”. É a partir da escuta que, além de se validar a vivência do outro, é possível traçar em conjunto um plano de cuidado baseado na autonomia. A autora, inspirada nas discussões de Foucault em “A Hermenêutica do Sujeito”, indica ainda que para se escutar “é fundamental uma economia dos gestos e palavras, um silêncio ativo e um certo recolhimento, que se opõem à tagarelice”.

Ainda segundo Bertachini (2012), ao efetivar-se esta modalidade de escuta, amplia-se prática de modo a atender o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, pactuando assim os acordos nos processos de cuidado sem assujeitar aquele que está em tratamento, permitindo e promovendo a autonomia. A autora aponta também essa ampliação do olhar para o sujeito como um grande “desafio para os profissionais que trabalham em hospitais com a formação lógica médico-centrada e que marca a produção em saúde” (BERTACHINI, 2012, p. 509).

A escuta, nesse contexto, possibilita um melhor acompanhamento por parte da equipe que, conseqüentemente, proporciona um cuidado integral à mulher que está em tratamento de braquiterapia. O cuidado integral se torna necessário, sobretudo nesta perspectiva, considerando dados como o de Araújo (2018), que ao falar sobre a dor no tratamento de braquiterapia relata que a dor se manifestou de duas maneiras entre as participantes da pesquisa: como dor física, que decorre do processo orgânico de adoecimento e como dor emocional, representada pelo sofrimento psicológico que a patologia ocasiona.

Partindo do pressuposto da atuação de equipe a partir do referencial interdisciplinar, que conforme elucidado por Miranda e Onocko Campos (2010) estabelece uma relação de troca entre os saberes, tecnologias e modos de atuação

sem assumir um caráter rígido, constituindo assim um trabalho pautado na organização coletiva das relações e das práticas entre os diferentes profissionais que constituem a equipe. Dessa forma, os espaços de escuta são comuns à psicólogos, médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais que têm contato com as mulheres em tratamento. Assim, o papel específico do psicólogo, conforme exposto por Simonetti (2006), é oferecer um olhar à dimensão psíquica do sujeito em tratamento e sua posição diante do processo de adoecimento, levando em consideração a dimensão subjetiva desta experiência.

Como estratégia de cuidado e escuta que direciona o trabalho para a aposta na singularidade do sujeito e sua autonomia, de forma a produzir saúde e modos de vidas possíveis e potentes, o profissional psicólogo pode lançar mão de ferramentas de trabalho que facilitem e auxiliem neste processo. Uma dessas estratégias, além da escuta individual e trabalho em equipe interdisciplinar, é o grupo com mulheres que irão passar, estão ou já passaram pelo tratamento de braquiterapia. (FERNANDES, 2002; ARANTES, 2012.)

Neste sentido, Fernandes (2002), lembra-nos como o grupo é capaz de funcionar de forma efetiva entre aqueles que fazem parte do contexto a partir do compartilhamento de emoções comuns. Hoepers e Tomanik (2019) apontam para como no funcionamento do grupo, conteúdos e vivências pessoais podem ser compartilhadas entre as pacientes, estabelecendo identificações e vinculações que auxiliam e dão suporte na construção de sentido daquilo que é vivenciado.

A proposta do grupo surge, então, como uma das múltiplas possibilidades de trabalho mediante a experiência com essas mulheres e em consonância com o que tem trazido as produções científicas acerca do sofrimento vinculado ao tratamento braquiterápico. Há de se pensar, neste sentido, que o grupo não se caracteriza como um único modelo de intervenção possível, mas como uma proposta que pode e deve ser adaptada e repensada de modo a se ter sempre em vista aquilo que é de maior importância neste processo e que aparece na literatura, como relatado por Rosa e Sales (2017), como uma grande questão nesta modalidade de tratamento: ouvir a voz e fornecer cuidado às mulheres que passam pela braquiterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como discorrido ao longo deste trabalho, o tratamento de braquiterapia - assim como o próprio diagnóstico - se caracteriza como um momento delicado para as mulheres em tratamento de câncer ginecológico. Para oferecer um cuidado integral e efetivo à essas mulheres é necessário uma equipe interdisciplinar disposta a ouvir e acolher as demandas dessas mulheres, que por muitas vezes falarão da dor e do sofrimento experienciado.

Para tal compreensão, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam em uma posição horizontal em relação à paciente, priorizando uma comunicação efetiva, de forma a não assujeita-la e permitindo-a ter voz e autonomia diante do tratamento e dos processo de saúde-doença vivenciados. O profissional psicólogo, neste sentido, atua acolhendo e trabalhando as demandas subjetivas colocadas neste momento, auxiliando na elaboração do processo e sofrimento vivenciado de forma a produzir saúde mesmo mediante a um tratamento.

Como estratégias de trabalho, o profissional psicólogo inserido em uma equipe interdisciplinar pode lançar mão do trabalho de grupo, além do atendimento individual e da escuta e acolhimento das com mulheres que passarão, já passaram ou estão passando pelo tratamento de braquiterapia. O grupo aparece aqui como uma ferramenta potente de trabalho ao ser capaz de oferecer não só um ambiente de acolhimento como também um espaço para troca de experiências e elaboração do momento vivenciado, aproximando as mulheres que passam por experiências semelhantes.

É importante salientar que este trabalho pretende ser um disparador para demais produções nesta área, vista a escassez de literatura sobre a atuação do psicólogo e da equipe interdisciplinar mediante a mulher em tratamento de radioterapia e braquiterapia e a falta de discussões acerca de temas como produção de saúde e autonomia dentro da oncologia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. H. R. B. *et al.* Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61,n. 4,p. 482-487, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400014&lng=en&nrm=iso>. acessado em 03 Jan. 2020.
- ARANTES, E M M. **Pesquisar na diferença. Um abecedário: Verbete escutar.** Porto Alegre: Editora Salina, 2012.
- ARAÚJO, C. R. G. *et al.* O Significado da Dor Para Mulheres em Braquiterapia Ginecológica: Abordagem Fenomenológica na Consulta de Enfermagem. **Rev. Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p.612-618, jul. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6034/pdf_> acessado em 03 Jan. 2020.
- AYOUB, A. C. *et al.* **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica.** São Paulo (SP): Lemar; 2000.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Pista 3: Cartografar é acompanhar processos. Em: Passos, E. Kastrup, V. Escóssia, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2010.
- BERTACHINI L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. 36(3):507-20. **Mundo Saúde**, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf> acessado em 24 Out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a Vigilância de DCNT.** 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>> acessado em 22 de nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Falando Sobre Câncer do Colo do Útero.** Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf> acessado em 10 Nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Diário Oficial da União.Seção 1, n. 155. 14 de agosto de 2009.
- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASSIANO, M; FURLAN, R. **O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise**. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 25, n. 2, p. 373-378, 2013 .

COSTA, Márcio Luis; BERNARDES, Anita Guazzelli. Produção de saúde como afirmação de vida. **Rev. Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 822-835, Dec. 2012 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400003> acessado 05 Nov. 2019.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol, I. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. (Coleção TRANS).

DZAKA, A. D.; MAREE, J. E. Experiences of women receiving high dose rate brachytherapy for cervical cancer at an academic hospital. **Southern African Journal of Gynaecological Oncology**, Volume 8, 2016. Disponível em:
<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20742835.2016.1257174>> acessado 15 Dez 2019.

FERLAY, J. *et al.* **Cancer incidence and mortality worldwide**. GLOBOCAN 2012 v1.0, Lyon, France: IARC, 2013. Disponível em:
<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/04/Ferlay_et_al-2015-International_Journal_of_Cancer.pdf> acessado em 06 Jan. 2020.

FERNANDES, I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In G. T. D. Guimarães (Org.), **Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva** (pp. 37-59). Porto Alegre: EDIPUCRS. 2002.

FONTOURA, N; LANZETTA, R. Cuidado em saúde: reflexões acerca da autonomia do sujeito no adoecimento oncológico. **Cadernos de Psicologia**. Rio de Janeiro, N 5, p. 23-30. INCA, 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos: estratégia, poder-saber**. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, v.4, 2012.

FRIGATO S, HOGA L. A. K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Rev Bras Cancerol**. v. 49, n. 4, p. 209-214, 2003. Disponível em:
<<https://pdfs.semanticscholar.org/db74/86eb40c3c3682357ab8509654e3bfc09fdc1.pdf>>. Acesso em: 06 Jan. 2020.

GIRIANELLI, V R; *et al.* Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 459-467, June 2014 .

HINKELAMMERT, F. **Crítica a la razón utópica**. San Jose: DEI, 1990.

HOEPERS, A. D.; TOMANIK, E. A. **(Co)construindo Sentidos: O Grupo Como**

Dispositivo De Enfrentamento à Violência Doméstica Contra as Mulheres.

Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 31, e214338, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100224>. Acesso em: 12 Out. 2019.

HUMPHREY P, *et al.*, **The experiences of women receiving brachytherapy for cervical cancer: A systematic literature review**, Radiography, Londres, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2017. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>> Acesso em: 15 Out. 2019.

KERSUL, A. P. Enfrentamento do câncer: riscos e agravos. **Rev. enferm UFPE** on line. P1230-1236. 2014.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p.1153-1162, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2010000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> acessado em 15 Dez. 2019.

NIETZSCHE, F. **Ecce Homo: como alguém se torna o que é**, tradução, notas e posfácio Paulo César de Sousa – São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ORLANDI, L. B. L. **Pulsão e Campo Problemático**. In: A. H. DE MOURA. As Pulsões. São Paulo: Escuta/EDUC, 1995, p.143-195.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Pista 8: Por uma política da narrativa. Em: PASSOS, E. KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p. 150-171. 2010.

PECHEUX, M. A. **Análise do Discurso: Três Épocas**. (Trad. De J. de A. Romualdo). In: GADET, F. & HAK, T. (orgs.) Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Editora da UNICAMP, pp. 311-318, 1997.

PEREIRA, T. T. S. O *et al.* **O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco**. Mental, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011 .

Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272011000200002&script=sci_abstract>. Acesso em: 03 Nov. 2019.

RICCIERI, A. B. *et al.*, **Autonomia no cuidado oncológico: construções possíveis**. Cadernos de Psicologia . Rio de Janeiro, N 5, p. 23-30. INCA, 2019.

ROLNIK, S. **Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético\estético\política no trabalho acadêmico**. Cadernos de Subjetividade. 1(2), 241-251. 1993b.

Disponível em:

<<http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>>. Acesso em: 22 Dez. de 2019.

ROSA, M.; SALES, C. Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 15 maio 2017. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a11.pdf>>. Acesso em: 03 Jan. 2020.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001> acesso em: 06 Jan. 2020.

TEDESCO, S. **As práticas do dizer e os processos de subjetivação. Interação em Psicologia**, 10(2), 357-362. 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7694/5486>>. Acesso em: 09 Out. 2019.

SCAFF, Luiz A. M. **Física da radioterapia**. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report: 2014**. Lyon: IARC, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/>. Acesso em: 06 Jan. 2020.