

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

MARINA PIRES CARINO

**Ampliando sentidos e partilhando cuidado:
grupo de suporte para mulheres em tratamento oncológico**

Rio de Janeiro

2019

MARINA PIRES CARINO

**Ampliando sentidos e partilhando cuidado:
grupo de suporte para mulheres em tratamento oncológico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientador: Keila de Moraes Carnavalli

Rio de Janeiro

2019

C277 CARINO, Marina Pires.

Ampliando sentidos e partilhando cuidado: grupo de suporte para mulheres em tratamento oncológico / Marina Pires Carino. – Rio de Janeiro : INCA 2019.
27f.

Orientador: Keila de Moraes Carnavalli.
Monografia (Residência Multiprofissional em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019.

1. Neoplasias uterinas. 2. Neoplasias dos genitais femininos. 3. Psicologia em saúde. I. Carnavalli, Keila de Moraes. II. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. III. Título.

CDD 616.99414

MARINA PIRES CARINO

**Ampliando sentidos e partilhando cuidado:
grupo de suporte para mulheres em tratamento oncológico**

Avaliado e Aprovado por:

Me Keila de Moraes Carnavalli

Dr^a Rosilene Souza Gomes

Dr^a Maria Liana Gesteira Fonseca

Data: __/__/__

Rio de Janeiro
2019

AGRADECIMENTOS

A todos que me apoiaram e ajudaram neste percurso: minha família; amigos e amigas quase irmãos; às residentes da psicologia parceiras de jornada (minhas “ovelhinhas!”), às preceptoras de cada campo por onde passei, que tanto me ensinaram, acolheram e inspiraram; à banca, pela generosidade de contribuir e pensar junto; às pacientes, algumas das mulheres mais incríveis que já conheci e, por último, mas não menos importante, à minha orientadora, por ser sempre parceira e dedicada, uma inspiração. Todo trabalho é sempre coletivo.

RESUMO

O artigo teve como objetivo discutir o trabalho com grupos enquanto potente espaço de acolhimento, produção de cuidado e promoção de saúde em oncologia, tendo como referência teórico-metodológica o Construcionismo e a Poética Social. Foi feito um estudo qualitativo, de observação participante, do Grupo de Suporte Psicológico Pré-radioterapia para mulheres no Hospital do Câncer II, no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Rio de Janeiro, de junho a agosto de 2018. Foram observados quatro grupos, totalizando 20 participantes, todas em tratamento oncológico (para câncer de colo de útero e endométrio). As potências identificadas no trabalho com o grupo foram: a coletivização do cuidado, ampliação de estratégias e recursos, acolhimento do sofrimento, valorização de diferentes vivências, conversações mais colaborativas e a pluralidade de vozes. Assim, o trabalho com grupos mostra-se valioso do ponto de vista clínico e político, devendo ser mais explorado nas práticas e pesquisas no campo da saúde e oncologia.

Palavras-chave: Oncologia, Neoplasias Uterinas, Grupo de Suporte, Psicologia em Saúde

ABSTRACT

The goal of the article was to discuss the use of groups as a powerful device to offer hospitality, to produce care and to promote health in oncology, using Constructionism and Social Poetics as the theoretical framework. This is a qualitative research with observant participation that studied the Pre-radiotherapy Psychological Support Group for women in the Hospital do Câncer II, part of the Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), in Rio de Janeiro, between June and August 2018. Four groups were selected, with a total of 20 participants, all undergoing gynecological cancer treatment (for cervical and endometrial cancer). The results showed that the strengths of working with groups were: more collective care, amplifying strategies and resources, embracing suffering, valuing different experiences, collective conversations and plural voices. Support groups are valuable clinical and political tools to be further explored in health and oncology practices and research.

Key-words: Medical oncology, Uterine Neoplasms, Support Group, Health Psychology

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	METODOLOGIA.....	9
2.1	A Poética Social: o que produzem as relações.....	10
3	RESULTADOS.....	11
3.1	Grupo 1: “Doença não dá em poste.”.....	12
3.2	Grupo 2 : “Se Ele fizer, é Deus. Se não fizer, continua sendo Deus.”.....	13
3.3	Grupo 3: “Uma palavra boa, uma palavra que sustenta.”.....	14
3.4	Grupo 4: “Você não pode achar que é culpada.”.....	16
4	DISCUSSÃO.....	17
4.1	“É vocês com a gente!”: a importância do acolhimento no cuidado em saúde.....	17
4.2	“Úteros com defeito”: sentidos e significados atribuídos à experiência do câncer ginecológico	18
4.3	“É, que a gente quer conversar né, e aí vai se encaixando as histórias.”: A potência do grupo e a coletivização do cuidado.....	19
4.4	“Nos cumprimentou, conversou, nos ouviu, não mediu ‘Ah, não, essa aqui é escura, entendeu?’”: atravessamentos de classe, raça e Gênero.....	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	ANEXO 1: Regras de envio da revista.....	26

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende discutir o trabalho com grupos enquanto potencial espaço de acolhimento, produção de cuidado e promoção de saúde em oncologia, a partir do referencial do Construcionismo e da Poética Social. Trata-se de uma síntese da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Oncologia no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Foi feito um estudo qualitativo, de observação participante, do Grupo de Suporte Psicológico Pré-radioterapia para mulheres com câncer ginecológico no Hospital do Câncer II, referência em tratamento desse tipo de tumor.

O câncer ginecológico refere-se ao conjunto de doenças que se originam nos órgãos genitais e reprodutivos femininos (ovários, endométrio, colo de útero, vagina e vulva). Dentre estes, o câncer de colo de útero destaca-se por ter maior incidência (INCA/Ministério da Saúde, 2017) e por seu forte marcador socioeconômico, mais encontrado em populações vulneráveis. Estes tumores, por conta de avanços tecnológicos e detecção precoce, mostram-se passíveis de prevenção e tratamento eficaz quando em estágios iniciais. No entanto, no Brasil, configuram-se como a quarta causa de morte de mulheres por doenças oncológicas (Barcelos *et al.*, 2017). Com isso, milhares de mulheres estão morrendo de uma doença potencialmente tratável e curável, em sua maioria negras e pardas, com baixa escolaridade, baixa renda e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (Thuler, 2008).

A Política Nacional de Atenção Oncológica propõe a atenção integral à saúde, discutindo a mesma enquanto conceito amplo, ligado a aspectos biológicos, psicológicos, ambientais e sociais (Ministério da Saúde, 2005). No entanto, como discutem Carnavalli e Gomes (2013), o cuidado à saúde da mulher em tratamento de câncer ainda gira em torno do modelo biomédico tradicional. Há predominância de tratamentos normativos e prescritivos, com objetivos centrados na cura, focados na doença e seus sintomas, e não no cuidado em uma concepção mais ampla e plural. Ainda segundo as autoras, em um campo onde os corpos das mulheres, historicamente, foram e continuam sendo reduzidos às suas funções reprodutivas e fisiológicas, há complexos mecanismos de biopoder em ação produzindo efeitos nas representações destas sobre si mesmas e seus papéis sociais. Assim, o diagnóstico pode abalar sentidos acerca da autoimagem, autoestima, feminilidade e sexualidade, e impactar relacionamentos interpessoais. Há a associação dos cânceres ginecológicos com falta de

autocuidado, higiene ou promiscuidade sexual, provocando culpabilização, estigmatização, sofrimento e, muitas vezes, uma baixa adesão ao tratamento (Carnavalli; Gomes, 2013).

Assim, o trabalho em saúde no campo da oncologia mostra-se desafiador e complexo pela magnitude do impacto da doença, dos sintomas e efeitos causados pelo próprio tratamento, atingindo diversos aspectos da vida das pacientes. Rasesa e Rocha (2010) defendem a potência das práticas grupais, pois alinham-se aos princípios de universalidade do acesso, integralidade e controle social do SUS. Isso se daria pela possibilidade de partilha de sofrimento e experiências, oportunizando a ampliação de formas de entendimento e significação do processo saúde-doença, e a produção de saúde e construção de relações de cuidado mais horizontais e coletivas. Os grupos contribuiriam para a “democratização do acesso à saúde no país, permitindo a participação da comunidade em sua atenção integral de acordo com suas necessidades específicas e a variabilidade de crenças e costumes” (Rasesa; Rocha, 2010, p.36). Neste cenário, os grupos configuram uma interessante proposta ético-política de dispositivos menos individualizantes, baseados no coletivo, afinados com os princípios do SUS (Barros, 2007) e a promoção de saúde, em sua concepção ampliada.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, por meio de observação participante do Grupo de Suporte Psicológico Pré-radioterapia com mulheres com cânceres ginecológicos, na cidade do Rio de Janeiro, de junho a agosto de 2018. O Hospital do Câncer II/INCA faz parte do SUS e possui um setor para tratamento desse tipo de tumores. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Instituição (CAAE: 87651718.0.1001.5274). Foram acompanhados quatro encontros dos grupos, número definido por questão de limitação temporal.

Antes da sessão, as pacientes agendadas foram abordadas na sala de espera, sendo fornecida uma breve apresentação do grupo, a explicação da proposta e objetivos da pesquisa e convite à participação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Caso uma participante se recusasse a fazer parte, o grupo não seria observado. Todas as mulheres abordadas aceitaram. Os grupos foram coordenados por três psicólogas: duas *staffs* e uma residente. Nos encontros, eu me sentava junto ao grupo, fazendo intervenções ocasionais, para obter informações. Como era residente no mesmo campo, houve o cuidado de não incluir nenhuma participante atendida por mim individualmente, antes ou depois do estudo.

O grupo faz parte do fluxo de tratamento da instituição, sendo constituído por usuárias diagnosticadas com câncer ginecológico que recebem a indicação de tratamento clínico, ou seja,

não cirúrgico, com indicação de sessões de radioterapia, combinadas ou não com quimioterapia, e acompanhamento multidisciplinar. Em geral, isso significa que essas mulheres possuem uma doença em estadiamento avançado, podendo vivenciar sintomas, limitações, impactos psicológicos e interpessoais do diagnóstico e adoecimento. De acordo com o fluxo de tratamento, todas as pacientes com indicação de radioterapia são agendadas para um encontro no grupo de suporte com a psicologia e uma palestra multidisciplinar com objetivo de fornecer informações e orientações específicas, com profissionais da enfermagem, nutrição e serviço social, que ocorre em outro momento. A passagem pelo grupo configura um atendimento ambulatorial, sendo realizado um encontro único com cada grupo de mulheres, com duração de cerca de uma hora e meia. Cada encontro conta com o mínimo de duas e o máximo de oito pacientes por vez. Seus objetivos são a oferta de acolhimento e suporte emocional, a troca de experiências entre as participantes e identificação de demandas para acompanhamento psicológico posterior. Para muitas, o grupo é o primeiro contato com a psicologia e o único espaço coletivo institucionalizado de escuta e troca, onde podem falar acerca do impacto do diagnóstico, do adoecimento e do processo de tratamento, entre outros.

Foi realizada a gravação em áudio dos encontros e posterior transcrição, bem como a produção de diários de campo, entendidos como registros de afetações e observações, como discutido por Favret-Saada (2005). As pacientes foram identificadas por pseudônimos.

Houve a preocupação de ter como objeto de estudo os grupos em si, enquanto espaço de troca e (re)construção de narrativas (Rasera; Japur, 2007). A análise dos dados foi realizada com base no método da Poética Social aplicada ao trabalho com grupos, como proposto por Guanaes (2006) e Guanaes e Japur (2008), descrita a seguir.

A Poética Social: o que produzem as relações

A Poética Social, enquanto método de pesquisa e produção de conhecimento, evoca a origem social, relacional e construída dos fenômenos (Shotter; Katz, 1996). O termo “poética” é resgatado em relação a sua origem do grego *poiesis*, que se refere ao ato de criação. Este método convida à observação e discussão dos fenômenos interativos em ato, sendo a realidade estudada entendida como construção conjunta e contínua dos diferentes atores em cena, emergente daquele contexto e momento específicos. Desta forma, busca-se uma compreensão situada, um “entendimento responsivo-relacional” (Shotter; Katz, 1996). Ou seja, não há busca por padrões e generalizações, mas sim uma análise reflexiva acerca das dinâmicas e negociações interacionais que (re)fabricam continuamente a realidade pelo “aspecto prático da

mudança, conexões momento a momento e relações entre tais eventos e o ambiente que os cerca, conforme se desenrolam” (Shotter; Katz, 1996, p. 4, tradução nossa).

Tendo suas origens conectadas ao pós-modernismo e a modelos construcionistas acerca da percepção da realidade como múltipla e em constante transformação coletiva (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2014), a Poética Social propõe práticas de pesquisa de caráter dialógico. Há foco na análise das construções discursivas e relacionais travadas entre os atores sociais, incluindo-se o pesquisador. Quando aplicada ao estudo de grupos, enfoca o movimento interativo, as conversações, a produção e circulação de sentidos acerca dos temas discutidos, onde interessa o diferente, o que se transforma ou se amplia. Assim sendo, a linguagem do pesquisador é exploratória, articulando tentativas de significação que não pretendem esgotar as possibilidades, mas sim ampliar a discussão (Guanaes; Japur, 2008).

RESULTADOS

Foram estudados quatro grupos, totalizando 20 participantes, com idades entre 26 e 64 anos, todas mulheres em fluxo de tratamento clínico para cânceres ginecológicos avançados, diagnosticadas com tumores de colo de útero, exceto uma, com câncer de endométrio.

Os principais temas discutidos nos grupos foram o itinerário terapêutico; a espiritualidade e fé como principais fontes de suporte, juntamente com o apoio sociofamiliar; o impacto do diagnóstico e adoecimento nas famílias, corpos e rotinas das mulheres; questões acerca da autoestima e autocuidado; o relacionamento com a equipe de saúde; o estigma do câncer e suas histórias de vida. Em todos os encontros, a relação com a equipe foi mencionada, significada como positiva. Apesar do sistema sociofamiliar aparecer como fonte central de suporte, os profissionais foram frequentemente mencionados como grandes responsáveis pela produção de acolhimento, especialmente nos momentos iniciais do diagnóstico e tratamento. A recorrência de temas oferece pistas de aspectos importantes da vivência de um câncer ginecológico e da complexidade do processo saúde-doença.

Cada grupo apresentou características e dinâmicas próprias. Foram elaboradas sínteses de cada encontro, sendo destacados os principais temas discutidos, a dinâmica e as conversações entre as participantes. Este processo foi inspirado pela pesquisa feita por Guanaes (2006), no livro *A Construção da Mudança em Terapia de Grupo*. Assim, buscou-se mapear processos de partilha e ampliação coletiva de sentidos acerca do adoecimento oncológico produzidos no grupo, enfocando a construção de cuidado. Os grupos foram intitulados com falas das participantes, entendidas como ilustrativas de cada encontro.

Grupo 1: “Doença não dá em poste.”

O grupo se inicia com o choro de Virginia, muito mobilizada. Ao longo do encontro, as lágrimas cessam, e esta participa de forma ativa, sugerindo um movimento de acolhimento produzido pelo grupo. Desde o início, as participantes interagem bem, com exceção de Florbela, que mantém-se silenciosa, mesmo após convites e perguntas das demais, referindo incômodo por conta de dor e sangramento. Os assuntos são discutidos e encadeados de forma fluida e dinâmica. Há poucos silêncios e interrupções.

Emerge no grupo, na fala de Cecília, uma frase que aparece com frequência no discurso acerca do adoecimento: “*Doença não dá em poste, dá em gente.*”(sic), evocando a noção de que adoecer faria parte da vida e da experiência humana, algo que pode acontecer com qualquer um. Circulam sentidos diversos acerca do adoecimento pelo câncer ginecológico, descrito por Virginia como um “*defeito no útero*”(sic) partilhado por todas. Ou, ainda segundo a própria, “*doença maldita, um fantasma, um pesadelo*” que não faz sentido, pois acontece com gente “*boa*”(sic) que faz tudo certo, mudando “*a vida da tua família, fazendo a pessoa se tornar um incômodo*”(sic). Há, assim, o senso de injustiça: “*O que eu fiz, Senhor, pra merecer isso?*” (Virginia). Por outro lado, o câncer é identificado como o que “precisou acontecer” para unir a família de Cecília, antes afastada.

Outro tema marcante é a relação com os profissionais de saúde, significada como positiva, fonte de apoio e acolhimento, especialmente no momento do diagnóstico e chegada ao hospital. Nas trocas partilhadas, a experiência de adoecimento começa com sinais de que alguma coisa estava errada, a busca pelo médico, e se concretiza pelo recebimento do diagnóstico e propostas de tratamento. Em relação a este, trazem esperanças, medos e expectativas. Quase todas as participantes trazem falas voltadas para o futuro, dando pistas de desejos, planos, preocupações e estratégias de ressignificação. Circula a noção de que a vida não é interrompida pela doença, e sim atravessada pela mesma. E nem sempre as transformações discutidas foram negativas. Nas falas de Clarice, nota-se a possibilidade de aprender algo novo (Crochet), que oportuniza ocupação, distração e conhecer novas pessoas. Cora também traz elementos positivos de melhora da autoestima: “*posso dizer, doutora, depois que eu descobri a doença, eu fiquei até mais bonita, mais ‘bem’, sabe por que? Me dá força, me fortalece.*”(sic). Ainda sobre mudanças, trazem notícias da complexidade do processo saúde-doença onde há perdas e limitações, mas também permanências e continuidade da vida. Tanto em relação à pessoa que se é - que sofre transformações, mas também conserva algo de

seu, único e que gera medo de ser perdido - quanto às atividades e rotinas do cotidiano. As participantes falam do desejo de viver.

O adoecimento é discutido como vivência múltipla, que demanda mudanças na rotina e reorganização do sistema familiar, em um processo contínuo englobando elementos positivos e negativos. Nas conversações, o processo saúde-doença ganha dimensionalidade e amplitude, pois há presença de movimento e reinvenção, aspectos marcantes desse grupo.

Grupo 2 : “*Se Ele fizer, é Deus. Se não fizer, continua sendo Deus.*”

O tema da fé e espiritualidade foi o fio condutor do grupo, atrelado à confiança na cura e como importante trama na rede de identificações e acolhimento tecida entre as pacientes. A fé dá sentido, dando conta do que nem sempre tem explicação. Segundo as participantes, muitas vezes não é possível compreender o “Plano de Deus” e Adriana afirma: “*A gente não tem que questionar.*”(sic). Estas discutem o câncer como algo que possuiria um propósito, oportunizando aprendizagens: “*A palavra de Deus diz que a gente tem que passar. Ninguém vai passar pela gente, somos nós. E muita das vezes é necessário pra gente se tornar uma pessoa melhor.*” (Adriana).

Emerge uma associação comum: “*Câncer é a morte. As pessoas acham que câncer é a morte.*”(Adriana), ecoada pela fala de Marisa: “*Eu fico pensando assim, logo comigo, sempre tive medo da morte, não sei porque.*” A mesma conta que, na infância, conviveu de perto com uma amiga que morreu por um câncer ginecológico de forma sofrida, sendo evitada pela vizinhança, levantando o tema do estigma da doença. Outras participantes partilham a preocupação de sofrer preconceito e discriminação. Há, ainda, relatos do sentimento de culpa em relação à doença, ilustrados por Marisa e Elis, que acreditam ter descuidado da saúde por conta do trabalho e da dificuldade de conseguir folga. Se produz na conversa o deslocamento da noção de culpa, que traz sofrimento e impotência, para a de responsabilidade partilhada, onde os atores envolvidos na relação de cuidado tem agência e trabalham em conjunto. Surge, assim, a discussão acerca da importância do acolhimento oferecido por diferentes profissionais da equipe, especialmente no momento de chegada à instituição e definição do tratamento - todas trazem experiências positivas de se sentirem cuidadas e amparadas. Por outro lado, falam da dificuldade de acesso e qualidade dos serviços de saúde, especialmente em relação à realização do preventivo ginecológico. Circula na conversa a noção geral de que não existem garantias, tampouco conexões causa-efeito diretas ou únicas quando se trata de uma doença complexa

como o câncer. É discutido que é mais importante olhar para o que se pode fazer no presente e no futuro, trazendo o foco para o cuidado e adesão ao tratamento.

Neste grupo, a fé apareceu como principal mediadora de significação e recurso de enfrentamento, seguida de perto pelo apoio do grupo familiar e social, bastante presente. Ao longo do encontro, as participantes interagem bem, muito comunicativas, repetidamente ressaltando o sentimento de identificação: seja pela quantidade de filhos, pelo diagnóstico de mioma que antecede a descoberta do câncer, pelo recebimento de apoio familiar ou pela fé evangélica e o papel da igreja em suas vidas; *“A sua história é a minha!”* sintetiza Marisa.

Elza toma a palavra no momento final do encontro, resumindo o sentimento de acolhimento: *“Quando eu cheguei aqui da outra vez, a menina lá da outra porta, que faz a fichinha, ‘senta aqui, Elza’, pegou um comprimido, um copo e me deu. Quer dizer, eu me senti tão amada. O meu médico, conversando, mas tão carinhosamente, então assim, é vocês com a gente!”*. As participantes dão pistas da importância de um espaço de escuta e troca onde suas falas são valorizadas, tendo centralidade suas histórias e afetos acerca do adoecimento e da própria saúde. Marisa e Elis afirmam terem se sentido *“em casa”*(sic), e Adriana completa: *“tem lugares que você vai que a gente não pode falar, não deixam, não te dão oportunidade. Já aqui, nós falamos, aqui é um grupo, então todos tem que falar. Realmente a gente sente.”*

Assim, o diagnóstico e tratamento do câncer apresentaram-se como situações multifacetadas, gerando mudanças e sofrimento, mas também fortalecendo vínculos sociais e a fé. O grupo encerra com um trecho do salmo bíblico 128, proposto por Adriana, que retira uma bíblia cor de rosa da bolsa e convida à leitura, prontamente apoiada pelas demais.

Grupo 3: *“Uma palavra boa, uma palavra que sustenta.”*

Uma marca desse grupo são as pausas e a pouca fluidez. Daiane e Hortência entram já conversando, seguidas por Rafaela, enquanto a psicóloga indica a roda de cadeiras e se retira para buscar uma última participante. Daiane diz que adora conversar e Hortência ressalta que falar com a família sobre a doença tem ajudado muito. Porém, a partir do momento que Marta, a última a chegar, senta na roda e começa a chorar, a conversa cessa, e o primeiro dos muitos silêncios que ressoariam ao longo do encontro tem início. Após insistência da profissional, Marta, entre lágrimas, conta que a doença lhe atingiu de forma inesperada, mas que possui *“um Deus que dá força”*(sic), e todas a observam atentamente. Desde o início, parece que esta captura o grupo, sendo acolhida por pausas, olhares, e até mesmo toques; Hortência, ao seu lado, lhe acaricia o braço. Desde então, houve um movimento de sustentação dos silêncios.

Seria devido ao choro de Marta, que perdura, acompanhado por sua voz trêmula, fala arrastada e os sinais de seu sofrimento? A impressão que fica é que se tratam de silêncios respeitosos, atentos e, talvez, condoídos ou identificados com sua dor.

Hortência e Daiane são as participantes que mais trocam, interagindo de forma dinâmica, com identificação e concordâncias. Rafaela também ressalta afinidades e expressa inquietações, trazendo muitas dúvidas. No entanto, cada vez que a fala de Marta é demandada, o fluxo de conversa parece esmaecer, perdendo o dinamismo, transformando-se num diálogo com a psicóloga. Por vezes, as participantes tentam ajudar na compreensão do que Marta diz, repetindo mais alto ou completando frases, mas esta interage pouco. Mais do que silêncios, parece que há um silenciamento frente ao sofrimento trazido por Marta. No entanto, não parece haver irritação ou desinteresse, e sim peso, ou talvez pesares, mas também presença.

É abordado o tema do adoecimento e trabalho, sendo este trazido como fonte de motivação e apoio (Daiane), ou de angústia, pela perda do emprego (Marta) e a preocupação com o futuro (Rafaela). É ainda discutida a importância da alimentação e o medo da falta de apetite. Há forte associação entre ter uma boa alimentação e ter saúde. Também aparece a importância do acolhimento dos profissionais na chegada ao hospital, quando as pacientes relataram estar assustadas e confusas, necessitando de informação e suporte.

A vivência do adoecimento aparece mediada pelo discurso religioso e pela noção de que o tratamento é uma “luta” a ser vencida, sendo tal palavra usada por Daiane, Hortência e Rafaela. Segundo Hortência, “*Deus não é o culpado*”(sic) pelo câncer e é preciso se apegar a fé para enfrentá-lo. As participantes discutem a importância de seguir à risca o tratamento prescrito, buscando uma boa alimentação e apoio dos familiares e profissionais, para não “*se debater, não cair*” (sic). Parece haver um consenso de que o abatimento e o deixar-se contaminar pelos sentimentos ou pensamentos negativos são coisas perigosas, que podem impedir a cura. Rafaela afirma que é preciso lutar a cada momento, porque “*ficar chorando*”(sic) é pior; “*que aí entra na mente, né? E a gente se desespera e é pior*”.

A pergunta “*por que eu?*” apareceu em todos os grupos, de forma mais ou menos explícita, e este não foi exceção. Daiane apresenta uma possibilidade de resposta: “*a gente tá aí pra ficar doente, ficar boa (...) cair, levantar*” (sic). O tema da morte nunca aparece de forma direta, sendo evocado em sua negativa “*não penso de morrer, essas coisas não penso não. Penso de viver. No final eu vou dizer ‘eu venci’*”(Daiane).

As participantes falam da importância da partilha, de um espaço onde são ouvidas, recebendo acolhimento e informação, ao serem questionadas sobre a experiência no grupo. Hortência afirma que se sente reconfortada, enquanto Rafaela valoriza a possibilidade

de trocar: *“Todo mundo conversando aqui, cada uma dá uma força pra outra, né? Ficar mais forte!”*, idéia reforçada por Daiane, que fala de identificação: *“É, que a gente quer conversar né, e aí vai se encaixando as histórias.”*. Marta, apesar da persistência de seu choro e sofrimento, indica que algum tipo de acolhimento e cuidado foram produzidos junto com as demais participantes, afirmando que sai do grupo levando *“Uma palavra boa. Uma Palavra que sustenta, que sustenta, que dá força”*. Chama a atenção também a fala de Daiane: *“É legal. Legal participar. Mas também é triste a gente ver a situação dela (aponta Marta) e não poder fazer nada. É uma pessoa que a gente vê e fica... eu vou pedir a Deus por você tá?”*

Estar em grupo, se por um lado traz grande potência pelos movimentos de partilha e escuta, pode também provocar angústias. Sustentar o sofrimento do outro, ainda mais quando este guarda tantas similaridades com a própria experiência, não é tarefa fácil, tampouco sem repercussões. O silêncio marca também o final do encontro. Se em outros grupos o encerramento é feito em meio a conversas descontraídas e clima de confraternização, neste a distribuição dos cartões de identificação para cada paciente acontece em total silêncio. Todas aguardam sentadas até que a psicóloga se levanta e as conduz até a porta. O silêncio, assim como as palavras, mostra que há diferentes formas de partilha, de oferecer suporte e cuidado.

Grupo 4: “Você não pode achar que é culpada.”

O diagnóstico de câncer foi recebido com grande impacto por todas as participantes, que partilharam rupturas e transformações trazidas pela doença e seus sintomas. Fala-se da ideia do adoecimento como fraqueza, trazida por Anita, que reflete ainda sobre qual seria a explicação causal do câncer, levantando a pergunta do *“por que eu, se sempre me cuidei e fui ao médico?”*(sic). Tamara afirma que é algo que *“não se aceita, mas entende”*(sic). Nos relatos das participantes, a possibilidade de aceitação e elaboração do adoecimento, motivação para adesão ao tratamento e fomentação de expectativas e esperanças aparece bastante entrelaçada ao discurso religioso e ao apoio sociofamiliar. São também trazidas experiências de acolhimento e suporte por parte da equipe multidisciplinar. Palavras de fé, de força e acalento permitem que o processo de tratamento seja significado como algo difícil, mas que vem para um bem maior, que possibilita o cuidado, a melhora e uma possibilidade de cura, *“no fim do túnel”* (sic), entendida como *“a vitória última”* (sic), como nos apresenta Tarsila em sua fala.

As participantes falam sobre o estigma associado à doença oncológica, trazendo histórias da dificuldade o sistema sociofamiliar de lidar com o diagnóstico. Há tristeza, preocupação e medo, gerando superproteção ou o olhar de pena. A reação de amigos e

familiares é apresentada como fonte de ambiguidade: pode ser uma das maiores ferramentas de apoio, ou também fonte de angústia e discriminação, gerando sofrimento. Neste grupo, foi bastante discutido o sentimento de culpa pelo adoecimento, frequentemente apresentado por essas mulheres. Tarsila relata ter sido repreendida por sua irmã por ter demorado a pegar os resultados dos seus exames, o que teria atrasado seu tratamento, afirmando que não quer carregar o sentimento de culpa: “*É erro, eu errei, tá? Mas agora, eu não tenho, se eu colocar isso na minha cabeça que eu..errei, eu vou ficar doida... entendeu?*”. Anita dá força: “*Você não pode se sentir culpada*”. O grupo discute a importância de uma postura acolhedora e sem julgamentos por parte do sistema sociofamiliar e da equipe. Tarsila traz uma experiência com os vizinhos, onde pode transformar um olhar de pena em admiração, ao mostrar um enfrentamento ativo da doença e falar abertamente sobre o assunto. Esta experiência ilustra a possibilidade de desmistificação do olhar do paciente de câncer como alguém moribundo e desanimado todo o tempo, demonstrando que há espaço para o riso, a alegria, a força e, essencialmente, a vida e a saúde, mesmo no adoecimento. Esta ideia também se vincula ao desejo de manter-se em atividade, seja cuidando da casa, realizando atividades possíveis ou cultivando a vida social. As pacientes não negam que limitações e transformações negativas são inevitáveis, pois as sentem em seus corpos e rotinas, mas demonstram que estas não são as únicas experiências.

A conversa flui, de forma viva e dinâmica, o que parece ser facilitado pela postura aberta da psicóloga e pela disponibilidade das participantes, que conversam com desenvoltura. É um grupo de poucos silêncios e, ao contrário dos outros encontros, não há choro. Há bastante riso. As participantes, mesmo trazendo notícias de sintomas, dor e sofrimento, mostram-se tranquilas e até mesmo animadas ao interagir; falam de afetos negativos (principalmente o impacto do diagnóstico), mas estes não se presentificam ou corporificam no encontro. A conversa gira em torno de focar no presente, no tratamento e na cura.

Chama a atenção que, ao final do encontro, mesmo após tentativas de fechamento, a conversa não esmaece, mantida pelas participantes; as mesmas parecem não ter pressa em sair daquele espaço. O grupo só se encerra quando a psicóloga e a pesquisadora brincam entre si, falando sobre o desejo de continuar o grupo que as participantes parecem exibir. A saída da sala tem conversas e risos, em clima de descontração, que marcou o grupo do início ao fim.

DISCUSSÃO

“É vocês com a gente!”: a importância do acolhimento no cuidado em saúde

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando destaque no campo médico-sanitário, sendo entendida como inerente à questão do acesso e da adesão dos usuários (Teixeira, 2003; Ministério da saúde, 2016). Assim, ao pensar acessibilidade e integralidade, não se trata apenas da quantidade de profissionais, unidades de saúde e aprimoramento de tecnologias, mas também da organização e do aspecto qualitativo das rotinas de trabalho (Teixeira, 2003). Ou seja, de que forma ocorre a circulação e o deslocamento pela rede de saúde, num plano micro e macro, tendo em vista a possibilidade de acolhimento, resolutividade e formação de vínculos, bem como a responsabilização partilhada pela produção de cuidado. Analisar e refletir sobre os processos de trabalho e produção de cuidado no cotidiano permite gerar mudanças nas intervenções e práticas de saúde, indo em direção à efetivação do SUS enquanto política pública (Morschel; Barros, 2014).

Como discute Teixeira (2003), no trabalho em saúde são utilizadas técnicas dialógicas de conversa que, inevitavelmente, constituem poéticas sociais, pois abarcam relações e inventividade. Assim, o cuidado em saúde pode ser entendido como uma articulação múltipla de práticas e discursos, englobando aspectos técnicos-estruturais, mas também relacionais e comunicacionais, cujo produto é sempre singular, conjuntamente construído, mutável e inacabado. Trata-se de um trabalho “vivo em ato” (Merhy, 1997), ou seja, performado de forma conjunta, dinâmica e tensionada, a cada encontro. É na troca, na partilha, nas interações e negociações dialógicas-relacionais que novos sentidos, ou seja, novas formas de pensar, falar e experienciar o adoecimento, tratamento e a própria saúde, podem ser produzidos e transformados, bem como estratégias e recursos identificados. Este último aspecto ganha destaque especial em práticas grupais.

“Úteros com defeito”: sentidos e significados atribuídos à experiência do câncer ginecológico

O câncer, sua descoberta, sintomas e processo de tratamento geraram transformações na vida dessas mulheres: em suas rotinas, relacionamentos, nos sentidos atribuídos à própria saúde, autoimagem, autoestima e na forma de se relacionar com o mundo. Além de dores, transformações corporais, limitações, dúvidas e reações emocionais negativas, podem experimentar isolamento, perda do emprego, ruptura ou afrouxamento de vínculos sociais importantes. Isso se dá por mudanças concretas, mas também atravessamentos simbólicos, crenças pessoais e socialmente partilhadas e estigmas associados ao câncer; muitas relutam até

mesmo em usar a palavra. O câncer ginecológico segue sendo associado ao descuido, falta de higiene, promiscuidade (Carnavalli; Gomes, 2013) ou ao sofrimento, decadência e morte (Sontag, 2002). É possível notar que sentidos historicamente moldados acerca do adoecimento oncológico seguem vivos nas narrativas dessas mulheres. Muitas participantes partilham da ideia da doença e do tratamento como “uma luta”(sic) a ser vencida. Metáforas de guerra seguem presentes no imaginário social (Sontag, 2002), circulando pelos grupos.

A religiosidade, presente em todos os grupos, aparece como principal elemento de significação do adoecimento, sendo recurso essencial de enfrentamento dos impactos do diagnóstico, do tratamento e das experiências de sofrimento. Em muitos casos, a fé permitiu encarar a doença como dotada de propósito e oportunidade de aprimoramento. A religiosidade apresentou-se como importante mediador simbólico e elemento de coesão grupal.

A partilha do processo de tratamento e expressão do sofrimento podem ser vistas como experiências socialmente valorizadas na contemporaneidade (Lerner; Vaz, 2017), o que aparece nos discursos das pacientes, juntamente com o desejo de poder narrar uma história de superação, também bastante atravessada pelo discurso religioso nos grupos.

As participantes, trazendo experiências singulares, mas partilhadas, oferecem notícias de que nem todas as transformações geradas pelo adoecimento são entendidas como negativas ou produtoras de sofrimento. Se, em muitos casos, mudanças são inevitáveis, causam tristeza ou limitações, há também elementos positivos e potentes, como a presença de um bom suporte sociofamiliar, a reaproximação da família, o fortalecimento da própria fé, a busca por novas atividades e laços sociais, o aumento do autocuidado e da autoestima. Ao fazer circular experiências, foi possível falar de cuidado, saúde e reinvenção. Tal abertura de possibilidades e ampliação de repertórios ganha força em espaços coletivos de conversação (Teixeira, 2003).

“É, que a gente quer conversar né, e aí vai se encaixando as histórias.”: A potência do grupo e a coletivização do cuidado

Indo além nessa discussão, Teixeira (2003) convida a pensar o acolhimento como uma “rede de conversações”, uma vez que o elemento central de todo trabalho de cuidado em saúde seriam as relações travadas entre os diferentes atores, e seu objetivo mais básico uma troca dialógica onde necessidades, demandas e possibilidades podem ser comunicadas e conjuntamente elaboradas. O acolhimento pode ser entendido como elemento basal das práticas de saúde, em seu aspecto dinâmico, relacional e processual. A dimensão ética e colaborativa do reconhecimento do outro, em sua potência e alteridade, é discutida por Merhy (1997), que

convida a pensar práticas que abarcam diferentes racionalidades e voltam-se para as forças instituintes, criativas e produtoras de subjetividades. O grupo, ao promover o encontro e negociação de alteridades, foi identificado como dispositivo potencializador e ampliador de conversações em saúde. A um só tempo, as participantes podem ser acolhidas pelos profissionais, em um espaço polifônico de diálogo construído conforme suas histórias e necessidades, e também acolher umas às outras, com toda a potência da troca entre pares. Entre diferenças e semelhanças, relatos e dúvidas, desafios e recursos, narrativas podem ser partilhadas, reelaboradas e valorizadas, sendo construído um território mais horizontal de circulação de vivências e saberes.

O campo da oncologia se constitui de notícias difíceis, indesejadas e duras, tanto de serem dadas quanto ouvidas; no entanto, as pacientes dizem de como o processo de comunicação, vinculação e partilha pode ser potencializado quando bons encontros são possíveis. E o que seriam bons encontros? Merhy (1997) sintetiza: “o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu ‘modo de andar a vida’”. (p. 8). Acolher é também empoderar. Assim, não é possível discutir cuidado sem discutir autonomia, o reconhecimento da singularidade de cada sujeito e sua trajetória, e a ampliação de modos de existência e subjetivação, uma vez que estes elementos são inerentes à produção de saúde, enquanto conceito ampliado. Bons encontros em saúde podem ser entendidos, portanto, como aqueles que produzem abertura de possibilidades, aumento da agência dos usuários e ampliação de repertórios de ação e significação das situações vividas. O trabalho com grupos pode potencializar tais encontros. Em dois grupos (Grupo 2 e 4), por exemplo, foi observado o surgimento da temática da culpa sentida pela doença e um movimento de elaboração deste sentimento através da própria conversa entre as participantes. Com isso, pode haver o reconhecimento e acolhimento do sofrimento partilhado, ampliando formas de entendimento e significação do processo saúde-doença, indo além de modelos de cuidado demasiadamente individualizantes ou psicologizantes (Rasera; Rocha, 2010). Partilhar também é cuidar.

“Nos cumprimentou, conversou, nos ouviu, não mediu ‘Ah, não, essa aqui é escura, entendeu?’”: atravessamentos de classe, raça e gênero

Uma vez que os processos de saúde e doença não podem ser entendidos fora do âmbito coletivo e relacional (Guanaes, 2006), os sentidos atribuídos ao adoecimento oncológico são construídos a partir do contexto sociohistórico e cultural mais amplo onde se inserem essas

mulheres, atravessados por sistemas de crenças difundidos e enraizados e relações de poder. Neste sentido, qualquer doença é também sempre política e social.

A fala que intitula esta seção foi dita por uma participante de pele negra, e talvez tenha aparecido porque o grupo ofereceu um espaço mais inclusivo, acolhedor. Em seu relato, a abordagem da pesquisadora para assinatura do TCLE e a participação no grupo foram experimentadas como acolhedoras, causando um estranhamento positivo numa mulher que possivelmente é menos visibilizada nas redes de assistência em saúde e outros espaços que frequenta. Isto ilustra o quão presente e naturalizado é o racismo nas instituições. Um levantamento realizado por Thuler *et al.*(2012) encontrou que, no Brasil, as mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero eram em sua maioria de cor não branca, com baixa escolaridade, apresentando estadiamento avançado. Thuler (2008) discute que são as usuárias com mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde e dependentes do sistema público que mais morrem vítimas de câncer do colo do útero; estas possuem baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar, são negras e pardas e residentes em bairros de baixa condição de vida. Para o autor, isto conecta “a cadeia explicativa da mortalidade por câncer do colo do útero às desigualdades sociais” (Thuler, 2008, p.218).

Nos grupos, foi possível perceber a centralidade do lugar dessas mulheres em seus sistemas sociofamiliares como cuidadoras - dos maridos, filhos, pais, da casa -, tendo uma participação ativa na comunidade e ainda realizando jornadas múltiplas de trabalho. Mesmo após o advento dos movimentos feministas e transformações em relação aos papéis sociais designados às mulheres, estas ainda são vistas como responsáveis pelos filhos e pelos trabalhos domésticos, muitas vezes sem ajuda. É possível ver, nos relatos, que a mulher ainda é aquela que deve se sacrificar e dar conta de tudo, ao mesmo tempo que se mantém ativa, produtiva, atraente para seu parceiro e fonte de apoio emocional do seu sistema. Portanto, não é possível discutir os cânceres ginecológicos sem pensar questões de gênero, atravessamentos políticos e sociais (Gomes, 2017).

Assim, cabe questionar por que tais questões e relatos de opressões institucionalizadas, como o machismo e o racismo, por exemplo, aparecem tão pouco, mesmo em espaços de cuidado exclusivos de mulheres, onde grande parte da população atendida é não branca. Os serviços de saúde podem produzir cuidado ou reproduzir “descuidos”, gerar conversas ou silenciamentos. Uma aposta é que os grupos, ao promoverem o encontro entre essas mulheres, permitam processos de identificação, vinculação e valorização, fazendo com que vivências de situações silenciadas e desvalorizadas como casos pontuais, possam ser reconhecidas e cuidadas em seu aspecto coletivo, partilhado e estrutural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando Merhy (1997), se “os bons encontros” constituem o cerne do cuidado em saúde, é possível pensar os grupos enquanto espaços potencializadores de bons encontros e amplificadores de repertórios de ação e ressignificações. A produção de cuidado ocorre nas interações, tensionamentos e negociações: entre as participantes, entre discursos, entre sentidos. É nesta aposta em processos mais coletivos, horizontais, colaborativos, de diálogo e de formação de vínculos afinada com os princípios e diretrizes do SUS (Benevides, 2005) que surge um campo fértil para a atuação com grupos na saúde pública e na oncologia. Produzir saúde é produzir e fazer circular vida, movimento e novas formas de ser e estar no mundo.

O trabalho com grupos alinha-se a uma mudança de mentalidade (Rasera e Japur, 2007), que volta-se para a multiplicidade, a valorização da diferença e o protagonismo dos atores sociais. Coletivização do cuidado, amplificação de estratégias e recursos de enfrentamento, acolhimento do sofrimento, identificações e formação de vínculos, valorização de vivências e trajetórias diversas, promoção de conversações e negociações mais colaborativas e sustentação da pluralidade de vozes: estas foram as grandes potências identificadas na observação dos grupos. Ouvir e contar histórias, trocar experiências e tensionar alteridades permite ampliar possibilidades de pensar sobre as dificuldades, desafios e problemas, as relações interpessoais, a própria experiência de adoecimento e diferentes formas de viver a vida.

Assim, as conversas produzidas nos grupos permitiram a ampliação, ressignificação e elaboração de experiências de adoecimento pelo câncer ginecológico e vivências multifacetadas do processo saúde-doença. Conversações coletivas são capazes de produzir saúde e cuidado (Teixeira, 2003). Nos grupos estudados, houve espaço para o riso, a brincadeira, o desejo, a inventividade; ou seja, falou-se, e muito, sobre saúde e vida. Assim, é possível e potente estabelecer espaços de conversa e suporte mais coletivos, sustentando as práticas em saúde enquanto construções sociais, éticas, políticas (Barros, 2007) e em permanente transformação, em busca de um cuidado cada vez mais abrangente, produtor de saúde, agência e libertação.

Por fim, mostra-se interessante e necessário trabalhar com dispositivos grupais e estudá-los mais a fundo, de forma crítica e reflexiva, enquanto construções coletivas, capazes de potencializar aspectos essenciais do trabalho em saúde, como o cuidado, o acolhimento, a autonomia e a articulação social. Assim, o trabalho com grupos mostra-se valioso do ponto de vista clínico e político, devendo ser mais explorado nas práticas e pesquisas no campo da saúde e na oncologia.

REFERÊNCIAS

BARCELOS, M. R. B.; LIMA, R. de C. D.; TOMASI, E.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

BARROS, R. B. DE. **Grupo. A Afirmação de Um Simulacro**. 3. ed. [s.l.] Sulina, 2007.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, p. 21–25, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.439/GM, Dezembro/2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 76, 9 dez. Seção 1, p. 80-81, 2005.

CARNAVALLI, K. DE M.; GOMES, R. DA S. **O grupo como dispositivo de cuidado a mulheres acometidas por câncer ginecológico**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10: DESAFIOS ATUAIS DOS FEMINISMOS. Florianópolis, Santa Catarina, 2013.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. **Cadernos de Campo**, v. 13, p. 155–161, 2005.

GOMES, Rosilene S. **Tensões e potências no cuidado a mulheres acometidas por câncer de colo de útero: um estudo etnográfico**. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

GUANAES, C. **A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social**. São Paulo: Vetor, 2006

GUANAES, C.; JAPUR, M. **Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo**. Estudos de Psicologia, 13(2), 117-124, 2008

GUANAES-LORENZI, C.; MOSCHETA, M.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; VILELA E SOUZA, L. (EDS.). **Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento**. 2014

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017

LERNER, K.; VAZ, P. Minha história de superação”: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. **Interface** 21 (60) Jan-Mar 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (ORG.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 71 - 113, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. Brasília, 2016.

MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B.. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n.3, p. 928-941, 2014.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. (EDS.). **Grupo como Construção Social. Aproximação entre Construcionismo Social e Terapia de Grupo**. [s.l.] Vetor, 2007.

RASERA, E. F.; ROCHA, R. M. G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, v. 15, p. 35–44, 2010.

SHOTTER, J.; KATZ, A. M. Articulating a practice from within the practice itself: establishing formative dialogues by the use of a “social poetics”. **Concepts and Transformations**, v. 1, p. 213–237, 1996.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ORG.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, pp.89-111, 2003.

THULER, L. C. S. **Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet. 30(5):216-8, 2008.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 58(3): 351-357, 2012.

Anexo 1: Regras de envio da revista

**SAÚDE
e
SOCIEDADE**

ISSN 0104-1290 *versão impressa*

ISSN 1984-0470 *versão on-line*

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

a) artigos de pesquisas originais (categoria selecionada)

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Endereço eletrônico

<https://www.revistas.usp.br/sausoc>