

CÂNCER: UM ESTUDO DAS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS SOBRE UM GRUPO DE PACIENTES

CANCER: A STUDY OF THE CAUSES AND CONSEQUENCES OF A GROUP OF PATIENTS

*Carmen Garcia de Almeida**
*Renata Garcia de Almeida Moraes***

RESUMO:

A Psicologia Hospitalar tem contribuído para a humanização dos Hospitais e das práticas hospitalares na medida em que contribui para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, atuando junto à equipe de saúde, pacientes e famílias. A presente pesquisa visou identificar as causas do câncer e suas conseqüências sobre um grupo de pacientes e famílias. Foram sujeitos, 50 mulheres com idades variando entre 17 e 76 anos e com nível de escolaridade entre analfabetas e terceiro grau completo, a maioria de donas de casa, que recorreram ao tratamento quimioterápico e acompanhamento no Hospital Antônio Prudente de Londrina. Os dados coletados através de um questionário composto de 18 questões, mostraram que os problemas psicológicos foram apontados pela maioria dos sujeitos como a principal causa da doença. Sentimentos de preocupação, medo e tristeza foram vivenciados pelas pacientes e suas famílias. Dentre as conseqüências apontadas, destacaram-se as profissionais e físicas (estéticas). Quase todas as pacientes apresentaram expectativas de cura em relação à doença, as quais estão relacionadas à religiosidade e fé, que têm contribuído para a adaptação às contingências aversivas produzidas pela doença e pelo tratamento, propiciando uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer, Dificuldades, Estratégias de Enfrentamento.

ABSTRACT:

The Hospital Psychology has contributed to the humanization of hospitals and their practices as it promotes the maintenance of health, prevention and treatment of diseases together with health teams, patients and families.

The present study aimed at identifying the causes of câncer and its consequences in a group of patients and their families. Fifty women ages 17 to 76, mostly housewives from different educational background (from illiterate to college graduates) undergoing chemotherapy and follow – up sessions at the Antonio Prudente Hospital in Londrina took part in the study. The data collected through a questionnaire with 18 questions showed that most patients mentioned psychological disorders as the main cause of the disease. Worries, fear and sadness had been experienced by the patients and their families. The most relevant consequences were personal and physical (aesthetics). Almost all patients expected to be cured by faith and religion, which have encouraged them to face the aversive situations caused by the disease and its treatment, giving them better quality of life.

KEY-WORDS: Cancer, Difficult Situations, Coping Strategies.

*Pós-Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP)

**Acadêmica do Curso de Psicologia da UniFil

1. INTRODUÇÃO

Uma das definições de Psicologia Hospitalar ou da Saúde, amplamente aceitas é a proposta por Matarazzo(1980) e citada por Rangé (org,1995), segundo o qual, seria o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças, à identificação da etiologia e ao diagnóstico relacionados à saúde e à doença e às disfunções relacionadas, e a análise do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.

De acordo com a professora Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne, o campo de atuação do psicólogo, define-se pela consideração de que a doença tem como princípio a desarmonização do indivíduo. Num de seus artigos a professora escreve: “Estar doente implica desequilíbrios que podem ser compreendidos, em uma visão holística, como um abalo estrutural na condição de ser, chocando-se ao processo dinâmico de existir, rompendo-se ao processo de existir, rompendo as relações normais do indivíduo tanto consigo quanto com o mundo que o rodeia .Segundo ela, em sua prática clínica, o objetivo do profissional é buscar a restituição desse equilíbrio e a reintegração do indivíduo em seu contexto psico-sócio-cultural. Cada paciente, portanto, tem uma história e um padrão particular nos vínculos com a sociedade. Conhecer esses elementos biográficos, bem como seus receios e desejos, é fundamental na busca da cura” (Leitão, 2006).

Na opinião de Sebastini (1991), a doença produz desarmonia orgânica ou psíquica. Em qualquer um dos casos, bloqueia o dinamismo e o desenvolvimento do homem como ser integral dentro de sua sócio-cultura (apud Angerami- Camon (org), Chiattonne, Nicoletti, 2002).

Segundo Bergamasco e Ângelo (2001); Scott(1994), receber um diagnóstico de câncer é uma notícia inicialmente devastadora e um evento de impacto importante na vida da pessoa, pois o paciente com câncer e sua família são acometidos por momentos carregados de emoções- sofrimento, dor, raiva, angústia e ansiedade- desde o momento do seu diagnóstico e durante o seu tratamento. Além de estigmatizante, essa doença acarreta prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro em decorrência do tratamento, que, geralmente, é longo (apud Sampaio, 2006).

Analisando os efeitos negativos produzidos pelo câncer de mama, Sampaio (2006), destaca aqueles relacionados à auto- estima e auto- imagem da paciente, pois o foco de atenção é um órgão repleto de simbolismo para a mulher - feminilidade, sexualidade e maternidade. Assim sendo, o anúncio desse diagnóstico, seguido pelos tratamentos, pode ocasionar abalos significativos na vida pessoal e profissional da paciente.

Como destaca Jaramillo (2006), é aconselhável concedermos um espaço, um tempo para reflexão em meio às consultas médicas, aos exames e às visitas, podermos compreender e assimilar a dor imensa de perder a saúde, a família, os sonhos, o trabalho, a segurança, a energia, a vida. Chegar a dispor destes espaços de tempo pessoal, com calma, sozinhos conosco mesmos, será necessário para conseguirmos nos adaptar a circunstâncias novas e difíceis. Segundo essa mesma autora, a tarefa que estamos enfrentando é certamente muito árdua: aceitar o inaceitável.

Na opinião de Campos (1995), a doença impede o indivíduo de trabalhar, de se divertir, tira-o do convívio familiar e dos amigos, isola-o. Cada um vive a sua dor e por mais que os outros se esforcem para compreendê-lo, ninguém sentirá o que ele sente. A experiência de estar doente é sentida de uma forma sempre única pela pessoa e em geral provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família.

Ponto de vista semelhante é expresso por Angerami-Camon (2003), quando afirma que a família passa a ter um papel por vezes decisivo no auxílio à adaptação do paciente frente a este episódio crítico de sua vida, contribuindo inclusive com o próprio trabalho da equipe de saúde, ou, em alguns casos, comprometendo-o. No que se relaciona a pacientes com câncer, estes adoecem como um todo, como uma unidade vital somato-psicológica, apresentando muito mais do que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com as repercussões próprias e pessoais na maneira de viver e adaptar-se ao estresse vital e delinear seu próprio destino. (apud Angerami- Camon, Chiatton e Nicoletti, 2002).

Um sentimento que parece contribuir para a vivência com menor custo de resposta e melhor qualidade de vida no período de doença, é o da esperança. Segundo Jaramillo (2006), esta esperança não se refere apenas à esperança de cura, de sair vitorioso da doença. Também é válida e recorrente a esperança de experimentar o menor sofrimento físico possível nos dias que estão por vir, como também a esperança de manter a dignidade preservada até o final.

No que se referem as esperanças, expectativas de cura frequentemente explicitadas por pacientes, parecem constituir-se em estratégias de enfrentamento.

Enfrentamento ou Coping para Lazarus e Folkman (1986) é um processo mobilizador de recursos e estratégias individuais para lidar com situações de estresse, visando preservar a integridade corporal, física e psíquica, recuperar prejuízos funcionais e/ou compensar algum dano irreversível. As emoções e condutas das pessoas expressam e demonstram o significado que os acontecimentos têm para elas (apud Horta; Neme; Capote e Gibran, 2003).

De acordo com Lazarus e Folkman (1986), o enfrentamento efetivo leva à redução gradativa das etapas ou ciclos da doença, até o desaparecimento ou minimização do sofrimento, levando o indivíduo ao amadurecimento e a um tipo de equilíbrio psicológico satisfatório, com conseqüente melhora em sua qualidade de vida, sensação de bem estar e auto-estima (apud Horta; Neme; Capote e Gibran, 2003).

A fé, compreendida por Lazarus e Folkman (1986), bem como um tipo de crença existencial, parece ser importante aliada no processo de enfrentamento de situações-limite da existência, podendo auxiliar o indivíduo a obter ou conservar a esperança, além de ajudá-lo a encontrar um sentido para a vida e para a doença e de facilitar a emergência de recursos psicológicos importantes para combater a enfermidade (Neme, 1999).

Nos últimos anos, têm-se encontrado pesquisas voltadas a compreensão da questão da fé, da religiosidade e das crenças de pacientes e de seu papel na cura e no enfrentamento das doenças.

Analisando a influência da religiosidade no enfrentamento de doenças, Jaramillo (2006), salienta que a tarefa de morrer é muito difícil, mas o seu trajeto não é o tempo todo tão difícil. O próprio sofrimento costuma ir evoluindo para uma maior aceitação do que está acontecendo conosco e criando novas possibilidades e recursos para enfrentá-lo. Há momentos de infinita dor, mas também há os de paz, gratidão, amor e de encontro com Deus que nos acompanha.

A possibilidade de compreender as causas e conseqüências que a doença, no caso, o câncer, acarretam na vida do paciente e sua família, foram os objetivos da presente pesquisa.

2. METODOLOGIA

- Local de realização de pesquisa: A coleta de dados foi realizada no Hospital Antônio de Prudente, da cidade de Londrina.
- Público alvo/sujeitos: Foram sujeitos da presente pesquisa 50 mulheres com idades, grau de escolaridade e profissão variadas.
- Recursos humanos: A coleta de dados foi realizada por uma discente do 4º ano de Psicologia Integral da UniFil (Universidade Filadélfia de Londrina), sob a supervisão de uma docente responsável.
- Instrumentos: Para a coleta de dados foi elaborado um questionário composto por 18 questões, versando sobre os sentimentos e reações do paciente com diagnóstico de câncer, causas e conseqüências da doença, atitude dos familiares em relação à mesma, bem como um levantamento das expectativas dos pacientes desde o início do tratamento.
- Procedimento: Os pacientes que compareceram ao ambulatório do Hospital Antônio de Prudente para sessões de Quimioterapia, recebem um acompanhamento terapêutico pela estagiária durante o qual foi oferecido suporte emocional através da escuta breve. Durante os atendimentos os pacientes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram informados a respeito da pesquisa e de suas participações na mesma. Em seguida aqueles que concordaram, responderam o questionário.
- Após a coleta e análise dos dados, foram realizadas pela pesquisadora e psicóloga responsável pela instituição, entrevistas devolutivas, com o objetivo de informar aos sujeitos os resultados da pesquisa.

3. RESULTADOS

Quadro 1: Distribuição dos Sujeitos de Acordo com os Sentimentos Experimentados em Relação à Doença.

Sentimentos	F.a.	F%
preocupação	20	40%
medo	19	38%
tristeza	11	22%
angústia	8	16%
revolta	7	14%
indiferença	6	12%
outras	3	4%

Pelos dados da tabela n° 1, percebemos que aproximadamente a metade dos sujeitos (40%) relataram preocupação em relação à doença, seguidos de 38% que apontaram o medo, e 22% a tristeza. Na categoria outras, foram apontados sentimentos de descrença, normalidade e aceitação, com 4% respectivamente.

Quadro 2: Distribuição dos Sujeitos de Acordo com as Reações ao Diagnóstico

Reações	F.a.	F%
Choro	23	46%
Desânimo	8	16%
Insônia	8	16%
falta de apetite	7	14%
Depressão	6	12%
Outras	19	38%

Os dados da tabela nº 2 sinalizam que a maioria das reações apontadas pelos sujeitos (46%) foram de choro, seguidas de outras (negação 22%, confiança, frustração, apavoramento, desespero, medo, susto, alívio e agonia com 1% respectivamente). Finalmente com 16%, apareceram desânimo e insônia, com 14% falta de apetite e com 12% depressão.

Quadro 3: Distribuição dos Sujeitos de Acordo com as Conseqüências da Doença.

Perdas	F.a.	F%
Profissionais	19	38%
físicas (estéticas)	18	36%
Financeiras	9	18%
Sociais	5	10%
Familiares	1	2%
Outras	2	4%

Os dados amostrados na tabela nº 3 apontam que a maioria dos sujeitos (38%) identificaram perdas profissionais, seguidas de 36% físicas (estéticas) e 18% financeiras.

Quadro 4: Distribuição dos Sujeitos de Acordo com as Causas Atribuídas à Doença.

Causas	F.a.	F%
problemas psicológicos	20	40%
problemas familiares	8	16%
descuido pessoal	7	14%
problemas físicos	6	12%
outras	9	18%

Os dados da tabela nº4 apontam para os problemas psicológicos como a maior causa atribuída por quase metade dos sujeitos (40%) para a sua doença, seguidos de outras 18% (de hormônios com 8%, hereditariedade com 6% e erros médicos com 4%) e problemas familiares com 16%.

Quadro 5: Distribuição dos Sujeitos de acordo com as Percepções das Transformações Percebidas na Vida após o Conhecimento do Diagnóstico.

Transformações	F.a.	F%
Esperança	30	60%
auto-estima	14	28%
Paciência	7	14%
Angústia	7	14%
Descrença	2	4%
Outras	2	4%

A tabela nº 5 aponta que a maior transformação foi a de esperança percebida por mais da metade dos sujeitos (60%), seguida de alterações na auto-estima apontadas por 28% dos sujeitos.

Quadro 6: Distribuição dos Sujeitos de acordo com os Sentimentos dos Familiares em Relação à Doença.

Sentimentos	F.a.	F%
preocupação	37	74%
medo	15	30%
tristeza	13	26%
angústia	5	10%
indiferença	1	2%
revolta	1	2%
outros	5	10%

Os dados da tabela nº 6 nos mostram que o sentimento mais percebido nos familiares dos sujeitos (74%) foi o de preocupação, seguido de medo (30%) e tristeza (26%). Na categoria outros foram apontados desespero (6%) e pânico (4%). A angústia também foi apontada como um sentimento experimentado por 10% dos familiares.

Quadro 7: Distribuição dos Sujeitos de acordo com as Expectativas em Relação ao Tratamento.

Expectativas	F.a.	F%
cura	45	90%
poder criar filhos e netos	2	4%
não precisar de mais cirurgias	1	2%
melhorar como pessoa revendo auto-conceito e atitudes	1	2%
aumentar a fé em Deus	1	2%
ser bem tratada até o final	1	2%
retomar a vida	1	2%
viver mais um pouco	1	2%
viver intensamente todos os momentos	1	2%
buscar mais cuidados com a saúde	1	2%

Os dados da tabela nº 7 nos mostram que a quase totalidade dos sujeitos (90%) apresentou expectativas de cura em relação à doença, seguidos de 4% que esperavam ver os filhos e netos crescerem. Os demais sujeitos apresentaram expectativas otimistas e bem diversificadas como demonstram os dados acima.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

39

Pelos dados apresentados nos gráficos, pudemos detectar que a maioria das mulheres do grupo estudado tinha entre 37 e 66 anos de idade e possuíam escolaridade baixa, ou seja, 1º grau incompleto, sendo a maioria delas donas de casa e a metade da amostra constituída de mulheres casadas.

Os dados apresentados nos mostraram que a maioria, recebeu o diagnóstico da doença há mais de sete meses, ou seja entraram em contato com as consequências aversivas produzidas pela doença, já há algum tempo, o que pode ter levado-as a desenvolverem estratégias de enfrentamento, propiciando adaptações às situações vivenciadas.

Durante este período, como foi acentuado por Jaramillo (2006), através das reflexões realizadas em meio às consultas médicas aos exames e às visitas, é possível que essas mulheres tenham conseguido compreender a dor imensa de perder a saúde, a família, os sonhos, o trabalho, a segurança, a energia e a vida.

Embora a maioria da amostra fosse constituída de donas de casa, o afastamento do trabalho, por licença médica, por algumas que também exerciam atividades profissionais fora do lar, foi motivo de tristeza e sofrimento.

Em relação ao diagnóstico, como vimos, a notícia da doença foi dada para a maioria dos sujeitos, que o fizeram de maneira esclarecedora e carinhosa.

É importante salientar, que a grande maioria das mulheres avaliou informalmente, de maneira bastante positiva a assistência e a dedicação dos médicos e da equipe de saúde do Hospital do Câncer o que parece explicar a forma como a notícia foi dada.

Consideramos este fato de extrema importância, uma vez que como foi enfatizado por Bergamasco & Ângelo (2001); Scott (1994) (apud Sampaio, 2006), receber um diagnóstico de câncer, é uma notícia inicialmente devastadora e um evento de impacto importante na vida da pessoa.

Esta afirmação nos leva a compreender as principais reações apontadas pelos sujeitos da presente pesquisa, que foram de choro e negação, pois esta doença, como salienta Sampaio (2006), além de estigmatizante, acarreta prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incertezas quanto ao futuro, em decorrência do tratamento que, geralmente, é longo.

No que se refere aos sentimentos negativos vivenciados pela maioria das mulheres, que foram a preocupação, o medo e a tristeza, estão de acordo com o que destacam Leitão (2006); Angerami- Camon (org); Chiatton e Nicoletti (2002), segundo os quais, a doença provoca um desequilíbrio, um abalo estrutural na condição de ser, de existir, uma desarmonia orgânica a qual provoca o rompimento das relações normais do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia.

Desta forma, pudemos constatar também, que a maioria dos familiares, experimentou os mesmos sentimentos relatados pelos sujeitos, ou seja, preocupação, medo e tristeza.

Como acentua Campos (1995), a doença impede o indivíduo de trabalhar, de se divertir, tira-o do convívio familiar e dos amigos, isola-o. Cada um vive a sua dor e por mais que os outros se esforcem para compreendê-lo, ninguém sentirá o que ele sente. A experiência de estar doente é sentida de uma forma sempre única pela pessoa e em geral provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, como já foi salientado, quer na sua família.

No tocante à família como foi detectado, a maioria das mulheres afirmou ter recebido apoio e carinho, variáveis essas que consideramos positivas e que com alta probabilidade contribuíram para que as mesmas atravessassem de forma menos aversiva esta fase crítica de suas vidas.

Partilhamos o ponto de vista expresso por Angerami- Camon (org., 2003), segundo o qual, a família passa a ter um papel por vezes decisivo, no auxílio à adaptação do paciente frente a este episódio, podendo contribuir inclusive com o trabalho da equipe de saúde, através do suporte fornecido.

Quanto às causas da doença, apontadas pela maioria dos sujeitos, vimos que elas reconhecem a influência dos problemas psicológicos, na determinação da mesma, o que justifica o papel desempenhado pelas ciências do comportamento e das teoria da aprendizagem, na compreensão de sua etiologia e do comportamento dos indivíduos doentes, como foi salientado por Kerbauy (1985, apud Myazaki, Domingos e Caballo, 2001),.

Retomando Angerami- Camon (org); Chiatton e Nicoletti (2002), temos a importância da atuação em Psicologia Hospitalar, a qual nos permite entender a dor, de uma forma mais humana, através da escuta da angústia, do sofrimento, da ansiedade, do medo, dentre outros sentimentos presentes em cada manifestação física da dor e do sofrimento.

Em relação às principais conseqüências do câncer para este grupo estudado, foram apontadas as profissionais e as físicas sendo que um grande número de sujeitos eram de portadoras de câncer de mama.

Como foi salientado por Sampaio (2006), as dificuldades decorrentes do câncer de mama podem comprometer a auto-estima e auto-imagem da paciente, por afetar o órgão que representa a feminilidade, sexualidade e maternidade, produzindo assim abalos significativos na vida pessoal e profissional da paciente.

No que se refere às principais transformações percebidas pelas mulheres em suas vidas, estão aquelas relacionadas à esperança e à auto-estima.

Na opinião de Jaramillo (2006), a esperança é válida, por permitir que a mulher experimente menos sofrimento nos dias que estão por vir, como também contribui para a manutenção da dignidade preservada até o final. Dessa forma, constitui-se em uma importante estratégia de enfrentamento frequentemente utilizada por pacientes e apontada por Lazarus e Folkman (1986, apud Horta, Neme, Capote e Gibran, 2003).

Em relação ao tipo de ajuda buscada para lidar com a doença, um grande número de mulheres afirmou ter recorrido à ajuda religiosa.

A fé, compreendida por Lazarus e Folkman (1986), como um tipo de crença existencial, parece ser importante aliada no processo de enfrentamento de situações- limite da existência, podendo auxiliar as pessoas a obterem ou conservarem a esperança, além de ajudá-las a encontrarem um sentido para a vida e para a doença e de facilitar a emergência de recursos psicológicos importantes para combater a enfermidade.(apud Neme, 1999).

Outro tipo de ajuda também referido pelos sujeitos, foi o da busca de informações, através da internet e revistas, o que consideramos bastante positivo, uma vez que o conhecimento dos mecanismos presentes na doença, pode contribuir para uma maior compreensão da mesma e conseqüente adesão ao tratamento.

Os dados apresentados nos mostraram que quase todas as mulheres do grupo estudado apresentaram expectativas de cura da doença que, aliadas à fé e à religiosidade parecem ter contribuído para a aceitação da mesma e dos procedimentos muitas vezes aversivos, utilizados para combatê-la.

Sugerimos que pesquisa futuras possam investigar melhor o papel exercido pela fé e pelas crenças em Deus, como fatores coadjuvantes no tratamento de pacientes com doenças crônicas graves.

A realização dessa pesquisa, permitiu-nos compreender melhor os sentimentos e emoções vivenciados por um grupo de pacientes oncológicos e suas famílias, para que possamos contribuir para o desenvolver de estratégias de enfrentamento que favoreçam a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Finalmente, concordamos com Mathilde Neder, quando afirma que a atuação do Psicólogo Hospitalar é um desafio que exige equilíbrio e o conhecimento ampliado das questões que cercam cada caso, devendo perceber que sua missão é especial, pois somente é plena de êxito, se é fundamentada na mais autêntica prática do amor!

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V.A.; CHIATTONE, H.B. de C. e NICOLETTI, E. A. (ORG). *O Doente, a Psicologia e o Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002

CHIATTONE, H.B.C.; SEBASTINI, R.W.; FONGARO, M.L.H. e SANTOS, C.T.E (ORG). *A Psicologia entrou no Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CAMPOS, T.C.P. *Psicologia Hospitalar. Atuação do Psicólogo em Hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.

HORTA, C.R.; NEME, C.M.B.; CAPOTE, P.S.de O.; GIBRAN, V.M. O Papel da Fé no Enfrentamento de Câncer. In *Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos: Rima, 2003.

JARAMILLO, I.F. de (ORG.). *Morrer Bem*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

LEITÃO, M.S. A História da Psicologia Hospitalar no Brasil. In *Diálogos, Psicologia e Saúde*, ano 3, nº4, , p.19-22, dez. 2006.

MIYAZAKI, M.C de O.S, DOMINGOS, N.A.M.; CABALLO, V.E. Psicologia da Saúde: Intervenções em Hospitais Públicos. In RANGÉ, B. (ORG.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

42 NEME, C.M.B. *Enfrentamento do câncer: ganhos terapêuticos com psicoterapia num serviço de psiconcologia em hospital geral*. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP.

RANGÉ, B. (ORG.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SAMPAIO,A.C.P. *Mulheres com Câncer de mama: Análise Funcional do Comportamento Pós- Mastectomia*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP.