

PERCEPÇÃO SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**PERCEPTION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN CANCER PATIENTS**Thais Cristina Arcas de Felipe¹, Paulo Francisco de Castro²**Submetido:** 07/11/2014**Aprovado:** 28/05/2015**RESUMO:**

Introdução: Uma doença progressiva como o câncer produz grande impacto emocional no paciente, relacionada à grande possibilidade de sua finitude. **Objetivo:** Descrever a percepção sobre diagnóstico e tratamento do câncer a partir da avaliação de um grupo de pacientes oncológicos. **Método:** A pesquisa foi realizada com treze pacientes oncológicos adultos e sem discriminação de sexo, escolaridade e nível socioeconômico. Para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada. **Resultados:** O momento do diagnóstico trouxe para maior parte da amostra sentimentos de dificuldade em aceitar a situação, porém, logo após o momento de “choque”, a maioria relatou manter o pensamento positivo e apresentar comportamentos adequados e necessários ao tratamento da doença. **Conclusão:** Percepção ambígua do câncer; vendo-o como o rompimento da rotina, mas também como a chance do crescimento pessoal e mudança de valores. Apesar destas características opostas, os pacientes indicaram boa capacidade em conseguir integrá-las em um processo contínuo.

DESCRIPTORES: Psicologia; Oncologia; Diagnóstico; Tratamento.

ABSTRACT:

Introduction: A progressive disease like cancer has great emotional impact on the patient, related to the strong likelihood of his/her death. **Objective:** To describe the perception of cancer diagnosis and treatment from the assessment of a group of cancer patients. **Method:** The survey interviewed thirteen adult cancer patients, regardless of gender, schooling or socioeconomic level. A semi-structured interview was used for data gathering. **Results:** The moment of diagnosis caused in most patients feelings like having a hard time accepting the situation. Nevertheless, after the initial shock, most individuals said they kept a positive attitude and had the appropriate behavior necessary for the treatment. **Conclusion:** Ambiguous perception of cancer: they saw it as a disruption in the routine but also as a chance for personal growth and change in values. Despite these opposing characteristics, patients showed significant ability to integrate them in a continuous process.

DESCRIPTORS: Psychology; Medical Oncology; Diagnosis; Treatment.

¹ Psicóloga, graduada pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

² Psicólogo, Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professor Assistente Doutor do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté e professor Adjunto do Curso de Psicologia da Universidade Guarulhos.

Introdução

O termo Psico-oncologia foi proposto em 1961, pelo cirurgião oncológico José Schavelson, que a designou como um novo campo da Medicina, destinado a se ocupar com a assistência ao paciente com câncer, incluindo seu contexto familiar e a equipe médica-administrativa envolvida no seu acompanhamento. Relatam que Ramón Bayes, na Espanha, cunhou o termo *psicologia oncológica*, para designar uma subárea da Medicina Comportamental, direcionada aos comportamentos envolvidos na experiência do câncer¹. Historicamente, a Psico-oncologia tem influência dos aspectos evolutivos pelos quais passaram a Psicologia e a Medicina².

Psico-oncologia pode ser definida como um campo de interface entre a Oncologia, a área da Medicina que se dedica ao estudo do câncer, e a Psicologia, e fazendo parte do campo da Psicologia da Saúde, caracterizando-se, assim, como campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência dos fatores psicológicos sobre pacientes com câncer, no desenvolvimento, tratamento e reabilitação da doença³. Seu objetivo centra-se na assistência ao paciente e sua família, à equipe médica e cuidadores, seguindo o pressuposto de que existem impactos psicológicos diante do câncer, que devem ser precocemente diagnosticados e devidamente tratados⁴.

O campo da psico-oncologia é interdisciplinar, pois se organiza com conhecimentos das áreas da Psicologia e Medicina, complementada por outras disciplinas³. Utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico vindos da Psicologia da Saúde, e o aplica na assistência ao paciente, sua família e os profissionais da saúde envolvidos da prevenção, tratamento e

reabilitação da doença, na pesquisa e estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para compreensão da incidência, recuperação e tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer. Atua também na organização de serviços que visem um atendimento integral do paciente, enfatizando a formação e aprimoramento dos profissionais da saúde envolvidos nas etapas do tratamento⁵.

Outro destaque significativo da evolução da psico-oncologia, no Brasil, refere-se à Portaria n.º 3535/GM do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União (n.º 196-E, seção 1, páginas 53 e 54, de 14 de outubro de 1998), citado por Costa Junior³, que inclui o psicólogo dentre as modalidades profissionais que devem prestar assistência ao paciente com câncer, atuando nas áreas de medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Esta portaria coloca em destaque a terapêutica do câncer, exigindo, assim, a presença de psicólogos em todos os centros que desenvolvem cuidados oncológicos, para atuação junto aos pacientes e suas famílias nas diferentes etapas do câncer, que incluem a prevenção, diagnóstico, tratamento, recidiva ou progressão da doença, alta, terminalidade e inclusive pós-óbito¹.

Os principais objetivos da Psico-oncologia consistem em identificar as variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa ajudar no enfrentamento da doença. Estudos mostram que a resposta psicológica que o paciente apresenta interfere no tratamento, podendo até afetar a duração de sua sobrevivência³. Pacientes participantes de grupos de aconselhamento apresentam menos depressão, maior vigor físico, aumento do sistema imunológico e melhor

enfrentamento do câncer, se comparados àqueles que pertencem ao grupo de controle².

O trabalho psicológico, sendo de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual ou grupal, facilita a transmissão do diagnóstico, aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente em cuidados paliativos, de uma melhor qualidade de morte e do morrer. As técnicas de visualização e relaxamento demonstram grande utilidade e garantem resultados surpreendentes de melhora física².

Objetivo

Descrever a percepção sobre diagnóstico e tratamento do câncer a partir da avaliação de um grupo de pacientes oncológicos.

Trajectoria Metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e foi realizada com treze pacientes com câncer que frequentavam uma casa de apoio ao paciente oncológico na cidade de Taubaté, sem discriminações de idade, sexo, nível socioeconômico ou tipo de câncer acometido.

A amostra do estudo foi constituída de 13 participantes, sendo dez mulheres e três homens. A referida casa de apoio possui população flutuante, uma vez que o paciente se hospeda no espaço enquanto realiza seu tratamento. Durante o período previsto para a coleta de dados, todos os pacientes foram convidados individualmente e diretamente pela pesquisadora, uma vez que o critério de inclusão se pautou no fato do indivíduo ser paciente oncológico e maior de idade. Para aqueles que concordavam em participar do estudo, a entrevista era realizada.

Para coleta dos dados foi utilizada uma entrevista individual, a fim de obter dados iniciais sobre a história de vida e o histórico da doença. A entrevista é definida como um conjunto de técnicas de investigação, com tempo delimitado e dirigido por um entrevistador treinado que utiliza de conhecimentos psicológicos e uma relação profissional para sua realização. Para o autor, os objetivos primordiais da entrevista são de descrever e avaliar, o que pressupõe um levantamento de informações⁶. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, composta por um roteiro de 22 questões para a coleta de dados. Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, gravadas com autorização dos participantes e transcritas na íntegra para análise. Após a realização do estudo as gravações foram inutilizadas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté, protocolado sob nº 429/11. Em seguida, autorizada pela instituição, foram convidados os pacientes que quiseram voluntariamente contribuir para a coleta de dados do projeto. Com estes pacientes, então foram assinados Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos individuais.

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição de acolhimento em uma cidade situada no interior paulista que possui como objetivo dar suporte para que pacientes de diferentes regiões possam realizar seu tratamento no hospital na mesma cidade. Nesse espaço, os pacientes contam com local para se hospedarem durante o período de tratamento oncológico.

A partir do contato inicial com a instituição, a pesquisadora colocava-se a disposição para esclarecimentos. Após

explicações iniciais aos pacientes que aceitavam participar da pesquisa, eram convidados a participarem da entrevista.

Resultados

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com categorias que foram identificadas após a leitura inicial dos relatos. Após análise tem-se o que segue:

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária entre os participantes

FAIXA ETÁRIA		
Idade	N	%
30 anos – 40 anos	1	7,7
41 anos – 50 anos	3	23,1
51 anos – 60 anos	5	38,4
61 anos – 70 anos	2	15,4
71 anos – 80 anos	2	15,4
Total	13	100

A maioria dos pacientes que participou deste estudo eram do sexo feminino (N=10). Observou-se predomínio, segundo a Tabela 1, a faixa etária entre 51 e 60 anos, três pacientes com idade entre os 41 e 50 anos, dois pacientes da amostra estavam entre os 61 e 70 anos, outros dois entre

os 71 e 80 anos e apenas um paciente apresentou idade entre 30 e 40 anos.

A amostra do estudo foi constituída por nove participantes declarados casados, enquanto apenas dois são solteiros e outros dois viúvos.

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de câncer dos participantes

TIPOS DE CÂNCER		
Tipo	N	%
Mama	7	53,8
Estômago	1	7,7
Laringe	1	7,7
Boca	1	7,7
Intestino e Fígado	1	7,7
Intestino	1	7,7
Tireoide	1	7,7
Total	13	100

Dentre a amostra de 13 pacientes, o tipo de câncer predominante foi de mama (53,8% - N=7), como mostra a Tabela 2. Outros tipos de câncer como de estômago, laringe, boca, intestino e fígado, intestino e tireoide foram representados por um único paciente cada.

Quando questionados sobre sua profissão, a maioria dos pacientes respondeu serem aposentadas por motivos de invalidez. Uma vez que a maior parte da amostra é do sexo feminino acometidas pelo câncer de mama em que parte do procedimento de tratamento inclui um esvaziamento axilar (como citado por muitas), a principal consequência era de impossibilidade de movimento do braço alvo da intervenção cirúrgica, dificultando, portanto, a continuidade laboral que executavam antes da doença. Sendo assim, a maioria dos pacientes respondeu sobre isso como a maior mudança que tiveram na rotina por conta da doença, como é possível observar nos seguintes relatos:

“Mudou tudo, pois de repente tive que parar de trabalhar, mas achei que depois do tratamento iria conseguir voltar, porém, porque tive que retirar muitos linfonodos, não consigo realizar o mesmo movimento por muito tempo. O braço adormece ou dói. Então, não consigo mais digitar (o que era grande parte do meu serviço), então desde dezembro de 2010 estou aposentada pelo INSS.”
(Maria³)

“Mudou tudo, por causa do braço. Eu fazia de tudo, não paro nem um minuto, fazia muita coisa. Agora nada. Não posso lavar, cozinhar, passar. Não posso fazer movimento repetitivo porque se não o braço incha e não volta mais, e fica dolorido. Não posso ficar mexendo panela, por causa do fogo, porque daí vai suar e não vai ter

³ Os nomes apresentados são fictícios.

por onde drenar isso...não pode nem quente nem frio.” (Ana)

“Não trabalho mais né? E todo mês tem médico, muda bem a rotina né...não consigo mais fazer esforço, dói o braço...” (Claudia)

Um dos aspectos que assume grande importância no tratamento centra-se na relação e convivência com familiares e amigos. O apoio social (familiares e amigos) mostrou-se, segundo os relatos dos próprios pacientes, uma influência forte e positiva no enfrentamento da doença. O apoio social surge como forte fator de luta e também para diminuição do estigma que o quadro oncológico pode carregar. Muitos inclusive relataram a doença como um fator para unir mais ainda a família.

“Não senti muito, pois a minha família já era bem unida, sempre nos ajudando, mas acho que eles sofreram mais do que eu, mas isso é normal. Eu tive uma irmã que teve câncer aos 15 anos e sofri mais do que por mim mesma. Na época de diagnóstico e tratamento, eu tinha um namorado, durou 10 anos o namoro e a gente terminou no fim do ano passado, porque ele viajava muito a trabalho, não dava pra gente ficar muito tempo junto, daí não deu, mas durante o tratamento todo ele me deu muito apoio. Inclusive, muitas vezes, em relações sexuais, eu ficava retraída por não ter mais mama, e ele dizia que eu não tinha mudado em nada, era a mesma pessoa. Isso ajudou muito.” (Maria)

“Não afetou a convivência não, estreitou o lado dos meus irmãos.” (Rinaldo)

“Minha filha foi a que mais lidou bem com tudo isso sabe? Extremamente bem resolvida! Me ajudava, entendia quando explicava para ela as coisas...contei para ela antes mesmo de operar.

Quando fiquei careca, já usei peruca igual ao meu cabelo logo antes mesmo de cair tudo, o cabelo cair foi o que eu mais sofri sabe? E na hora de tirar, ela não deixava! Dizia que tinha medo do que os outros iam falar pra mim, não queria me ver sofrer de novo...” (Ana)

Ainda sobre estes aspectos sociais, em grande maioria os participantes relataram terem sofrido preconceito de pessoas como amigos e no trabalho desde que descobriram a doença e iniciaram tratamento. Em sua maioria, explicam terem vivenciado sentimentos como mágoa e ressentimento com a atitude sofrida, mas que entendem o fato como dificuldade de compreensão do outro e atualmente destacam que tal experiência não interfere tanto em sua percepção, como no início do tratamento. A seguir, alguns relatos para ilustrar o que acaba de ser descrito:

“Fiquei dois anos de licença da escola, afastada, quando voltei, fui mandada embora. E a justificativa da diretora foi nessas palavras: “o que eu vou falar para os pais das crianças quando a professora precisar faltar para fazer exames?” eu respondi que podia falar que um dia a professora acordou sem ter nada para fazer e resolveu ter câncer, e que eles deviam tentar, porque é super legal! Foi isso que eu respondi. E isso foi o que eu mais sofri, mais me magoou, porque voltar para o trabalho, era voltar a minha vida normal, era meu recomeço...” (Ana)

“Amigos se afastam, a família não. É nessa hora que você vê quem é de verdade, quem gosta mesmo. Não ligo pra esses que se afastam não, problema deles.” (Gildo)

“Muda muito. Tem gente que some, parece que vai passar. Parente mesmo, os que sabem. Não contei pra todo mundo não. Pra quê? Se preocupar com algo que eu tenho que resolver sozinha. Você já deve ter ouvido de outras pessoas, tem gente que é meio ignorante sabe? Acha que você vai passar a doença...” (Ana)

“Uma amiga se afastou. Quer dizer amiga nada né? Mas nem ligo, problema dela, sinto dó pela ignorância dela. As pessoas têm muito preconceito sim, ainda.” (Sandra)

Quanto ao percurso vivido pelos pacientes durante o processo de diagnóstico, a maioria estava acompanhada por cônjuge ou amigos próximos e em quase todos os casos foi relatado que o paciente havia sentido algum sintoma, o que o fez procurar o médico. Muitos relatos indicam a demora de atendimento do sistema de saúde, e que só há pressa após a confirmação pelo exame específico de biópsia, quando o resultado já mostra o quadro avançado, sendo o paciente indicado, na maioria dos casos, para a cirurgia de remoção do tumor. O percurso para diagnóstico pode ser exemplificado nos seguintes fragmentos de entrevista:

“Então, fazia 10 anos que eu tinha um nódulo, mas os médicos sempre diziam que não precisava tirar. Daí quando consegui um médico bom, porque SUS você sabe como é né? Daí fez ultrassom e acusou que já era uma calcificação. Tudo isso porque não tirou antes. Se tivesse tirado teria evitado isso e eu não estaria aqui, né? Daí fez pulsão e não conseguiu diagnóstico, daí com a biópsia que deu câncer. Isso foi em 2011. Daí logo que descobriu já fez a cirurgia para tirar o quadrante e fazer a limpeza dos linfonodos.” (Ana)

“Eu tinha muita alteração no organismo, engordei muito em pouco tempo. Daí fui retirar um nódulo da garganta que entrou pra coluna, daí com a biópsia descobriu que era câncer.” (S.C., sexo feminino, 46 anos)

“Senti dor na coluna, em fevereiro de 2011, daí depois de alguns médicos, cheguei no hospital e eles logo me internaram porque era sério. Isso foi em julho de 2011. Já tava com pneumonia.” (Rinaldo)

“Fui no médico pra outra coisa, tinha um mioma na minha barriga, tava grande, minha barriga tava enorme... daí fui no meu clínico geral. Nunca tinha ido no médico. Já tinha sentindo umas coisas no peito, mas não queria ir no ginecologista, vergonha, daí perguntei pra médica se podia pedir uma mamografia sem ir no ginecologista, ela disse que sim, daí pediu e acusou. Isso foi acho que no meio, ou final de 2007.” (Tereza)

Já, em relação ao impacto emocional frente à notícia de ter câncer variou entre os participantes. Alguns relataram ter entrado em choque, ficando sem saber o que fazer com resistência inicial diante do diagnóstico. Por outro lado, outros relataram que devido ao desespero ficaram paralisados e sem reação. O fator de pensar na morte foi comum em alguns casos, mas por outro lado, a maioria dos pacientes manteve um pensamento positivo, colocando as esperanças nos avanços da medicina para a cura, conseguiram se adaptar, pensando apenas que deveriam lutar para curar. A experiência diante do diagnóstico pode ser observada nos seguintes relatos:

“Não senti desespero, já tava preparada porque tem caso na família, sabe? E hoje em dia já tem muito tratamento né? A minha família se desesperou mais, sabe? Mas fazer o que? Problemas são para resolver!” (Claudia)

“Não senti nada. Eu já desconfiava. Já estava preparada. Pensei “Vamos tratar”. Não perdi o pé não. Aceitei, porque não tinha como. Faz 2 anos que não choro, não adianta chorar. Só eu pra me tratar, mas ninguém pode fazer isso por mim, tem que ser eu que tenho que lutar por mim.” (Sandra)

“Horrível, como se tivesse perdido o chão, faltou chão (se emocionou e chorou um pouco). Desanimei né? Porque parecia que não ia viver mais né? Daí pra quê querer fazer as coisas? Dá um desânimo, fica sem vontade de nada.... é difícil, nem queria fazer tratamento nada, o tratamento é muito ruim sabe? Difícil, desanima a gente...” (Tereza)

“Daí meu marido falou para eu procurar o Dr. F., que seria outra opinião né? Daí já me apaixonei por ele, ele me tranquilizou muito. Lembro que perguntei se ia morrer, e ele me respondeu que não sabia, porque podia tanto morrer disso, quanto podia ser atropelada, a morte é relativa. Sai mais tranquila quanto a tudo de lá...” (Ana)

No tocante ao impacto físico e emocional diante das estratégias de tratamento do câncer, a quimioterapia demonstrou mais efeitos colaterais sobre os participantes do que a radioterapia e cirurgia, sendo que a maioria apresentou um mesmo conjunto de sintomas físicos e relataram que era extremamente incômodo, mesmo que em alguns casos tenha ocorrido apenas no início do tratamento. As sensações experienciadas durante o tratamento médico pode ser compreendida a partir das narrativas como segue:

“Da radio não tive, nada, nadinha. Foi supertranquilo pra mim. Mas a quimio, nossa, foi horrível, tive tudo o que você pode imaginar. Tive infecção de urina, garganta, ouvido, dor de cabeça, no corpo todo, muito enjoo, mas não vomita né? Agora não vomita mais, só antigamente que dava vômito. Tive que tomar 72 injeções, que agora não vou lembrar o nome, na barriga para elevar meu nível de plaquetas. Foi durante toda a quimio, tive muita afta...nossa! não gosto nem de lembrar.” (Ana)

“Náusea, tontura, fraqueza, durante todo o tratamento...caiu todo o cabelo.” (Fernanda)

“Tive enjoo, falta de apetite, a boca ficava seca, bebia 4 litros de água por dia. Fiquei sem paladar.” (Gildo)

“Da quimio tive muito enjoo, passei muito mal. Esses 9 dias internada foram todos vomitando. O cabelo caiu, ai horrível isso.... hoje tenho muita azia, por causa dos medicamentos, muito fortes, atacam o estomago. A médica deu um remédio, mas agora acabou e a azia voltou, tem que lá pedir de novo...” (Tereza)

Alguns pacientes relataram apresentar sintomas psicológicos decorrentes de todo o processo de doença e tratamento, sendo os sintomas mais comuns quadros de tristeza e desânimo ou de ansiedade. As vivências no campo psicológico podem ser conhecidas a partir dos seguintes relatos:

“Ah, muito desânimo, vai e volta. No tratamento era pior, nem queria fazer sabe? Mas agora, não consigo fazer nada que dói. E a dor nas costas...desanima, mas a gente vai né...” (Tereza)

“Depressiva não fiquei não, não que eu tenha percebido também. Mas fiquei muito ansiosa, às vezes não conseguia dormir de noite. Na verdade, nem tinha como ficar depressiva, com filha pequena em casa né? Quando estava boa, queria ficar bem, para aproveitar.” (Ana)

“Fica bem mais sensível.” (Ana)

“Ah, mudou tudo, não faço mais nada né? Não tenho mais ânimo para nada...” (Fernanda)

Quando se analisa a importância e ações do suporte psicológico oferecido aos pacientes, apesar de perceberem muitas vezes estes aspectos psíquicos relacionados com o quadro oncológico, a maioria dos pacientes não fez uso de tratamento psicológico, alguns ainda tiveram apenas uma sessão, indicada pelo médico antes de fazer a cirurgia. A percepção de ajuda variou, alguns acharam que houve uma melhor elaboração com a “terapia”, já alguns não voltaram, pois relataram não sentir a necessidade. Suas experiências com o trabalho psicológico podem ser observadas das seguintes expressões:

“Não, fui só uma vez, ali no GAPC antes da cirurgia. Mas daí não senti mais necessidade.” (Wanda)

“O médico que indicou. Fiz duas sessões, ajudou sabe? Não consigo aceitar.... o médico diz uma coisa e fez outra... disse que ia tirar só uma parte e tirou tudo, quando acordei, tava lá... daí já tinha operado o coração né...difícil... (paciente se emocionou e chorou bastante)” (Fernanda)

“Não. Na cirurgia o médico disse que se eu precisasse devia procurar um, mas acho que não precisa não.” (Tereza)

Porém, os poucos pacientes que passaram por um período de psicoterapia afirmam que esta teve um efeito positivo sobre o processo e que auxiliou no enfrentamento do tratamento médico, como se observa a seguir:

“Fui encaminhada pelo médico, logo em seguida da radio, ele nem deu muito tempo para pensar sabe? Mas em partes eu também quis um pouco. Sentia muito medo. Quando estava fazendo o tratamento, me sentia protegida, era como se o câncer não tivesse chance de voltar, daí depois que acabou fiquei com muito medo. A terapia foi muito boa, me ajudou a não ter dó de mim mesma, entendi que tinha mudado, não era mais a mesma pessoa, era mais forte, mais persistente, mais guerreira. Eu cresci muito durante todo esse processo.” (Ana)

“Sim, fiz terapia por 3 anos. Procurei por mim mesma a psicóloga, assim que descobri o diagnóstico e acredito que me ajudou muito a lidar com a doença.” (Maria)

“Até hoje participo do grupo de orientação pra quem chega, na outra casa de apoio. Quem faz tratamento, pode participar do grupo. Comecei depois que me tratei. Faz 3 anos. Fui por mim mesmo, sabe? Ajuda muito. Cada um tem uma história, e a gente aprende com elas né? Quando não aprende com a nossa, aprende com a história dos outros.” (Gildo)

No que se refere às mudanças de vida em virtude da doença, os relatos mais comuns relacionaram-se à dificuldade em fazer o que faziam antes por limitações físicas, sentir falta do emprego do qual foi aposentado por invalidez e por ter uma mudança de perspectiva da vida, aprender a dar mais valor às conquistas cotidianas e mudar os valores. A alimentação

também foi citada como fator a ser mudado, devendo ser mais saudável depois da doença. A seguir partes da entrevista que ilustram tais considerações:

“Mudou tudo. Agora eu conheço o outro lado. Acabou todas as atividades, trabalho, festa. Agora é vida de paciente, outra etapa. Vivo outra história. Falo mais, sou menos tímido, sem diferenciar as pessoas. Você acha que antes eu dava entrevista assim? Não. Agora dou, já fiz outras antes dessa. Antes era trabalho e bagunça, só isso. Fazia tudo sem pensar. Hoje penso muito.” (Gildo)

“Mudou tudo, por causa do braço. Eu fazia de tudo, não para nem um minuto, fazia muita coisa. Agora nada. Não posso lavar, cozinhar, passar. Não posso fazer movimento repetitivo porque se não o braço incha e não volta mais, e fica dolorido. Não posso ficar mexendo panela, por causa do fogo, porque daí vai suar e não vai ter por onde drenar isso... não pode nem quente nem frio.” (Wanda)

“Mudou na alimentação não como mais alimentos industrializados, essas coisas, porque dizem que faz mal, daí eu tenho medo.... como muita coisa que tem ácido fólico, porque dizem que é bom, e soja também! Tento ser mais saudável agora [...] Os valores hoje são outros, aprendi a amar as pessoas e não as coisas. As coisas vão, o que ficam são as pessoas.” (Ana)

Por fim, quando questionados suas perspectivas dos pacientes, as respostas dos participantes foram descritas de formas diferentes, mas no geral a ideia mantida por todos foi a mesma. Na maioria dos casos, o pensamento para o futuro mostrou-se otimista, tendo esperança e fé religiosa. A religiosidade e

apoio social foram observados como fonte de impulso positivo para manter a esperança. Porém, a esperança é sempre limitada, os pacientes em sua maioria relataram não planejarem muito a longo prazo, porque dizem saber que o quadro pode retornar e interferir negativamente os planos traçados por eles. A seguir, fragmentos das entrevistas associados a essa questão:

“O progresso é iminente, fé em Deus aumenta a esperança.” (Rinaldo)

“Vivo um dia de cada vez. Tenho medo de pensar longe, porque quando descobri que tava doente, tava com viagem marcada para Maceió e a vida me deu uma podada. Aprendia a pensar no máximo no dia de amanhã (risos). Sei que quero ter muita saúde, cuidar da minha filha, marido, aproveitar meus pais... me mudou muito tudo isso.” (Ana)

“Não planejo muito há longo prazo, vou vivendo a vida conforme ela vem. Não me arrependo de nada que fiz ou não fiz, inclusive casar e ter filhos. Sempre corro atrás do que quero, e até agora sempre consegui. Estou em paz comigo mesma, não deixei de fazer nada do que quis.” (Maria)

Discussão

A maioria dos pacientes do presente estudo era do sexo feminino (76,9% - N=10) esse dado talvez possa ser compreendido pela hipótese da dificuldade de pessoas do sexo masculino assumir a necessidade de ajuda e procurá-la, considerando que a instituição trata-se de uma casa de apoio. A predominância do sexo feminino em estudos com pacientes oncológicos também foi observada em um estudo que foi realizado em um grupo de 14 pacientes, onde nove eram do

sexo feminino⁷. Por outro lado em outra investigação houve predomínio do sexo masculino, sendo 19 pacientes do sexo masculino para apenas três do sexo feminino⁸.

No tocante ao estado civil, em pesquisa semelhante, a amostra também se apresentou predominantemente com indivíduos casados^{8,9}, ou não foi considerado¹⁰. O predomínio de pessoas casadas pode estar associado à idade dos participantes, por serem adultos ou até mais maduros, há certa expectativa que já tenham constituído suas famílias.

A idade observada nos participantes deste trabalho foi semelhante a outro estudo com média de idade em 57 anos⁸. Em outra pesquisa, observou-se média de idade semelhante, embora tenham considerado faixa de idade mais ampla, predominando a faixa etária entre 40 e 65 anos¹¹. Por outro lado, tem-se estudos com predomínio entre 35 e 51 anos¹⁰ e entre 41 e 50 anos⁹. Assim, enfatiza-se que há maior incidência de câncer em adultos e pessoas mais maduras.

O câncer de mama também foi o mais pesquisado em todos os artigos utilizados para discussão, sendo que a maior parte deles foi realizado com uma amostra apenas de mulheres acometidas por esse tipo de câncer^{12,13}. Tal dado reflete as informações obtidas pelos órgãos de estudo sobre câncer, sendo que o tumor da mama o mais frequente em termos de incidência.

Em uma pesquisa com pacientes de diversas doenças crônicas, incluindo o câncer, comparando seu estado de saúde com a situação de emprego, verificou-se que a maioria dos participantes já era aposentada e, segundo os autores, esta aposentadoria por invalidez estava sendo concedida muito cedo uma vez que a idade

dos beneficiados pela aposentadoria era anterior aos 48 anos¹⁴.

Estudo observou influência direta entre relacionamentos sociais positivos e bom enfrentamento da doença pelo paciente. Isto significa que os pacientes que possuem pessoas com as quais podem relaxar e se divertir, apresentam menos sentimentos negativos referentes às perdas consequentes da doença e um maior estado de bem-estar e saúde mental. Neste mesmo trabalho, foi verificado pelos autores que foi grande o número de pessoas que procuram o apoio social como estratégia de enfrentamento da doença⁸. Tem-se ainda que 80% das mulheres relataram seus relacionamentos familiares como positivos e apresentaram maior facilidade no processo de reabilitação, pois se sentiram apoiadas e incentivadas¹⁰.

O aspecto do preconceito e estigma social sobre o câncer e o doente também foi identificado na amostra de mulheres com câncer de mama, segundo os autores do estudo, isto acontece por falta de conhecimento de certos aspectos da doença, que ainda estão mistificados e que o preconceito atinge de forma dramática a vida dos pacientes, especialmente das mulheres mastectomizadas. Por falta de conhecimento do alcance dos tratamentos atuais frente à cura do câncer, a doença é associada à morte, e o paciente, estigmatizado. O diagnóstico causa espanto à rede social de convivência do paciente, que muitas vezes prefere esconder sua condição para não sofrer o preconceito¹⁵.

Ainda no mesmo estudo, nos relatos apresentados das colaboradoras que sofreram preconceito pela sua rede social por ter câncer, não demonstraram mágoa ou tristeza pelas

atitudes recebidas, pois ignoravam reações externas¹⁵.

Em relação ao processo diagnóstico, pesquisa também apontou que os pacientes buscam o serviço médico após encontrarem sintomas em seu corpo, pois se sentem horrorizados com a presença de qualquer tipo de sinal corporal fora do comum, que é associado diretamente ao câncer e conseqüentemente à morte. Sendo assim, os pacientes buscam o serviço médico por medo da morte e por acreditarem que o câncer sendo diagnosticado cedo tem maiores chances de cura¹³.

No que se refere à notícia confirmatória do diagnóstico, observa-se que reações de desespero ou choque frente ao câncer são comuns, pois a doença ainda traz consigo vinculada a ideia de morte, mesmo com os avanços da medicina, proporcionando mais curas. O câncer traz o medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das perdas provocadas pela doença². Em um estudo realizado com mulheres com câncer de mama, todas as colaboradoras relataram que no momento que receberam a notícia de terem câncer, sentiram-se desesperadas por se imaginarem carecas, sem força e dependentes para realizarem suas tarefas diárias¹¹. Em estudo realizado com mulheres mastectomizadas, 40% da amostra relatou apresentar reação de desespero frente ao diagnóstico de câncer e também 40% sentiram o medo da morte e os 20% restantes tiveram reações positivas, indicativo de aceitação da doença¹⁰.

Observaram-se, nos relatos, sentimentos de angústia e tristeza que são comuns e até mesmo esperados após o diagnóstico, especialmente no período de elaboração da doença. Esses

sentimentos devem ser cuidadosamente diferenciados de um possível quadro depressivo. Estudos afirmam que a ansiedade também é comum em quadros oncológicos. Ela é variável e depende da maneira como paciente lida com as dificuldades decorrentes da doença e tratamento e o suporte social que tem disponível⁴.

No geral, apesar dos participantes deste estudo relatarem um pensamento positivo, a sensação de medo frente à doença foi percebida em todos os casos. A reação de medo frente à morte neste momento é normal, e que é a resposta fisiológica e psicológica principal e mais esperada frente ao diagnóstico¹⁶. Os principais temores sentidos por pacientes crônicos referem-se à separação da família e de amigos, incapacidade, perder o controle, tornar-se dependente, a piora da dor e dos sintomas, do morrer e do pós-morte. O medo sentido aumenta a sensação de dor, que por consequência aumenta o medo¹⁷. O medo da morte em si não foi um aspecto muito frequente nos relatos dos participantes do presente estudo, talvez como uma forma de defesa que auxilie no enfrentamento da doença¹⁸.

No momento do diagnóstico, a maneira com que a notícia é fornecida ao paciente, influencia muito na forma como este irá lidar com a doença e seu enfrentamento. A forma como o médico lida com o diagnóstico e orienta o tratamento tem influência forte sobre a forma de como este paciente irá lidar com sua doença¹⁹. Outro estudo também confirmou esta importância e afirma que a equipe médica deve ser percebida pelo paciente como uma fonte de apoio social. Em pesquisa anterior, foi observada esta influência do diagnóstico sobre a relação com a doença em um relato em especial¹¹.

Os tipos de tratamento foram apresentados de acordo com a literatura sobre o tema: a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, seguindo quase sempre esta mesma sequência e variando muito entre os números de sessões de quimioterapia e radioterapia, dependendo do tipo e grau de câncer do paciente. Esta tríplice ação no tratamento consiste nos principais meios de cura da doença^{4,20}. Em estudo realizado, a maior parte da amostra também relatou ter feito quimioterapia juntamente com a radioterapia, como tratamentos adjuvantes à cirurgia¹⁰.

O incômodo sentido pelos pacientes quanto aos efeitos físicos do tratamento está em concordância com os resultados da pesquisa anterior⁹ em que as colaboradoras relataram que o principal incômodo refere-se aos enjoos e perda da funcionalidade corporal. As pacientes deste estudo também avaliaram a quimioterapia como o pior procedimento e a radioterapia como mais fácil de lidar, não apresentando muitos efeitos colaterais físicos.

Em estudo com um grupo de mulheres mastectomizadas, 60% apontaram como negativas as mudanças na rotina decorrentes do câncer. Mudanças estas que se relacionam ao abandono do emprego por impossibilidade de realizá-lo, assim como os serviços domésticos, e esta perda foi fortemente sentida, pois para as mulheres da amostra foi como se tivessem perdido seu valor e seu papel¹⁰. Ainda no mesmo estudo relatado anteriormente, foram identificadas as mesmas dificuldades relatadas nesta presente pesquisa em relação às mulheres mastectomizadas sobre suas dificuldades no movimento dos braços e quanto isso atrapalha suas atividades diárias, já que 80% da amostra relatou ter dificuldade em carregar objetos

pesados, sentir dor no braço ou ombro e sentem a área do seio operado, sensível. Afirmam ainda que estes sintomas interferem, e às vezes impedem a realização de suas atividades diárias. Não foram identificadas mudanças quanto à visão da vida ou prioridade de valores por conta do câncer¹⁰.

Em pesquisa realizada com pacientes oncológicos sem aspectos discriminativos, observou-se também a religiosidade e fé como um aspecto importante para enfrentamento da doença e uma fonte de esperança de cura. No estudo indicado, os pacientes demonstraram relação direta entre a cura do câncer com as ações divinas, e em sua maioria buscaram a religião com mais afinco durante ou depois do sofrimento pelo qual passaram com a doença⁷. Em outro estudo, foi identificada a religiosidade como fator de influência positiva no enfrentamento da doença, permitindo que o paciente se mantivesse focado no problema e na sua solução⁸.

Atualmente a comunicação entre pacientes que encaram o processo de morte e morrer por conta de doenças crônicas, como o câncer, está cada vez mais difícil. Há uma dificuldade desses pacientes em reconhecer seus sentimentos de angústias, medo e preocupações de expressá-los por conta de tabus sociais. Para a autora, é papel dos profissionais de saúde envolvidos no processo de contribuir para a redução e eliminação da vivência de negação destes sentimentos e ajudar o indivíduo a aceitar suas perdas²¹. A dificuldade de comunicação também envolve o sistema de saúde, em que os profissionais não dispõem de tempo para ouvir os pacientes. Sendo assim, estes acabam privados de um espaço para expressão de dúvidas e

aflições, muitas vezes sem consciência de seu diagnóstico e prognóstico, abrindo espaço para a fantasia²².

Os pacientes em tratamento oncológico apresentam relatos de incerteza sobre o futuro e sucesso do tratamento e medo de recorrência da doença¹². Além disso, é possível perceber relatos que demonstram que a principal angústia quanto ao futuro é de preocupação com a família que o paciente deixaria, em especial os filhos⁹.

O papel do conhecimento psicológico deve ser aplicado para que se possa garantir apoio psicoterapêutico e psicossocial do paciente com câncer²³. A intervenção psicológica visa criar subsídios para que o paciente possa utilizar sua capacidade e seus recursos psíquicos como estratégias para enfrentamento da doença, com vistas à melhor qualidade de vida^{23,24}.

Enfatiza-se a necessidade do apoio psicológico para os pacientes oncológicos. Diante dessa situação, os profissionais podem utilizar de diversas abordagens, mas o ponto de união deve ser o atendimento ao paciente com suas dificuldades, demandas e problemas, promovendo um melhor enfrentamento da doença e uma melhor convivência com esta. O resultado é a melhoria do estado orgânico geral, auxiliando na recuperação e até cura do paciente^{2, 25}.

Além disso, há necessidade, também, da manutenção da esperança, inclusive em casos de câncer em cuidados paliativos, pois este sentimento sustenta os pacientes a passarem por dias e até meses de sofrimento por conta de tratamentos ou conflitos psicológicos. A esperança é mantida como uma sensação de recompensa no futuro, por todo o sofrimento passado, um desejo inconsciente de que tudo

seja um pesadelo irreal e haja uma nova solução. Mas ainda assim, é esta esperança que oferece o ânimo necessário para passar pelo tratamento, quando este se apresenta muito doloroso²⁶.

Conclusão

Quanto aos aspectos negativos, o câncer é simbolizado como uma ruptura na rotina da vida, por conta de suas limitações físicas consequentes de todo o tratamento utilizado. Na maior parte dos casos relatados e analisados, o câncer provocou o impedimento de se continuar a trabalhar como antes e inclusive de realizar as atividades diárias necessárias com a mesma facilidade. Este aspecto é tido como muito incômodo, como se o paciente, frente às suas limitações, tivesse que estar sempre consciente de que tem ou teve câncer, como se a doença sempre o acompanhasse, embora os relatos se mostrassem positivos quanto a encarar essa dificuldade.

Outra situação que foi relatada em muitos casos como incômoda refere-se ao preconceito sentido pelos pacientes de pessoas próximas, inclusive familiares em alguns casos, por conta de sua doença. O preconceito, na maioria dos casos, apesar de relatos como algo que magoa, não foi identificado como influente negativo no enfrentamento da doença, pelo contrário, todos os pacientes relataram que isso se referia a uma dificuldade do outro e que não havia nada a ser feito.

Esse aspecto revela claramente o tabu construído socialmente em torno do câncer, que apesar de divulgação acerca da doença e avanços da medicina em prol da cura, a doença é ainda associada automaticamente à morte, a algo temeroso e perigoso, do qual deve se manter afastado e negado. Este aspecto pode ser

observado na maioria das narrativas, que fizeram referência a figuras significativas negativas, indicando aspectos de conflitos existentes nas relações.

Por outro lado, o câncer foi simbolizado por muitos pacientes como o motivador da união familiar que, em alguns casos, não existia antes da doença ser descoberta. O apoio social, contrário ao preconceito, foi identificado como uma forte variável positiva no enfrentamento da doença. A relação é diretamente proporcional, ou seja, quanto mais apoio social e emocional o paciente tem, mais forte ele se coloca no processo de diagnóstico e tratamento, mantendo o pensamento mais positivo.

O câncer também é visualizado como a causa da mudança de perspectiva de vida e revisão de valores, em muitos casos da amostra. Pacientes relataram que depois de terem sido tratados e curados da doença, dão mais valor à vida, às pessoas com as quais convivem e à religiosidade. Em muitos casos, a doença aproximou as pessoas de uma fé com a qual não mantinham convivência próxima. Porém, ainda assim, mesmo mantendo a esperança de uma cura, a maioria dos pacientes demonstrou se sentir inseguros quanto a fazer planos para o futuro, com medo de uma recidiva e viver novamente uma ruptura em sua vida e todo o processo se reiniciar.

Os dados aqui expostos são referentes ao grupo de pacientes que participou do estudo, dessa maneira, pelo número de indivíduos entrevistados não é possível generalizar as conclusões expressas. Para tanto, e pela pertinência do tema, outros estudos com maior população são necessários. Destaca-se, assim, a importância da observação dos componentes psicológicos diante do diagnóstico e tratamento a

pacientes oncológicos e a necessidade de amplos estudos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- ¹Decat, CS, Araujo TCCF. Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução história de um campo interdisciplinar. Brasília: Med; 2010.
- ²Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. Psic USP; 2010; 13 (1): 151-66.
- ³Costa Junior AL. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. Psic Ciência e Prof. 2002; 21 (2): 36-43.
- ⁴Brentani MM, Coelho FRG, Kowalski LP. Bases da oncologia. São Paulo: Lemar Livraria, Marina e Tecmedd; 2003.
- ⁵Gimenes MGG. Definição, foco de estudo e intervenção. In: Carvalho MMMJ, coordenador. Introdução à Psiconcologia. Campinas: Editora Livro Pleno; 2003. p. 35-56.
- ⁶Tavares M. A entrevista clínica. In: Cunha JA e colaboradores. Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 45-56.
- ⁷Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64 (1): 53-90.
- ⁸Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. Paidéia. 2008; 18 (40): 371-84.
- ⁹Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres

acometidas pelo câncer de mama. *Psic Ciência e Prof.* 2003; 23 (4): 32-41.

¹⁰Pinto AC, Gióia-Martins DF. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. *Rev Soc Bras Psic Hospit.* 2006; 9 (2): 3-27.

¹¹Grzybowski MA, Schmidt C, Borges VR. A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. *Psic Hospit.* 2008; 6 (1): 82-96.

¹²Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2007; 41 (2): 311-16.

¹³Fialho AVM, Silva RM. Câncer de mama: o pensar e fazer das mulheres. *Rev. Bras. Enferm.* 2004; 57 (2) : 157-60.

¹⁴Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Cien Saúde Colet.* 2007; 12 (6): 1661-72.

¹⁵Comin FS, Santos MA, Souza LV. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estud Psic.* 2009; 14 (1): 41-50.

¹⁶Kóvacs MJ. Educação para a morte. *Psic Ciência e Prof.* 2005; 25 (3): 484-97.

¹⁷Prade CF, Casellato G, Silva AL. Cuidados paliativos e comportamento perante a morte. In: Knobel E, Andreoli PB, Erlichman MR. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves.* São Paulo: Atheneu; 2008. p. 149-58.

¹⁸Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.* São Paulo: Martins Fontes; 1996.

¹⁹Romano BW. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

²⁰Lopes A, Iyeyasu H, Lopes LF, Castro RMRPS, Almeida ES. *Oncologia para a graduação.* Ribeirão Preto, SP: Tecmedd; 2005.

²¹Tinoco V. *O luto como vivemos: Educação para a morte.* [Citado 2012 Dez 15]. Disponível em: www.4estacoes.com.br

²²Bromberg MHPF. Ser paciente terminal: a despedida anunciada. In: Berthoud CME, Bromberg MHPF, Coelho MRM. *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos.* Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1998. p. 69-95.

²³Scannavino CSS, Sorato DB, Lima MP, Franco AHJ, Martins, MP, Moraes Júnior JC, Bueno PRT, Rezende FF, Valério, NI. *Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos.* *Psicologia USP.* 2013; 24 (1): 35-53.

²⁴Veit MT, Carvalho VA. *Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer.* *O Mundo da Saúde.* 2010; 34 (4): 526-530.

²⁵Silva RF, Boaventura CBF. *Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação necessária.* *Revista de Abordagem Gestáltica.* 2011; 17 (1): 37-46.

²⁶Kovacs MJ. *Desenvolvimento da Tanantologia: estudos sobre a morte e o morrer.* *Paidéia.* 2008; 18 (41): 457-68.